

根拠に基づく感染予防対策上の

死後処置・エンゼルメイク・遺族ケア

橋本 佐栄子・橋本 友希



- 本稿は(有)エル・プランナー開催の講習会・研修会のテキストとして用いられます。
詳細は、下記エル・プランナーまでお問い合わせください。
- 有限会社 エル・プランナー
【住所】〒164-8512 東京都中野区中野 4-1-1 中野サンプラザ 9F
【電話】03-5344-9747
【FAX】03-5344-9748
【URL】<http://www.lplanner.co.jp>
【Eメール】info@lplanner.co.jp

はじめに

本稿は、「遺体感染管理士認定資格養成講座」等で用いる、死後処置業務について総合的に解説するテキストとして執筆されたものです。死後処置業務の実践に必要と考えられる課題について、目的別に三部に構成しました。第Ⅰ部は本稿のメインとなる「死後処置」について大きく紙面を割いて解説し、第Ⅱ部では遺体の「エンゼルメイク」について、第Ⅲ部は「遺族ケア」について解説しています。

第Ⅰ部の「死後処置」では、医学的な観点に基づき、感染予防をおもな目的とする、死後処置に関する基本的な考え方、手技、手順、準備物品について、実践に即して記載することをこころがけました。医療現場から帰宅後、火葬に至るまでの間に、遺体から血液・体液・排泄物等が浸出・流出しないための、感染予防の観点からの手技であり、十分な吟味を経て確立したものです。ただし、実際の手技についてはテキストだけでは理解が困難ですから、“実技実習”での習得が望まれます。また、遺体を取り扱う際の感染予防対策に関しては、講習では本テキストに加えて、『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』（ICHG 研究会編、医事出版社）を併せて用います。

本稿のおもな目的は、感染予防の観点に立った死後処置について解説することですが、その処置自体が大きな意味での遺族ケアの一環でもあります。ですから、第Ⅱ部の「エンゼルメイク」では、遺族に対して穏やかな顔をみていただくための、遺体の変化（死体現象）に対応した化粧法について、第Ⅲ部の「遺族ケア」では、遺族ケアの第一歩ともいえる、死後処置を行う場面で遭遇する、遺族への対応について解説しています。死後処置とは、単なる感染予防のための処置ではなく、遺族の方々の心を慰め、安らかな気持ちで死者を葬ることにつながるものと考えます。ですから、死後処置を行う際には、遺族に寄り添い、ともに死者を尊ぶことをこころがけ、手を合わせる、黙礼をするなどの行為を怠ってはなりません。

先に述べたように、本稿の内容は科学的根拠と十分な経験による吟味を経たものではありませんが、新しい知見が得られれば、その都度改善されるべきものです。本稿で学ばれる方々には、「一度学んで終わり」ではなく、継続してより良い死後処置の方法を模索していただくことを望みたいと思います。

有限会社 エル・プランナー
橋本佐栄子
橋本 友希

はじめに	3
第 I 部 死後処置	7
第 1 章 遺体からの感染リスク	8
1-1. 遺体と感染リスク	8
1-2. 遺体からの感染が起こる理由	9
1-3. 遺体から血液・体液が漏れ出る理由	9
1-4. 遺体の搬送と移動に伴う漏出	10
第 2 章 死後処置の準備	13
2-1. 基本的な感染予防対策	13
① 服装…13 / ② 手洗い…13 / ③ 化粧品等の清掃…14 / ④ 廃棄物の処理…14	
2-2. 死後処置に準備する物品	14
① 医療器具（用具）…14 / ② 消毒剤…16 / ③ 処置用品（用具）…16 / ④ 身支度用品（用具）…17	
第 3 章 死後処置の手技 ① 基本手技	19
3-1. 基本手技	19
① 全身清拭…19 / ② 更衣…19	
3-2. 腔部の詰めもの	20
① 鼻腔の詰めもの…21 / ② 口腔の詰めもの…22 / ③ 肛門の詰めもの（排泄物の処理）…22 /	
④ 膣の詰めもの…22 / ⑤ 耳腔の詰めもの…22	
3-3. 遺体用口腔ケア	23
第 4 章 死後処置の手技 ② 医療器具抜去後処置の手技	24
4-1. 遺体用圧迫固定法	24
4-2. 縫合と吸引	25
① 縫合…25 / ② 吸引…26	
4-3. 医療器具抜去痕別の具体的手技	26
① 注射針痕…26 / ② CV カテーテル痕…26 / ③ 気管切開痕…27 / ④ ドレーン抜去痕…27 /	
⑤ 胃ろう痕…27 / ⑥ 腸ろう痕…27 / ⑦ ペースメーカー抜去痕…27 / ⑧ ストマの処置…27	
第 5 章 死後処置の手技 ③ 創傷部の処置	28
5-1. 膿・浸出液のある創	28
5-2. 創傷	29
① 外傷の処置…29 / ② 手術後の処置…29	
5-3. 死体検案時の後頭下穿刺の処置	29
第 6 章 死後処置のまとめ	30

第Ⅱ部 エンゼルメイク 31

第7章 エンゼルメイクの基本的な考え方 32

7-1. 家族の心に寄り添うメイクアップ 32

7-2. 死後変化と化粧 33

第8章 エンゼルメイクの成立ち 34

8-1. スキンケア 34

① 死後処置におけるスキンケアとは…34 / ② 手作りスキンケアクリーム…35

8-2. ベースメイク 36

8-3. ポイントメイク 36

8-4. 髭剃り 36

第9章 エンゼルメイクの実際 38

9-1. 男性の顔の整え方 38

9-2. 女性の顔の整え方 ① 女性ナチュラルメイク 40

9-3. 女性の顔の整え方 ② 薄化粧 42

第Ⅲ部 遺族ケア 45

第10章 遺族ケアの目的 46

第11章 死の受容と自立 48

11-1. 死の受容過程 48

① 第1ステージ（ご逝去）…48 / ② 第2ステージ（納棺）…48 /

③ 第3ステージ（葬儀・告別式）…49 / ④ 第4ステージ（火葬）…49

11-2. 死亡の状況と遺族心理 49

① 覚悟していた死…50 / ② 予期していない死・突然の死…50

第12章 遺族ケアの実際 51

12-1. 看取りが行われたケース～喪失予期があった遺族 51

12-2. 看取りが行われなかったケース～喪失予期がなかった遺族 52

12-3. 看取りが行われなかったケースでの具体的な手順 53

① 一般病棟…53 / ② ICU…54 / ③ 救命救急…55

● コラム

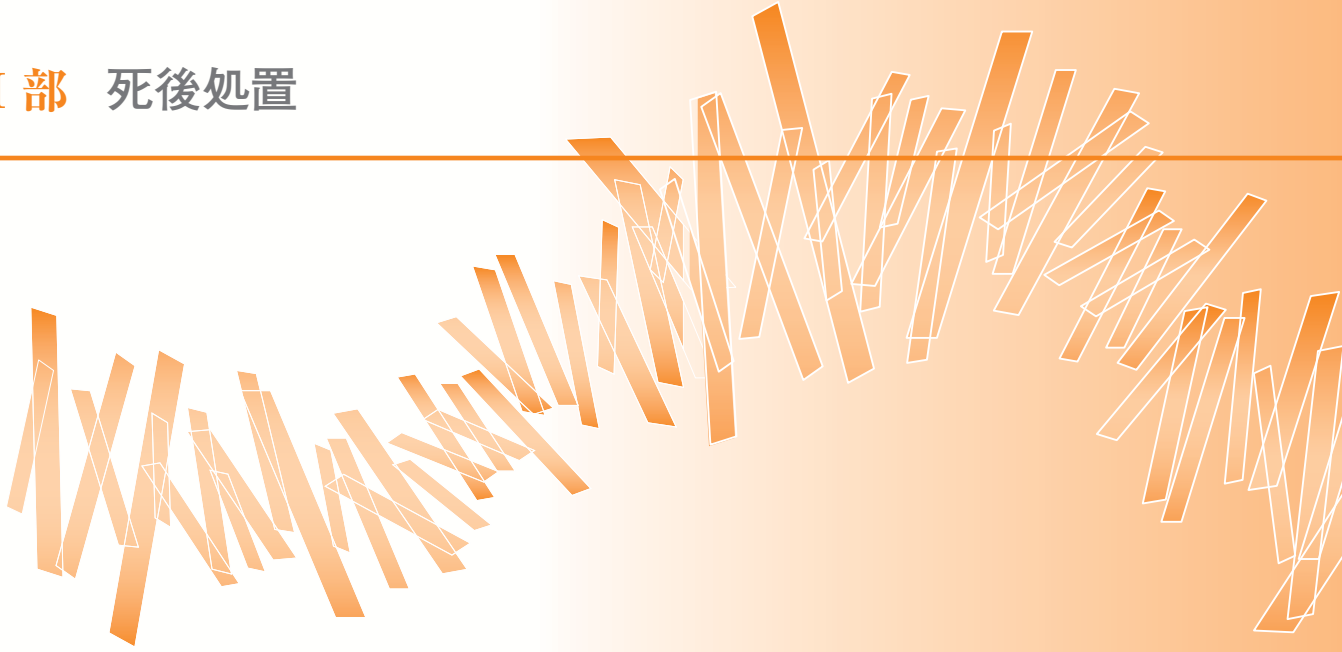
「東日本大震災人的支援活動における感染予防」…12 /

「ペースメーカーが装着されていることの申し送り」…18 / 「着衣と冷却効果」…18 /

「死後硬直と閉口」…44 / 「病理解剖時の顔のプロポジション」…44

謝辞 56

第 I 部 死後処置



第1章

遺体からの感染リスク

死後処置時の業務とは、① 医療器具抜去後の処置、② 創傷の手当て、③ 腔部の詰めもの、④ 口腔ケア、⑤ 排泄物の処理、⑥ 清拭、⑦ 更衣等の、死者に対する一連の業務です（表 1）。死後処置を行う際に最も重要なのは、生体に対すると同様に、標準予防策の国際定義¹⁾に基づき、「すべての目視できる、濡れている血液・体液・排泄物等は、感染の可能性があるものとして取り扱う」ことです。

ただし、死後処置を行う時点では、遺族は、亡くなった方はまだ生きているように感じています。遺族に対しては、悲嘆をいたわる心のこもった対応をこころがけます。遺体に対する、遺族が痛々しいと感じるような処置（縫合や詰めもの等）を行う場面では、遺族をできるだけ立ち合わせないよう配慮することが必要です。

1-1. 遺体と感染リスク

火葬に関する法律（墓地、埋葬等に関する法律）によって、「埋葬又は火葬は…死亡又は死産後 24 時間を経過した後でなければ、これを行ってはならない」と定められています。ですから、最短でも死亡から 24 時間を経過してからの火葬となります（一類感染症、二類感染症、三類感染症等は除く）。

火葬までの間には、遺体は遺族、搬送業者、葬祭業従事者等一般人が接触する可能性がありますから、遺体の感染リスクを最小限にすることが必要です。そのためには、まず医療機関において、遺体から血液・体液・排泄物等が浸出又は流出しないような適切な死後処置の実施が必要となります。

遺体において、「目視できる湿性の血液・体液・排泄物等が浸出又は流出している場合、及びその可能性がある場合」は、感染リスクは高いと考えられます。医療機関で死亡した遺体については、生前受けた医学的処置によって生じた創傷等や医療器具抜去痕等から血液・体液等が浸出及び流出する可能性があり、したがって感染リスクは高いものと考えます。医学的処置だけではなく、褥瘡等の創から膿や血

表 1 死後処置時の業務

- ① 医療器具抜去後の処置
- ② 創傷の手当て
- ③ 腔部の詰めもの
- ④ 遺体用口腔ケア
- ⑤ 排泄物の処理
- ⑥ 清 拭
- ⑦ 更 衣

表2 遺体から血液・体液が漏れ出る理由

- ・ 遺体の創傷は回復しない
- ・ 遺体から体内のガスが放出する
- ・ 出血傾向や全身性浮腫等にかかる死後の現象

液・体液が流出している場合、また、排泄物・嘔吐物がある場合も、同様に感染リスクが高いと考えます。事故等で死亡し、損傷部位から出血等がある遺体も高い感染リスクを有します。また、寝具、リネン等が体液等で汚染されている場合は、それらも感染リスクは高いものとして取り扱います。

医療機関等においては、遺体の腐敗に遭遇することはほとんどありません。しかし、搬送後、遺体の腐敗が進むにつれて、腐敗性水疱の発現や体液の流出が生じます。ですから、腐敗の感染リスクは、遺体の腐敗の進行とともに高くなると考えます。

遺体からの感染は、おもに接触感染です。しかし、空気感染の可能性のあるハイリスクな職業環境があります。大学病院や医療センター等がそれですが、病理解剖や司法解剖、行政解剖を行う解剖室は、解剖室の設備によっては、空気感染を想定した対応が必要な場合があります²⁾。

1-2. 遺体からの感染が起こる理由

HBV 感染症、HCV 感染症、HIV 感染症等の病原体であるウイルスは、生きたヒトの体内に存在する間は血液中で増殖します。一方、宿主が死亡した後、身体から環境へ出たウイルスは増殖することはありませんが、それが死滅するまでの時間についての医学的なデータは確立していません。一方、細菌類については、宿主が死亡した後でも身体を栄養源とし、白骨化するまで増殖し続けます。これらのことは、遺体からの種々の感染は起こり得るということを意味します。遺体の保有する病原体は、死後何時間後に死滅するというデータがないため、生きている可能性があると考えられます。遺体に対する処置はそれを前提として行います。病理解剖を行う病理医や剖検介助技師には、遺体と濃厚に接触することによる職業感染の危険性があるとされており、部検時の注意点として、「病理解剖を終えた搬出後に、口腔、肛門部から血液・体液の漏出があった場合には、遺体を再入出させ、適宜追加処置を行う」ことが挙げられています³⁾。

1-3. 遺体から血液・体液が漏れ出る理由（表2）

死後処置を行った後、その直後には止まっていた血液や体液が、遺体の搬送時や帰宅後に流出することがあります。遺体から血液・体液が流出する理由は、「遺体の創傷は回復しないこと」「体内ガスが放出すること」「出血傾向や全身性浮腫等にかかる死後の現象」がおもなものです。

遺体の傷が回復しないというのは、当たり前のように感じられるかもしれませんが。しかし、医療従事者は生体に対するのと同様な処置を施してしまいがちです。ですから、遺体の処置を行う場合は、常にこのことを念頭に置きます。

体内ガスは、遺体の鼻腔・口腔・肛門や医療器具抜去痕、創傷部等の開口部から放出します。生前に出血傾向や全身性浮腫等がある遺体は、死後、血液や体液が気管・食道へ浸出することがあります。気管や食道に浸出した血液・体液は、鼻腔・口腔から流出します。

不慮の事故（交通災害、労働災害、公害、食中毒、その他異常な環境下での死亡等）による死亡の場合等は、血液・体液・排泄物等が浸出又は流出することがあります。

ドレーンチューブや静脈カテーテル、気管切開痕、注射針痕等の医療器具（医療用具）が抜去された部位から血液・体液が流出することがあります。例えば、CVカテーテル抜去痕（内頸静脈）に防水性フィルムで処置をした場合に、帰宅後、体内ガスの放出によって防水性フィルムが膨らみ、皮膚に密着していた防水フィルムに隙間ができ、血液が流出するといった事例があります。

全身性浮腫が強度の患者では生前から、体表からの体液の浸出が起きていることがあります。また、下肢に発現した浮腫が、死後、時間経過に伴い、皮膚表面から体液が浸出し、シーツや布団を汚染するケースがあります。死後、体内の体液は低位置へと移動します。たとえば、膝を高く、足先を低く屈折した体位の場合は、低い足先に体液が移動します。それにより足先付近の皮膚が多量の体液を貯留できなくなり、皮膚から体液が浸潤するのです。

また、遺体の創は治癒しませんから、胸部切開等の手術痕や外傷等では、創部を縫合したとしても、縫合部と縫合部の間の隙間はふさがりません。その隙間や針を刺した部位からの出血が起こり得ることを、十分意識しておきます。

