



新型コロナウイルス感染症で エンド・オブ・ライフを迎えた 患者・家族へのケア

2020年4月

ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム開発研究会

1.0版



COVID-19 感染症患者へのエンド・オブ・ライフ・ケアに従事されているみなさま

臨床で最前線におられて、ご尽力くださっております皆さまに、心より感謝申し上げます。

COVID-19 感染症により多くの方が亡くなられている状況がありますが、そのエンド・オブ・ライフは患者家族とは隔離され、面会時間もままならないと聞きます。また、担当看護師は激務で、とても家族ケアにも配慮できず、疲弊感と苦悩を抱えていると耳にします。今我々が COVID-19 の感染拡大で直面しているのは、ELNEC-J クリティカルケアで扱うエンド・オブ・ライフの様相です。

そこで、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会では、アメリカの ELNEC からの「COVID-19 に関する情報」を翻訳したものと、「ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム指導者用ガイド 2018」の教材の一部を、一時的に開放いたします。

多くの ELNEC-J クリティカルケア指導者が教材から学び、現場でのケアに活かしていただけばと考えております。

自分と、大事な人々の健康を大切にして、この危機を一緒に乗り越えましょう。

2020 年 4 月

ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会

本著作物の著作権は、ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会に帰属し、クリエイティブ・コモンズ 表示 - 非営利 - 改変禁止 4.0 国際 ライセンス

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/> の下に提供されています。

本著作物を利用（再配布を含む）される場合、著作者の氏名、作品タイトル（ELNEC-J クリティカルケアカリキュラム開発研究会、新型コロナウイルス感染症でエンド・オブ・ライフを迎えた患者・家族へのケア）を表示し、かつ非営利目的であり、そして元の作品を改変しないことを主な条件に、共有していただくことができます。



目次

Part.1 _____ P.1～31

新型コロナウイルス感染症患者・家族へのケアに 役立つ スライド資料

～ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム指導者用ガイド2018より～

Part.2 _____ P.33～72

新型コロナウイルス感染症患者・家族をケアする 看護師のためのガイド

- ・ ストレスを軽減し健康でよりよく過ごすための
運動や精神面への心がけ P.33～37
- ・ COVID-19に関する看護師と医療者のための
コミュニケーションガイド P.38～45
- ・ パンデミックにおける喪失・悲嘆・死別へのケア P.46～55
- ・ 死が差し迫った時期 Final Hours P.56～67
COVID-19危機への対応
- ・ 死が差し迫った時期 Final Hours 補足資料 P.68～72

Part.1

新型コロナウイルス感染症患者・家族への ケアに役立つスライド資料

～ELNEC-Jクリティカルケアカリキュラム指導者用ガイド2018より～

- ・ モジュール6 コミュニケーション
- ・ モジュール7 喪失・悲嘆・死別
- ・ モジュール8 臨死期のケア

**モジュール
6**

コミュニケーション

—患者・家族の意思決定を支えるために—

1

患者のコミュニケーションのニーズ

- 情報を得た上で選択すること
- 情報を統合すること
- 恐怖感を吐露し、恐れを言葉に表すこと
- コントロール感の維持
- 人生の意味についての話し合い
- 希望を持ち続けること
- 臨死期の疼痛や症状の管理について不安をなくすこと

(ELNEC-CC, 2006a)

家族のニーズ

順位	家族のニーズ (n=45)
1	希望があると感ずること
2	病院職員が患者を気にかけていると感ずること
3	患者の近くに待合室があること
4	患者の状態の変化について家に電話してもらえること
5	予後を知ること
6	質問に率直に答えてもらうこと
7	患者の経過に関する事実を知ること
8	1日に1度は患者についての情報を受け取ること
9	理解できる言葉で説明してもらうこと
10	しばしば患者に面会できること
⋮	⋮

ELNEC J クリティカルケアカリキュラム2018

(Molter, 1979/常塚, 1984) 3

家族のニーズ調査からわかること

■ コミュニケーションに関するニーズが半数以上

■ 家族のコミュニケーションニーズ

- 患者と一緒にいたい
- 患者の状態の変化についての情報提供
- 意思決定のための情報提供
- ICUなど病院内の環境についての説明
- 誰にどのような情報提供をしてもらえるのか
- 患者のことを気にかけていること
- 開かれた会話
- 傾聴(話を聴いてほしい、そして安らぎを得たい)
など

ELNEC J クリティカルケアカリキュラム2018

(Molter, 1979/常塚, 1984; ELNEC-CC, 2006a)より作成

4

医療スタッフに求められること

- 患者と家族との関係を確認
- 患者や家族に付き添い、気持ちを聴くなどの情緒的サポート
- 理解できる言葉で説明
- 悪い知らせは正確、かつ衝撃が少なく伝わるよう説明
- 気持ちや考えを整理し、客観視できるよう支援
- 家族が代理意思決定できるよう、十分な情報提供、共に考えるなどの支援

(ELNEC-CC, 2006a)を参考に作成

エンド・オブ・ライフ・ケアで活用できる 基本的コミュニケーション・スキル

- 傾聴
- 共感
- 沈黙
- 共にいること



傾聴

- 意識を集中し、‘耳’と‘心’を傾けて聴くこと
hear(聞く)ではなく、listen(聴く) (臼井, 1987)
- 患者・家族に「この人とならば話を続けてみたい」と思ってもらえるような態度・反応を示すことが大切
 - 視線を合わせる
 - うなずき、あいづち
 - 非審判的・許容的雰囲気
 - 開かれた質問を用いる
 - 患者・家族が言いたいことを探索し、理解する
 - 患者・家族の言うことを自分の言葉で反復する

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018 (ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 7

共感

- 他人の意見や感情などにそのとおりと感じる
こと、またその気持ち (大辞泉 第2版)
- 患者・家族の気持ちに寄り添うことによって
患者・家族は癒される
- 「共感」≠「同調」
- 共感していることを患者・家族にしっかり示す
ことが大切である

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018 (ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 8

共感していることの示し方

反映

患者・家族から見てとった感覚あるいは感情を患者・家族に伝える

正当化

患者・家族の持っている感情面での体験を承認し、それが正当なものであることを伝える

個人的な支援

援助したいということを患者・家族に明確に伝える

協力関係

患者・家族と看護師間の平等関係と協力関係を示す

尊重

患者・家族に敬意をはらっていることを言葉で示す

(池永, 2004)

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018 (ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 9

沈黙

- 患者・家族が沈黙するのは・・・
 - 非常に強い感情を抱き、それを言葉にできない時
 - 気持ちや考えを整理している時 など
- 看護師は、すぐに沈黙を破る必要はない
「患者・家族の言葉を黙って待つ」
- 沈黙が続くようであれば、しばらく待った上でタイミングを見計らい、言葉や沈黙の意味を明確にする

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018 (ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 10

共にいること

■人が全身全霊を傾けて、ある人のそばに立ち会い、人間相互の出会いを通じて他人の経験を受け入れるプロセス

■相手のことに(を)、

- 集中する
 - 傾聴する
 - よく見る
 - 感じとる
- ことが必要



(Moch S & Schaefer C, 1992)

クリティカルケア領域での意思決定の特徴

- 多くが患者不在の代理人による意思決定である
- 意思決定までのプロセスに急を要する
- 意思決定の問題が患者の生命に直結する
 - すべてが不確かさと曖昧な状況の最中、混乱のままに行われる
 - 代理人としての家族の心に様々な葛藤や後悔を残す

代理人として患者の権利を擁護し、納得した意思決定が行われるよう支援していく必要がある

エンド・オブ・ライフと判断した後の対応

- 絶対的に予後不良であり、治療を続けても救命の見込みが全くない状態であると医療チームが判断した場合は以下を家族へ説明する
 - これ以上の措置は患者にとって最善の治療とはならないこと
 - 患者の尊厳を損なう可能性があること
- 医療チームは以下のいずれかを判断し対応する
 - 患者に意思決定能力、あるいは事前指示がある
 - 患者の意思は確認できないが推定意思がある
 - 患者の意思や推定意思が確認できない

(日本集中治療医学会・日本循環器学会・日本救急医学会, 2014)

ELNEC J クリティカルケアカリキュラム2018

13

エンド・オブ・ライフ・ケアにおける意思決定での看護師の役割

- 患者・家族の情報のニーズや気がかりを把握し、医師や他の医療スタッフに伝える「代弁者」としての役割
- 患者・家族に対し「情緒的サポート」を提供する役割
- 患者・家族に対する「情報提供者」としての役割
(梅澤, 2007)より一部抜粋
- 患者・家族の揺れ動く思いに添い続ける役割
- 最終的に患者・家族が決定したことを支持する役割
(射場, 2000)

