

# 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

## 〔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、術後の致命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患者の死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で整理し、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、2020年に公開予定）。

### 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の使用者は、救急・集中ケアの終末期に携わる看護師および部署を統括する看護管理者とし、医療チームとの連携を図るものである。

## 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、看護チームが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。

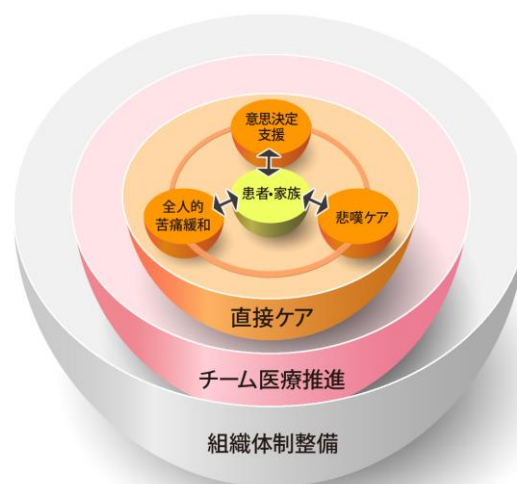
ガイドで奨励しているケアの内容は、これまでに公表された文献や理論、この領域の看護専門家の意見などを基に作成したものであるが、これらのケアを実践することを強要するものではない。終末期看護を提供する看護師または看護管理者は、個々の患者やその家族の状況に応じて提供するケアを決定すべきであり、本プラクティスガイドはケアを検討する際の一助となるものである。

## 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発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必要がある。

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) ケアの5概念

救急・集中ケアの終末期看護の概念は、文献レビューや理論、この領域の看護の専門家からの聞き取り調査などの検討を通して「全人的苦痛緩和」、「意思決定支援」、「悲嘆ケア」「チーム医療推進」「組織体制整備」の5つを抽出した。

(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、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。

## 〔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、救急隊や家族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。

(以下、別紙)