1-4. 遺体の搬送と移動に伴う漏出

ここでは、遺体を寝台自動車、霊柩自動車等で運ぶことを「遺体の搬送」と呼ぶことにします。家族が自家用車で搬送して帰宅することもあります。

かつての、葬儀式場が一般的ではなかった時代は、多くの人が自宅で葬儀を行っていました。その場合は、病院→自宅、自宅→火葬場と、搬送回数は2回が通常でした。その後、葬儀式を執り行う場所が葬儀式場へ移行するとともに、遺体の搬送は、「病院→自宅」「自宅→葬儀式場」「葬儀式場→火葬場」と、3回の搬送を要するようになっていきます。なお、葬儀式の前に火葬をすることが一般的な地方もありますが（骨葬：コツソウ）、その場合は「病院→自宅」「自宅→火葬場」と、遺体の搬送は2回です。一方、東京等の医務院制度*を実施している都市では、4回、まれには5回の搬送を行う場合もあります。その他、司法解剖が行われた事例では、「死亡場所→警察署」「警察署→医務院」「医務院→法医学教室のある大学病院」、司法解剖が終了した後さらに所轄の警察へ再搬送され、ようやく自宅へ戻るといった



写真1 自宅の狭い階段を、遺体を抱きかかえて移動する様子(左)と、エレベーターで移動する様子(右)。〔撮影協力：左；有限会社平野屋葬祭、右；東京典禮株式会社、有限会社長濱葬儀社〕

事例もあります。その後に葬儀式場、火葬場への搬送があり、計7回の搬送が行われます。(*：医務院＝死因を究明するための行政施設で、解剖が行われる。東京では23区を対象とした大塚医務院がある。)

また、搬送の距離は、近隣から他府県に及ぶ長距離までさまざま、寝台自動車だけではなく、国内・海外へ空輸を行うこともあります。死後処置を行うに当たっては、搬送の際に、遺体は連続的な振動を受けるということを理解しておきます。

搬送以外にも、出血傾向や全身性浮腫、急死といった背景要因はありますが、自宅に搬送された後、布団に寝かせた途端に鼻・口から血液や体液が流出するなど、予期せぬ事態も起こります。遺族が一晩中、流れてくる血液をティッシュペーパーで拭いていたというケースも経験します。また、いったん止まったかのように思われた出血等が、再度の搬送で、葬儀式場へ到着したと同時に再び流出することもあります。

寝台自動車等による「遺体の搬送」に対して、室内の階上、階下への移動等、人の手で行う遺体を安置する際の移動を、ここでは「遺体の移動」と呼びます。遺体を安置する環境はさまざま、各家庭にそれぞれの間取りの事情があり、遺体を傾斜しなければ移動できないこともしばしばです。自宅への到着時や出発時には、マンションや団地等集合住宅の場合で、ストレッチャー搬入スペースのないエレベーターでは、搬送に携わる搬送業者や葬祭業従事者により遺体が抱きかかえられて移動したり(写真1)、遺体を立てるように傾斜して移動することもあります。遺族の手を借りることもあります。

こうした環境での移動を行う可能性は常にあり、死後処置が適切でない場合では、搬送での振動と同様に、移動に伴う遺体の傾斜等により、血液、体液が鼻腔・口腔や医療器具抜去部等から流出する可能性があります。

【第 1 章の文献】

- 1) ICHG 研究会 編：国際標準の感染予防対策 滅菌・消毒・洗浄ハンドブック、医歯薬出版、東京、2018
- 2) 大河内康実：剖検時の暴露が関与した病院内結核集団感染事例。感染症誌 79：534-542、2005
- 3) 国立病院機構大阪医療センター感染対策委員会、ICHG 研究会 編：新・院内感染予防対策ハンドブック、南江堂、東京、2006

コラム ● 東日本大震災人的支援活動における感染予防

2011年（平成23年）3月11日14時46分、宮城県沖で日本周辺における観測史上最大の地震「東日本大震災」が発生しました。死亡者は1万5,899人、行方不明者は2,529人に上りました（2020年3月7日の警視庁によるまとめ）。

地震発生当時、葬祭業者は、遺体搬送等人的支援および物資等の支援を行うために、支援活動事務局を設置しました。宮城県仙沼市では、市の要請に基づき、4月19日から約1か月間、遺体の安置、搬送、ドライアイス処置等の人的支援を行っています。ただし、葬祭業者は、遺体の取扱いにおける感染予防対策の周知が十分ではなかったことから、著者は、支援活動事務局の要請を受け、急ぎょ感染防御物品の調達および遺体取扱い時における感染予防の指導を担当させていただきました。

その時点で仙沼市では583人の死亡が確認されていました。まだ寒い時期ではありましたが、火葬場自体も被災しており、また、ライフラインも寸断されていましたから、遺体の処置は十分なものではなく、腐敗が予測されました。最小限の施策として、遺体の処置に携わる方々に対し、① ディスポーザブルグローブ着用（予備を携帯する）、② ウエットティッシュの携帯、③ ディスポーザブルグローブの外し方（グローブテクニック）を指導させていただきました。

このとき支援活動に参加した葬祭業者は、前机を用意し、遺族に線香をあげていただく場を設けたそうです。葬儀ができず、また身元不明の遺体も多い中、そのような場があったことは、遺族にとって大きな慰めになったことと思います。たくさんの“死”に携わってきた葬祭業者であればこそ、そうした対応が可能であったと考えます。

東日本大震災以前にも御巣鷹山航空機墜落事故や阪神大震災等がありました。今後もわが国で大規模災害が発生することを想定した、十分な備えが必要であると考えます。災害時には、遺体の損壊や腐敗の進行により、取扱いが困難な状況が考えられます。また、普段は遺体の処置を業務とはしない葬祭業者が、人的支援の要請を受け、その対応を行うことも十分想定されます。葬祭業者が安全に支援活動を行うためには、医学的根拠に基づいた感染予防対策を実施できるよう準備されることが望まれます。

ご逝去された方々へご冥福を、また深い悲しみにある遺族や関係者にお悔やみを申し上げるとともに、現地で活動された関係者に心から感謝申し上げます。

第2章

死後処置の準備

死後処置の第一の目的は、遺体からの感染の可能性を予防することです。したがって、遺体の帰宅後、家族および遺体に携わる人たちの安全への配慮として、医療従事者が適切に死後処置を行うことは極めて重要です。もちろん、実際に死後処置を行う医療者の安全も確保されなくてはなりません。また、死後処置の第二の目的は、死によって変化した遺体の外観を整えることです。本章では、死後処置を行うに当たって、双方の目的を満たす死後処置に必要な準備や物品等について解説します。

2-1. 基本的な感染予防対策

遺体から感染する可能性がある場合、それはおもに接触感染です。そのため、死後処置を行う際は、医療従事者の安全と交差感染を予防するために、標準予防策と感染経路別予防対策を、生体に対するのと同じように実施します。標準予防策の考え方とは、「すべての目視できる、濡れている血液・体液・排泄物等は、感染の可能性のあるものとして取り扱う」ことです。そのための基本的な事項を説明します。

① 服装

死後処置を行う際は、標準予防策の対策に則って、ディスポーザブルグローブの着用は必須です。プラスチックエプロンや防水性のガウンは必要に応じて着用します。遺体からの血液・体液等の飛沫が予想される場合は、ディスポーザブルグローブ、プラスチックエプロン又は防水性のガウンの他、ゴーグル、サージカルマスク等を着用します。(コラム「東日本大震災人的支援活動における感染予防」参照、p.12)

② 手洗い

死後処置終了後、医療従事者の安全と交差感染を予防するために、十分な手洗いをし、手を乾燥させます。血液・体液・排泄物等との接触がなかった場合は、流水と液体石けんを使用した日常手洗いを実施します。

血液・体液・排泄物等との接触があった場合、それらで汚染されたドレッシング材、寝具、着衣等との接触があった場合等は、衛生的手洗いを実施します。

速乾性すり込み式手指消毒剤の使用については、『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』(ICHG 研究会 編、医事出版社)を参照してください。

③ 化粧品等の清掃

第 II 部の「エンゼルメイク」の項で解説する化粧品等、使い回しをする物品の清掃は、使用するごとに行い清潔に管理します。身支度用品（櫛等）等で洗浄できる物品は、中性洗剤と流水を用いて十分洗浄し乾燥させます。洗浄できない化粧品等は、容器の表面を湿拭し乾燥させます。

④ 廃棄物の処理

廃棄物の処理は、「廃棄物の処理及び清掃に関する法律」に従って廃棄します。医療機関等のゴミは、感染性・毒性がある場合は、感染性廃棄物として排出します。一般家庭の在宅医療廃棄物は、燃えるゴミとして排出が可能です。

遺体から取りだしたペースメーカは感染性廃棄物として処理します。（ペースメーカを取り除かない場合は、葬儀業者に「ペースメーカが装着されていること」について、必ず申し送りをします。（コラム「ペースメーカが装着されていることの申し送り」参照、p.18）

2-2. 死後処置に準備する物品

死後処置に使用する、各種医療器具（用具）、福祉用具、消毒剤、ドレッシング材、その他の備品、身支度用品（用具）を準備します。

患者の死亡状況に応じて用意しますから、死亡が発生する科・部署（内科、消化器科、循環器科、ICU、救命救急、緩和ケア病棟、在宅医療等）によって、準備物品は異なります。表 3 は ICU や救命救急等、医療器具の装着が多い科・部署について、死後処置に使用する物品を一覧としたものですが、それぞれの科・部署の処置事情に合わせて準備します。

死後処置業務は、日常業務のなかに、突然発生する業務であり、搬送までの限られた時間のなかで迅速に行わなければなりません。不足の物品があると、手順を飛ばしてしまうなど、安易な処置をしてしまう恐れもあります。死後処置に取りかかってから、足りないものに気づいて取りに行くといったことが起こらないよう、死後処置に携わった従事者は処置終了後の清掃と物品の補充を怠らないようにします。

① 医療器具（用具）

持針器、縫合針、縫合糸、セッシ、クーパー、シリンジ、計量カップ等を用意します。シリンジは、10 mL と 50 mL を用意します。シリンジ 10 mL はバルーン内空気や固定液の抜去に使用し、シリンジ 50 mL は口腔ケアや、膿のある深く大きな褥創の消毒、また、肛門・陰周囲の清掃時に消臭目的で使用します。計量カップは、消毒剤と水を調整するために用います。口腔ケアや膿のある創の消毒には、シリンジ 50 mL の他、ノズル目盛付容器を使用すると、希釈が手軽にできて使用が便利です（写真 2）。

表3 死後処置に使用する用具・用品と用途

物 品	名 称	用 途
感染防御物品	ディスポーザブルグローブ、プラスチックエプロン	
医療器具（用具）	持針器	縫合時に医師が使用する
	縫合針	縫合時に医師が使用する
	縫合糸	縫合時に医師が使用する
	吸引器	体内に貯留した血液・体液を吸引する際に使用する
	セッシン	創の手当て等処置全般に使用する
	クーパー	縫合糸やドレッシング材、着衣などを切る際に使用する
	シリンジ（10 mL）	バルーン内空気、固定液の抜去に使用する
	シリンジ（50 mL）（カテーテルチップ）	口腔消毒に使用する
	計量カップ 200 mL～250 mL	消毒剤調整時に使用する
福祉用具	パウチ	人工肛門部に装着する
消毒剤	次亜塩素酸ナトリウム （商品名：ビューラックス®又はハイター®）	遺体用口腔ケア、清拭、環境消毒に使用する その他適宜、消臭や腐敗抑制を目的で使用する
処置用品・用具	ドレッシング材 （ガーゼ又は不織布、包帯、さらし等）	処置全般に使用する
	平（板）オムツ	血液・体液の流出及び浸出時に使用する
	尿とりパッド	部分的な血液・体液の流出及び浸出時に使用する
	伸縮性粘着テープ	遺体用圧迫固定に使用する
	吸収性の材料（脱脂綿、高分子吸収剤）	腔部の詰めものに使用する
	割り箸	腔部の詰めものに使用する
	タオル	清拭に使用する
	洗面器又は清拭用バケツ	清拭に使用する
	ゴミ袋（プラスチック製）	廃棄物の処理に使用する
その他	防水シート	血液・体液の流出及び浸出時に使用する
	遺体パウチ	身体広域に血液・体液の流出や浸出がある場合や外傷、損傷、腐敗がある場合、一類、二類、三類感染症等に使用する
	微温湯又は温湯	清拭に使用する
	水（水道水）	消毒剤の希釈に使用する
身支度用品・用具	浴衣、紙オムツ、櫛、剃刀	身支度を整える際に使用する



写真2 ノズル目盛付容器

表 4 死後処置業務に使用する消毒剤

- (生体と異なり) 次亜塩素酸ナトリウムが適している。
- 用時に水 (水道水) で希釈して用いる。
 - ・ 血液・体液・嘔吐物・排泄物等に直接接触させて使用する場合
→次亜塩素酸ナトリウム 0.5%液 (5,000 ppm)
 - ・ 遺体・遺体に使用した物品・遺体周辺環境に使用する場合
→次亜塩素酸ナトリウム 0.1%液 (1,000 ppm)

② 消毒剤 (表 4)

遺体の消毒には、次亜塩素酸ナトリウムが最も適しています。次亜塩素酸ナトリウムは通常環境に使用する消毒剤であり生体には用いませんが、遺体に対しては使用することができます (生体での消毒と大きく異なる点です)。

血液・体液・排泄物等による汚染時は、次亜塩素酸ナトリウム 5%液 (商品名: ピューラックス®又はハイター®) を用時に水 (水道水) で希釈して用います。

③ 処置用品 (用具)

不織布又はガーゼ、包帯、さらし等のドレッシング材、平 (板) オムツ、伸縮性粘着テープ、吸収性の材料、割り箸、タオル、洗面器又は清拭用バケツ、ゴミ袋を用意します。

伸縮性粘着テープと不織布又はガーゼは、医療器具抜去痕の圧迫固定に使用します。

吸収性の材料には、脱脂綿、高分子吸収剤があります。吸収量が多いのは高分子吸収剤で、脱脂綿は、鼻腔・口腔・肛門等の腔部や、ドレーン抜去痕・胃ろう痕・気管切開痕・ペースメーカ抜去痕等の、医療器具を抜去した部位に詰める材料として使用します。

脱脂綿は、医療器具抜去痕や腔部の詰めもの等、すべての部位の詰めものとして適しています。帰宅後に鼻腔・口腔から多量の血液・体液が流出した場合、脱脂綿だけでは流出を止めることができないことがあります。多量の出血等を予防するためには、高分子吸収剤の使用も検討しておきます。

その他の備品として、防水シートや、遺体パウチ (死体袋) (写真 3) の常備が望ましい科・部署があります。救命救急や救急外来といった科・部署では、交通事故、転落・転倒事故や災害等の外傷・損傷がある遺体に対して防水シートを使用することは、搬送時の感染予防対策として必要です。遺体用パウチは、熱傷や薬剤アレルギー、強度の全身性浮腫等、身体各所から血液・体液の浸出がある場合等に使用します。特定感染症指定医療機関等でも備えることが必要です。

身体の清拭時には温湯又は微温湯を使用します。温度の表示は日本薬局方に定められており、温湯は 60～70℃、微温湯は 30～40℃とされています。温度の高い方が汚れが良く落ちますので、汚れに応じて使用します。



写真3 遺体用パウチを用いての搬送
(撮影協力:株式会社清水商店、
東礼自動車株式会社)

④ 身支度用品 (用具)

身支度用品 (用具) として、浴衣、紙オムツ、櫛、剃刀 (T字型、I字型) を用意します。

遺体は、清拭後、清潔な浴衣や寝衣に着替えることが望まれます。遺体の腕等に注射針痕や皮下出血がある場合や、やせ細っている場合は、遺族の目に痛々しく見えることがあります。その点で浴衣は、腕や足を隠し、肌の露出が少ないので有用です。また、比較的体格や体位に左右されることなく、遺体への負担が少なく装着できるのも浴衣の利点です。帰宅後、遺体の冷却にドライアイスを使用しますが、浴衣は和服や洋服に比べて薄いことから、冷却するうえでの着衣としても好ましいものです。逆に、和服やスーツ等厚手の洋服を装着した場合は、冷却効果が損なわれます。(コラム「着衣と冷却効果」参照、p.18)

【第2章の文献】

- 1) 国立病院機構大阪医療センター感染対策委員会、ICHG 研究会 編：新・院内感染予防対策ハンドブック、南江堂、東京、2006
- 2) ICHG 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、東京、2011 (改訂)

