

死が差し迫った時期 Final Hours
 補足資料

死が差し迫った時期の身体的徴候と症状およびケア

症状/説明	原因/病因	ケア
<p>混乱、見当識障害、せん妄は、患者が最も恐れていることの1つかもしれません。これらの症状は、発熱、何らかの生理学的変化または薬物反応によるものであり、治療により改善することがあります。</p>	<p>疾病の進行 オピオイド 疼痛 膀胱充満 便秘 薬剤による副反応（可逆的） 低酸素血症 代謝の不均衡、アシドーシス 肝不全や腎不全による毒素蓄積 疾患関連要因（不可逆的）</p>	<p>死が差し迫った時期の意識状態、混乱、見当識障害とせん妄を区別する。</p> <p>原因を評価し、適宜治療する。</p> <p>24時間体制の見守りを含む安全対策の実施。</p> <p>患者に伝えるべき事項がある場合は、患者と明確かつ誠実に話す。高圧的態度はとらない。</p> <p>在宅ケアでは、患者のケアの必要性和介護者の疲労が高まるため、必要に応じて介護者に休息を提供する。</p> <p>介護士・ボランティアのサポート。</p>
<p>死に近づくにつれて、患者の脱力感と疲労感が増します。</p> <p>衰弱が進むと、自立の喪失、機能の喪失、および/または疾患の進行に伴う衰弱を自覚するので、患者の予期悲嘆につながる可能性があります。</p> <p>在宅での患者のケアニーズの増加による家族・介護者の疲労。</p>	<p>疾病の進行</p>	<p>ADL支援を増やす（看護師、看護助手、ボランティア、家族による入浴、整容、食事、移動などの日常生活支援）。</p> <p>必要に応じて、入浴用品、電動ベッド、車椅子、歩行器などの福祉器具を提供。</p> <p>他動運動、関節可動域 (ROM) 訓練、体位変換、ドローシーツの活用、皮膚障害がある場合、骨の突出部の除圧、エアマットレスを適宜用いるなどして循環の改善を図る。</p> <p>在宅の場合、患者のニーズとケアの方法を家族に教育する。</p> <p>必要に応じて、在宅ケアでは家族の介護者に休息を提供する。</p> <p>必要に応じて、ソーシャルワーク、予期悲嘆のための支援をしり。</p> <p>ホスピス、家族、友人を含む患者ケアのための支援を増やす。</p> <p>患者が病気の進行に関する質問をした場合は、患者の質問に率直に正直に答える。</p>
<p>疼痛の性質や強さの変化。</p> <p>死が差し迫った時期の患者の家族、看護師やその他の医療者は、鎮痛薬の「最後の投与」が死の原因となったり、死期を早めるの</p>	<p>疾病の進行</p>	<p>痛みを頻繁に評価する。</p> <p>痛みの管理の原則に基づいて、投薬量を調整します。</p> <p>疼痛管理の原則に従えば、薬ではなく疾病が原</p>

<p>ではないかと懸念を抱く場合があります。</p>		<p>因で死に至る。家族や介護者の懸念に耳を傾け、痛みの管理の方法について教育し、痛みが和らげられずに苦しい時間が引き伸ばされて亡くなるか、快適なまま最期を迎えるかの選択について話し合う。</p>
<p>患者は眠っている時間が増え、次第に意識低下、昏睡状態へと移行する可能性があります。</p>	<p>疾病の進行</p>	<p>聴覚は最後まで維持される感覚である可能性があるため、昏睡状態の患者の部屋に入ったときには、あなたが何をするか伝え、ケアや処置の間、患者に話しかける。</p> <p>家族には、疾病進行の徴候や症状について、また、患者が昏睡状態にあっても、あたかも反応できるかのように話しかけることの重要性について教育する。</p> <p>穏やかで静かな環境や、音楽、存在感、優しいタッチング、そしてひとりではないという安心感を提供することで、旅立ちを見守る。</p> <p>家族に何か伝えておきたいことがあれば言うように勧める。</p> <p>この間のスピリチュアルなニードを評価・探索する。</p> <p>離脱症状のリスクが高まり、患者が昏睡状態になるため、鎮痛薬を突然中止しない。痛みを評価し、疼痛管理の原則に従う。</p>