2. 全人的苦痛緩和
3. 意思決定支援
4. 悲嘆ケア
5. チーム医療推進
6. 組織体制整備



## 全人的苦痛緩和

目的 患者・家族の全人的苦痛が緩和できるように支援する

目標	項目	内容	行動(例)
患者・家族の全人的苦痛について情報収集・アセスメントし、問題を抽出できる	患者の病態・身体的苦痛・治療の把握	患者の病態、行われている治療を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の病態が終末期にあるかどうか確認する</li> <li>患者の病態を予測し、今後必要となる治療について医療チームで事前に検討する</li> <li>現在そして今後行われる身体的苦痛を伴う可能性のある治療や処置について把握する</li> </ul>
		身体的苦痛をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が身体症状をどのように捉えているか確認する</li> <li>疼痛や呼吸困難感、せん妄、口渇、倦怠感などの身体的苦痛の有無と程度をスケールなどを用いて評価する</li> <li>身体的苦痛によって日常生活の中で制限を受けていること、不快なことを確認する</li> </ul>
		身体的苦痛に対して行われている治療とその効果をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体的苦痛に対して行われている治療の効果をスケールなどを用いて評価する</li> </ul>
	患者の心理・社会、スピリチュアルな苦痛の把握	患者の心理苦・社会的苦痛をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族からの情報や過去の病歴、持ち物などから治療や蘇生処置に対する事前意思の有無を確認する</li> <li>抑うつや不安などの情動反応の有無と程度、心理的危機状態についてスケールや危機理論などを用いて評価する</li> <li>患者の仕事や地域社会の役割の中断の有無と、それに伴う気かりや不安について確認する</li> </ul>
		患者の心理・社会的苦痛に影響を与える要因、背景を探索する	<ul style="list-style-type: none"> <li>身体的苦痛が心理社会的苦痛に影響していないか評価する</li> <li>患者が認識している病態や治療、予後を確認する</li> <li>来院している家族の有無や患者との関係性を確認する</li> </ul>
		患者のスピリチュアルな苦痛をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>将来を描けないことに対する発言や他者や現世との断絶に対する自己の喪失感に対する発言の有無を確認する</li> <li>自立して行えていることは何か、身体の衰えや疲労感により自立して行えないことは何か確認する</li> <li>死が間近に迫っていることによる思いや死後の心残りについて尋ねる</li> </ul>
		患者のスピリチュアルな苦痛に影響を与える要因、背景を探索する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の人生の価値観や信念(信仰する宗教を含む)、家族との心理的つながりやその他の頼りにしている存在の有無を確認する</li> <li>患者に希望を与える存在は誰(何)かを尋ねる</li> <li>信仰する宗教や信念などで医療者が心にとどめておくべきことを尋ねる</li> </ul>
	家族の心理・社会、スピリチュアルな苦痛の把握	家族の心理・社会的な苦痛をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族が認識している病態や治療、予後を確認する</li> <li>家族の心理的危機状態の存在を把握するため危機理論などを用いて評価する</li> <li>家族のニーズについてスケールなどを用いて評価する</li> </ul>
		家族の心理・社会的な苦痛に影響を与える要因、背景を探索する	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族の認知機能や判断能力、家族を支える他者の存在を確認する</li> <li>患者の入院によって患者・家族の家庭や地域社会での役割が遂行できないことによる困難さの有無を確認する</li> <li>患者が入院前に利用していた社会的支援やサービスの有無について確認する</li> </ul>
		家族のスピリチュアルな苦痛をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者と過ごす時間の制限があることに対する発言の有無について確認する</li> <li>患者の死が間近に迫っていることによる心残りなどについて尋ねる</li> <li>患者のスピリチュアルな苦痛についての発言等を聞いている家族の反応を観察する</li> </ul>
		家族のスピリチュアルな苦痛に影響する要因・背景を探索する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が表現できない場合、患者に希望を与える存在は誰(何)かを尋ねる</li> <li>信仰する宗教や信念などで医療者が心にとどめておくべきことを尋ねる</li> </ul>
	身体的苦痛の緩和	非薬物療法や薬物療法を用いて疼痛を緩和する	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド上でのモビライゼーションや安楽なポジショニングを行う</li> <li>補完代替療法(アロマセラピーなど)を日常のケアの中に取り入れる</li> <li>検査や治療、看護ケアによって予測される疼痛に対しては積極的に鎮痛薬を使用する</li> </ul>
非薬物療法や薬物療法を用いて呼吸困難感を緩和する		<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の安楽な体位が保持できるようなポジショニングやモビライゼーションの実施や、効果的な呼吸リハビリテーションとして呼吸法の指導をする</li> <li>呼吸困難にはオピオイドの使用を検討する</li> <li>NPPV、ハイフローセラピーなど呼吸困難を改善するための治療に必要な物品を事前に予測し、早期に使用開始できるように準備する</li> </ul>	
せん妄の直接因子、促進因子を改善する		<ul style="list-style-type: none"> <li>身体的ストレス、不動性、感覚障害、環境的要因、心理的ストレス、睡眠障害などの促進因子を改善するために医療チームで協働してケアを実施する</li> <li>低酸素状態、脱水、発熱、電解質異常、低血糖などの直接因子を是正するために医療チームで協働してケアを実施する</li> <li>せん妄を助長させるような薬物は可能な範囲で変更し、せん妄と判断した場合には薬物療法を検討する</li> </ul>	
非薬物療法や薬物療法を用いて倦怠感を緩和する		<ul style="list-style-type: none"> <li>倦怠感の緩和のため、モビライゼーションやポジショニング、補完代替療法(アロマセラピーなど)、鎮痛薬などを活用する</li> <li>身体を消耗を軽減するためベッドサイドの環境整備を行う</li> </ul>	