コラム ● ペースメーカーが装着されていることの申し送り

火葬時に装着されたままのペースメーカーが破裂することがあります。火葬炉には覗き窓が設置されており、職員は火葬が始まると窓に目を近づけて火葬状況を確認します。火葬炉には、遺体を「足元から入れる」タイプと「頭部から入れる」タイプとがあります。「足元から」のタイプで、ペースメーカーが装着されたまま火葬が行われ、それが破裂したことで、確認していた職員が失明の危険にさらされた事例が報告されています。死後処置の根底には、それに携わる者の安全の確保があることを忘れてはなりません。医療機関、医療機器メーカー、葬祭業者は、火葬における安全にも十分配慮する必要があります。

コラム ● 着衣と冷却効果

火葬までの間に遺体の腐敗は進行します。腐敗抑制を行うために、葬祭業ではドライアイスを使用しますが、着衣が厚いと冷却効果を阻害し遺体の腐敗を招くことがあります。遺体が葬儀の頃に「臭う」といわれるのは、冷却が適切に行われていないことが大きな原因です。

ドライアイスは、葬祭業者が着衣の上から装着しますから、着衣が厚い（着物やスーツ、ジャケット等）とドライアイスの冷気が腹部（消化器臓器）を冷却できないことが生じます。とくに着物で帯を締めた場合では、ドライアイスによる冷却効果は期待できないと考えます。遺体は、多くの場合2～3日後に火葬されます。ただし、東京は火葬までの日延べを余儀なくされる都市ですので、遺体が安置された環境の室温や身体の冷却は、遺体の腐敗抑制（感染予防と遺体のプライバシー保護）のために、特に注意が必要となります。

第3章

死後処置の手技 ① 基本手技

遺体からの感染は、おもに接触感染です。死後処置の第1の目的は、血液・体液が漏れ出ない処置を行って、遺族や搬送業者、葬祭業従事者等の接触感染の可能性を予防することです。実際の死後処置の一般の手順を表5に示しますが、本章では、まず基本手技として、「清拭」「腔部の詰めもの」「遺体用口腔ケア」について解説します。

なお、この第3章と、第4、5章で解説する死後処置の手技は、「遺体専用」の手技です。死後処置の手技は、生体には使用はしませんので、これらを混同しないように注意してください。

(本章と次章で解説する手技は、おもに実技講習の内容となります。紙上で解説には限界があり、実技講習後の復習を目的とした手順の列挙に留めていますことをご了承ください。)

3-1. 基本手技

① 全身清拭

搬送中や帰宅後に、葬祭業者・遺族等が遺体に直接接触することがあるため、全身の清拭を行います。通常は、微温湯（30～40℃）で清拭します。

清拭に消毒剤を用いることがあります。消毒剤を用いた清拭が必要かどうかは、清拭後に人の手が触れた場合の感染リスクを考慮し、施術者の判断で行います。目視できる湿性の血液・体液・排泄物等が付着している場合、感染症がある場合は、次亜塩素酸ナトリウム0.1～0.5%液（1,000～5,000 ppm）で清拭し、再度微温湯で清拭します。

具体的には、洗面器又は清拭用バケツに微温湯約1Lを入れ、タオルを2、3枚浸しておき、清拭時にそれを1本ずつ絞って体を拭きます。タオルは洗面器・バケツの溜め水ですすがず、適宜取り換えて使用します。

② 更衣

家族の希望を考慮して、無理のない範囲で着衣の着替えを行います。体格や体型等を考慮し、無理のない範囲であれば、できるだけ家族の希望を汲んで行うことも大切です。適切な処置ができている場合は家族と一緒に行うことができます。

遺体の着衣は、清潔で肌の露出が少なく、薄めの着衣が望まれます。肌の露出が少ない着衣とは、「首・腕・脚が露出しない着衣」ということで、この要件を満たした着衣の代表が「浴衣」です。浴衣は、前の章で述べたように遺体を冷却する上でも遺体に適したものです。

表 5 死後処置の一般的手順（検案が行われない場合）

項 目	内 容
① 死亡確認	医師が家族に死亡を伝える
② 医療器具抜去及び介助	医用器具（医療用具）を外す
③ 医療器具抜去後の処置	【注射針抜去痕】 遺体用圧迫固定 【CV カテーテル痕】 血液を排出→縫合→遺体用圧迫固定 【気管切開痕】 吸引→吸収性の材料を詰める→縫合→遺体用圧迫固定 【ドレーン抜去痕】 吸引→吸収性材料を詰める→縫合→遺体用圧迫固定 【胃ろう痕】 吸引→吸収性材料を詰める→遺体用圧迫固定 【腸ろう痕】 遺体用圧迫固定 【尿道カテーテル抜去痕】 尿を拭き取る
④ ストマの処置	ストマ周囲を圧迫→パウチを外す→便を拭き取る→消毒剤で清拭→清潔なパウチ装着
⑤ 脱衣	寝衣、服を脱がす。
⑥ 創傷の処置	【膿のある創】 消毒剤を流しながら膿・血液を取り除く→ガーゼを詰める→紙オムツをあてる 【体液が浸出している創】 平オムツ又は尿とりパッドをあて周囲をテーピングする。
⑦ 排泄物の処理・肛門の処置	腹部を圧迫する→便を拭き取る→消毒剤で清拭する→吸収性の材料を詰める→紙オムツをつける
⑧ 膿の詰めもの	消毒剤で清拭する（肛門の処置時に行う）→吸収性の材料を詰める
⑨ 全身清拭	微温湯又は温湯で清拭する 【医療器具抜去痕、外傷等血液が付着している部位】 消毒剤で清拭→微温湯で清拭
⑩ 着衣	家族の希望する着衣又は清潔な浴衣等を着せる
⑪ 鼻腔の詰めもの	吸引→吸収性の材料を詰める
⑫ 遺体用口腔ケア・ 口腔の詰めもの	痰や唾液を吸引する→洗浄・消毒→汚れた消毒剤を取り除く→吸収性の材料を詰める
⑬ 容姿を整える	髪をなでつけ顔を整える

※ CV カテーテル痕、気管切開痕、ドレーン抜去痕等の縫合困難時は、吸引した後吸収性の材料を詰め、創部を強く抑え圧迫固定を行う。

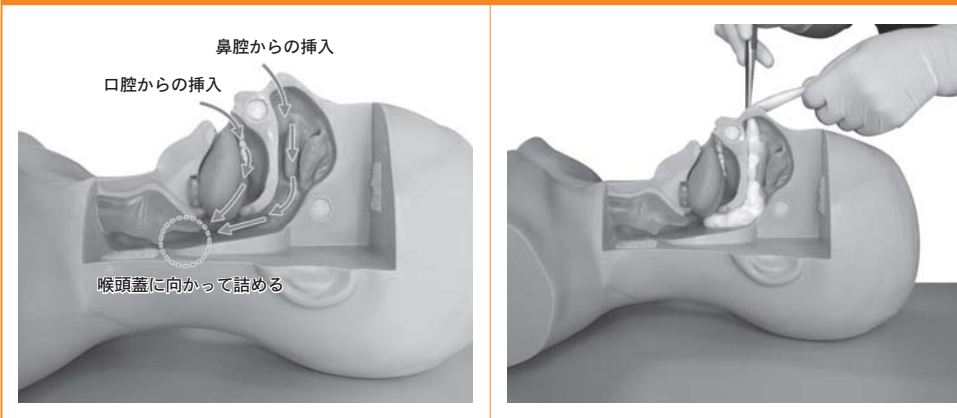
※ 創傷の手当て等排泄物以外の紙オムツの使用時は、紙オムツの上に包帯を巻く。

浴衣以外の服装を希望する場合は、故人の遺志あるいは家族の心情への慰めになりますから、できるだけ希望に沿うようにします。家族から最期に着せるものについて相談を受けた場合は、「できるだけ薄いもので、襟元や腕や脚が出ないもの、ゆったりしたサイズのものをお持ちください」とアドバイスすることが望まれますが、厚い着衣等を望まれた場合や、患者の浮腫が強度で更衣が難しい場合は、「せっかくご用意くださいましたのに申し訳ございません。お帰りになった後、冷却ができなくなるので、清潔な浴衣をお着せたいと思います。どうかご理解ください」、「今のお体には、少しくつくてかわいそうなので、お棺のなかに納めてさしあげてください」など、家族の心情を察しながら、優しい口調で声かけをすることが望ましいと考えます。

3-2. 腔部の詰めもの

搬送中や帰宅後に、腔部（鼻腔・口腔・肛門等）から血液・体液の流出が起こる

図1 鼻腔の詰めもの



鼻腔からの出血や体液の流出は、おもに気管・食道を経由する。したがって、吸収性の材料は、鼻の入り口から、喉頭蓋に向かって詰める（図左）。棒状に裂いた脱脂綿を使用し、セッシ（割り箸の使用も可）を用いて、喉頭蓋から鼻腔入口手前までに十分な量の吸収材を挿入する（図右）。1本目の脱脂綿を喉頭蓋へ向けて深く挿入することで、多量の脱脂綿が挿入できる。

ことがあるため、血液・体液・排泄物等の流出防止のために、腔部に対して「詰めもの」を行います。血液・体液の流出が始まる時間や流出量には個人差があり、予測は困難ですから、吸収性の材料をできるだけ多く詰めることが望まれます。全身性浮腫がある遺体で、搬送中から約7時間連続して流出したという経験が筆者にあります。また、死亡から数時間後の帰宅の際に鼻腔から出血が起こり、止血処置を行うため吸引を行ったところ、約800 mLの血液が確認されたと報告した看護師もいました。

① 鼻腔の詰めもの（図1）

鼻腔から流出する血液や体液は、おもに気管・食道を経由するものです。したがって、吸収性の材料は、鼻の入り口から、喉頭蓋に向かってしっかりと詰めます。鼻腔の詰めものは、詰める部位を見ずに行う、いわゆる“ブラインド操作”であるため、詰める部位の解剖学的構造を理解しておきます。

喉頭蓋から鼻腔入口手前までに十分な量の吸収材を挿入します。枕を外して行うことで挿入しやすくなります。棒状に裂いた脱脂綿を使用し、セッシを用います（割り箸の使用も可）。まず、1本目の脱脂綿を喉頭蓋へ向けて深く挿入することで、多量の脱脂綿が挿入できます。適切な挿入は、鼻の形（美観）を損ないませんから、そのような挿入手技の習熟に努めます。

《高分子吸収剤の注意点》

高分子吸収剤は多量の水分を吸収するので、鼻腔・口腔の詰めものとしては最も適していると考えられます。しかし、体内ガスの放出によって、帰宅後に高分子吸収剤が鼻や口から出てくることがあります。高分子吸収剤製品を使用する場合は、鼻腔や口腔の奥深くまで吸収剤を挿入します。その後、体内ガスの放出に伴う高分子吸収剤の流出を防ぐ目的で、脱脂綿を固く圧縮して、奥深くに詰めます。

② 口腔の詰めもの

口腔に対しては、幅約 2～3 cm、長さ約 20 cm の、板状の脱脂綿を準備します。枕を外し、舌を指で下方に押さえ、喉の奥深くに板状の脱脂綿を詰めます。“喉の奥へ深く”とは、具体的にはのぞき込んでも脱脂綿が見えない位置です。出血傾向や全身性浮腫が判明している場合は、詰めものの量を多くします。

一般的には、死亡直後は全身の筋肉が弛緩し開口しますが、死後硬直が発現している場合や、舌根沈下や頸部硬縮等によって閉口している場合は、無理に口をこじ開けることは避けます。

③ 肛門の詰めもの（排泄物の処理）

脱脂綿、紙オムツ、ティッシュペーパー又は便拭き取り用タオル、ウエットティッシュ、次亜塩素酸ナトリウム液、ゴミ袋を準備します。

臀部の下に紙オムツを敷きます。便を排出する目的で腹部を圧迫します。便の排出がなければ脱脂綿を詰め、清潔な紙オムツを装着します。体位交換により泥状の便が容易に排出することがあります。泥状の便が出る場合は、腹部を圧迫し便を十分排出した後詰めものをします。便が肛門周囲に付着した場合や下血があった場合は、便を拭き取り、次亜塩素酸ナトリウム 0.1%液（1,000 ppm）を用いて清拭します。

④ 腔の詰めもの

脱脂綿等を用いて詰めものをします。腔入口周囲に血液・分泌物、臭気等がある場合は、清拭後、次亜塩素酸ナトリウム 0.1%液（1,000 ppm）を用いて消毒します。

⑤ 耳腔の詰めもの

他の腔部とは異なり、耳は血液・体液が漏れ出てきた場合にのみ詰めものを行います。耳は構造上管が細いため、多量の脱脂綿が入らないので、血液・体液の流出時に限って行います。耳腔から血液・体液が流出している場合は、細長い 5 cm 程度の脱脂綿を用い、ねじ込むように圧迫して詰め、詰めものをした上から尿とりパッドをあてます。

遺体の処置に尿とりパッドを用いることに抵抗を感じる遺族の方もいらっしゃいます。その心情を考慮し、尿とりパッドの上にガーゼをあてます。また、多量の流出による汚染を防ぐため、頭部の下に平（板）オムツを敷きます。

綿球は、耳腔から血液・体液が流出してきた場合の止血には有効ではないため、詰める必要はありません。

表6 遺体用口腔ケアの手順

- ① 襟元に平（板）オムツをあて、消毒剤の飛び跳ねを予防する。
- ↓
- ② 口腔の喉に不織布又はガーゼを詰め、消毒剤が食道に流れないように堰をつくる。
- ↓
- ③ 口腔に不織布又はガーゼを入れ、十分な量の消毒剤で口腔を満たし、舌・歯・歯茎・口蓋・頬（口腔の側壁）・口底を、先に入れた不織布又はガーゼを用いてこすりながら洗浄消毒する。
- ↓
- ④ 不織布又はガーゼと汚染した消毒剤を取り除く。
- ↓
- ⑤ 喉の奥に堰として詰めていた不織布又はガーゼを取り除き、清潔な不織布又はガーゼで口腔内の水分を十分取り除く。

3-3. 遺体用口腔ケア

遺体用口腔ケアは、口腔の腐敗抑制・清潔・消臭を目的に行います。他の死後の処置と同様、口腔ケアについても、“遺体用”であることを十分理解し、生体と混同しないようにします。

遺体の口腔ケアには、次亜塩素酸ナトリウム 0.5%液（5,000 ppm）を用いて消毒を行います。開口している場合は口腔全域を消毒することができるので、歯・歯茎・頬内側の側壁部分を消毒します。口を閉じている場合には、開口はせずに唇と鼻庭の裏側の粘膜部分と歯等、無理のない範囲で消毒します。表6に手順を示します。

次亜塩素酸ナトリウム 0.5%液による消毒剤の浸漬は、通常1回を行います。消毒剤の汚れ具合に応じて、同じ工程を2～3回、汚れがなくなるまで繰り返し行います。顔の骨格の大きな男性で1回80 mLを目安に、口腔から流れ出ないように注意しながら行います。

死後処置の手技について、前章の「基本手技」に続いて「医療器具抜去後の処置」について解説します。まず、共通する手技として「遺体用圧迫固定法」について説明します。この圧迫の程度は生体に対するものと異なり、創部を強く圧迫したまま、皮膚と粘着テープとの間に隙間を作らないように、伸縮性粘着テープは張力をかけずに皮膚に貼ります。この点も生体に対する処置と大きく異なります。その次に、「注射針痕」「CVカテーテル痕」「気管切開痕」「ドレーン抜去痕」「胃ろう痕」「腸ろう痕」「ペースメーカー抜去痕」「ストマの処置」について解説します。

4-1. 遺体用圧迫固定法

遺体用圧迫固定法は、開口部からの血液・体液の流出を防ぐ手技で、医療器具抜去後等の処置に使用する必須の手技です。創部を強く圧迫して血液・体液が漏れ出ないようにする処置で、不織布又はガーゼと、伸縮性の粘着テープを用いて行います。

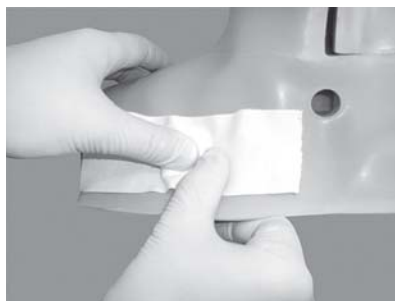
図2に遺体用圧迫固定法の手順を示します。分厚く、固く折りたたんだ不織布又はガーゼを創部にあて強く圧迫します。創部を強く圧迫したまま、皮膚と粘着テープとの間に隙間を作らないように粘着テープを皮膚に貼ります。死後処置において粘着テープを用いる場合には、伸縮性粘着テープは張力をかけずに皮膚に貼ることがポイントです。この手技は医療器具抜去痕のすべての部位に有効です。

