



救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド

一般社団法人 日本クリティカルケア看護学会 終末期ケア委員会

担当理事・委員長：立野淳子

委員：小島朗、田山聡子、中谷美紀子、比田井理恵、藤本理恵、山勢博彰

一般社団法人 日本救急看護学会 終末期ケア委員会

担当理事：山勢善江 委員長：山本小奈実

委員：岡林志穂、大野美香、芝田里花、福島綾子

2019年 5月 25日

Copyright © 2019 JACCN・JAEN All Rights Reserved.

〔第1部〕

救急・集中ケアでは、重症患者や重症外傷に対しあらゆる治療手段を講じても救命困難な患者は存在する。中には、病気の発症や受傷から短時間で終末期に至る場合も少なくない。

救急・集中ケアに携わる看護師は、救命のための治療やケアに力を注ぎながらも、終末期に至った場合には、患者と家族が可能な限りその人らしい最期を迎えられるように終末期看護を実践している。しかし、救急・集中ケアでは一般病棟の患者とは異なる終末期への移行や、特殊な環境での終末期看護への悩みや困難さを抱えながら実践している現状がある。

そこで、日本クリティカルケア看護学会と日本救急看護学会では、救急・集中ケアの終末期看護の実践場面で活用できる「救急・集中ケアにおける終末期看護プラクティスガイド」を策定した。

1. 救急・集中ケアにおける終末期患者と家族の特徴

救急・集中ケアにおける終末期は、事故や急病の発症、慢性疾患の急性増悪、術後の致死的合併症などの急激な変化により、数時間から数日という短期間のうちに死のプロセスを辿る。患者は身体的苦痛をはじめとする全人的苦痛を抱え、意識レベルの低下や薬物の影響により、自ら意思決定できない状況が多い。また、家族は予期していない瀕死の患者を目の当たりにして、心理的に動揺し悲嘆反応が現れるとともに、患者の代理として意思決定を求められる。

さらに救急・集中ケアでは、面会が制限されたり、患者と家族だけのプライベートな空間を確保することが困難であったり、短時間のかかわりで医療者との信頼関係が築きにくいなど、患者と家族は一般病棟とは異なる特殊な状況に置かれている。

2. プラクティスガイド作成の経緯

救急・集中治療領域における終末期医療のあり方に関する学会声明は、2006年の「集中治療における重症患者の末期医療のあり方についての勧告」が始まりであった。翌2007年には、日本救急医学会より「救急医療における終末期医療に関する提言（ガイドライン）」が公表された。これらは、2014年に「救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言」として統合され、現在に至っている。この中では、救急・集中治療領域における終末期の定義や、その後の治療方針の検討プロセスが示されている。

また、終末期にある患者の家族への支援にも焦点が当てられ、2011年には日本集中治療医学会より「集中治療領域における終末期患者家族へのこころのケア指針」が策定された。これは、集中治療領域の終末期における家族への支援のあり方を示したわが国で初めての指針である。

このようにわが国の救急・集中ケアにおいては、終末期医療のあり方や家族への支援に関する指針の策定が進められてきたが、臨床現場で日々の看護に活用できる実践的なガイドは存在しなかった。

今回策定したプラクティスガイドは、終末期看護の実践場面で活用できる具体的なケア内容や、望ましい組織体制などを示したものである。看護師が実践する終末期看護の概念を多角的側面から整理し、ケアの行動レベルまで示した実践のガイドとなっている。

3. プラクティスガイドの目的

本プラクティスガイドの目的は、終末期看護の概要から具体的な行動例までの一連の知識と行動を示すことによって、救急と集中ケアの臨床場面で終末期看護を受ける患者と家族のQOL（Quality of Life）/QOD（Quality of Death）を向上させることである。

このガイドによって、救急・集中ケアを受ける患者と家族がより良い死を迎え、終末期看護の質が向上することを目指している。

注) 本プラクティスガイドにおける終末期とは、「初療から集中治療において救命のための医療を尽くしても救命の見込みがないと医療者が判断した時期」と定義した。

4. プラクティスガイドの構成

本プラクティスガイドは、ケアに関する根拠や重要概念の解説をすることによって、単なる実践マニュアルではなく、救急・集中ケアにおける終末期看護をより深く理解できるように構成した。