看護師は、患者・家族が納得のいく意思決定ができるよう共に考え、寄り添うコミュニケーションが求められる

ELNEC J クリティカルケアカリキュラム2018 (ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 14

エンド・オブ・ライフにある患者・家族の意思決定を支えるために必要なこと

- 真実が曖昧に伝えられていたり、伝えられていない情報があると、患者・家族は最善の決定ができない

(近藤, 2008)

➡ 真実の伝え方や伝える内容に配慮が必要

- エンド・オブ・ライフにおいて患者・家族に伝えるべき真実や情報は、悪い知らせであることが多い

➡ 悪い知らせを伝える場合の準備や伝え方などに配慮が必要

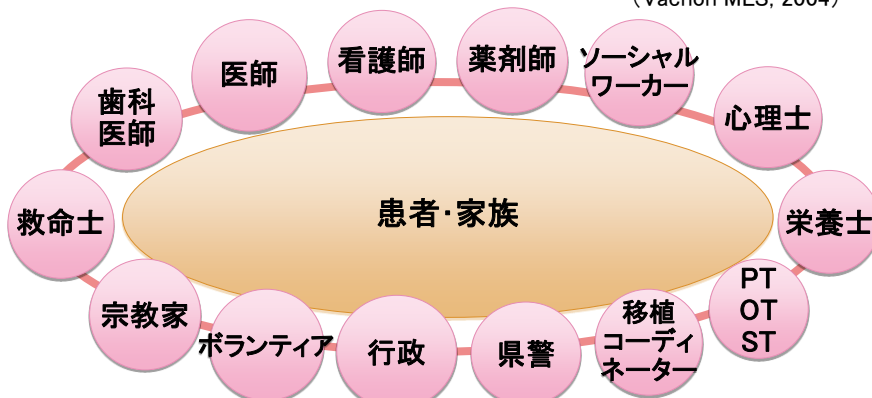
ELNEC II クリティカルケアカリキュラム2018

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016) 15

チームコミュニケーションの重要性

- 多職種チームアプローチが重要であるため
- 多職種で互いに支え合うことが重要であるため

(Vachon MLS, 2004)



ELNEC II クリティカルケアカリキュラム2018

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 16

チーム内での良好なコミュニケーションのために

- 日常的なコミュニケーションを大事にする
- 定期的・タイムリーにカンファレンスを開催する
- 効果的なカンファレンスにする
- 各職種がルールに基づいて記録する

など



チームメンバーの衝突を解決するために

- チームメンバー間で意見の不一致や衝突が起こることがある。それらに建設的に対処するために…
 - 問題や事態から一歩離れて見る
 - 患者・家族の問題に焦点を当てる
 - 自分の感情をそのまま表出せず、気持ちを素直に言葉として説明する
 - 何について衝突しているのかを明確にする
 - チームメンバー全員が納得のいく結論を見い出せるよう歩み寄る



アサーティブネスの活用

■アサーティブネスとは:

自分の考え、欲求、気持ちなどを率直に、正直に、その場の状況にあった適切な方法で述べること。自分も相手も大切に自己表現法である。

- 自分の意見を押し通すものではない
- 互いに気持ちや考えを出し合い、譲ったり譲られたりしながら歩み寄る
- 自分の意見を「私は・・・と思う」の形で表現する
- 双方に納得のいく結論を出す

(平木 他, 2002)

ELNEC J クリティカルケアカリキュラム2018 (ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド 2016一部改変) 19

ELNEC J

End-of-Life Nursing Education Consortium Japan
クリティカルケアカリキュラム

モジュール 7

喪失・悲嘆・死別

20

喪失:Loss

- 所有していたものや、愛着を抱いていたものを奪われる、あるいは手放すこと

(Martin TL & Doka KJ, 2000)

- 対象は、人・物・関係・状況など

(Corless IB, 2006)

- 広範な概念で、人の一生は喪失の連続である

(寺崎, 2010)

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

悲嘆:Grief

- 喪失に対するさまざまな心理的・身体的症状を含む、情動的(感情的)反応

(Stroebe W & Stroebe M, 1987)

- 喪失による悲しみを乗り越えるまでの心理的プロセス

(寺崎, 2010)

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

クリティカルケア領域における死別の特徴

- 患者の生死に関わる意思決定は、家族に大きなストレスを与える (伊勢田・井上, 2003)
- 予期せぬ急な死別が多い (Parkes, 1996; 桑原・三野, 2002)
- 死別に至るまでに時間的猶予が少ない (黒川, 2011)

予期悲嘆

- 定義
 - 喪失が現実となる以前に起こる悲嘆 (Lindemann E, 1944)
 - 将来の死の可能性によってだけでなく、主に病気の進行に伴って経験する多様な物理的あるいは心理社会的喪失に対する反応 (Rando T, 2000)
- 特徴
 - 家族だけでなく、患者自身も経験
 - 予期悲嘆を経験すれば、死別後の悲嘆が軽減される、という考えは誤解

通常の悲嘆

■ 定義

喪失によって引き起こされる気分、行動、反応のこと。誰でも経験する正常な反応

■ 特徴

生理的・身体的反応	食欲不振・睡眠障害・活力の喪失や消耗・身体愁訴・故人の症状に類似した身体愁訴・病気への罹りやすさ など
感情的反応	抑うつ・絶望・悲しみ・落胆・苦悩・不安・恐怖・罪悪感・怒り・苛立ち・孤独感・慕情・ショック・無感覚 など
認知的反応	故人を想うことへの没頭・故人の現存感・抑圧・否認・自尊心の低下・自己非難・無力感・絶望感・非現実感・集中力の低下 など
行動的反応	動揺・緊張・落ち着かない・疲労・過活動・探索行動・涙を流す・泣き叫ぶ・社会的引きこもり など

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

25

複雑性悲嘆

■ 定義

- 死別後、重い精神症状や社会的機能の低下を引き起こし、専門的治療が必要な悲嘆

■ 特徴

- 6カ月以上経ても強度に症状が継続していること
- 複雑性悲嘆特有の症状が非常に苦痛で圧倒されるほど極度に激しいこと(故人への強い思慕やとらわれなど)
- それらにより日常生活に支障を来している

(瀬藤 他, 2010)

○ 複雑性悲嘆→持続性複雑死別障害: 今後の検討

(DSM-5: 精神疾患の分類と診断の手引き第5版, 2014)

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018

26

複雑性悲嘆を引き起こす危険要因

■ 死の状況

例) 突然死、事故死、自殺、殺人、AIDS による死 など

■ 故人との「関係性」

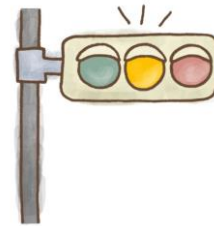
例) 故人との深い愛着関係、公認されない関係 など

■ 悲嘆当事者の「特性」

例) 過去の未解決な悲嘆、
精神疾患 など

■ 社会的要因

例) 経済的困窮、孤立化 など



(Davis B & Jin J, 2006; 瀬藤 他, 2010)

複雑性悲嘆の反応

■ 重度の孤立 (例: 引きこもり)

■ 暴力的行動 (例: DV)

■ 自殺企図

■ 仕事中毒

■ 重度もしくは長期のうつ

■ 喪失を認めていない

など

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

悲嘆のプロセス:最近の考え方

■ 誰にでも共通する悲嘆のプロセスはない

(Neimeyer RA & Mahoney MJ, 1995)

➡ 死別を体験した人それぞれの悲嘆のプロセスを重視する必要性

■ 悲嘆のプロセスに終わりはない

(長谷川, 1992; Rosenblatt PC, 2008)

➡ 治癒や回復ではなく、大切な人の死を受け入れ、故人のいない生活に適応することが目標

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

悲嘆のプロセスに影響を及ぼす要因

- パーソナリティ
- 対処(コーピング)スキル
- 精神疾患の既往歴
- 故人との関係性
- 性・年齢
- 信仰、価値や信念
- 民族性、文化的伝統、慣習、儀式
- 亡くなった時の状況
- 過去の死別体験

悲嘆のアセスメントの視点

- 悲嘆の種類
- 悲嘆反応
- 悲嘆のプロセス
- 悲嘆のプロセスに影響を及ぼす要因
- 生活・健康状態

(Glass E et al., 2006)

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

クリティカルケア領域の看護師の役割

- 悲嘆を適切にアセスメントする
- 患者や家族に対する悲嘆ケアを行う
- 死別後の残された家族を支援する

(立野・富岡, 2011)