図3で遺体用圧迫固定法と、遺体に適さない圧迫固定を比較して解説しました。

図2 遺体用圧迫固定法の手順



① 分厚く、固く折りたたんだ不織布又はガーゼを創部にあて強く圧迫する。

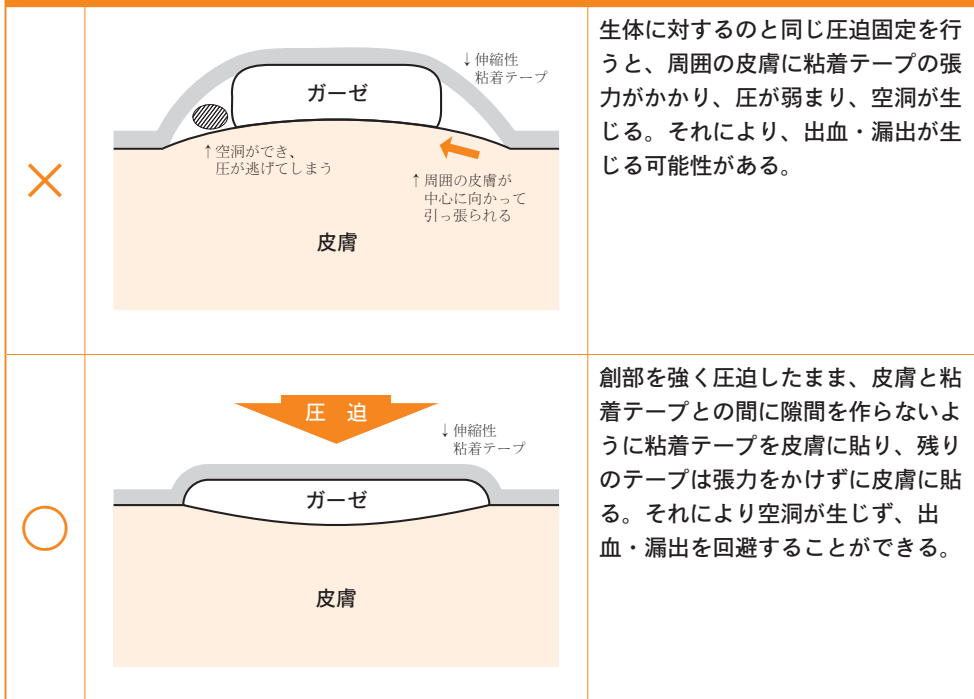


② 創部を強く圧迫したまま、皮膚と粘着テープとの間に隙間を作らないように粘着テープを皮膚に貼る。



③ 伸縮性粘着テープと皮膚の間に隙間がないことを確認し、圧迫したまま残りのテープを張力をかけずに皮膚に貼る。

図3 遺体に適さない圧迫固定と遺体用圧迫固定法



ここでいう「遺体に適さない圧迫固定」とは、医療者が通常の医療において生体に対して行う処置で用いる手技です。生体に対しては、伸縮性粘着テープを引っ張り、張力をかけて皮膚に貼付します。一方、遺体の処置において伸縮性粘着テープを用いる理由は、あくまでもその粘着性の高さを通気性（体内ガスを放出できる）によります。圧を加えた不織布又はガーゼを張力をかけたテープで固定すると、不織布又はガーゼの圧が逃げ緩んでしまい、出血・漏出が起きます。そのような理由で、生体と同様の張力をかけた圧迫固定は、死後処置には適さないのです。逆に生体に対して遺体用の強い圧を加える圧迫固定を行うと、当然著しく血液の循環を阻害しますから、行ってはなりません。




4-2. 縫合と吸引

遺体用圧迫固定法に加え、縫合、吸引の手技を用います。

① 縫合

医療によってできた創傷には、注射針痕等の小さな創から、気管切開痕等の大きな創まで、さまざまなものがあります。気管切開痕やドレーン抜去痕等の大きな創には、創の開口部を小さくする目的で縫合が望まれます。ただし、創を縫合しても、縫合した部位から血液・体液が漏れ出る可能性があります。縫合後にはその部位に対し、遺体用圧迫固定が必要となります。

図 4 CV カテーテル痕の処置の手順

		
<p>① 平（板）オムツで CV カテーテル抜去部周囲を圧迫し、血液を排出する。出血が止まるまで数回行う。</p>	<p>② 平（板）オムツの汚染されていない場所をあて、抜去部を圧迫し、血液が流出しないかを確認する。</p>	<p>③ 止血されたら平（板）オムツを外し、素早く遺体用圧迫固定の手順に従って圧迫固定する。</p>

② 吸引

気管切開痕、ドレーン抜去痕に対しては、単に皮膚の上から処置をするだけでなく、体内に貯留する血液や体液を、吸引器を用いて吸引することが望ましい処置です。体液が多い場合や浮腫が強度の場合は、1回吸引しても数分後には再び貯留することがあるため、2～3回吸引することが望まれます。

4-3. 医療器具抜去痕別の具体的手技

死後処置を要する医療器具（用具）抜去部には、注射針痕、CV カテーテル痕、気管切開痕、ドレーン抜去痕、胃ろう痕、腸ろう痕、ペースメーカー抜去痕等があります。それぞれの医療器具（用具）抜去痕等に応じた手技を解説します。

① 注射針痕

注射針痕の処置として、遺体用圧迫固定を行います。前腕、手背、足背等の皮静脈の小さな注射針抜去痕に対しては、防水性ドレッシング材で十分のように思われるかもしれませんが、しかし、浮腫がある場合は、防水フィルムでは血液・体液等が漏れ出る恐れがあり、遺体に対しては、すべての注射針痕に遺体用圧迫固定を行います。

② CV カテーテル痕（図 4）

CV カテーテル痕に対しては、CV カテーテル抜去部周囲を圧迫し、血液を排出してから、遺体用圧迫固定を行います。「血液排出→遺体用圧迫固定」が大きな流れとなります。

まず、平（板）オムツで CV カテーテル抜去部周囲を圧迫し、血液を排出します。出血が止まるまで数回行います。平（板）オムツの汚染されていない場所をあて、抜去部を圧迫し、血液が流出しないか確認します。止血されたら平（板）オムツを外し、素早く遺体用圧迫固定の手順に従って圧迫固定します。

③ 気管切開痕

気道切開痕は、開口部が大きいので、縫合することが望ましい処置です。気管切開カニューレ（チューブ）を抜去した後、分泌物、血液を吸引し、吸収性の材料を詰め縫合します。縫合後に遺体用圧迫固定を行います。縫合ができない場合は、詰めものをした後、遺体用圧迫固定を行います。

④ ドレーン抜去痕

胸腔ドレーン、腹腔ドレーンを抜去した後、血液・体液を十分吸引し、吸収性の材料を詰め縫合し、遺体用圧迫固定を行います。縫合ができない場合は、吸引後、詰めものをした後、遺体用圧迫固定を行います。

吸収性の材料は、詰める量が多いほど血液・体液を多く吸収します。遺体の状態が、強度の全身浮腫や腹水の貯留が著しい場合は、多く詰めることが望まれます。

⑤ 胃ろう痕

胃ろう痕は、吸収性の材料を詰め縫合し、遺体用圧迫固定を行います。縫合できない場合は、詰めものをした後遺体用圧迫固定を行います。開口部が小さいので、吸収材は、棒状に裂いた脱脂綿を使用します。

⑥ 腸ろう痕

腸ろう痕は、遺体用圧迫固定を行います。

⑦ ペースメーカー抜去痕

ペースメーカー抜去痕は、吸収性の材料を詰めた後、縫合し、遺体用圧迫固定を行います。縫合後は、傷をガーゼ等で傷を隠しておけばよいと思いがちですが、ペースメーカー切開部の縫合は、縫合糸と縫合糸の間から出血が起こる可能性があるため、縫合部に対して遺体用圧迫固定を行います。

⑧ ストマの処置

ストマ部分に使用しているパウチは福祉用具であり医療器具ではありませんが、便宜上ここで取り上げます。パウチは新しいものと取り替えますが、装着したままで問題ありません。

手順としては、パウチを外す前に便を排出する目的でパウチ周囲を圧迫し、その後でパウチを外して、孔および孔周囲を次亜塩素酸ナトリウム 0.5%液（5,000 ppm）で清拭し、新しい清潔なパウチを装着します。ここでの消毒剤の使用は消臭が目的です。なお、ストマ周囲に消毒剤の水分が残っているとパウチが貼付しにくくなるため、ティッシュペーパー等で十分水分を取り除いてからパウチを貼付します。

この死後処置の手技の最後の章では、《創傷部の処置》として、「膿・浸出液のある創」「外傷」等について解説し、最後に《その他の処置》として「死体検案時の処置」について説明します。

5-1. 膿・浸出液のある創

仙骨部等の膿瘍形成がある褥創（排膿が認められる）の場合の処置について解説します。

仙骨・尾骨の褥創の処置は、身体を側臥位にして行います。消毒剤や膿が流れる部位の体の下に平（板）オムツを敷きます。平（板）オムツは、体液の跳びはねや周囲の汚染の予防とともに、着衣やリネン等が次亜塩素酸ナトリウム液により脱色しないようにするのが目的です。

創部に、次亜塩素酸ナトリウム 0.5%液（5,000 ppm）を流しながら十分体液・膿等を搔扱し、次に、ガーゼで水分を十分取り除きます。その後、創部にガーゼを詰め、平（板）オムツをあて、周囲をテーピングします。

創部の消毒には、シリンジ 50 mL やノズルのついた容器等が適しています。褥創の深さや大きさに応じて消毒剤の使用量を加減します。消毒剤の使用量としては、創が骨被膜に達する深さで、創の直径が約 10 cm×10 cm の場合、200 mL を目安に使用します。消毒は、病原体に対して十分な量を使用します。

上述の手技は、褥創のほか自壊創にも適します。顔の腫瘍の場合は、平（板）オムツより小さい尿とりパッドを使用します。

浸出液のある創に対しては、平（板）オムツを用いて浸出部を包み、周囲をテーピングします。全身的な体液の浸出がある場合、また浸出が広域の場合は、防水シートを身体の下に敷きます。

遺体は生体のように傷が治ることはありませんから、いずれの場合も治癒促進剤等の塗布は不要です。

なお、前述したように、平（板）オムツや尿とりパッドは排尿・排便で使用する物品であることから、それらを用いることで遺族等の心情を損なうことがあります。排泄物の処理以外に平（板）オムツや尿とりパッドを使用する際は、それらが外から見えないように、最後にガーゼ等で覆う配慮が必要となります。

5-2. 創傷

① 外傷の処置

不慮の事故等で創傷した遺体は、創傷は回復することはないため、創開口部からの出血が起らない処置を行います。大きな創は縫合し、平（板）オムツをあて、周囲をテーピングし、さらに包帯やさらし等で包みます。比較的小さな創であれば、状況に応じて縫合し、遺体用圧迫固定を行います。

② 手術後の処置

手術後の縫合部からの血液の浸出は、平（板）オムツをあて、周囲をテーピングします。頭部の術創は、ガーゼ又はさらしを用いて創部を覆います。

5-3. 死体検案時の後頭下穿刺の処置

「検案」とは、医師が死体を外表から観察、検査すること（解剖は含まれない）で、「検視」とは、検察官やその代行である警察官（司法警察官）が、異常死体（変死体）を調べることをいいます。検案の対象となる患者の死亡の場合は、医師の指示に従い、検視・検案が終了するまで死亡時の状況を変えてはいけません。死後処置は、検視・検案終了後に行います。

検案が行われた遺体では、後頭下穿刺による出血が起こることがあるのが特徴的です。したがって、穿刺部からの出血で汚染された頭髪や頸部との、不意の接触による暴露事故に注意します。また、内因性の急死の場合は、搬送中や帰宅後、鼻腔・口腔から出血していることがあります。

検案後の処置については、医療従事者が死後処置をするか否かは、病院によって異なります。死後処置を行わない場合は、遺族・搬送業者等の血液・体液等との暴露事故を防ぐため、また後頭下穿刺痕からの出血汚染予防のため、穿刺部の下（後頭部・頸部）に平（板）オムツを敷きます。また、搬送業者には、創傷部や穿刺痕から出血があることを申し送りします。

近年は、検案において穿刺を行わずに、CT スキャンを利用する方法が導入されていることもあります。

【第5章の文献】

- 1) 高津光洋：検死ハンドブック、南江堂、東京、1998
- 2) 澤口彰子、佐藤善宣、渡辺博司、他：臨床のための法医学（第3版）、朝倉書店、東京、1996
- 3) 永野耐造、若杉長英：現代の法医学（第3版増補第3刷）、金原出版、東京、2000

第6章

死後処置のまとめ

以上、第3～5章で死後処置の手技について解説してきましたが、復習の意味を含めて死後処置の一般的手順について表5をいま一度ご確認ください（p.20：これは検案を行わない場合の手順です）。

一口に医療機関といっても、診療方針にそれぞれ特徴があり、地域医療に重きを置く施設もあれば、高度・先進医療に特化している施設もあります。また、総合病院では複数の診療科目が存在します。

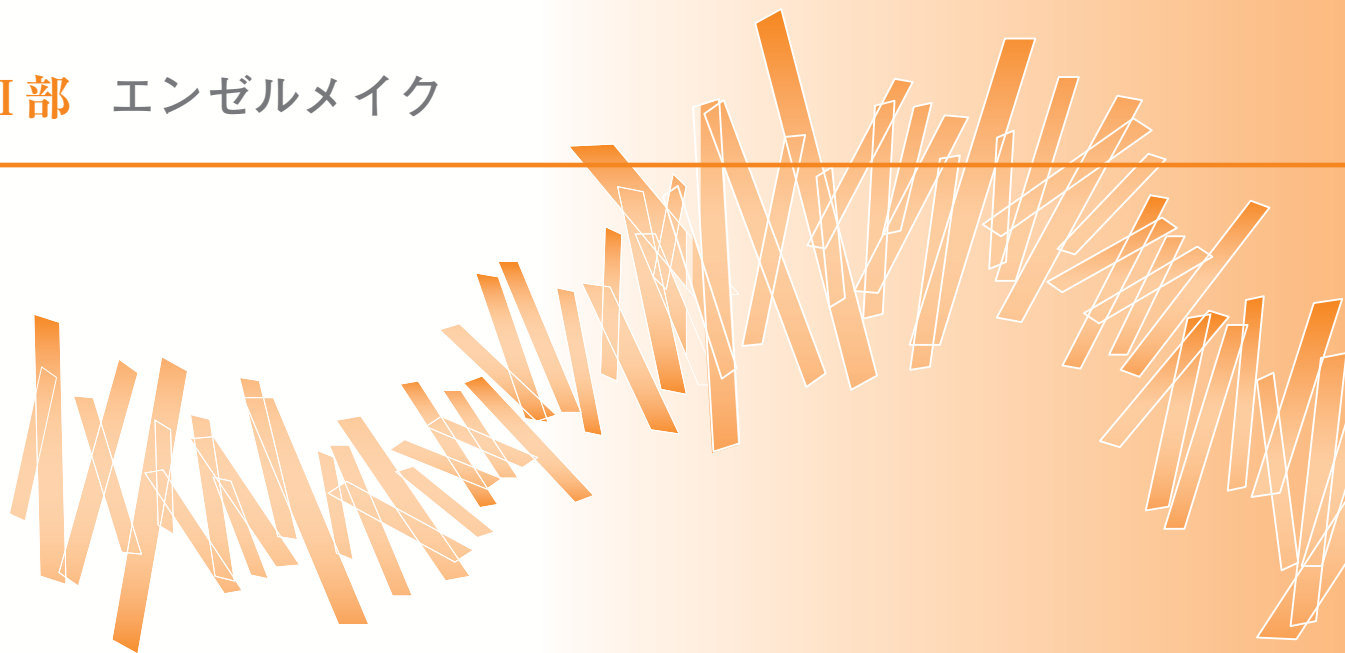
こうした診療方針や診療科目によって、患者の死亡時の様子は異なります。例えば緩和ケア病棟で亡くなられた場合は、医療器具の装着は比較的少ないという特徴があります。介護老人保健施設（老健）や、慢性期疾患の高齢者をおもな対象とする病院、在宅医療でも同様です。一方、高度医療を行う病院や急性期疾患を専門に取扱う病院、ICU・CCUといった科・部署では、患者の死亡時には、複数の医療器具が装着されていることが多くなります。