非薬物療法や薬物療法を用いてその他の身体的苦痛を緩和する		<ul style="list-style-type: none"> <li>口渇に対しては口腔ケア、口腔内の保湿、水分や氷片摂取制限の緩和などを実施する</li> <li>日中の活動と睡眠のバランスを図り、夜間に十分な睡眠時間が確保できるように環境を整える、必要時は薬物療法を検討する</li> <li>患者に対して症状緩和を積極的に行うことを説明し、起こっている症状等については伝えるように説明する</li> </ul>	
心理的安寧を図るために積極的な身体的苦痛の緩和を図る		<ul style="list-style-type: none"> <li>心理的苦痛に影響を与える身体的症状の有無をアセスメントする</li> <li>身体的苦痛を緩和することが心理的な安寧につながることを理解し、積極的な苦痛緩和を行う</li> </ul>	
心理・社会的苦痛の緩和	非薬物療法や薬物療法を用いて不安と抑うつの緩和を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の心理状態に合わせて、身体を消耗を軽減するために日常生活でのセルフケアに対する支援を行う</li> <li>他のケアの調整や人員の調整を行い患者と関わる時間を確保する。また、担当する看護チームを編成することや看護ケアの方法を統一する</li> <li>十分な身体的苦痛の緩和を行ったうえで、薬物療法を検討する</li> </ul>	
	危機介入を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>心理的危機状態にある患者の情緒的・身体的反応を見極め支持的にかかわる</li> <li>危機に対する認識を明確にするため情報提供を行う</li> <li>危機に対する対処機制を強化できるようにかかわる</li> </ul>	
	直接的ケアや環境調整を通して心理的安寧を促進する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者とのコミュニケーション方法を家族、医療チームで共有し、円滑な意思疎通を図れるようにする</li> <li>補完代替療法の実施やリラクゼーションを促すケアを検討する</li> <li>患者の状況に応じて面会時間の緩和/制限を行う。また、患者の意向に合わせて個室への移動を検討し移動が困難な場合は、安全確保を行いながら個室空間を作る</li> </ul>	
	患者が利用可能な人的・物的・社会的資源について情報提供する	<ul style="list-style-type: none"> <li>臨床心理士や精神科医師、リエゾンチーム、専門看護師の存在とその活用方法について説明する</li> <li>経済的問題に対してMSWとの面談の機会を設ける</li> </ul>	
	自分が存在していることの意義を患者が持てるように支援する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が自身の死について語ることでできるような環境を整える</li> <li>患者の発言に対しては話題をそらしたり、話を遮る/中断したりすることなくありのままを受け止める</li> <li>患者のこれまでの人生における価値や信念(宗教を含む)について尋ね、悔いを残していることや、やり残したことを患者が表現できるように導く</li> </ul>	
	患者が他者によって支えられていると感じることができるような環境を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>面会時間の緩和により、患者が家族と過ごす時間を十分にもてるようにする</li> <li>患者と関わる場合には時間の調整、人員配置などを看護チームで検討し、途中で中断することがないようにする</li> <li>ベッドサイドに座るなど、じっくりと関わるのが可能であることを態度で示す</li> </ul>	
患者ができることを承認し、患者の望む行動を自律して行えるように援助する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が大事にしたい、優先したいケアを尊重し、実施できるように時間の調整、ケア内容の検討を行う</li> <li>患者が楽に感じるペースで休息を取り入れながら可能な範囲で自立して日常生活を行えるよう援助する</li> <li>医療チームは蘇生処置の実施などにより、患者自身の尊厳が損なわれている可能性があることを常に意識して処置にあたる</li> </ul>		
宗教的リソースや環境を調整する	<ul style="list-style-type: none"> <li>宗教的ケアや改宗の希望がある場合には、聖職者を呼ぶための場の設定をする</li> <li>祈りの場を設ける必要がある場合には、環境の調整を行う</li> </ul>		
専門チームやリソースの活用	<ul style="list-style-type: none"> <li>リエゾンチームや専門看護師、認定看護師、MSWなどの院内で利用可能なリソースを活用して患者の苦痛緩和の方法を検討する</li> <li>院内の利用可能なリソースについて患者に説明を行う</li> <li>必要時にはリエゾンチームなど専門チームに相談し介入してもらう</li> </ul>		
家族が体験している苦痛を緩和できる	患者の病状や予後、治療内容を正確に理解できるように情報を提供する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者の蘇生場面への立ち会う場合は家族の意向を十分に確認し、人員確保と環境整備を行って安全確保する</li> <li>家族の急性ストレス反応に配慮した安全・安楽を提供する</li> <li>家族の理解度を確認し、不足している部分を補足する</li> </ul>	
	家族の希望に応じて患者の側にいられる環境を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>ベッド周囲のライン類の整備やベッド柵をおろすことを検討し、家族が患者のそばに行けるようにする</li> <li>患者と家族の空間を確保するためにカーテン等で周囲の視線から隔離し、家族が面会に集中できるようにする</li> </ul>	
	家族の希望を確認し、希望があればケアへの参加を促す	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者のリラクゼーションにつながるマッサージやモビライゼーション、日常生活援助について家族に説明し、実施の機会を設ける</li> <li>家族に対してケアへの参加を強要してはならない</li> </ul>	
家族の心理的苦痛を緩和	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者や家族の選択した治療方針に沿った最善の治療が行われていることを説明する</li> <li>患者の苦痛を緩和するために行っている治療や看護ケアについて説明する</li> <li>面会時間以外のケアや患者の様子について説明する</li> </ul>		