悲嘆・死別に対するケア・1

- 患者・家族への情報提供
- 患者・家族に対する情緒的なサポート
- 生前の患者に対する適切なケアの提供
- サポートシステムの明確化

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

悲嘆・死別に対するケア・2

- 適切な死後のケアの提供
- 葬儀などの儀式が滞りなく行われるための支援
- 悲嘆・死別に関する情報提供



喪失を現実のものとし、故人がいなくても生活できるよう支援する

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

悲嘆・死別に対するケア・3

■ 特に複雑性悲嘆に対しては、下記が必要

- 精神科医など専門家への紹介
- 多職種によるアプローチ
- サポートシステムの明確化・維持

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

親を亡くす子どもへのケア

■ 子供は発達段階に応じた対応が必要

■ 残される親への支援

- 活用可能な制度に関する情報提供
 - 児童扶養手当、児童育成手当
ひとり親家庭医療費助成 など
- その他の家族員など支援者の有無の確認

■ 活用可能なリソースの確認

- 学校: 担任、養護教諭、スクールカウンセラー
- 地域: 学童保育

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

看護師自身も悲嘆を経験する

- 援助職は、複雑性悲嘆に陥りやすい危険グループの1つ

(レイク N & ダビットセン-ニールセン M, 1998)

- 特に看護師は、身近にケアしてきた患者の死に直面し、その死は連続的に生じることもある

- 最期の時間を精一杯ケアしてきた患者が亡くなることは悲しく、心残りや無力感が残ることもある

(広瀬, 2011)

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

看護師の悲嘆に影響すること

- 自分自身の死生観
- 個人的な死の体験
- 最近の喪失体験
- 生前の患者・家族との関わり
- 専門家として受けた教育
- 職場のサポート体制

(広瀬, 2011; Vachon MLS, 2010)

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

クリティカルケア看護師の悲嘆に影響すること

- 無益な医療
 - 専門職としての看護師の無力感
 - 倫理的な苦悩
- 多様なストレス
 - 共感疲労と話し合う機会の少なさ
 - 仕事の複雑さと特殊環境（ワークライフバランス困難）
 - 職業的な自律性と価値観
 - 生死を目の当たりにすることが多い

自分自身の悲嘆のケア

- デスケースカンファレンス
 - ケアの振り返り、患者について語り合う機会
- 専門職の活用
 - 組織内のカウンセリングの場の活用、
専門看護師への相談 など
- エンド・オブ・ライフ・ケアに関する
知識と技術の向上
- ストレス・マネジメント

(広瀬, 2011; Vachon MLS, 2010)
(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

デスケースカンファレンスの例

- 亡くなった患者のケアを振り返り、今後のケアの質を高めることが目的
- 入院前および入院中の経過について紹介したのち、ポイントにそってディスカッションを行う
- 基本的には、受け持ちの看護師や患者・家族との関わりが深かった看護師が参加できるように配慮する
- ケアを振り返るだけでなく、ケアに深く関わった人たちを支えることが大切
- 亡くなった患者のことを思い出して語ることも重要



(広瀬, 2011)
(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

ストレス・マネジメントの方法

- 自己のストレスの原因を見つめる
- 自分の限界を認める
- ストレスの対処方法を習得する
- 気分転換
 - 日記、運動、リラクゼーション、趣味、遊び など



(Vachon MLS, 2010; 黒瀬 他, 1999; 近藤 他, 2005;
小田切, 2009; 荒川 他, 2001)

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016)

**モジュール
8****臨死期のケア**

43

「臨死期」**ELNEC-Jクリティカルケアにおける「臨死期」の定義**

- 適切な治療を行ったが効果がなく、死が不可避と判断されてから、死までの期間(数時間から数日)

死・死にゆくこと

- 死は誰にでもいつかは訪れる。しかし、死に対する受け止め方や死への向かい方は一人ひとり異なる。また、同じ疾患にあっても臨死期の状態は異なる。
- 死への過程で、患者や家族は身体的・精神的・社会的・スピリチュアルな苦痛を経験する。

オープンで誠実なコミュニケーションを心がける

- 最期まで「その人らしさ」を尊重したケアを提供することを保証し、感じたことや思いやりの気持ちを伝える
- 分かりやすい言葉で情報を提供する
- 患者・家族が死にゆくプロセスを準備できるようにする
- 患者のそばに存在しつづけることを保証する

患者の意思に沿うために

- 患者の意思を尊重する
- 急変時に患者の意思決定能力がない場合は、下記について家族に確認する
 - アドバンス・ディレクティブやリビング・ウィル
 - 代理意思決定者
 - DNAR
- 急変時に患者の意図しない対応がなされないように、事前に患者・家族と話し合い、調整しておく必要がある

予後予測をチームで共有する

- 積極的治療の中止の検討
- 療養の場の検討
- 患者の有意義な時間の過ごし方のサポート
- 家族の心の準備のサポート

(高橋, 2008)

看護師は、予後予測を参考にしながら、
多職種チームで話し合い、それぞれの時期に
合った適切なケアを提供していくことが重要である

患者・家族の死への不安が最小限になるよう配慮する

- 患者・家族の看取りの経験や死にゆく過程に対するイメージを確認する
- 患者に起こり得る徴候や症状などについて患者・家族の状況に配慮しながら伝える
- 患者・家族に今後どこでどのように過ごしたいかについて確認し、希望を尊重する
- 患者・家族が安楽に過ごせるようにすることを保証する
- 患者・家族の不安を取り除くために、そばに寄り添い、同時に原因を探求する

臨死期の「呼吸困難」に対するケア

■薬物療法

- モルヒネやオキシコドン、コデインによる鎮痛や鎮静
- 抗不安薬を中心とした抗精神薬
- ステロイド薬や気管支拡張薬

■非薬物療法

- 酸素投与
- 呼吸法のトレーニング(口すぼめ呼吸、腹式呼吸)
- 送風(扇風機やうちわによる)
- 安楽な体位を工夫する
- 傍に寄り添い、声かけやタッチングを行う

(Campbell, 2004; 有田健一, 2010)

ELNEC!! クリティカルケアカリキュラム20 (日本緩和医療学会 緩和医療ガイドライン作成委員会, 2013) 49

臨死期の治療抵抗性の苦痛

苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン 2010 年版

治療抵抗性の苦痛

①すべての治療が無効である、あるいは②患者の希望と全身状態から考えて、予測される生命予後までに有効で、かつ合併症の危険性と侵襲を許容できる治療手段がないと考えられる場合の苦痛

例) せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、痛み、嘔気・嘔吐、全身倦怠感、痙攣、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛(希望のなさ、生きる意味のなさ など)

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会, 2010)

ELNEC!! クリティカルケアカリキュラム2018

50

治療抵抗性の苦痛への対応

- 治療抵抗性の苦痛が生じた場合、苦痛緩和のために鎮静薬を使用することを考慮する
 - 深い持続的鎮静
 - ➡ 患者・家族にコミュニケーションをとることが難しくなることを十分に伝えておく必要がある
 - 十分な評価・治療を行わずに治療抵抗性であると判断してはならない
 - ➡ 多職種チームで判断することが重要である

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会, 2010)

精神的、スピリチュアルな側面の変化

- 臨死期の患者は、身体的な変化だけでなく、精神的、社会的、スピリチュアルな側面において、多くの変化がある
(Smith SA, 2006)

- 死が近いことを認識する
- 死への不安や未知のものに対する恐れを感じる
- コントロール感や機能の喪失に苦悩する
- より内観的になり、周囲への関心がうすれる

(Smith SA, 2006; 河野, 1986)

精神的、スピリチュアルな側面に対するケア

- 患者との関係を確立する
- 現実を受け入れることを援助する
- 感情を受け入れることを援助する
- ソーシャルサポートを強化する
- くつろげる環境や方法を提供する
- 積極的に症状緩和を行う
- 医療チームをコーディネートする

(森田 他, 2001)

死が近づいた時期の家族のニーズ

- ICUに入室した患者や死亡した患者の家族を対象にした面接法や質問紙法により導き出されたニーズ
 - 質問に正直に答えてもらうこと
 - 最善のケアがなされていると確信すること
 - 毎日医師と話すこと
 - スタッフが患者を気にかけていると感じること
 - ケアや処置を行う際に、患者の尊厳が保たれていること
 - 一緒にそばにいてもらうこと

(立野 他, 2011)

死が近づいた時期の家族に対するケア

- 患者の状況を理解できるように情報提供する
- 家族がケアに参加できるように配慮する
- 精神的苦痛を表出できるように支援する
- 充実した時間が持てるように配慮する
- 家族メンバーの力を合わせるように勧める
- 死に対する準備を勧める