このように、死後の処置に携わる場合でも、従事する病院や科・部署によって処置の内容は大きく異なり、所要時間にも当然違いが生じます。

遺体の状態は刻一刻と変化しますが、死後処置業務は、通常の医療行為とは異なる要素が多々あります。したがって、死後処置を適切・迅速に行うには、処置に携わるすべての従事者が業務内容を理解し、手順と手技を共有することが必要です。

そのためには、その施設、その診療科目ごとに、医療内容に沿った死後処置のマニュアルを作成することが望まれます。このマニュアルは、業務内容・手技がわかりやすく解説され、すべての従事者が同一の基準で処置ができるよう導くものでなくてはなりません。本稿は多くの施設・診療科に共通する死後処置について総論的に述べたものですが、それに加えて個々の従事者は、置かれている施設に沿った具体的作業手順を明確に記載した、オリジナルのマニュアルを作成されることを強く勧めます。

第Ⅱ部 エンゼルメイク



第II部では、感染予防のための死後処置から離れ、エンゼルメイク（死化粧）の方法について解説します。本章ではエンゼルメイクの基本的な考え方を述べていきますが、一般的なメイクアップと同様、エンゼルメイクも「こうしなければならない」という標準的なものはありません。遺族の心情を察し、穏やかに死を迎えたことが伝わるよう、最期の別れのときまでうるわしい顔が維持されることが、エンゼルメイクに求められるものです。

7-1. 家族の心に寄り添うメイクアップ

エンゼルメイクは生体でのメイクアップとは異なり、死後の変化を十分考慮することが重要となります。第一に遺体の乾燥による顔貌の変化の予防が求められます。後述する「遺体用のスキンケアクリーム」を準備し、つややかな肌のイメージを保つことに努めます。

女性に対してはファンデーションや口紅を用いたナチュラルメイクを施しますが、遺族がイメージする生前の姿を意識し、過剰な化粧とならないよう留意します。遺された方々にとって、遺体の安らかな顔、穏やかな顔は何よりの慰めとなります。そこで求められるのは過度の装飾性ではなく、穏やかに死を迎えた安らかな表情に整えることです。

遺族はどんなに辛くとも、身近な方を亡くした苦しみを遺族自身で乗り越えていかなければなりません。葬儀・告別式にはもちろん宗教的な意味合いがありますが、遺族が段階を追ってその死を受け入れるプロセスでもあります。死亡直後はパニック状態であった遺族が、時間の経過とともに次第に平常心を取り戻し、葬儀式の頃にはずいぶんと落ち着かれていく過程を幾度となく拝見させていただきました。遺族だけで行う「家族葬」といわれる葬儀式もありますが、葬儀式には多くの親戚が集まり、多くの弔問客が訪れます。そうした方々との語らいを通じて、身近な人の死を社会的に受容していくための場でもあるように思います。

「何て穏やかなお顔でしょう…」「よく頑張ったね。いい顔しているじゃないか…」——弔問客からこうした言葉をかけられることで、死者を弔うということを実感し、別れの覚悟をしていく。遺族は、悲しみを共有する人たちに囲まれ慰められます。

エンゼルメイクが目指すものは、拝顔する方々が、こうした言葉を、単なる弔問の礼儀としてではなく、心からのものとして発せられるように努めることだと考えます。ですから、あくまでも自然なメイクアップを心がけ、遺族や弔問の方の記憶とかけ離れた別人の顔を作らないように気をつけなければなりません。

表7 顔貌に影響を及ぼす死体現象

- ① 蒼白感：心停止とともに一瞬にして認められる。
- ② 死体感（生体感の喪失）：皮膚の乾燥の進行とともに呈する。
- ③ 血液就下：血流が途絶え、血液は自重によって下方に移行する（死斑の形成）。

7-2. 死後変化と化粧

死亡直後では、まだ温かい顔や身体に「死体感」は乏しく、生体と同様の化粧をしても、それほど疑問に感じないかもしれません。ところが、時間の経過とともに「死体現象」が発現します。死亡直後の患者に対し生体と同様の化粧をした場合、化粧直後に得られていた美しさは、翌日には半減してしまいます。多くの場合、火葬まで2～3日を要します。その間うるわしい顔を維持するためには、遺体に適した化粧材と化粧テクニックは欠かせないものです。

遺体に発現する現象を「死体現象」といい、比較的早期に現れる現象を「早期死体現象」といいます。体温の低下、血液の就下（しゅうか→死斑形成）、死後硬直、皮膚の乾燥といった現象が早期死体現象です。その後次第に腐敗が進行しますが、エンゼルメイクには早期死体現象に対応することが望まれます（表7）。

心停止とともに、一瞬にして「蒼白感」が認められます。また、血流が停止すると、死体内の血液が自重によって死体の下方に移行します。これを「血液就下」といい、それにより皮膚表面に生じる、紫赤色や紫青色の変色部を「死斑」といいます。さらに、個人差はありますが、おおむね死亡の翌日から皮膚と口唇の乾燥が進行し、「生体感」を消失して、「死体感」を呈するようになります。

肌と口唇の乾燥は、皮膚表面からの水分の蒸発が原因です。この乾燥は時間の経過に伴って強くなっていきます。肌の乾燥により、化粧の付きが悪い、乾いた肌になり、唇の乾燥により口紅の付きが悪くなり、唇は革皮様化します。

なお、死後硬直により開口している場合や、病理解剖を行ったことで顔貌が変化している場合があります。コラム「死後硬直と閉口」「病理解剖時の顔のプロポーシオン」（p.44）もご参照ください。

【第7章の文献】

- 1) 澤口彰子、佐藤善宣、渡辺博司、他：臨床のための法医学 第3版、pp. 26-29、朝倉書店、東京、1996
- 2) 永野耐造、若杉長英：現代の法医学 第3版 増補第3刷、pp. 25-30、金原出版、2000

エンゼルメイクは、「スキンケア（基礎化粧）」「ベースメイク」「ポイントメイク」から成り立ちます（表8）。ポイントメイクの内容として、アイメイクとリップメイクがあります。遺体は、1日が経過すると、「血の気がなくなる」「乾燥する」といった死体現象が現れますから、エンゼルメイクでは遺体に適したスキンケアが最も大切となります。

8-1. スキンケア

① 死後処置におけるスキンケアとは

スキンケアとは、ファンデーションをつける前に、肌状態を整えるために行う化粧で、基礎化粧ともいいます。遺体のスキンケアは、肌の水分蒸発を抑制し、乾燥を防ぎ、艶やかな肌に整え、ファンデーションを塗布しやすくすることが目的です。

スキンケアを適切に行うことで、遺体の肌を潤いのある艶やかなものに整え、エンゼルメイクの目標である安らかな顔、穏やかな顔をつくることができます。肌は顔全域を占めますから、肌自体の美しさが、顔から受ける印象に大きく影響します。

遺体の皮膚の乾燥は、皮膚表面からの水分の蒸発によって起こる、体温低下や死

表8 エンゼルメイクの成立ち

	目的	内容
スキンケア	汚れの除去：清拭	皮脂、角質層の屑片等を落とす。
	整肌（肌を整える）	見た目の肌感と化粧ののりを良くする。
	保護	水分蒸発による肌の乾燥を防ぐ。
ベースメイク	肌色の調整	血色があるような肌をつくる。 肌を明るくする。 肌の変色を隠す。
ポイントメイク	パーツの印象操作	パーツ（唇、眉）を整える、つくる。
アイメイク	眉を整える	山型の眉になでつけて整え、穏やかな印象をつくる。 眉がない場合は、眉を描きたす。 ＊眉は、カットしない。
リップメイク	唇の色の調整	唇の色色素をつける。 赤みのある唇をつくる。
	唇の形の調整	唇の厚さ、大きさを調整する。 ＊むくみがあり唇が太すぎる場合は、口紅は唇の厚さより細く描く。

表9 生体と遺体のスキンケアの違い

	生体	遺体
肌状態	・皮膚恒常性機能が働いている。	・皮膚恒常性機能が停止する。 ・死体現象が発現する。 (水分の蒸発による皮膚の乾燥が起こる。)
役割	・皮膚恒常性機能の維持・回復 ・皮膚の老化遅延	・水分蒸発の抑制
目的	・皮膚を清潔にする(洗顔、クレンジング)。 ・モイスターバランスを保つ。 ・皮膚の新陳代謝を活発にする。	・皮膚を清潔にする(清拭)。 ・皮膚表面に潤いを与える。 ・皮膚の水分を保つ。

斑形成、死後硬直といった早期死体現象の一つです。これらの現象は死亡直後では明らかではないため、生体と同様の化粧をしてしまいがちです。通常、「スキンケア」といった場合は、皮膚恒常性機能の維持・回復や老化遅延のため、皮膚の生体活動に働きかけてモイスターバランスを保つためのケアを指します。ところが、遺体に対し、生体と同様のスキンケア化粧品を使用した場合、帰宅後には肌の乾燥が明らかになり、翌日には肌・口唇の乾燥が顕著になってしまいます。帰宅後翌日になってから、髭剃りの際に肌を傷つけた部位や、粘着テープの剥離痕が革皮様化するのも、死体現象の皮膚の乾燥が原因です。生体に対するスキンケアと遺体に対するそれは別のものだということをも十分認識しておきます。表9に生体と遺体とでのスキンケアの違いについてまとめました。

② 手作りスキンケアクリーム

遺体に対するスキンケアでは、肌表面に油膜コートを形成することを目的としますから、油成分の多いクリームを化粧材として塗布することが望まれます。通常生体で用いられる化粧水や乳液等には水分が多く、それを遺体の肌にも用いてしまうと、かえって水分蒸発を促進させてしまいます。また、保湿成分配合のエマルジョン(クリーム類、美容液等)も、生体では有効なものですが、遺体の肌の乾燥を抑制する効果は期待できません。ですから、遺体のためのスキンケアクリームを用意することとなります。医療施設に常備されている材料を使って、簡単にスキンケアクリームを手作りする方法を紹介します。(生体には油分が強すぎるため使用しないこと。)

「ワセリン」「ベビーオイル」と、ディスポーザブルグローブを準備します。グローブを着用し、掌におおよそ「ワセリン5：ベビーオイル1」の比率で混ぜ合わせます。かなり油成分が強いものなので、ディスポーザブルグローブを着用した方が手際よくスキンケアができます。このスキンケアクリームは、男女共用のもので、数回分、作り置きしても、ふたつきの容器に保存すれば問題ありません。手軽に作成できる、遺体に適したクリームです。

8-2. ベースメイク

ファンデーション（以下、FD）をつけることをベースメイクといいます。一般のFDを用います。FDにはパウダー、リキッド、クリーム、練り状の4タイプがありますが、エンゼルメイクに適するのはクリームタイプです。もっともポピュラーなりキッドタイプは水分が多いことから、遺体では肌の乾燥が早く進んでしまいます。リキッドタイプを用いる場合は、ベビーオイルを1滴混ぜて使用します（先述した手作りスキンケアクリームでスキンケアを行った後であれば、肌の乾きはある程度緩和されますので、ベビーオイルは不用です）。FDの色としては、赤みのあるピンク系を選びます。

FDは、指（フィンガーテクニック）又はスポンジ（スポンジテクニック）を用いて肌に塗布します。高齢者の肌を自然に美しく見せるためには、素肌を過度に隠そうとはせず、「素肌が見える程度」の少量を塗布することが望ましいと考えます。

8-3. ポイントメイク

顔を構成する唇、目、眉等のパーツそれぞれに対する部分的な化粧をポイントメイクといいます。ポイントメイクの大きな要素は、目もとを整えるアイメイクと、口紅をつけるリップメイクです。

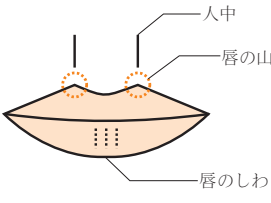
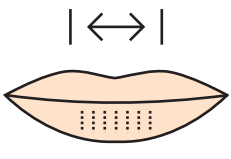
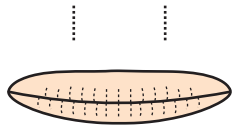
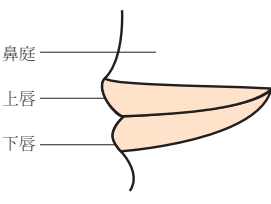
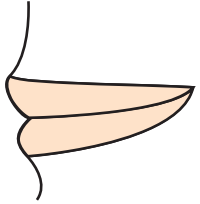
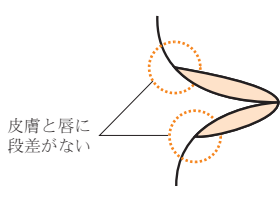
通常アイメイクには、眉を整えるアイブロー、瞼の印象を作るアイシャドー、まつ毛を強調するマスカラ、目の輪郭を作るアイライン等があります。しかし、これらのアイメイクは、瞼の開閉によって感情を表すものであり、眼球の輝きがあって活かされる化粧です。ですから、瞼の開閉がない遺体に対しては、これらアイシャドー、マスカラ、アイラインは、遺族の希望があった場合を除き基本的には行いません。

一方、リップメイクは、遺体の顔のなかで色（赤み）が強調される唯一のパーツです。唇に赤みのアクセントが入るだけで明るい顔になります。遺体の唇は色素色が薄いので、赤さを抑えたヌードカラーやオレンジ系、落ち着いたピンク系の色調のものを用意するとよいでしょう。唇の形は、加齢や生活習慣によって変化します。図5に年齢に応じた唇の形を示しますので、口紅を描く場合の参考としてください。

8-4. 髭剃り

男性で髭剃りを行う場合は、生体用の髭剃り用化粧品は用いずに、先述した手作りスキンケアクリームを使用します。生体用のシェービングソープやシェービングフォーム等は皮膚表面の皮脂を取り除いてしまいます。また、アフターシェービンググローションも、多くの製品では清涼感を与えるためにアルコールが含有されており、これも肌の乾燥を促進させてしまうので使用しません。一方、手作りスキンケア

図5 加齢・生活習慣等による唇の形状の変化

	若者	中年	高齢者
正面	 <p>人中 唇の山 唇のしわ</p> <p>唇の山が高く弾力がある。下唇のしわが少なく弾力がある。</p>	 <p>「人中」が少し広くなり、山が少し低くなる。下唇のしわが増え、弾力が衰える。</p>	 <p>「人中」が薄くなり、山がなくなる。しわが増え、唇が薄くなる。しわのない遺体もある。</p>
側面	 <p>鼻庭 上唇 下唇</p>		 <p>皮膚と唇に段差がない</p>

アクリムでは、剃刀の滑りも良く、また透明ですから、髭の状態を見ながら剃ることができ、剃り残しが少なくなります。

髭剃り後、スキンケアクリームを丁寧に拭き取ります。拭き取った後にも適度な油分が残存しますから、その後にローション等を塗布する必要はありません。きわめてシンプルな、遺体に適した髭剃り方法です。ただし、電気カミソリを使用する場合は、先に髭を剃り、その後少量の手作りスキンケアクリームを塗布すると良いでしょう。

【第8章の文献】

- 1) 光井武夫 編：新化粧品学 第2版、p. 347、南江堂、2005

具体的なエンゼルメイクの手順について、「男性の顔の整え方」「女性の顔の整え方」「薄化粧」の3種類について、メイクの手技を解説します。(死後処置と同様、講習会では実技指導を行いますので、本章は実技講習の復習や知識の整理としてご活用ください。)

遺族に対し、化粧についての要望を確認できないケースも多くあります。遺族から「化粧をしてほしくなかったのに」と言われるような結果にならないため、濃くしすぎないように気をつけます。これから述べる3種類の化粧法は、遺体に対するシンプルなメイクです。世代を選ばず用いることができます。

9-1. 男性の顔の整え方

男性向けのメイクは、スキンケアだけで顔を整える化粧法です。髭を剃り、艶やかな清潔感のある肌を整えます。先述の「手作りスキンケアクリーム」(ワセリンとベビーオイルを混合したもの)を用います(以下、これをスキンケアクリームと記載します)。