	患者の容姿を整えベッド周りを整理する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・容貌の変化がある場合にはガーゼで覆う、血液や汚染物を除去し、その変化が最小限となるように整える</li> <li>・ライン類の整備やシーツの汚染、ベッド周囲の物品の整理整頓に努める</li> </ul>
	危機介入を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心理的危機状態にある家族の情緒的・身体的反応を見極め支持的にかかわる</li> <li>・危機に対する認識を明確にするため情報提供を行う</li> <li>・危機に対する対処機制を強化できるようにかかわる</li> </ul>
	感情を表出できる場を提供する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情緒的な安定と信頼関係を築くため効果的なコミュニケーション技法を試みる</li> <li>・可能な限り他の患者の家族と接触がなく、家族が落ち着いて過ごすことができるように環境を整える</li> <li>・常に誠実な態度で接し、家族が医療チームに対して不信感を抱くことがないようにする</li> </ul>
家族の社会的苦痛の緩和	果たせなくなった／障害されている社会的役割を補うリソースを提案する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族との連絡手段やタイミングを明確にし、病院を離れることができる時間を確保する</li> <li>・経済的な問題など社会的資源の活用が必要な場合にはMSWとの面談を設定する</li> </ul>
スピリチュアルな苦痛の緩和	患者が存在している/いたことの意義を家族が話せるように支援する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・(可能であれば)患者も交えながらこれまでの患者・家族の過ごしてきた生活の様子、家族の歴史、患者の人となりについて尋ね一緒に話を聞く</li> <li>・家族とともに患者の話をする場合には患者へのタッチングなどを促しながら適度なうなづきや相槌を行いながら話を聞く</li> </ul>
	患者の自律性が失われても、最期まで個人として接する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の自律性が失われている状態でも、患者や家族の望む治療方針に沿ってケアを継続していくことを保証する</li> <li>・患者や家族に関わる際には、患者をひとりの人間として尊重した対応に心掛ける</li> </ul>
専門チームやリソースの活用	リエゾンチームや専門看護師、認定看護師、MSWなどの院内で利用可能なリソースを活用して家族の苦痛緩和の方法を検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・院内の利用可能なリソースについて家族に説明を行う</li> <li>・家族が何らかの身体症状を訴えている場合にはその症状の改善のために介入する</li> <li>・専門チームへの相談を行い、家族の心理面へのサポートを行う</li> </ul>