第1部は、ガイドの目的や構成、使用者、活用方法、終末期看護の全体像とケアの側面を示している。第2部は、終末期看護における看護師の基本的役割と対応、各側面のケアの目的、目標、項目、実践内容、実践行動例を示している。

さらに解説編として、理論や先行研究から導いたケアの根拠、重要概念、活用できる測定ツールなどを解説する第3部で構成されている（第3部は、別途公開予定）。

5. プラクティスガイドの使用者

終末期患者と家族へのケア及び組織体制の構築は、看護師や看護管理者だけが行うものではなく、患者と家族にかかわるすべての医療者が、それぞれの専門性を発揮し、補完しあいながら実践するものである。そのため、本プラクティスガイドは、救急・集中ケアの終末期ケアにおいて、直接的なケアや医療チームとの連携を図る際に看護師および部署を統括する看護管理者が使用できる。

6. プラクティスガイドの活用方法

本プラクティスガイドは、終末期看護の具体的実践場面と、それを支えるチーム医療および組織体制作りに活用できる。

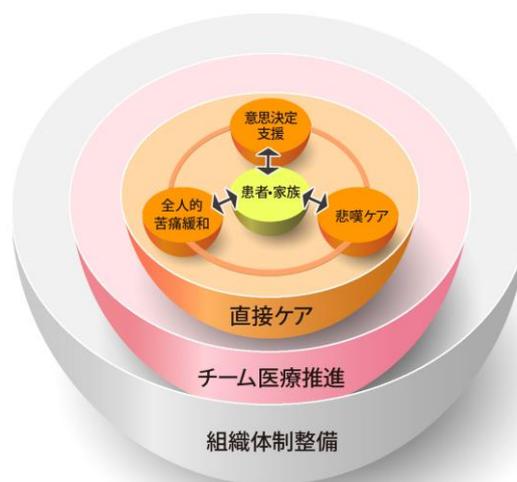
ガイドを適用する時期は終末期であるものの、救急・集中ケア領域では病態が刻々と変化し予後予測が困難な状況があるため、終末期の判断が困難な場合もある。したがって、終末期と明確に判断されていない場合でも、終末期への移行を意識し始めた時期から活用可能である。

ガイドで奨励しているケアの内容は、これまでに公表された文献や理論、この領域の看護専門家の意見などを基に作成したものであるが、これらのケアを実践することを強要するものではない。終末期看護を提供する看護師または看護管理者は、個々の患者やその家族の状況に応じて提供するケアを決定すべきであり、本プラクティスガイドはケアを検討する際の一助となるものである。

7. 救急・集中ケアにおける終末期看護の全体像とケアの5概念

1) 終末期看護の全体像

救急・集中ケアの終末期看護では、看護師は「全人的苦痛緩和」、「意思決定支援」、「悲嘆ケア」の直接ケアを実践している。また、より良い終末期医療を提供するためには、医師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカーなど多職種が連携してチーム医療を推進することが重要であり、看護師は医療チームの一員としてその役割を發揮することが求められる。さらに、看護管理者は、看護師の直接ケアやチーム医療が効果的に機能しているかを確認しながら、終末期医療を提供できる組織体制を整備しておくことが必要である。



このように終末期看護は、組織体制整備とチーム医療推進を土台とした3つの直接ケアで成り立つ5概念の三重構造で構成されている(図)。

2) 5つの概念の抽出と定義

5つの概念は、終末期看護に関する理論、国内外の文献レビュー、救急・集中ケア領域の看護専門家への聞き取り調査などを経て抽出した。概念の抽出にあたっては、終末期看護の“実践”に焦点化し、臨床で活用しやすいケアの枠組みで構成されるようにした。