(鈴木, 2003)

身体症状に対するケア

- 呼吸困難:適切な酸素療法、オピオイド、抗不安薬
- 疼痛:オピオイド、非オピオイド、鎮痛補助薬
- せん妄:環境調整、原因の治療(電解質、酸素化)、苦痛の緩和
- 過剰な気道分泌:気道分泌抑制薬、輸液の減量・中止
- 死前喘鳴に対するケア
 - 患者は意識が低下しており、苦しくないこと、必要以上の吸引は苦痛をもたらすことを説明し、理解を得る
- 眼球乾燥に対するケア
 - 開眼状態では、目の保湿のため点眼薬を使用する

(大谷木, 2008)

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会, 2010)

死が近づいた時期の患者に対するケアの留意点

- 安楽の保持
 - 体位の工夫、清潔ケア、定期的な口腔ケア など
- 処置・ケアの見直し
 - 患者の苦痛を最小限にする
- 日常生活の援助
 - 患者の尊厳を守る
- 安全の確保
 - 転倒のリスク、誤嚥のリスクに配慮する
 - 計画外抜去を予防するため、安全面に配慮する



死が差し迫った時期の患者に対するケアの留意点

- 最期まで人格を持った1人の人として接する
- 安心できるような穏やかな声かけを行う
- 患者の苦痛が最小限になるように、必要なケアを精選し、それらのケアを継続して行う
- 患者自身が苦痛を正確に伝えることができない場合、表情や姿勢などからアセスメントを行う
- 使用中の薬剤量の調整や薬剤の変更を検討する
- 確実に投与でき、投薬に伴う苦痛が少ない方法を選択する

深い持続的鎮静の治療とケアの実際・1

＜苦痛緩和のための鎮静に関する ガイドライン2010年版＞

1 医学的適応の検討

- 1) 「耐え難い苦痛」として考えられること
せん妄、呼吸困難、過剰な気道分泌、痛み、全身倦怠感、痙攣、不安、抑うつ、心理・実存的苦痛
- 2) 治療抵抗性の評価
- 3) 全身状態・生命予後の評価

2 患者・家族の希望の確認

- 1) 意思決定能力の評価
- 2) 患者と家族の意思が一致することが望ましい

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会, 2010)

ELNEC II クリティカルケアカリキュラム2018

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016) 59

深い持続的鎮静の治療とケアの実際・2

＜苦痛緩和のための鎮静に関する ガイドライン2010年版＞

3 鎮静の開始

- 1) 鎮静方法: 持続的鎮静、あるいは間欠的鎮静
- 2) 鎮静水準: 浅い鎮静、あるいは深い鎮静
第1選択薬は、ミダゾラム

4 鎮静開始後の患者・家族へのケア

- 1) 鎮静開始後の評価
- 2) 患者の尊厳に配慮したケアの継続
- 3) 家族へのケア

(日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン作成委員会, 2010)

ELNEC II クリティカルケアカリキュラム2018

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016) 60

臨終時の法的手続き

	期限	提出先
死亡届 (死亡診断書・死亡検案書)	7日以内	市区町村役場
年金受給停止手続き	10日以内	市区町村役場 または 社会保険事務局
国民健康保険資格喪失届	14日以内	市区町村役場
介護保険の資格喪失届	14日以内	市区町村役場
世帯主の変更届	14日以内	市区町村役場

ELNEC クリティカルケアカリキュラム2018

(ELNEC-Jコアカリキュラム指導者用ガイド2016) 61

Part.2

新型コロナウイルス感染症患者・家族を ケアする看護師のためのガイド

- ・ ストレスを軽減し健康でよりよく過ごすための運動や精神面への心がけ
- ・ COVID-19に関する看護師と医療者のためのコミュニケーションガイド
- ・ パンデミックにおける喪失・悲嘆・死別へのケア
- ・ 死が差し迫った時期 Final Hours
COVID-19危機への対応
- ・ 死が差し迫った時期 Final Hours 補足資料

ストレスを軽減し健康でよりよく過ごすための 運動や精神面への心がけ

運動：

もしも今あなたが、「逃避したい」くらいのストレスフルな状態にある場合、運動は、自然に身体を今まで通りの状態に戻すのに役立ちます。 エンドルフィンなどの「良い」化学物質が放出されるからです。

有酸素運動（例：ウォーキング、サイクリング、ダンス、水泳など）は、以下に役立ちます：

- ・ 心臓血管系の強化
- ・ 持久力の増加
- ・ 血圧の調整促進
- ・ 血糖の調整促進
- ・ 怒りや感情の噴出を徐々に軽減
- ・ 慢性的な緊張を和らげる
- ・ 抑うつと不安の軽減
- ・ 良質な睡眠の促進（注意：有酸素運動は就寝時間より 2 時間以上前に行いましょう；朝や、午

後早めの時間帯に行う)

ストレッチ運動 (例 : ヨガ、太極拳、ピラティス、ストレッチなど) は、以下に役立ちます :

- ・ リラックス効果
- ・ 慢性的な緊張の緩和
- ・ 抑鬱と不安の軽減
- ・ 血行促進
- ・ 筋力や引き締まった筋肉の維持
- ・ 関節可動性の促進
- ・ 就寝前に行うことで、良質な睡眠を促進

運動する時間をつくる :

- ・ 少なくとも週に 3 回はおこなう
- ・ 自分に合った日や時間を決める
- ・ モチベーションを高めるために音楽を活用する
- ・ サポートが必要な場合、友人と一緒にいる

よくある言い訳 :

- ・ 疲れすぎてできない

- ・ 運動は退屈だ
- ・ 職場でたくさん歩いている

スピリチュアリティとウェルビーイング：

スピリチュアリティとは、自分のコアとなる部分や、大きな力と結びついている感覚、または人生に意味と目的があるという感覚のことです。宗教的なしきたりや慣習などが含まれるかもしれませんが、通常は、静かで落ち着ける時間を要することが多いでしょう。私たち誰もが、精神的に豊かでありたいというニーズを持っています。ただし、それを実現する手段は人によって異なります。

あなたにとって大切なことや、あなたが意味や目的を感じていることを想像してみてください。あなたの精神性を豊かにするために活用できそうな方法を考えてみましょう。

精神性を豊かにする活動の例：

- ・ 瞑想
- ・ 祈り
- ・ 自然の中で、静かな振り返りの時間
- ・ スピリチュアルな本や感動をくれる本の読書
- ・ 瞑想や物思いにふけるウォーキング
- ・ 寺社仏閣へのお参り

- ・ 仏像を見に行く
- ・ 祭壇や神棚をつくる
- ・ 聖書や聖典の勉強会
- ・ お経を唱える
- ・ 楽器を演奏する
- ・ ダンス
- ・ ヨガ

参考資料:

Self Care Strategies for Healthcare Professionals, ©Department of Nursing Research and Education, City of Hope, Kate Kravits, RN MA, Principal Investigator and supported by a grant from the UniHealth Foundation.

“自分自身に思いやりと慈悲の心を向けると、他者への癒しが生まれる。”

ウェイン・ミューラー

Wayne Muller

神の恵み

私に恩恵をください

自分の欲求を無視せず ケアするために、

謙虚さを

救済せず 支援するために、

優しさを

冷淡にせず 明快であるために、

慈悲を

拒絶せず たしなめるために、

慎重さを

私の私生活を干渉されず オープンであるために、

ユーモアを

恥じらわず 人の失敗を認めるために、

思いやりを

自分を捨てず 惜しみなく与えるために

出典不明

Communication Guide for Nurses and Others During COVID-19

COVID-19 に関する看護師と医療者のためのコミュニケーションガイド

COVID-19 が継続的に拡大しており、不確実な状況が高まっていることから、ELNEC チームは、これまで以上にしっかりとしたコミュニケーションスキルが重要で、看護師に強く求められていること強調したいと考えます。この世界的パンデミックに際し、看護師やその他の医療専門職に向けて、我々が開発したコミュニケーションに関連する資料や他の参考資料の中から、難しい話し合いをするための推奨や、ガイドラインをご紹介します。

1. COVID-19 における患者や家族のコミュニケーションのニーズ :

生命にかかわる重篤な疾患を持つ患者をケアする時、効果的なコミュニケーションスキルは常に重要ですが、このパンデミックで私たちはコミュニケーションにおいて異なる試練に直面しています。以下は、患者や家族のコミュニケーションのニーズに対応するための提案です。