死が差し迫った時期の心理社会面、スピリチュアルな徴候と症状およびケア

症状/説明	原因/病因	ケア
<p>死にゆくことへの恐怖：</p> <p>患者が死にゆく過程に対して抱く恐怖は、死そのものへの恐怖よりも大きいかもしれません。</p>	<p>恐怖の原因は人によって異なる。</p> <p>分からないことへの恐怖-どのように死ぬのか、死にゆく過程で何が起こるのか。</p> <p>息苦しさ、疼痛、精神活動と意思決定能力の喪失、コントロールの喪失、信念や信仰など価値観に基づいた生活ができなくなる等、辛く苦しい死に対する恐怖。</p> <p>自分が犯した罪への制裁や罰への恐怖と、それに関連した死の過程での痛みや苦しみ。</p> <p>(Doka & Morgan, 1993)</p>	<p>身体的、心理社会的、精神的なものを含む恐怖と恐怖の原因を探る。</p> <p>死にゆく過程の身体的、心理社会的、精神的な徴候や症状について患者と家族に教育する。</p> <p>患者や家族に、どのような死のプロセスを望むか尋ねます。</p> <p>平常心に近づけるよう支援する。</p> <p>患者が可能な限り快適に過ごせるように安心感を与える。</p> <p>必要に応じて側で寄り添う時間を増やす。</p>
<p>見捨てられることへの恐怖：</p> <p>孤独に死ぬことを望む患者はいないでしょう。</p> <p>患者の不安は、頻繁なナースコールでわかることがあります。</p> <p>一人にされたくないという患者の思いを満すために、家族はベッドサイドに居続けることができます。</p>	<p>孤独への恐怖。</p> <p>患者が自分の身の周りの世話ができないとき、誰が世話してくれるのかという不安。</p>	<p>患者の側には、できる限り誰かがいられるように努力することを家族に伝えて、安心感を与える。</p> <p>側（傍ら）に居る。</p> <p>ケア専門職（看護師、MSW、看護助手）を含め、家族、友人、ボランティア、教会のメンバーなど、いつも可能な限り誰かが側に居られるよう選択肢を検討する。</p> <p>家族がベッドサイドで徹夜で付き添う</p>

		<p>場合は、頻繁に休憩を取ることや、一時的に帰宅して休むことを提案する。</p> <p>時には、家族が自分自身をケアすることを看護師が推奨する必要がある。</p>
未知の物事への怖れ	<p>死んだらどうなるのかという恐怖。</p> <p>死後についてのイメージが、今まで想像していたものと違うのではないかという怖れ。</p>	<p>患者の恐怖を探索する。</p> <p>側に居ること、存在。</p> <p>患者がいのちや死後の世界について知るための、チャプレン、僧侶などによる宗教的サポート。</p> <p>文化、スピリチュアル面の信念のサポート。</p>
<p>死期が近づいているという意識：</p> <p>患者は、家族や看護師に、すでに他界した人と話したと言ったり、実際に行けそうにない場所を見たと話したりします。霊的な存在、明るい光、「黄泉の世界」について語ることもあります。</p> <p>患者の話すことは、本来の性格や、的外れで不思議な振る舞いに思えることがあります。</p> <p>患者は、家族や大切な人に、いつ死ぬか伝えることがあります。 (Callanan & Kelly, 1997)</p>	<p>死にゆく患者が、自らの経験、死のプロセスと死ぬことについて説明しようとする行い。</p> <p>現世との別れ。</p> <p>死んでしまうことを家族に許してもらうこと、和解すること、誰かに会うこと、残される人たちは患者がいなくても大丈夫だと保証することなど、患者は死ぬ前にしておきたいことを説明しようとする。</p>	<p>患者がの経験していることについて、矛盾を指摘したり、ごまかしたり、軽視したり、面白がったり、議論したりしない。</p> <p>患者の話に注意深く丁寧に聞き、その経験を肯定し、やり残したことや必要なものがないか確認します。</p> <p>家族などの重要他者に、患者にお別れの言葉を伝え、もう(逝っても)良いと伝えるように促す。</p> <p>家族や他の介護者へのサポート。</p> <p>死が近づいていることの意識とせん妄の違いについて、家族や他の介護者に教育する。</p>
患者は、家族、友人、看護師、その他の医療専門職を避けることがあります。	現世からの移行であり、患者の人生との「決別」。	<p>臨死期の患者が人を避けることがあり、正常な徴候の一つであることを家族に教育する。</p> <p>寄り添う、優しいタッチング。</p> <p>家族などの重要他者に、患者にもう(逝っても)良いと伝えるよう教育する必要があるかもしれない。</p> <p>家族がお別れの言葉を伝えるように勧める必要があるかもしれない。</p>

参考文献

The Hospice of the Florida Suncoast, 1999. Reprinted with permission.

References:

Callanan, M., & Kelley, P. (1997). *Final gifts: Understanding the special awareness, needs & communication of the dying*. New York, NY: Bantam Books.

Doka, K., & Morgan, J. (1993). *Death and spirituality*. Amityville, NY: Baywood Publishing Co.

モジュール 8

ホスピス緩和ケア看護師協会 (HPNA: Hospice & Palliative Nurse's Association) の見解：
生命維持治療の差し控え/または中止

背景

生命維持治療の進歩に伴い、その適切な使用について倫理的・法的議論が行われるようになってきた¹。生命維持治療の差し控えや中止に関する意思決定は、多くの場合、アドバンス・ケア・プランニングの中心となる²。1983年の医学および生命科学研究における倫理問題に関する大統領委員会は、「生命維持治療の差し控え」という報告書を公表した。この文書は、現在も、臨床における治療の差し控えや中止に関する倫理的意決定の礎として依然となっています。大統領委員会報告書の信条には、次のものが含まれます³。