手順を図6に示します。

まず、遺体の襟元を汚さないように、タオルを襟元にかけます。顔や頭部にポビドンヨード液や血液が付着している場合は、次亜塩素酸ナトリウム0.1%液(1,000ppm)で清拭し、色素ヨード色、血液を取り除きます。消毒後、微温湯(30～40℃)で清拭します。


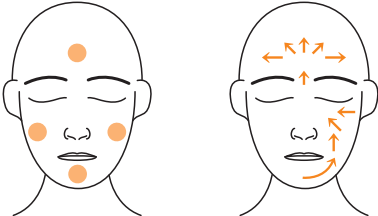
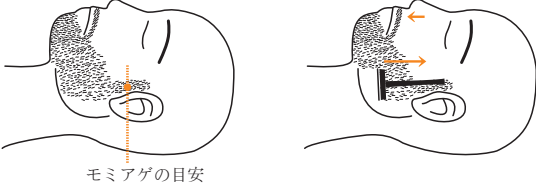
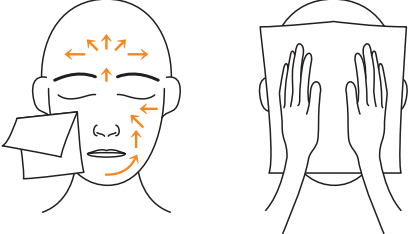
ディスポーザブルグローブを装着し、スキンケアクリームを額、頬、顎につけ、人差し指、中指、薬指の3本を使って、顔全体に伸ばします。眉と唇にもつけます。頬のクリームは、指を顔の外側から内側に向けて動かして伸ばします。最後に中指を軽く弾ませながら(パッティングの要領)、瞼に少量のクリームをつけます。顔全体にクリームをつけ終えたら、クリームがついたグローブを取り替えます。

クリームがついた状態で、髭やモミアゲを残して剃ります。剃る際は、生前のモミアゲの長さや、髭を伸ばしていたかどうかを遺族に尋ねてから剃るようにします。モミアゲは、耳近くに延びた頬骨の先端、頬骨の突起部分までの長さを標準とし、カミソリを下から上に動かしながら髭を剃ります。スキンケアクリームを用いますから、整肌とシェービングを連続して行え、化粧時間を短縮することができます。

最後に、不織布又はガーゼを使ってクリームをしっかりと拭き取ります。髭剃りをした場合は、髭部分から拭き取り、続けて顔全体を拭き取ります。頬は顔の外側か

図6 男性向けメイク

【準備物品】 □タオル □ディスポーザブルグローブ □カミソリ □不織布又はガーゼ □ゴミ袋 □ティッシュペーパー
□手作りスキンケアクリーム (□ワセリン □ベビーオイル)

手 順	内 容
<p>① 顔の清拭</p> 	<p>遺体の襟元を汚さないようタオルを襟元にかけて、丁寧に顔の汚れを落とす。顔や頭部にポビドンヨード液や血液が付着している場合は、次亜塩素酸ナトリウム0.1%液(1,000 ppm)で清拭し、色素ヨード色、血液を取り除く。消毒後、微温湯(30～40℃)で清拭する。</p>
<p>② スキンケアクリームの塗布</p> 	<p>ディスポーザブルグローブを装着し、スキンケアクリームを額、頬、顎につけ、人差し指、中指、薬指の3本を使って、顔全体に伸ばす。眉と唇にも塗布する。頬のクリームは、指を顔の外側から内側に向けて動かし伸ばす。最後に中指を軽く弾ませながら(パッティングの要領)、頬に少量のクリームをつける。顔全体にクリームをつけ終えたら、クリームがついたグローブを取り替える。</p>
<p>③ 髭剃り</p>  <p style="text-align: center;">モミアゲの目安</p>	<p>クリームがついた状態で、髭やモミアゲを残して剃る。(生体用のシェービングソープ、シェービングフォーム、アフターシェービンググローション等は使用しない。)髭やモミアゲを剃る際は、生前のモミアゲの長さや、髭を伸ばしていたかどうかを、遺族に尋ねてから剃るようにする。モミアゲは、耳近くに延びた頬骨の先端、頬骨の突起部分までの長さを標準とし、カミソリを下から上に動かしながら髭を剃る。スキンケアクリームを用いることで、整肌とシェービングを連続して行え、化粧時間を短縮することができる。</p>
<p>④ クリームの拭き取り・仕上げ</p> 	<p>不織布又はガーゼを使ってクリームをしっかりと拭き取る。髭剃りをした場合は、髭部分から拭き取り、続けて顔全体を拭き取る。頬は顔の外側から内側に向けて、額は眉間から髪の毛の生え際に向けて放射線の上に拭き取る。拭き取りを終えたら、ティッシュペーパーを当て、両手を使って余分な油分を吸い取る。目頭のくぼみや小鼻の脇は、指を使って除去し、肌のべたつきがなくなったら終了とする。仕上げとして、眉毛が長い場合は眉毛をつまんで立たせ、立体感を出す。髪の毛の寝癖等を直す。襟元にかけたタオルを取り、襟元を整える。</p>

ら内側に向けて、額は眉間から髪の毛の生え際に向けて放射線の上に拭き取ります。拭き取りを終えたら、ティッシュペーパーを当て、両手を使って余分な油分を吸い取ります。目頭のくぼみや小鼻の脇は、指を使って除去して、肌のべたつきがなくなったら終了です。

仕上げとして、眉毛の長い方の場合は、眉毛をつまんで立たせ、立体感を出します。髪の毛の寝癖等を直します。襟元にかけたタオルを取り、襟元を整えます。

以上が男性用メイクとなりますが、これによりご遺体の顔肌に潤いと輝きが戻

り、清潔な明るい印象になっていると思います。

9-2. 女性の顔の整え方 ① 女性ナチュラルメイク

女性の顔の整え方として、まず、女性ナチュラルメイクについて解説します。ナチュラルメイクはスキンケアと口紅だけを行う、清潔感のある、健康そうな肌感をつくる化粧法です。高齢の方や、普段元気なころに（あまり）化粧をしていなかった方等では、このナチュラルメイクが適します。また、遺族から化粧の要望を確認できなかった場合に施す化粧としても適しています。化粧の工程はシンプルなので、短時間に行うことができます。「男性の顔の整い方」と重複する手順は多いのですが、あらためて記載します。

男性と同じ比率で配合したスキンケアクリームを使用します。口紅は、もともと色白肌の方ではローズピンク系やヌードカラー（肌色に近いベージュ）が好ましく、褐色肌や黄色い肌の方にはオレンジ系が似合います。口紅の材質は柔らかい方がつきやすく、パールが入っていなければ、どの年齢層の方にも使えます。

図7にナチュラルメイクの手順を示します。

顔や頭部にポピドンヨード液や血液が付着している場合は、次亜塩素酸ナトリウム0.1%液（1,000 ppm）で清拭し、色素ヨード色、血液を取り除きます。消毒後、微温湯（30～40℃）で清拭します。

ディスポーザブルグローブを装着し、スキンケアクリームを額、頬、顎につけ、人差し指、中指、薬指の3本を使って、顔全体に伸ばします。眉と唇にもつけます。頬のクリームは、指を顔の外側から内側に向けて動かして伸ばします。最後に中指を軽く弾ませながら（パッティングの要領）、瞼に少量のクリームをつけます。顔全体にクリームをつけ終えたら、クリームがついたグローブを取り替えます。

次に口の周りの産毛を剃ります。男性の場合の髭と異なり、産毛は細く、T字型のカミソリでは剃りにくいことがありますから、市販の産毛そり用のカミソリ（一文字型）が適しています。

不織布又はガーゼを使ってクリームをしっかりと拭き取ります。産毛剃りや髭剃りを行った場合は、剃った部分から拭き取り、続けて顔全体を拭き取ります。頬は顔の外側から内側に向けて、額は眉間から髪の毛の生え際に向けて放射線上に拭き取ります。拭き取りを終えたら、ティッシュペーパーを当て、両手を使って余分な油分を吸い取ります。目頭のくぼみや小鼻の脇は、指を使って除去して、肌のべたつきがなくなったら終了とします。

男性の場合と異なり、女性では多くの場合拭き取り後にリップメイクを施します。ここでのリップメイクには、「唇の赤みだけを足す方法」と「化粧をしている印象にする方法」があります。

「唇の赤みだけを足す方法」は、口紅を手の甲で伸ばし、指かりップブラシで軽くパッティングして唇につけます。一方、「化粧をしている印象にする方法」で

図7 女性ナチュラルメイク

【準備物品】 □タオル □ディスポーザブルグローブ □カミソリ □不織布又はガーゼ □ごみ袋 □ティッシュペーパー
□手作りスキンケアクリーム（□ワセリン □ベビーオイル） □綿棒 □口紅

手 順	内 容
<p>① 顔の清拭</p> 	<p>遺体の襟元を汚さないようタオルを襟元にかけて、丁寧に顔の汚れを落とす。顔や頭部にポビドンヨード液や血液が付着している場合は、次亜塩素酸ナトリウム0.1%液（1,000 ppm）で清拭し、色素ヨード色、血液を取り除く。消毒後、微温湯（30～40℃）で清拭する。</p>
<p>② スキンケアクリームの塗布</p> 	<p>ディスポーザブルグローブを装着し、スキンケアクリームを額、頬、顎につけ、人差し指、中指、薬指の3本を使って、顔全体に伸ばす。眉と唇にもつける。頬のクリームは、指を顔の外側から内側に向けて動かして伸ばす。最後に中指を軽く弾ませながら（パッティングの要領）、頬に少量のクリームをつける。顔全体にクリームをつけ終わったら、クリームがついたグローブを取り替える。</p>
<p>③ 産毛剃り</p> 	<p>口の周りの産毛を剃る。産毛は細く、T字型のカミソリでは剃りにくいことがあるので市販の産毛そり用のカミソリ（一文字型）を使用するのが良い。</p>
<p>④ クリームの拭き取り</p> 	<p>不織布又はガーゼを使ってクリームをしっかりと拭き取る。頬は顔の外側から内側に向けて、額は眉間から髪の毛の生え際に向けて放射線状に拭き取る。拭き取りを終わったら、ティッシュペーパーを当て、両手を使って余分な油分を吸い取る。目頭のくぼみや小鼻の脇は、指を使って除去して、肌のべたつきがなくなったら拭き取りは終了とする。</p>
<p>⑤ リップメイク・仕上げ</p> 	<p>リップメイクには、「唇の赤みだけを足す方法」と「化粧をしている印象にする方法」がある。</p> <p>《唇の赤みだけを足す方法》 口紅を手の甲で伸ばして、指かりップブラシで軽くパッティングして唇につける。</p> <p>《化粧をしている印象にする方法》 唇の輪郭を意識して、リップブラシを使って描く。口紅が唇からはみ出した場合は、綿棒を使って拭き取る。</p> <p>メイクを終えたら、施術者はベッドサイドまで身体を離し、口紅が濃すぎないか等を確認して調整する。</p> <p>タオルをはずし、襟元を整え、髪をなでつけ、メイクを終了する。</p>

は、唇の輪郭を意識して、リップブラシを使って描きます。口紅が唇からはみ出した場合は、綿棒を使って拭き取ります。

メイクを終えたら、施術者はベッドサイドまで身体を離し、口紅が濃すぎないかなどを確認して調整します。タオルをはずし、襟元を整え、髪をなでつけ、メイクを終了します。

以上が、女性に対する基本メイクです。スキンケアとリップメイクだけの工程ですが、遺体の顔肌に潤いと輝きが戻り、唇の色と肌の色の対比から、清潔な明るい印象になります。

9-3. 女性の顔の整え方 ② 薄化粧

ナチュラルメイクと薄化粧との違いは、ファンデーション（FD）の有無にあります。顔全体を占める肌に対してFDをつけることで、顔の印象を変えることができます（素肌の色を隠す、肌の色をよく見せる）。遺族が「化粧顔」を希望する場合は、FDをつけることで、ご要望に沿うことができます。薄化粧はナチュラルメイクに比し化粧の工程が多いため時間がかかりますから、時間に余裕のある科・部署や緩和ケア病棟で、家族の要望を十分確認できる場合で行われることが多いと思います。なお、原則として男性に対しては行いません。

ナチュラルメイクの工程での、スキンケアクリームの塗布が完了したところから、手順を解説します（図8）。

FDは、米粒大4粒を目安に、顔の大きさや濃さに応じて量を調節して指で塗布します。額には、生え際との境目ができないように、さらに薄く塗布します。スポンジで塗布してもかまいませんが、微妙な量の調整が難しく、どうしても濃くなりがちです。「厚化粧」の印象にならないように注意します。用いるFDはクリームタイプのもので、色は赤みのあるピンク系が適しています。

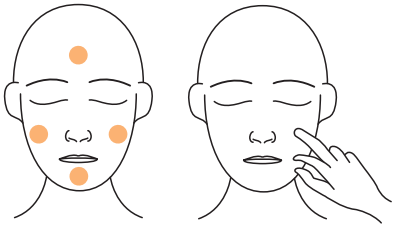
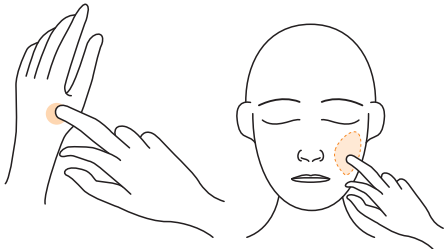
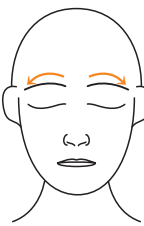
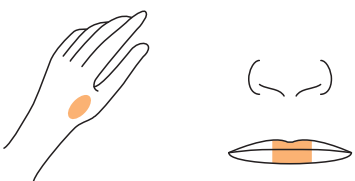
FDを塗布した後にリップメイクを行います。口紅の色は、ナチュラルメイクの項で述べたのと同様に、色白肌の方であればローズピンク系やヌードカラー（肌色に近いベージュ）が、褐色肌や黄色い肌の方であればオレンジ系が適しています。材質が柔らかいほうが良いこと、パールが入っていないものであればどの年齢層の方にも使えることは、ナチュラルメイクでのリップメイクと同様です。ヌードカラー、オレンジ系、ピンク系の3色を用意しておくと、それらを混ぜることで多彩な色調をつくることができます。

口紅は頬紅としても用います。口紅を手の甲に取り、指で円状に塗布し伸ばします。伸ばしたことで薄くなった口紅を、さらに指で伸ばしながら広げていきます。蒼白の肌に血色の赤みを足すような意識で、少し広めにつけます。境目（輪郭）が目立たないようにきちんと伸ばします。痩せた方の場合は、頬骨の上につけると、眼窩や頬骨が目立って、より痩せている印象になってしまいますので、頬骨から下の頬部分につけるとよいでしょう。

アイブローについては、眉のある人であれば描きません。眉ブラシを使って、眼

図8 薄化粧

【準備物品】 □タオル □ディスポーザブルグローブ □カミソリ □不織布又はガーゼ □ごみ袋 □ティッシュペーパー
 □手作りスキンケアクリーム (□ワセリン □ベビーオイル) □ファンデーション □眉ペンシル □眉ブラシ
 □綿棒 □口紅 □リップブラシ

手 順 (④までは「図7女性ナチュラルメイクと同じ」)	内 容
⑤ ファンデーションの塗布 	素肌が見える程度に薄くつける。薄くつけるには、額、頬、顎に米粒大のファンデーションをつけ、円を描きながら薄く伸ばす。伸ばしたファンデーションを指でパッティングしながらつける。ファンデーションを濃くしたい場合は、一度つけたところに重ねてつける。額は、生え際との境目ができないよう、さらに薄くつける。
⑥ 頬紅の塗布 	頬紅は口紅を使って指でつける。口紅を手の甲に取り、円状に伸ばす。伸ばして薄くなった口紅を、指で伸ばしながらつける。蒼白の肌に血色の赤みを足すつもりで少し広めにつける。頬紅の輪郭をつくらないように気をつける。痩せた方は、頬骨から下の部分につける。頬骨の上につけると、眼窩や頬骨が目立ち、痩せているのが目立つ。
⑦ 眉を描く 	眉毛がない人、眉の薄い方に眉を描き足す。眉のある人は、眉ブラシを使い、眼窩に沿って山型に眉毛をなでつける。眉を描き足す場合は、眉に少しかかるところから、眼窩に沿って描く。長く描きすぎないように注意する。眉の薄い人は薄い部分に、白髪で眉がないように見える人「は、その部分にだけ描き足す。眉を描き終えたら、描いた部分を眉ブラシでほかす。描いた部分が線にならないように気をつける。
⑧ リップメイク 	口紅を手の甲に取り、口紅をつぶす。リップブラシの先端に少量の口紅をつけ、口紅の色が似合うかどうか、口唇の中央につけて試す。濃すぎる場合は、クリームファンデーションを少し混ぜると、トーンが薄くなる。色が似合わない場合は、他の口紅で調整する。唇の輪郭に沿って口紅をつける。上唇を描くときは、年齢に応じて、唇の山の高さと山の幅を調整する。高齢の方は、山をつくらず、なだらかに描く。山を高くし、山と山の幅を狭くすると若い口元になる。浮腫で唇がむくんでいる場合は、唇の厚さを狭く描く。口紅がはみ出した場合は、綿棒を使って取り除く。指で擦ると輪郭がぼやけたり、余分にとってしまうこともあるため、描き直さなければならない。慌てずに、顔から少し目を離して眺め、はみ出た部分だけを取り除く。
⑨ 仕上げ	メイクを終えたら、ベッドサイドまで身体を離して、顔全体のメイクのバランスを見る。頬紅が赤すぎないか、ファンデーションや口紅が濃すぎないか、気になるところがあれば調整する。タオルをはずし、襟元を整え、髪をなでつけ、メイクを終了する。