- (正確、不正確に関わらず) 多くの情報が、複数の通信網を通じて広く公開されています。患者が情報を十分に理解して合理的な選択ができるように、明確で簡潔かつ正確な情報を提供することが重要です。
- 多くの患者と家族は COVID-19 について分からないことが多く、ウイルスや病気の予後について、非常に大きな不安を抱えています。このため、患者がこの急性疾患に対して抱えている恐怖や、不安などの気持ちを表現できる機会をつくることが肝心です。
- 新型コロナウイルス感染は、多くの人にとって命取りです。患者が自分を取り戻せるように支援することで、不安を軽減し、人生の意味について話し合いにつなげることができます。
- 世界的に高い死亡率が報告されていますが、多くの人々がウイルス感染症との闘いに勝てるのだと希望をもつことが重要です。
- 多くの医療施設が面会を制限または禁止しています。看護師を含む第一線で活躍する臨床家は、患者の家族や関係者に電話での通話を一層活用することになるでしょう。患者の家族に患者の現在の状態をアップデートでき、患者と家族をバーチャルに結びつけて安心感を与え、面会できない家族のストレスと不安を和らげることができます。

2. 看護師および他職種が患者や家族と話す際に使用する質問：

COVID-19 のパンデミック時における患者や家族とのコミュニケーションには、今までに経験したことのない、特有の課題があります。患者についての情報を収集しながら、今後の医療やケアの方針に関する質問に焦点を当てるのが良いでしょう。

● 患者への質問：

- 「新型コロナウイルスの感染が広がる前の〇〇さんや、どの様に過ごされていたかを教えてください。」
- 「今、〇〇さんにとって最も大切なことは何ですか？」
- 「今、〇〇さんが最も心配していることは何ですか？」
- 「〇〇さんが自分らしさを保つために何が大切ですか？」
- 「新型コロナウイルス感染症についてどんな事をご存知ですか？何か説明がありましたか？」
- 「音楽や、芸術や、読書など、〇〇さんが穏やかな気持ちになって落ち着けるのは、どんな事ですか？」
- 「〇〇さんの人生で最も大切な人間関係は？」
- 「私たちが面会禁止の方針をとっている間、〇〇さんが連絡を取りたい人は誰ですか？」

● 家族への質問：

- 「今、どんな情報をお知りになりたいですか？」
- 「今は大切な人の側に付き添っていただけず、とても心苦しく感じています。大変な状況ではありますが、〇〇さんと連絡を取り合える様に、何か我々がお手伝いできることはありませんか？」

3. COVID-19 患者の家族との話し合いのための推奨事項：

多くの場合、家族との話し合いは非常に複雑です。特に面会を制限したり規制したりする施設が増えている今、医療専門職は今まで以上に家族とのコミュニケーションの方法を工夫し、柔軟に対応する姿勢が求められています。ELNEC は、電話やビデオ会議を利用して家族との話し合いを行う多くの臨床家に対応するために、家族との話し合いに関する推奨事項を修正しました。

● 話し合いの準備

- 医学的問題や病歴を確認する。
- 医療チームを調整する。
- 話し合いの目標についてチームで話し合う。
- チームの中から話し合いのリーダーを決める。
- 家族の誰が参加するか話し合う。
- デジタル会議の実施に必要で適切な技術サポートを手配する。
- 気が散る要素を最小限に抑える（PHS やポケットベルなど）。

- 話し合いを始める
 - 参加者全員を紹介する。
 - 医療状況を確認する。
 - 話し合いの全体的な目標を設定するために、次のように話してみましょう。「今日は、[患者さん]の様子を全員が理解できているか確認した後、ご質問にお答えしたいと思います。」または、「退院した後の、[患者さん]が受ける医療やケアについてご相談したいと思います。」
 - 家族の希望に応じて話し合いの目的が変わることもあります。備えておいてください。

- 家族の理解を確認する
 - 「[患者さんの]状態について、どのように聞いていますか？」など、家族に尋ねてみる。
 - 家族の話聞いた後のフォローアップとして、「分かりにくかったところや、何か他に聞きたいことはありませんか？」と家族に尋ねる。

- 患者と家族の価値観と目標（ゴール）について話し合う
 - 特に複数の意見がある場合、参加者全員の目標を聞く。
 - 「この状況で、あなたは[患者さん]にどのような事を望んでおられますか？」などのオープンクエスチョン（開かれた質問）から始めます。その後、家族に、より具体的な提案をすることもできます：「退院して家に帰ることが患者さんにとって重要な目標になることがあります。また、家族や友人に会えることが大きな目標になることもあります。こんなふうに、何か[患者さん]にとって、これを目指したいのではないかと推測されることはありませんか？」
 - コミュニケーションスタイルや、家族関係、医療、エンド・オブ・ライフ・ケアに影響を与える、民族的・文化的な影響を理解するために、次のように尋ねます：「[患者さん]に最善のケアをするために、[患者さん]の信念や習慣について理解したいと思います。もしよろしければ、何か教えて下さいませんか？」
 - いつも患者の観点到話し合いの焦点を合わせましょう。そうすることで、家族が代理意思決定する際に感じる罪悪感を和らげるのにつながります。その質問には次のようなものがあります。「[患者さん]だったら、この状況で何をしたり、望んでいただろうと思いますか？」または「私たちは、あなたが何を望んで、何を望まないかを考えることを目指しているわけではないのです。[患者さん]ならば、この状況で何を望んでおられたか、あなたが[患者さん]についてご存知のことを教えていただきたいのです。」

- 意思決定を支援する
 - 現状の理解を目指す。
 - 患者の希望について、「今のような状況で、[患者さん]が何を望んでいて、何を望んでいないか、話し合ったことはありますか？」と問う。
 - あくまでも患者に最善の利益をもたらすような医療・ケアに関する意思決定をするのであり、家族にとって最善の意思決定を目指しているわけではないことを再確認する。
 - オープンクエスチョン（開かれた質問）から始め、必要に応じて特定の話題にうつす。

- 患者と家族の目指す目標に基づき明確な推奨を提供する。
- 意思決定の内容や、さらに詳しい説明をすることの是非について、可能な限り合意を目指す。
- 話し合った内容を次のようにまとめる。「[患者さん]だったら、このような状況で、人工呼吸器を使い続けたくない。と考えるだろうという合意に至ったようです。これは、みなさんが推定する[患者さん]の希望に間違いありませんか？」
- 「●●●●と決めたことについて、みなさんが理解に間違いのないようにしたいのですが…」などと伝えて、決定内容の合意を確認する。

● 話し合いを締めくくる

- 話し合った内容の簡単な要約をする。
- 最後に何か質問はないか尋ねる。
- 家族への感謝の気持ちと敬意を表す：「本当に難しい決断だったことと思います。[患者さん]にとって正しいことを一生懸命にしようとなさっているみなさんを尊敬しています。」あるいは「みなさんがここにお越しくださり、難しい決断を助けてくださったことに感謝します。」
- 明確なフォローアップ計画と、医療チームへの連絡方法を作成します。

● 話し合いの後のフォローアップ

- 話し合った内容を診療録に記録する。
- 話し合いで合意した内容を再評価したり、フォローアップしたりする時は、次のように言う。「前は、話し合った内容について、ごきょうだいに伝える予定と仰っていました。ごきょうだいのお話はどうでしたか？」

Source: Adapted from Rabow, M.W., Hauser, J.M., & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life: "They don't know what they don't know." Journal of the American Medical Association, 291(4), 487)

4. 希望することについて話し合うためのツール：

この希望することについて話し合うためのツールは、医療者が患者さんのことをより良く知り、支援するために開発されたもので、多くはスピリチュアリティに関する会話に関連します。このツールは、COVID-19 患者のケアにとっても役立ちます。なぜなら、危機や急性期ケアにおいて、そのような会話を忘れる事が多いからです。

〇〇さんはこの先、どんなことを希望していますか？
その希望は〇〇さんにとってどんな意味がありますか？

どんなことが、〇〇さんの希望や強さを失わせますか？
そんなとき、何か私が〇〇さんのためにできることはありませんか？

〇〇さんに希望や強さをくれるものは何ですか？
その希望は、どのようにあなたを助けたり、弱らせたりしますか？

〇〇さんが病気とたたかうのに役立つのはどんなことですか？
それに私がお側で手伝えることはありますか？

Sources: Olsman, E., Leget, C., & Willems, D. (2015). Palliative care professionals' evaluations of the feasibility of a hope communication tool: A pilot study. *Progress in Palliative Care*, 23(6), 321-325.

Herth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.