- 意思決定能力を有する患者の自発的かつ十分な情報に基づく選択によって、生命維持治療の開始、差し控え、中止を決定する必要があります。
- 医療専門職は、意思決定能力のある患者は、生命維持治療を希望するであろうとの推定意思を検討する一方で、生命維持治療を含むあらゆる治療を拒む権利があることを認識しながら、患者に最善の利益がもたらされるよう貢献します。
- 治療の正当性は、特定の患者にその治療がもたらす利益と負担のバランスを検討することによって決まります。
- 意思決定能力が不十分な患者の場合、適切な代理意思決定者(通常は家族の一員)が選定され、医療に関する意思決定を下します。

生命維持治療の差し控えと中止は、倫理的に同等であると考えられています。それは医療・ケアの選択を含み、安楽死や自殺援助とは異なります⁴。

1990年代、米国最高裁は、生命維持治療の制限が医師による自殺補助や安楽死に相当するという議論を退けました^{5,6}。生命維持治療に制限を設定することは、北米やヨーロッパのICUで一般的になってきています^{7,8}。アメリカ看護師協会は、そのポジションステートメント(声明)である「エンド・オブ・ライフに専門的ケアを提供する看護師の役割と責任」において、次のように述べています。「エンド・オブ・ライフにおける意思決定はQOLにまつわる重要な課題である。看護師は、個人として、そしてチームとして、安楽の促進、痛みの緩和、生命維持治療を差し控える決定がなされた際の患者や家族、代理意思決定者の支援など、包括的で思いやりのあるエンド・オブ・ライフケアを提供する責務があります。」⁹ 自律の尊重は、生命倫理の基本原則であり、個人を尊重することには、治療・ケアの方針決定に関する本人の意向を尊重することも含まれます。¹⁰

患者の価値観が尊重されるのと同じように、看護師の価値観も尊重されます。¹¹ もし看護師が治療の差し控えまたは中止について同意できない場合、代替りの看護師に担当を交代してもらえるように依頼し、その患者のケアに携わることができる¹²。患者、家族、看護師、医療チームの間で意見の相違がある場合は、倫理委員会に相談して、皆の意見を考慮に入れて議論されることを担保する必要があります¹²。

ポジションステートメント(声明)

HPNAの見解は以下の通り：

- すべての生命維持治療は差し控えまたは中止することができます。患者に有益でないかもしれない治療を開始しないという決定、または有益ではない/望まない治療を中止するという決定の間に、倫理的・法的な違いはありません。
- 意思決定能力のあるすべての人には、合理的で利益をもたらすであろう医療を受ける権利を持ち、どのような医療も差し控える、または拒否/撤回する権利があります。
- 患者は代理意思決定者を指名する権利を有します。代理意思決定者は、患者が地震で意思決定を行うことができない場合に代わって意思決定を行います。

教育

- 緩和ケアにたずさわる看護師は、倫理原則や、生命維持治療の差し控えおよび中止に関して、専門性を発達させることを保証するものとします。
- 緩和ケアにたずさわる看護師は、生命維持治療の継続、差し控え、および中止をめぐる問題について十分な知識を有しており、患者、家族、および他の医療専門職に、生命維持治療の方針に関する決定について説明することができます。

臨床実践

- 患者が意思決定能力を失った場合に代理意思決定者を任命するものを含め、あらかじめ話し合った事前指示の内容を尊重することは、医療チームの責務です。何らかの理由で医療チームが事前指示や患者の意向を尊重できない場合は、その理由を診療録に記載する必要があります¹³。
- 緩和ケアにたずさわる看護師は、治療の差し控えまたは中止する場合も、看護ケアが継続されることを保証しなければならない。特に、生命維持治療を差し控えたり制限することは、看護ケアを差し控えたり制限し

たりすることではない。患者や家族は、治療の差し控えまたは制限を決定したことによって適切な看護ケアが受けられなくなることやケアの放棄につながるということがないという安心感を必要とすることが多い。

方針

- 意思決定能力がなく、事前に代理意思決定者を指定していない患者は、都道府県や、地方自治体、および医療施設の規制に従って代理意思決定者を指定しなければなりません。
- 親権者や後見人には、子どもが18歳未満の場合、子どもに対する扱いについて決定を下す法的権限を持ち、親は子どもにとって最善の利益を第一に考えると見なされます。ただし、治療への同意や拒否を含む、医療に関する子どもの意向や選好は（発達段階において適切な場合）文書化され、意思決定において適切に配慮されます。子どもの希望と、大人の意思決定者の希望とが異なる場合は、適切な専門職が子どもだけでなく家族も含めて支援します。¹³

リーダーシップ

- 緩和ケアにたずさわる看護師は、生命維持治療の差し控えや中止と、安楽死や自殺幫助との違いについて、国民が理解できるよう支援しなければならない。⁴
- 緩和ケアに携わる看護師は、意思決定のプロセスにおいて患者、家族、および同僚を支援します。
- 緩和ケアに携わる看護師は、意思決定をファシリテートし、患者とその代理意思決定者が表現した希望に合致するケアが提供されるように擁護します。