窩に沿って山型に眉毛をなでつけるだけで良いと思います。一方、眉毛がない方や薄い方では眉を描き足します。眉に少しかかるところから、眼窩に沿って山型に描きます。長くなり過ぎないように注意します。眉の薄い人であれば薄い部分に、白髪により眉がないように見える人では、その部分にだけ描き足します。眉を描き終わったら、描いた部分を眉ブラシでぼかします。描いた部分が線にならないように気をつけましょう。

コラム ● 死後硬直と閉口

人は死後に硬直し、硬くなることは多くの人を知るところですが、死後硬直には個人差があります。一般的に筋肉が発達した人では強度に硬直が起こり、寝たきり等の高齢者で筋肉量が少ない人では死後硬直は弱く起こります。

病院では、遺体が開口している場合に、顎バンドや包帯を装着することがあります。高齢者は咀嚼等の口腔機能が衰えており、口の開閉に関わる筋肉は減少しています。ほとんど死後硬直が発現しないケースもあり、帰宅後いったん死後硬直によって閉口したとしても、翌日になって顎バンド等を外すと開口することがあります。

死後硬直が弱い主なケースは次の通りです。

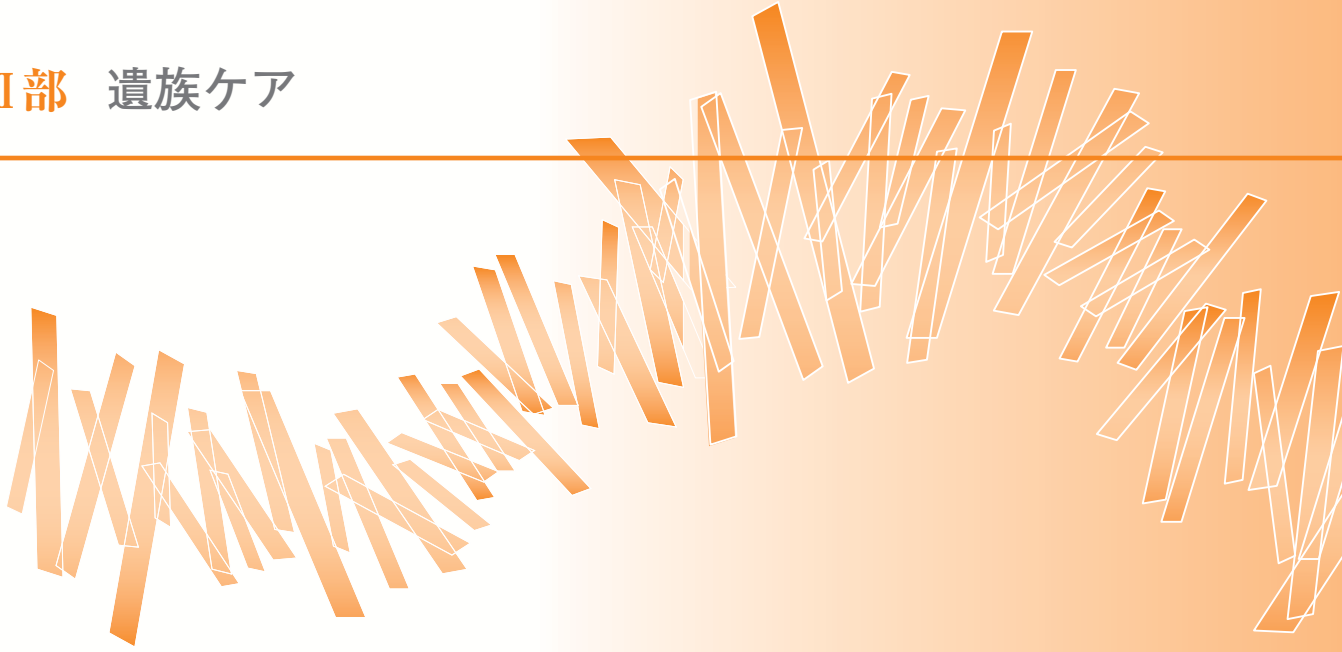
- ・側頭筋（ソクトウキン：側頭骨の側面から広がる扇形の筋肉）が消失している場合。
- ・咬筋（コウキン：頬骨から下顎骨につく筋肉で、奥歯で物を噛んだ時や、歯をくししばった時にその動きを感じることができる）が消失している場合。
- ・下顎角（いわゆるえらといわれる部位）が平らな無歯の高齢者の場合。

コラム ● 病理解剖時の顔のプロポーション

病理解剖により、遺体から舌、気管、消化管を摘出することがあります。それにより顔の形状が変化するケースがあり、病院から帰宅後、「顔が変わってしまった」と嘆く遺族の姿をみることがあります。具体的な形状の変化として、下顎のあご先のオトガイ骨がせり出て、鼻前庭から顎までの長さが極端に短くなっていることや、首と顎との境がないといったものがあります。

このような場合は、顔のプロポーションの比率を参考に、青梅綿等の詰めものを行い、形状を整え回復することが望めます。A・ルーミス（山崎正夫 訳）『やさしい顔と手の描き方』では、頭頂部から鼻を通り、顎に及ぶ顔の中心に引いたライン、すなわち顔を左右等分に2等分する線が「正中線」です。その正中線の、髪が生え際から眉間までの長さ、眉間から鼻頭までの長さ、鼻頭から顎までの長さがほぼ等しいというのが、顔のプロポーション比率です。目視により、額から顎までの正中線を3等分した長さが、おおむね鼻から顎までの長さですので、その位置を目安に詰めものを行うと顔のバランスが整います。

第Ⅲ部 遺族ケア



本稿をここまでお読みいただいた方には、死後処置が、単に感染予防をはじめとする医学的な処置にとどまらないことをご理解いただけているかと存じます。本稿の最後の第III部では、故人に対してではなく、遺族に対するケアについて触れたいと思います。死後処置は故人の尊厳を守るだけでなく、遺族ケアの一環であると言っても言い過ぎではありません。本稿では死後処置の業務にかかわる範囲で、遺族ケアの目的や、実践に即した遺族への対応について述べていきます。

遺族が、大切な家族を亡くした喪失から心が回復するためには、混乱するパニック状態を脱し、死を受け入れることから始めなければなりません。遺族の感情がすぐに死を受け入れることは困難ですが、まずは「死を認めること」がグリーフワーク（喪の仕事：心のプロセス）にとって重要です。死亡直後において求められる遺族ケアとして、「死の受容への援助」と「セルフケア機能向上への援助」が望まれます。死の受容への援助とは、死を受け入れるための援助であり、セルフケア機能向上への援助とは、悲しみを慰め合う遺族の環境が機能するための援助です。

これまで述べてきたように、死後処置の業務とは、保健衛生の観点から遺体に起因する感染を予防するための処置を行うことが大きな内容ですが、それは同時に、遺族の方に安らかな気持ちで死を受け入れていただくための援助でもあります。死後処置とは、遺族ケアの極めて重要な要素であることを理解していただきたいと思います。

ただし、死亡の状況には、自然死（老衰）や病死だけではなく、自然災害、人為災害、人為的事故、犯罪被害等の暴力性のある死亡状況や自殺等、さまざまなものが挙げられます。また、病死においても、乳幼児突然死症候群（Sudden infant death syndrome ; SIDS）に代表されるまったく予兆のない疾患もあり、また、社会的差別の対象とされてきたような疾患であるケースもあります。死亡の状況等により、遺族の悲嘆から死の受容へと至るプロセスが複雑化する場合や、心的外傷後ストレス障害（Post traumatic stress disorder ; PTSD）が想定されるような場合には、死後処置に携わる医療者が遺族に対し安易に声かけをすることで二次被害をもたらす可能性がありますから、臨床心理士や精神科医等の専門家による介入が望ましいと考えます。したがって本稿では、病死、老衰および内因性急死等による救急搬送後の死亡（病院死）での遺族ケアについての解説にとどめることとします。

人口動態統計によると、1950年の死亡場所は約8割が自宅でした。その当時は、自宅で家族が病人の看病や食事の世話をし、次第に死を予期しながら看取りが行われていました。家族構成も多くは複合世帯で、子供夫婦や孫が一つ屋根で共に暮ら

し、親戚もごく近くに住んでいました。病人が亡くなると、家族が体を拭き、着物を着せ、親族、近隣の人たちが一体となって悲しみを共有し慰め合いました。遺族は、そうした看取りを通して死を受け入れ、また、悲しみを共有し、支える人たちによって、死を実感する時間と環境がありました。このような共同体的な社会から、産業社会への移行とともに急速に都市化が進み、家族形態も複合世帯から核家族化へ、さらに近年では単身世帯も増えています。こうした状況では、悲しむ時間のないまま、喪主自身があわただしく葬儀の準備に奔走せざるを得ず、遺族が死を実感できないまま葬儀が終了してしまうことも多々あります。今日の葬儀の多くは、葬祭業が取り仕切り、葬儀の支度や弔問客への食事のふるまい等、かつては親族や近隣の人たちの手に頼ってきた合力は、今や香典にとって代わりました。また、見ず知らずの住職が葬儀の時だけお経を唱えるといった場合も少なくありません。

今日の死亡場所は約8割が病院であり、看取る遺族の人数も多くはありません。遺族の悲しみや心労を支え続けた人は、かつての身内や近隣の人たちから、毎日患者に言葉をかけて世話をしてくれた医療者に代わりました。こうした時代の変化、病人の終末期の状況や葬送をめぐる社会の変化によって、遺族の悲しみへの共感や慰めといった心のケアが医療者にも求められると考えます。

遺族が故人の死を受け入れることを「死の受容」といいます。死の受容には、「理性における受容」と「感情における受容」があります。多くの遺族は、医師に死亡宣告され、理性的にはそれを受け入れても、感情としてはすぐには受け入れられていません。愛する家族の死を受け入れるまでには、自責の念や悲しみ、寂しさを乗り越えるための長い時間がかかります。遺族が死を受け入れ、大切な人を亡くした悲嘆から回復し、立ち直ることを「悲嘆からの自立」といいます。

11-1. 死の受容過程

表 10 に、死亡直後から、帰宅して葬儀を終え、火葬するまでの数日間における死の受容プロセスを示します。

① 第 1 ステージ（ご逝去）

医師に死亡宣告された直後は、遺族は、理性において死を受け止めます。帰宅後、葬儀までの間は、いわゆる遺体の「看取りの時間」です。遺体の看取りの時間は、家族の他、親戚や友人と共に、死者に想いをはせる大切な時間です。数日後には、火葬され、その姿に二度と会うことができなくなります。遺族は、この時間に別れを迎える心の準備をしているのです。

② 第 2 ステージ（納棺）

帰宅した時は、遺体は布団やベッドに安置されます。遅くとも通夜の時には遺体は棺に納められます。その時になって、「布団に寝かせておいてほしい、棺に入れ

表 10 遺体の死亡から火葬までの死の受容過程（一般的な場合）

死の受容段階	葬送の過程	遺族の心情
第 1 ステージ	ご逝去	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡宣告を受け、落胆する。 ・理性的に死を受容する。 ・遺体の看取りの時間、別れの準備が始まる。
第 2 ステージ	納 棺	<ul style="list-style-type: none"> ・布団に安置された状態から、棺に納められることで、次第に別れる覚悟をしていく。
第 3 ステージ	葬儀・告別式	<ul style="list-style-type: none"> ・弔問客の弔辞やお悔やみの言葉を受け、また自らが会葬御礼の言葉を述べるなどで、別れを覚悟する。
第 4 ステージ	火 葬	<ul style="list-style-type: none"> ・身体が消失したことで、死を受容する。

るのはいやだ」と納棺を頑なに拒む遺族もあります。布団に寝ている姿と、棺に納められる姿には、遺族にとって大きな飛躍があるのです。布団で寝ている姿であれば、眠っているだけでまだ生きていのように感じられますが、それが棺に納められることは、永遠の別れを確信することになり、身を切られるように辛いのだらうと思います。遺族は、遺体を棺に納めることで、死を受け入れざるを得ないのです。

③ 第3ステージ（葬儀・告別式）

葬儀・告別式では、棺に花を入れ、遺族は弔問客に会葬のお礼を述べます。これまでは遺族だけで死と向かい合っていたものが、参列者に弔われる場に立ち会うことで、社会的に死を受け入れることとなります。いよいよ最期の別れの時であり、辛くとも別れを覚悟しなければなりません。

④ 第4ステージ（火葬）

遺体は火葬され、肉体は失われます。火葬の後、骨を拾うことで（姿が骨になったことで）、故人がこの世からいなくなってしまうことを受け入れていきます。

*

こうした過程は、日本人にとって死者を弔うとともに、遺族が死別の悲嘆を乗り越えるために行ってきた喪の営みなのです。近年では、遺族自身が葬儀に奔走しなければならない事態が起こっています。生前の看取りが十分行われなかった場合や、看取りもなく葬儀・火葬まで終えてしまうこともあります。「気がついたらお骨になっていた」。このような別れを実感しないままの遺族もあるのです。

11-2. 死亡の状況と遺族心理

遺族ケアは、これまで看護をしてきた立場から向けていた患者への視点を、遺族に向けることから始まります。医療従事者にとって死後処置とは、そのような視点の移動を徐々に行う場、ともいえます。「遺族に対し、医療者はどのように対応したらよいのだろう」「どのような援助ができるのだろう」。一つひとつ死後のケアの手順を進めながら、最期まで病気と闘った方を尊ぶと同時に、遺族の悲哀に心向けることが大切となります。死を予期しながら看病を続けた遺族、病状の急変によって別れが突然訪れた遺族等、患者の死を体験した遺族は様々です。医療者は、生前の患者の姿、看病・介護に当たった遺族の方々の姿を思い浮かべながら、遺族ケアの第一歩である死後の処置を進めていきます。

一方で、死後処置にかかわる一人ひとりにも、固有の感情があることを忘れてはいけません。多くの遺体の処置にかかわった医療従事者のなかには、日常的に死に携わる職業人特有の、死に対して感情を揺るがせないスタンスをもつ方もいます。一方で、新人の従事者や患者に深く関わった従事者のなかには、従事者自身が患者の死に衝撃を受け、パニックを起こす方もあります。従事者自身の感情（表現）が、遺族の遺族ケアに影響します。ですから、遺族ケアの実施にあたっては、遺族

表 11 死亡状況と遺族心理

死亡の状況	死亡状況の例	遺族心理	遺族の様子
覚悟していた死	告知、高齢者等	混乱（パニック）、 受容	・悲しみを表出する ・家族で慰め合う
予期していない死	病状の急変等	混乱（パニック）、 怒り	・否定する、激怒する、興奮する ・変容態（別人のように振る舞う）
突然の死	内因性急死、不慮の事故等	混乱（パニック）、 虚無・無感動	・激しく拒絶する、話を聞いていない、 オウム返し