5. 患者へのスピリチュアルケアに役立つ質問：

多くの患者さんが家族や友人と直接会うことができない、この困難な状況で、医療者が患者と大切なことについて話し合う機会を持つことを忘れないようにすることが特に重要です。以下は、COVID-19に関連して、スピリチュアリティについて話をするのに役に立つ問いかけです。

- 〇〇さんの今日の心の調子はどうですか？
- 怖いですか？
- 〇〇さんが最も恐れていることは何ですか？
- 何が生きがいになっていますか？
- やっておきたいことはありますか？
- どんなことを期待しておられますか？
- より強い希望は何ですか？
- 死より悪いと感じられることはありますか？
- あなたの人生で最も誇りに思うことは何ですか？
- 後悔していることはありますか？
- 誰かを許したいと思っておられますか？
- 誰かに許して欲しいと思っておられますか？
- 〇〇さんの遺産になるのは何ですか？
- 〇〇さんの人生で一番愛してるのは何ですか？
- 平和な気持ちですか？

Source: Adapted from Baird P. *Spiritual care intervention*. In: Ferrell BR, Coyle N, Paice JA, eds. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2015: 546-553.

6. 宗教家による支援を必要とする患者への質問：

COVID-19 の多くの患者は苦痛や不安を経験します。あらゆる臨床現場の患者の増加により、牧師や僧侶などの宗教家の不足が予想されるため、宗教家による支援を必要とする患者をスクリーニングすることが重要です。

- 私が何をしたというんだ？
- 私は祈っていますが、病気が治りません。
- 以前は神を信じていましたが、今はもうよくわかりません。
- 希望がなくなったような気がします。
- 私は変わり者なので、誰も受け入れてくれませんでした。
- 私がいなくなったら家族はどうなるの？
- 私の人生にどんな意味があったのでしょうか？
- もう何もなくなってしまった。
- 誰もわかってくれない。
- 怖いです。

Source: Adapted from Baird P. *Spiritual care intervention*. In: Ferrell BR, Coyle N, Paice JA, eds. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 4th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2015: 546-553.

7. 実存的テーマに関連した CASH の評価項目：

上記のツールに加えて、CASH アセスメントの質問は、医療者がスピリチュアルケアを実践する際に役立ちます。

実存的テーマに関連した CASH の評価項目

	略名	質問	実存的テーマ
C	Care	あなたにより良い <u>ケア</u> をするために、知っておいた方が良いことがありますか？	意味、アイデンティティ、自律性、尊厳
A	Assistance/help	病気の過程で何があなたを最も <u>支え</u> てくれましたか？	サポート、つながり、関係性
S	Stress	今、あなたの人生で最大の <u>ストレス</u> 要因は何ですか？	ストレス、不安、罪悪感、孤独
H	Hopes/fears	あなたが一番恐れていることは何ですか？ どんなことを <u>期待</u> していますか？	希望、恐れ、不安、孤独

Source: Alesi, E., Ford, T., Chen, C., Fletcher, D., Morel, T., Bobb, B., Lyckholm, L. (2015) Development of the CASH assessment tool to address existential concerns in patients with serious illness. *Journal of Palliative Medicine*, 18(1) 71-75.

8. 医療・ケアの方向性について話し合う際に有用な表現：

急性期の医療・ケアの方針決定は非常に重要であり、COVID-19 の治療は不確実性が非常に高い。このため、患者とその家族をよく理解して、最善であると考えられる医療・ケアが提供できるように話し合う必要があります。以下は、医療・ケアの方向性を話し合う際に役に立つ表現です。

診断や予後の理解を評価する

- 「お身体の調子はどうですか？」
- 「〇〇さんはこのウイルスや病気についてどのように理解していますか？」
- 「COVID-19 について医師はどんな話をしましたか？」
- 「今、どんな情報が必要ですか？」

探索的な質問をする

- 「もう少し聞かせてください...」
- 「それがどんな意味かご説明くださいますか？」
- 「心配されていることを教えてくださいませんか？」
- 「ご家族が病気になるのが心配と仰いました。もう少し教えてください...」
- 「何かお役に立てることはありますか？」

患者のサポートシステムを評価する

- 「これは〇〇さんの人生で一番大変な状況ですか？」
- 「過去に大変な状況にどのように対処してきましたか？」
- 「どこから助けがありますか？」
- 「〇〇さんを最も助けてくれるのは何/誰ですか？」
- 「ご家族はどのようにコミュニケーションを取っていますか？そして私たちは〇〇さんがご家族と連絡をとるために、今どんなお手伝いができますか？」
- 「ご家族がどんな心配をなさりそうか予測できますか？」
- 「〇〇さんが大切な決断をするときに頼りになる人はいますか？」
- 「ご家族さんとの話し合いのときに出席してくださる方は誰ですか？」

患者の医療・ケアの目標を明確にする

- 「これからの数日間で最も期待されていることは何ですか？」
- 「あなたの目標は何ですか？」
- 「今、あなたにとって何が重要ですか？」
- 「何か怖いことはありますか？」

患者が意思決定能力を失った際に家族に尋ねるべき重要な質問

- 「〇〇さんについて教えてください。」
- 「〇〇さんがについて少しでも知ることができればと思います。〇〇さんがどんなお方だったか、〇〇さんがどんな人生を送ってこられたか教えてください。」

- 「〇〇さんにとってどんなことが重要ですか？」

Source: Adapted from Peereboom, K, & Coyle, N. (2012). Facilitating goals-of-care discussions for patients with life-limiting disease: communication strategies for nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(4), 254.

9. COVID-19 における私たちの役割とは？

- 特に COVID-19 では、感性、細やかな気配りや、思いやりを伝えるためにベストを尽くすことが大切です。患者や家族は不安な気持ちでいっぱいであり、短期間で人生が大きく変わってしまったことを忘れてはいけません。
- わかりやすい言葉で情報を提供し、わかりにくいことがないか確認することで、誤解を最小限に抑え、ストレスを軽減できます。
- 患者と家族のために、いつも前向きで親しみやすい存在であること。
- 第三者の存在とサポートに関して、患者や家族が意思決定するときに擁護(アドボケート)すること。
- 共感を示し、他者の立場に立つことは、COVID-19 によるこの複雑な状況を切り抜けるのに役立ちます。

10. COVID-19 に関する追加資料：

- CAPC COVID-19 対応資料：
 - www.capc.org/toolkits/covid-19-response-resources/
- COVID-19 患者—医療者間のコミュニケーション：
 - www.patientprovidercommunication.org/supporting-communication-covid-19.htm
- COVID 対応のコミュニケーションスキル：VitalTalk の戦略とヒント：
 - www.vitaltalk.org/guides/covid-19-communication-skills/

SINCE 2000

ELNEC

END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM

Advancing Palliative Care

パンデミック における喪失・ 悲嘆・死別への ケア

コロナウイルスに関連する喪失

- このパンデミックは、私たちがかつて経験したことのないもの
- 突然重症化する感染症であるため、患者が死に至る場合は特に、喪失を処理する時間がほとんどない
- 人工呼吸器が不足しているため、大切な人が人工呼吸機によるサポートを受けられないというトリアージの判断に、家族は苦しむ
- 感染拡大のリスクがあるため、患者は一人で亡くなっていく
- 家族の複雑性悲嘆のリスクは非常に高い

喪失、悲嘆、死別の概要

- パンデミックにおいて、患者、家族、看護師のすべてが喪失を経験する：パンデミックは、エンド・オブ・ライフ（終末期）における「通常の悲嘆」と喪失体験を複雑化する
- 留意点：誰しものが文化や過去の経験に影響を受けて、自分なりの方法で悲嘆を体験する
- 多職種アプローチが不可欠：精神、身体、スピリチュアル面のそれぞれに対するケアが必要

定義

- 喪失：物、地位、能力、属性などを失うこと
- 悲嘆：喪失に対する反応
- 死別：ある一定期間、日常の活動から離れること
- 服喪：喪失への反応ではなく、むしろ喪失を日常生活に統合するプロセス

Corless & Meisenhelder, 2019

終末期患者の基本的ニーズとは？

- 身体的症状のコントロール
- 保護
- 排泄と保清の支援
- 可能であれば栄養、水分
- 大切な人とのつながり
- 存在意義の認識

McHugh & Buschman, 2016

家族は、悲嘆に暮れている時何を期待するか？

- 愛する人の願いが尊重されること
- 意思決定に関与できること
- 現実的な支援
- 正直さや誠実さ
- 話を聴いてもらえること
- 覚えていてもらえること
- できることはすべてやったと思えること