(1) 全人的苦痛緩和

患者・家族の QOL を維持するために、症状緩和、情報提供、環境調整を実践する。

(2) 意思決定支援

患者・家族の意思を治療やケアに反映させるために、現状理解の促進、関係者間の調整などを実践する。

(3) 悲嘆ケア

患者・家族の急性の悲嘆過程を支えるために、感情表出の促進やニーズの充足などを実践する。

(4) チーム医療推進

多職種と連携し最善の医療を提供するために、看護師間および医療チーム内の調整やコンフリクトを解消する。

(5) 組織体制整備

看護管理者が直接ケアと医療チームを推進するために、医療・看護チームを支援し人材と環境を整える。

<文 献>

- ・ Clarke, E.B., Curtis, J.R., Luce, J.M., et al (2003) .Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit.Critical Care Medicine,Sep;31(9),2255-62.
- ・ Jill R.Q.,Madeline S.J.,Gedney B., et al (2012). "The problem often is that we do not have a family spokesperson but a spokesgroup": Family Member Informal Roles in End-of-Life Decision-Making in Adult ICUs. Am J Crit Care,21(1), 43-51.
- ・ Truog,R.D., Campbell, M.L., Curtis, J.R. et al. (2008). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. Critical Care Medicine, 36(3): 953-963.
- ・ 伊藤真理, 栗原早苗, 樽松久美子, 他(2014). 集中治療室で終末期に至った患者に対する急性・重症患者看護専門看護師の倫理調整, 日本クリティカルケア看護学会誌, 10 (3), 11-21.
- ・ 木下里美(2017). 集中治療室(ICU)での看取りの質 家族による評価に関するかに外文献レビュー, 関東学院大学看護学会誌, 4 巻 1 号, 17-22.

- ・ 谷島雅子, 中村美鈴, (2015). 救急看護師が認識する DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)の患者とその家族の特徴及び家族に対する看護実践, 日本救急看護雑誌, 17(2), 35-44.
- ・ 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江 (2011). 国内外における遺族研究の動向と今後の課題, 日本看護研究学会雑誌, 34(1), 161-170.
- ・ 立野淳子, 山勢博彰, 田戸朝美, 他(2014). わが国の ICU における終末期ケアの現状と医療者の認識, 日本クリティカルケア看護学会誌, 10 (3), 23-33.
- ・ 吉田紀子・中村美鈴(2013). クリティカルケア熟練看護師が見出した延命治療に関する家族の代理意思決定を支える看護実践, 日本救急看護学雑誌, 16(2), 1-12
- ・ 日本集中治療医学会 こころのケア指針(2011). <http://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>. (最終アクセス日;2019.4.14).
- ・ 一般社団法人 日本集中治療医学会, 日本救急医学会, 日本循環器学会 (2014). 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3 学会からの提言～. <https://www.jsicm.org/pdf/1guidelines1410.pdf>. (最終アクセス日;2019.4.14).
- ・ 厚生労働省(2018). 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 平成 30 年 3 月改訂.<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197701.pdf>. (最終アクセス日;2019.4.14).

〔第2部〕

1. 救急・集中ケアの終末期看護における看護師の基本的役割と対応

救急・集中ケアにおける終末期看護の直接ケアは、時間的な制約がある中でも患者・家族の苦痛が緩和され、患者・家族が望む意思決定ができ、家族の悲嘆プロセスが適切に進行できるように支援することである。これらのケアは、整備された組織体制と適切なチーム医療の発揮によって成り立つ。

看護師の基本的役割と対応は、看護展開の基礎となる思考プロセスを踏まえ、各概念から導かれた5つの側面で役割を実践し、患者・家族の人権や安全を確保し、少しでも安寧に最期の時を過ごすために看護師がとるべき基本的かつ重要な姿勢である。

これらの基本的役割と対応は、5側面ごとに示したケア全ての基盤となっている。

1) 終末期看護の思考プロセスと基本的役割

終末期看護を実施する看護師の思考とケアのプロセスは、がん患者の終末期看護、在宅での終末期看護など他領域と大きな違いはなく、患者・家族の問題解決方法であるPOS (Problem Oriented System) を基盤としている。ただし、救急・集中ケアの終末期では、命の終焉まで時間的猶予がないことが特徴であるため、情報収集・アセスメント、および問題の明確化と介入、評価のサイクルに迅速さが求められる。