に対応をする従事者自身のメンタルケアを心がけることも大切です。

死亡の状況は、遺族の立場から「覚悟していた死」「予期していない死」「突然の死」に分類することができます（表 11）。それぞれの遺族心理の特徴の理解に努めます。

① 覚悟していた死

がんによる死亡が典型ですが、事前に余命についての告知を受けた家族は、次第に患者の将来の死を覚悟するようになっていきます。高齢者でも、多くの遺族は意識的・無意識的に寿命を感じながら生活してきました。こうした遺族は、喪失（死）を予期していますから、患者の死亡後、比較的早期にパニック状態から平常心を取り戻す傾向がみられます。

② 予期していない死・突然の死

予期しない突然の死亡や、患者が若かった、患者との絆が非常に深かったといった場合は、遺族が受ける死の衝撃は強いものがあります。同じ遺族のなかであっても、こうした衝撃の度合いは様々でもあります。死亡直後の遺族は、衝撃（ショック）を受け、混乱（パニック）しています。こうしたパニック状態は、数分から数時間の場合もあれば、数日に及ぶこともあります。ショックが大きく感情が死を受け止められない状況では、激しく否定する言動や、怒りを表出し別人のように振る舞う様子（変容態）、逆に感情が反応しない虚無・無感動な姿を見ることもあります。変容態や虚無・無感動といった遺族の様子は、精神的機能が出来事（死）を受容する域を超えたために生じたものと考えられます。実際、このように混乱する遺族への対応は非常に難しいものです。

「看取り」とは、臨終に付き添うことや、死に直面した患者のそばで様々な世話をすることをいいます。毎日付き添っていた遺族が、たまたま臨終に立ち会えないこともあります。その場合、遺族は自責の念に陥ることがあります。こうした場合、その姿を見てきた医療者の言葉は、遺族にとって大きな救いになります。「あなたは立派に看取られましたよ、お役目を果たされたのですよ」と、毎日通っていたこと、付き添っていたことが、すなわち看取ったことを、言葉として伝えていただきたいと思います。さまざまな場面での声かけの例を表 12 に挙げておきます。自分を責める後悔の感情に固執し、悲哀を克服するための正常な心の営みをゆがめてしまわないよう、配慮することが望まれます。

看取りが行われたケースと行われなかったケースの、遺族のおおよその心理過程を図 9 に示します。

12-1. 看取りが行われたケース～喪失予期があった遺族

緩和ケア病棟や在宅医療等の患者で、死が訪れることを予感しながらその日を迎えた遺族は、医療者の目からは、「心の準備の時間を持つことができた幸せな人」と感じられます。一方で、「患者とともに病気と闘い苦しみ続けた人」でもあります。そうした日々を身近に過ごした医療者は、遺族にとって悲しみを分かち合うことができる存在です。そうした医療者は、遺族と悲しみを共有する時間をもつことが望まれます。

喪失予期があった場合の遺族ケアでは、遺族に対する健康と心労への気遣いを行います。患者に長期間付き添った心身の疲れが時間とともに押し寄せるとともに、入院中からの不規則な食事や睡眠によって体調を崩してしまう遺族があります。また、役割を終えたことで、生きる目的を見失う遺族もいます。悲哀からの回復への心の営みは、どんなに辛くても、遺族自身が乗り越えなければならない宿命です。

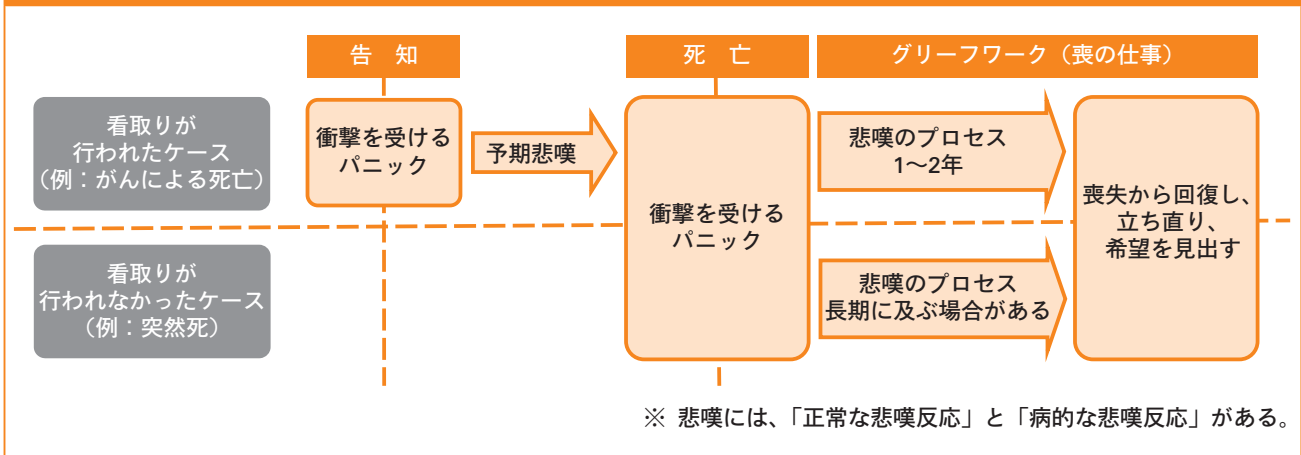
医療者はその営み自体を肩代わりすることはできませんが、心が回復するためには健康を取り戻すことがまず必要で、医療者が可能なサポートを行います。看護・介護による身体の疲れを自覚させる言葉をかけ、睡眠を十分とるよう促し、これからの生活に立ち向かえる言葉をかけます。医療者として、遺族に対し、「一人ではない、よりどころがある」という安心感を与えることが望まれます。また、葬儀を終えた遺族が来院した際には、遺族の言葉に傾聴し、遺族自らが患者に対する回想を重ねながら、回復へのプロセスを歩んでいることへの理解に努めます。

死後処置の場面においては、まず取り掛かる前に遺体に声をかけ、その後に遺族へ声をかけるという順序になります（表 12）。医療者による患者への声かけは遺族

表 12 さまざまな声かけの例

● 死の受容を援助する声かけ（感情の表出を促す声かけ）	
遺体への声かけ	「〇〇さん、よく頑張られましたね。皆さまに囲まれてお幸せでしたね」 「〇〇さんからいろいろなことを教わりました。ありがとうございます」 「〇〇さん、最後のお世話をさせてくださいね」 【処置時（患部をさすりながら）】 「〇〇さん、よく頑張りましたね。胸、苦しかったね。もう楽になりましたよ」 「〇〇さん、ご家族の皆さまにさすっていただきますよね」（遺族が聞き取れる声の大きさと、ゆっくり話す。）
遺族への声かけ	「よくお世話なさいましたね」 「皆さまに囲まれて、〇〇さんはお幸せでした」 「お帰りにになったら、十分休息を取ってください」 「辛くなったら、話したくなったら、いつでも来てくださいね」 【処置時】 「どうぞおそばに。お声をかけてあげてください。よく頑張られました。どうぞさすってあげてください」
● 遺族のセルフケア機能を援助する声かけ	
比較的患者との関係が浅い関係者（義理の親族等）への声かけ	「帰宅されたら、〇〇さん（キーパーソン）をゆっくり座らせ、温かい飲み物を差し上げてください」 「今晚は、〇〇さんは眠れないかもしれません。横になって身体を休ませるようにしてあげてください」 「これから食欲がない日が続くと思いますが、消化の良いものを何回かに分けて、少しずつ召し上がるようにお気遣いください」

図 9 患者の死亡に対する遺族の心理過程



の感情の表出を促す効果があり、感情を表出することが、そこから立ち直る最初のプロセスになります。

12-2. 看取りが行われなかったケース～喪失予期がなかった遺族

部署としてはICU、救命救急が典型的ですが、喪失予期がまったくできないまま亡くなった患者の遺族に対しては、死を受け入れるための援助（死の受容への援

助)と、遺族のなかでも気遣わなければならない人(キーパーソン)を認識することが望めます。

予期していなかった患者の死を聞いて駆けつけた人たちは、皆一様に大きな衝撃を受けています。そして、混乱・興奮している状態が帰宅後も続きます。そのまま葬儀の打ち合せが始まると、「葬儀を執り行わなければならない」という新たな重責によって、さらに興奮が高まってしまうことがあります。そのような事態が生じた場合は、「最も大きな衝撃を受けている人(キーパーソン)」が、その場に集まった葬儀の打ち合わせをしている人たち(家族や数人の親戚)から忘れられたような存在になることがあります。高齢世帯で伴侶を亡くしたケースや、働き盛りの夫を亡くしたケース等でよく経験します。

その場合は、患者との絆が浅い人(義理の関係者等)にキーパーソンを気遣うための言葉をかけるなどして(表12)、死亡退院後に遺族で癒し合える環境が機能するように働きかけます。「患者との絆が浅い人」に言葉をかけるのは、実子等に比べ平常心を取り戻しやすく、医療者の言葉を比較的理解しやすい冷静な立場にあるからです。

とはいえ、看取りが行われなかったケースでは、遺族ケアは極めて困難です。次節では、看取りが行われなかったケースについて、「一般病棟」「ICU」「救命救急」のそれぞれについて記載しますので、実際の状況を想定しながらそのイメージを掴んでいただきたいと思います。

12-3. 看取りが行われなかったケースでの具体的な手順

① 一般病棟

遺族ケアの実践には、遺族心理にフォーカスをあて、ありのままの姿を理解することが必要です。予期していなかった患者の死亡を聞いて駆けつけた人たちは、混乱(パニック)しています。「昨日まで元気だったのに、どうして!」など、普段とは人が変わったように激しい口調で、医療者に迫ることもあります。また、突然の出来事に、感情が反応しない無感動、いわゆる放心状態といった遺族もあります。遺族の心情に寄り添う、また遺族ケアを行う立場として、まず家族が、「死を理解しているか、死を受け入れているか」を観察する、ということを念頭に置いて迎えたいと思います。

遺族を観察する際は、まず“目”を見ます。そこには、怒り・喜び・悲しみといった感情だけでなく、注意深く観察すると、協調・反発・疑い・納得等といったデリケートな感情も現れています。ショックを受けパニック状態にある遺族では、多くの場合、ありのままの感情が現れています。「家族が死を理解しているか、死を受け入れているか」を注意深く観察するという意識をもって遺族を迎えます。

患者の死亡時には、遺族を「出迎える」ことが望めます。ここでの出迎えるは、遺族が来院する気配を感じたら、「ナースステーションから廊下に出て迎える」、「作業中の場合は手を止め、自分から遺族へ歩み寄って迎える」といった動き

のことで。

出迎いの第一声は、遺族の目に視点を合わせ、真剣なまなざしで「お待ちしておりました」と、はっきりした口調で、普段より少し低い声で言います。これは、危篤や死亡した患者のために早く到着してほしかった、という気持ちを込めます。遺族はこれから病室に入り、故人の死を目の当たりにして、死を受け入れなければならないという状況です。決して「悲しげ」に言う必要はありません。遺族は混乱（パニック）しており、いまだ悲しみの感情にさえ至っておらず、死亡した事実を理解する過程にあると考えられるからです。「帰宅後2日間は、全く何が何だかわからなかった」「時間の感覚がない」「立っている感覚がない」「亡くなった実感がわからない」「まだ悲しくない」「涙が出ない」。遺族からこうした言葉を聞くことがあります。「やっと涙が出ました」と、死亡から3日が経過してから言う遺族があります。そこでようやく遺族は、死を受け入れ、悲しみを自覚したと察してよいでしょう。

死後の処置を行う前に、遺族の前で患者が感じていたと思われる、肉体的苦痛に対するいたわりの言葉を患者にかけ、身体をさすります。患者は、疾患や長期臥床による身体各所の苦痛、腹水貯留の胸部圧迫による呼吸の苦痛、挿管・吸引等の治療の苦痛等、様々な苦痛を感じていたと考えられます。そうした患者をいたわる医療者の言葉と行為を目にした遺族は、医療者が患者を思いやってくれていたことを感じ、次第に平常心を取り戻していきます。否認や怒りの感情が前景にあった遺族は、平常心を取り戻し、落胆した様子を見せません。こうして死の受容の第一歩が始まるのです。

まず、死後の処置に取り掛かる前に遺体に声をかけ、その後、遺族へ声をかけるという手順を意識します。

② ICU

ICUでも死後の処置を行う前に、遺族の前で、遺体に向けてそれまで感じていた肉体的苦痛に対するいたわりの言葉をかけます。ICUでは患者は昼夜の区別がつかず、何をされているのかもわからない状況です。人工呼吸中の患者は、水を飲みたくても飲めず、言いたいことも言えませんでした。挿管チューブや吸引による苦痛、息苦しさを感じていました。そうした一つひとつの患者の苦痛に思いを至らせながら言葉をかけ、さらに「〇〇さん（患者）、器械をはずしますよ」と医療器具の抜去を伝えます。

医療器具の抜去は遺族にとっても医療の終焉を示すものです。「器械をはずす」という言葉は辛いものですが、きちんと声かけをはずすことで、遺族はそれを受け入れ、死の現実を認識するための一助になると考えます。ICUでは、家族等は世話をしたくても身体に触れることができませんでした。そばで声をかけることもできなかった遺族にとって、患者への声かけや接触は最大の慰めになります。医療者が遺族への言葉かけを終えた後、遺族だけの時間（5分程度）を設けることが望まれます。

血液や浸出液等が出ている箇所は適切に処置し、接触可能な箇所を探して、できるだけ遺族に故人に触れていただくようにします。ICUで死を迎えた患者は、免疫不全や薬剤アレルギー等で皮膚の創傷が激しいケースもあります。直接皮膚との接触が不可能な場合は、清潔な着衣の上から接触を促します。

③ 救命救急

救命救急における死亡は、家族のパニックが最も大きく、対応が難しい場合が多くあります。遺族は言葉が耳に入らず、言葉の限界を超えた状況が目の前に起こっています。それでも、医療者が故人の手を握り、身体をさするといった心情に寄り添う行為（援助：ケア）から医療者の体の温かさが家族に伝わり、家族の心が自分を取り戻す（涙を流す等）きっかけになるのではないかと考えます。死亡状況によりますが、もし可能であれば、家族と一緒に清拭をする、着替えをするなど、患者の身体に共に触れながら、心情に寄り添うことが望まれます。

死後処置が終了したら、きちんと腰を曲げて深くお辞儀をした後、顔を上げてしっかりと遺族の目をみます。状況に応じて、両手で遺族の手を握ります。「お悲しみが一日も早く癒えますことをお祈りしています」と述べ、再度深くお辞儀をします。遺族の目に涙が潤み、下を向いてうなずいたときが、遺族の感情表出の最初であり、その遺族が越えなければならない苦しいグリーフワークの始まりです。悲しみが長期間癒えず、病的な悲嘆反応を来す遺族もいます。このような死亡状況では、声かけだけでなく、うなずく、手を握るといった身体表現で、家族の気持ちに寄り添う（共感する）ことが望まれます。ただし、医療者の対応には限界があり、死別の悲嘆からの回復には、専門家や聖職者の援助が必要になることがあります。

【第III部の文献】

- 1) 多田富雄、河合隼雄 編：生と死の様式、誠信書房、1991
- 2) 山本俊一：死生学、医学書院、1996年
- 3) 平山正実：死生学とはなにか、日本評論社、1998
- 4) 渡辺裕子：看取りにおける家族ケア、医学書院、2007
- 5) 日本死の臨床研究会・教育研修委員会 編：死の臨床とコミュニケーション、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、2003
- 6) 龍野勝彦：心臓外科エキスパートナーシング、南江堂、2007

謝辞

本稿、「根拠に基づく感染予防対策上の死後処置・エンゼルメイク・遺族ケア」の内容は、拙著『基礎看護技術 感染予防対策上の死後の処置』（関西看護出版、2014年）をベースとしたものですが、同出版社が廃業に至ったことから、内容を見直し、大幅な改訂を加えたうえで、月刊誌『診療と新薬』（医事出版社）に掲載される運びとなりました。

また本稿は、「ICHG 研究会」で学ばせていただいたことが大きな支えとなっており、私どもも共著者に加えていただいております ICHG 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）を、遺体管理における感染予防を考えるうえでの基礎としております。代表の波多江新平先生をはじめとする ICHG 研究会メンバーの方々に、この場を借りて御礼申し上げます。

有限会社 エル・プランナー
橋本佐栄子
橋本 友希

《連絡先》有限会社 エル・プランナー

【住所】〒164-8512 東京都中野区中野 4-1-1 中野サンプラザ 9F
【電話】03-5344-9747
【FAX】03-5344-9748
【URL】<http://www.lplanner.co.jp>
【Eメール】info@lplanner.co.jp