悲嘆と死別のケアは、緩和ケアの中核をなす

- 多職種チーム
- 継続的な再評価
- 継続的なサポートスタッフ
- 複雑な悲嘆のリスク
- 集中的なサポートと迅速なコンサルト
- 看取り後、13か月間以上の遺族ケア
- 文化的、言語的に適切な情報提供
- 発達の、文化的、スピリチュアルなニーズの尊重
- IDT（Interdisciplinary Team：多職種）のレジリエンス、累積する喪失、悲嘆のアセスメント

NCP、2018

悲嘆のプロセス

- 喪失と自己成長の両方が起こりうるが、苦悩は継続的に経験することになる
- 感情的な「波」や揺らぎは正常であり、予期されるものである
- 悲嘆？ or 抑うつ？
- 文化的な側面
- スピリチュアル面への配慮

家族の悲嘆プロセスに影響を与える要因

- 遺族の性格
- コーピングスキル、パターン
- 薬物乱用の既往
- 故人との関係性
- 信念や信仰
- 死の様相
- 遺族の民族性と文化

悲嘆の種類

- 予期悲嘆
- 急性悲嘆
- 通常の悲嘆
- 複雑性悲嘆
- 公認されない悲嘆

Corless & Meisenhelder, 2019; Shear, 2015

悲嘆の評価

- 評価は入院時または診断時から始める
- 複雑性悲嘆を発見するために継続的に行う



Corless & Meisenhelder, 2019

家族や遺族への悲嘆の介入：語りを聞く

- 側に寄り添う
- 傾聴、タッチング、沈黙、保証
- サポートシステムを特定する
- 遺族ケアの専門家など専門職への紹介
- 人それぞれの悲嘆のプロセスを重視する
- 喪失を受け止め、故人のいない生活に適應することを支援する

子どもの悲嘆

発達段階に基づく

正常な悲嘆 or 複雑性悲嘆

子ども特有の症状

悲嘆の支援はさまざまな方法で提供されるべき

遺族が何らかの遺族対象の悲嘆ケアの対象に含まれているか確認する

- オンラインサポート
- 読書療法
- 個別のカウンセリング
- グループサポート
- コミュニティサポート
- ホスピスが提供する遺族ケア



悲嘆のプロセスに終わりはあるか？

- グリーフワークが完全に終わることはない
- つらさが少なくなった時、癒しが始まる
- コロナウイルスによる家族の喪失の多くが、複雑性悲嘆につながる可能性がある



ケーススタディ

- Tさん、83歳、糖尿病とCOPDの既往歴。新型コロナウイルス感染により、ICUで臨死期にある。
- Tさんの60歳の夫は、ICUでTさんの側にいることができず、離別と差し迫る死を同時に悲しんでいる。
- 子ども2人は800km以上離れた場所に在住。
- Tさんは人工呼吸器装着の要件を満たさず、入院病棟に転棟となった。病棟で緩和ケアが提供されることとなった。
- このような危機の中で、看護師はどのようにTさん夫妻をサポートできるでしょうか？

コロナウイルス危機における Tさん夫妻へのケア

- COVID-19患者の安全なケアのためにCDCのガイドラインを遵守する。
- 多くのホスピスや医療施設は、臨死期にある患者に面会者を1人許可している。この家族の権利を擁護し、Tさんの夫に感染予防について教育を行う。（夫も高齢でリスクがあるため）
- Tさんの夫がTさんの側にいられない場合は、IT技術などを活用してつながりを保ってもらえるようにする。Tさんの夫には、家族の写真や好きな音楽などを持ち込んで、Tさんを癒してもらえるよう依頼する。
- iPadなどのタブレット端末を活用して、夫や面会に来られない子ども達とつながれるよう検討する。

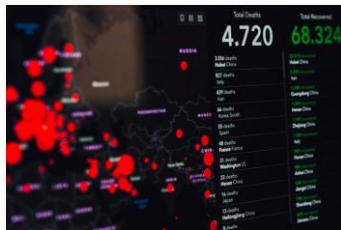
コロナウイルス危機における Tさん夫妻へのケア (続き)

- Tさんの夫は、Tさんにとって最善のケアが提供されているか確認したいと感じるでしょう。夫が不安に思っていることを傾聴し、症状緩和、安楽の提供、心理社会的面、スピリチュアル面の支援のために行われているケアを夫と共有しましょう。
- Tさんの夫を支援するために、緩和ケアチーム、MSW、チャプレンなど多職種チームメンバーの協力が得ましょう。
- Tさんの夫がセルフケアができているかを確認します：食事や睡眠はとれているか？自身の療養や処方薬の内服を続けられているか？



ELNEC

死が差し迫った時期 Final Hours COVID-19危機への対応



ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

1

臨死期のCOVID-19患者へのケア

- 臨床の看護師には、(スタッフや、医療資源、治療薬不足にもかかわらず)COVID-19により孤独な最期を迎える患者に、できる限りの身体、精神、スピリチュアル的側面へのケアを提供することが求められている
- 面会制限により、死にゆく患者は家族に会えないため、看護師には従来と異なるエンド・オブ・ライフ(EOL)ケアを提供することが求められる
- 看護師は、死が避けられない患者を見捨てることなく関わり、大切な人がケアを受けていると家族に安心を与える必要がある

ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

2

■ ドメイン7: 臨死期の患者へのケア

- 終末期の患者とその家族に提供されるケアは、患者が死に至るまでの間と死の直後に重点を置く
- 痛みやその他の身体症状を包括的にアセスメントし、管理する
- 死が差し迫った患者の社会、スピリチュアル、心理、文化的側面へのケアを包括的にアセスメントし管理する
- パンデミックにより多職種チーム(IDT)による介入が望めないため、看護師が、あらゆる要素のケアを提供する必要がある

(NCP, 2018)

多職種チームへの限られたアクセス

- エンド・オブ・ライフにある重篤な疾患を持つ患者のケアには多職種チームによるケアが求められる。しかしこの危機的現状では、臨床にいる看護師が身体的、心理的、社会的、精神的なケアを提供する唯一の存在となることもある。
- 多職種チームメンバーが、診療録の中に患者や家族と話した内容を記載している可能性があり、看護師の心理社会面や、スピリチュアル面のケアを提供するのに役立つかもしれない。

看護師によるACPの話し合い

- 入院後すぐにアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の話し合いを開始する。COVID-19患者は急速に重症化し、本人の意思決定は期待できないことが多い
 - 以下の支援が重要
 - 治療の目標を速やかに立て、代理意思決定者を確認する
 - 患者がICU管理、挿管などを望む場合、治療の目標を確認する



ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

5

人工呼吸器のサポート

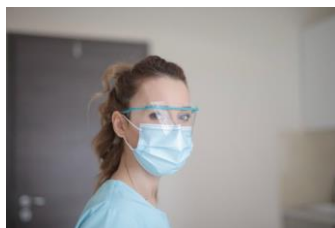
- 呼吸デバイスおよびICU病床が限られているため、患者は換気サポートなしに緩和ケアにトリアージされることがある。このような患者にも、心のこもったEOLケアが必要である。
- 必要に応じたICUでの治療や換気サポートの選択肢がある患者、家族、代理意思決定者に、治療の目標について話し合うことが大切である。
- 患者の中には、挿管や入院をしないで、自宅で家族に看取られることを希望し、その意向を事前に伝えている者もいる。

ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

6

看取りへの準備

- 日頃あまり看取りのケアを実践していない看護師の多くは、初めて多くの患者の死に直面する
 - 累積する喪失の対処には、同僚のサポートが必要
 - 臨死期の患者の徴候や症状を理解しておき、患者の容体の変化を予測し、積極的に対応できるようにする
 - 患者の家族にその情報を伝え、動画で最後のお別れができる準備を促す



ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

7

蘇生

- 患者と家族は生存に関して非現実的な信念を持っている
 - 重篤な併存症のある患者は、CPRの試みで蘇生される可能性は少なく、コロナウイルスに感染すると生存は非常に難しくなる
- 患者と家族はこの情報を持っている必要がある！

ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

8

お別れの言葉の伝え方

■ 患者と家族のテレビ電話や電話通話を支援する

➤ 家族の中には何を言って良いかわからない人もいる。患者が反応を示さない場合も、聴覚は最後まで残る感覚であることを伝える

➤ お別れの言葉の例を提案する

- ・ ありがとう
- ・ 愛してるよ
- ・ もう良いよ
- ・ ごめんね
- ・ さようなら

・ 通話を終了する前に、何か看護師が手伝えることがないか家族に確認するために、接続したままにしておく



臨死期の患者へのスピリチュアルケア

■ COVID-19に関連して、宗教家による支援が限られているため、可能であれば、看護師が信仰やスピリチュアリティに関するニーズをアセスメントし、ケアを提供する。