(1) 看護師の思考プロセス

①情報収集・アセスメント

終末期にある患者の情報は、症状や兆候、患者の訴えや意向、家族や救急隊からの間接的な情報、過去の診療録情報などである。看護師は、限られた情報の中から、患者・家族の全人的苦痛の原因・程度とその背景因子、終末期に対する患者・家族の意向や意思決定能力、悲嘆反応について迅速に把握し、看護師が介入すべき問題を明らかにする。

また、患者・家族を支援するためのチーム医療がうまく機能しているか、さらに患者・家族を取り巻く環境のみならず、将来的な組織体制の改善への視点も含めたアセスメントをする。

②問題の明確化と介入

アセスメント結果から、最期の時を過ごす患者・家族の「全人的苦痛」「意思決定」「悲嘆」の各側面から問題を明確化すると同時に、支援する医療者側を「チーム医療」の視点と、部署および病院の「組織体制」の視点から早急に問題を焦点化し目標を設定する。焦点化された問題は、直ちにチーム内で共有し、それぞれの専門性の立場から目標に向かって迅速に介入する。

③評価

介入の結果を目標に照らし合わせ、問題が解決されたか否か評価し、再アセスメント、再介入のプロセスを繰り返す。また、救急・集中ケアの場で終末期患者一人ひとりの人生の最期と家族に関わった医療者として、直接ケアは十分行えたか、チーム医療は効果的に機能したか、より良いケアのために組織体制の改善点はないかといった視点で評価することも重要である。

(2) 看護師の基本的役割

救急・集中ケアにおいて終末期看護にかかわる看護師には、患者・家族の QOL/QOD を高めるために、彼らの苦痛や苦悩を分析的かつ解釈学的に理解して、チーム医療の一員として高い倫理感をもち、かつ迅速に判断し対応する役割が求められる。

<ケアの5側面における目的>

- ① 患者・家族が全人的苦痛緩和できるよう支援する
- ② 患者・家族が治療やケアを選択・意思決定できるように支援する
- ③ 患者・家族の悲嘆過程を支援する
- ④ 多職種と連携しチーム医療を推進する
- ⑤ 看護師が直接ケアやチーム医療を推進させ体制を整える

2) 終末期看護の基本的対応

基本的対応とは、患者・家族の人権や安全を確保し、少しでも安寧に最期の時を過ごすために看護師がとるべき基本的かつ重要な姿勢である。これらは、救急・集中ケアの終末期看護に特化したものでなく、どのような場面においても実施されるべき、いわば看護の基本的対応である。

(1) 患者・家族の安全を確保する

- ・患者の病態と治療による侵襲によって安全が脅かされている状況を把握する。
- ・患者の安寧が守られるよう患者を取り巻く環境を調整する。
- ・家族の置かれている状況を把握し、家族にとって安全な環境を提供する。

(2) 信頼関係を構築するコミュニケーションを図る

- ・対人関係の基本である良好な接遇と対応姿勢をとる。
- ・患者・家族の話を傾聴し、共感的態度で接する。
- ・全てのケアでのインフォームドコンセントを原則とする。
- ・非言語コミュニケーションを活用する。

- (3) 患者・家族の人権を擁護し、意思を尊重する
 - ・患者・家族の意思と選択を尊重する。
 - ・患者・家族の擁護者・代弁者になる。
 - ・守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努める。
- (4) 専門知識と技術によるケアリングを実施する
 - ・患者・家族の持つ力を信じ、心身ともに安寧な状態を維持できるよう支援する。
 - ・看護師の専門的知識と技術によって、状況に応じた個別的ケアを実践する。
 - ・患者・家族のストレス状態や危機状態に対するケアを実践する。

注)「家族」とは血縁者・親族だけではなく、患者にとって重要な、患者を良く知る内縁者・同居人・友人を含む。