➤ 以下のように質問をする



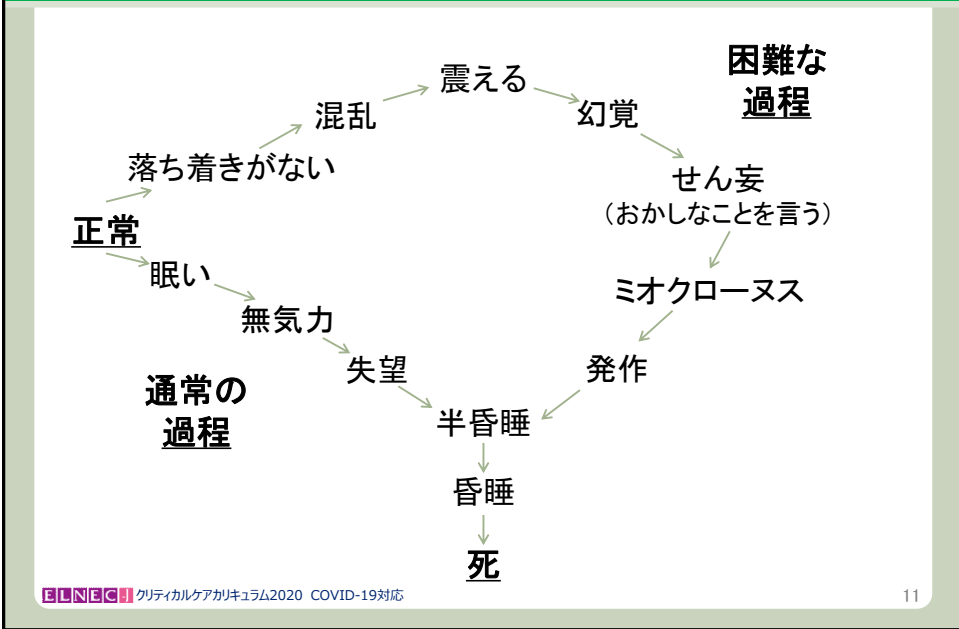
・ 「宗教など信仰しておられますか？」

- 信仰がある場合：何かサポートして欲しいことがあるか尋ねる
- お祈りやお経を求められる場合：患者や家族にリードしてもらう

・ 「何に生きがいを感じますか？」

「精神的に豊かであるために、宗教的である必要はありません。もし自然とのつながりを大切にされているなら、病室に写真を持ち込むことはできますか？音楽ならば、音楽を持ち込んでください。ご家族であるなら、動画などで患者さんとバーチャルにつながりを保ってください。」

死への2つの道



COVID-19の臨死期に見られる身体症状

- 咳嗽
 - オピオイドによる管理
 - 呼吸困難
 - 酸素飽和度に関連しない自覚症状
 - 症状緩和には主にオピオイドを用いる
 - 安楽な対位を探す
 - 喘鳴や肺水腫
 - 起座位で横向きの姿勢を取れるような体位変換
 - 抗コリン剤の使用を勧める
 - 吸引は有効ではなく、不快感を与える可能性がある
- Berry & Griffie, 2019
- ELNEC クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応 12

臨死期に見られる身体症状(続き)

■ 発熱

- 定期的アセトアミノフェン(経口、直腸、経管投与)による管理
- COVID-19へのNSAIDs治療は避ける

Day, 2020

■ 疼痛

- 痛みを伴う併存疾患がある場合は、必ず疼痛のアセスメントとケアを継続する
- 医療者と患者とのやりとりが不足するため、皮膚損傷のリスクが高まり、想定外の疼痛の原因となり得ることに留意

Berry & Griffie, 2019

臨死期のオピオイド投与について

- 適切な評価と再評価に基づいて、臨死期の疼痛コントロールにオピオイドを投与する
 - 投与量の増減が必要な場合がある(腎機能低下のため)
- すべてのオピオイドは呼吸困難を軽減する
 - モルヒネである必要はなく、入手可能なものを使用する
- 強オピオイド薬は、臨死期も経口投与可能

死が差し迫った時期の症状

- 衰弱
- 傾眠(意識レベルの低下)、見当識障害
- 食思の低下
- 尿量減少
- 四肢冷感、チアノーゼ
- バイタルサインや呼吸の変化(触れると冷たいが、体温が上昇している、「中枢性発熱」)
 - 血圧低下
 - チェーンストークス Cheyne-Stokes 呼吸
 - バイタルサインの変化への介入が看護計画に含まれていない場合、計測する必要はない

看取り後のケア

- 家族とのコミュニケーション
 - 家族はご遺体に触れることも顔を見ることもできないつらさがあるため、以下のように感情の表出を促す
「これがご家族にとってどれ程つらいことか、誰にも想像がつかないほどです。」または「〇〇さんのお側に居て頂くことができれば良かったのですが……」
- 家族のこの先に備える支援
 - ご遺体がどのようになるか
 - 家族の悲嘆へのケアの重要性



ご遺体へのケアと尊重

- 患者が大切にしてきた事や患者の価値を反映する
- 家族のしきたりや儀式を尊重する
 - 家族が故人と面会できない場合、文化や宗教に基づく葬送の儀式が尊重されるようにする。家族はこれらの儀式に「バーチャルに」参加することが可能かもしれない
- 形見(遺品)を考慮する
 - 既成概念にとらわれない
 - 家族が故人の手形や写真を希望する場合がある
そのような場合も、ウイルス拡散を防ぐ必要がある



看取り後の懸念

- COVID-19による被害が深刻な都市では、霊安室や斎場、葬儀場が休館などで不足するため、家族は葬儀場を探すのに苦心する
- 看護師は家族に最善を期待しつつも、最悪の事態に備えるよう、以下のように伝える
「そのような必要がなければ良いのですが、最悪の場合、パンデミックで葬儀場の確保が難しくなります。もしもの事態に備えて、あらかじめ引き受けてくれる葬儀社を探しておいて頂くことも大切です。」

看取り後の懸念(続き)

- 家族が葬儀社の手配をできないことがある
- 遺体安置所を利用できる期間、火葬場と火葬する時間が制限されるため、家族は手配を急ぐ必要がある
- 看取り後の葬儀の手配などの負担は、家族に不必要な苦しみを与えるため、看護師は余命がわずかである患者の家族に、早めに行動してもらえよう促す

故人を敬い、亡き人を悼む

- 看護師はかつてないほどの累積する喪失を体験している
- 亡くなった故人に敬意を払い、喪失を悲しみ、故人を救うために全力を尽くしてくれたチームに感謝の気持ちを伝える方法を考えましょう
- 次のスライドに掲載したビデオは、故人を称え、私たち医療者自身の悲しみに対処する方法として、ある看護師が着想した素晴らしい実践の一例です
- あなたの臨床現場でも、このような実践を試みてください

黙禱



黙禱とは、死が宣告された直後に、短い時間の中で、患者の人間性に対して敬意を表すことである

Providence Health Care, Spokane, WA

https://www.youtube.com/watch?v=_HVXM2YhZ2A

2分16秒

ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

21

結論

- 家族は、この先ずっと故人の人生最期の日々や、時間のことを覚えている。しかし、この危機により、愛する人の側で共に過ごすことができない
- 看護師は、医療史上最も困難なこの時期において、死にゆく患者と悲嘆する家族をベッドサイドでケアするという、神聖な仕事を与えられている

ELNEC | クリティカルケアカリキュラム2020 COVID-19対応

22

素晴らしい看護をありがとうございます
あなたは勇敢な真のヒーローです



参考資料

- Berry, P. & Griffie, J. (2019). Planning for the actual death. In B. Ferrell & J. Paice (eds.) Oxford Textbook of Palliative Nursing, 5th ed., (pp. 420-431), New York, NY; Oxford University Press.
- Center to Advance Palliative Care (CAPC). CAPC COVID-19 Response Toolkit. Accessed 4.9.2020 from: <https://www.capc.org/toolkits/covid-19-responseresources/>
- Day, M. (2020). Covid-19: ibuprofen should not be used for managing symptoms, say doctors and scientists. BMJ 2020;368:m1086. Accessed 4.9.20 from: <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m1086>
- ELNEC Core Online Curriculum (2020). Accessed 4.9.20 from: <https://www.relias.com/product/elnecc-training>
- National Consensus Project (2018). Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 4th ed. Accessed 4.9.2020 from: <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>
- Puchalski, C. M. (2014). The FICA spiritual history tool #274. Journal of Palliative Medicine, 17(1), 105-106.

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たすために、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のができます。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。