## 意思決定支援

目的 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

目標	項目	内容	行動(例)	
意思決定支援に必要な情報収集・アセスメントをし、問題を抽出できる	患者・家族の背景や現状認識、意思決定能力、代理決定者の把握	患者の生き方、人生観、価値観、夢、希望を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が対話可能な状態が確認し、個人的な事柄を尋ねる目的を説明し、同意を得る</li> <li>患者に生き方、人生で大切にしていること、今後大切にしたいことややりたいこと、夢や希望について確認する</li> <li>患者に信仰している宗教があるか、外国人の場合は大切にしたい文化や習慣があるかを確認する</li> </ul>	
		患者・家族の病状・予後理解と心情を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族に病状について医師からどう説明を受け、どう理解しているかを確認する</li> <li>患者・家族にICUにおいて感じたことや思いを確認し、心情を把握する</li> </ul>	
		患者の意思決定能力をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が自分の状態と今後の選択肢について、どう捉え対処しようと考えているかを確認する</li> <li>患者は責任ある選択ができる状態か、判断力があるかを会話などを通して判断する</li> <li>家族に普段の患者のコミュニケーションとの違いの有無、真意を言えている様子か確認する</li> </ul>	
		患者と家族の関係性をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者に最も心を許せる、今後のことを託せる人は誰か、関係性や思いなども含めて確認する</li> <li>患者が話せない場合は、来院している家族や関係者に、患者に最も近い存在や、患者の思いを知る人について、関係性も含めて尋ね、患者の代理決定者になりうる人を特定する</li> </ul>	
		家族の意思決定能力や心理状態をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族は責任ある選択ができる状態か、判断力があるかを会話などを通して判断する</li> <li>家族の患者の病態への理解の適切性と、対処方法について確認する</li> <li>家族の動揺・不安・悲しみなどの心理状態について、様子や会話などからアセスメントする</li> </ul>	
		家族不在時は、患者の意向を知る関係者がいないかを確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族不在時は、患者の考えや希望を知っている可能性のある、職場関係者、介護者、後見人などの存在を確認する</li> <li>患者の意向を知る関係者がいる場合は、患者との関係性、患者の思いや意向、生き方、推定意思などを確認する</li> </ul>	
	患者・家族の意向の把握	患者・家族の意向を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者とその家族がこれからどうしたいか、どのような治療やケアを受けたいかを確認する</li> <li>患者と家族の意思や希望にずれや違いがないかを確認する</li> </ul>	
		患者にとっての最善、QOL、QODをアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が最も大切にしたいこと、やりたいこと、最期をどのように過ごしたいかなどの希望を尋ね、患者にとっての最善についてを患者・家族とともにアセスメントする</li> <li>患者・家族に悲しみ、怒りなどの情動反応が見られた場合には、それを受け止め、寄り添いつつ、反応の表出を促す</li> <li>患者や家族間で意思や希望が異なる場合は、個々に気持ちや希望、理由などを確認し、ずれの原因を特定する</li> <li>患者・家族それぞれの思いを家族内で共有し、相互理解を促す機会を設ける</li> </ul>	
		患者・家族の意向に相違がある場合は阻害要因をアセスメントする	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が意思表示できない場合は、家族に患者の事前意思や推定意思の有無を確認する</li> <li>患者が意思表示できない場合は、家族に患者の人生や希望、思いなどについて、事前に話していたことがないかを確認する</li> <li>かかりつけ患者の場合は、事前意思がカルテに記載されているかを確認する</li> </ul>	
		看護・医療チームの状況の把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護・医療チームメンバーとその役割を明確にする</li> <li>各職種の担当する役割を明確にし、チームメンバー間での共通認識が図れるよう調整する</li> <li>初療の場合は、終末期患者に関わるメンバーをあらかじめ決めておき、集合をかける</li> <li>医師に患者の病態の医学的判断・予後について尋ね、見通しを把握する</li> <li>今後患者が受けられる治療、その治療を選択した際のメリット・デメリットを医師に確認し、チームメンバーで共有する</li> <li>看護・医療チーム内に意思決定プロセスの阻害要因(コミュニケーション不足や葛藤・対立、パターナリズムなど)がないか確認する</li> </ul>	
	患者・家族とともに最善の選択を検討し、意思決定を支援できる	看護・医療チームの支援体制づくり	患者・家族の状態や支援の方向性を共通理解する	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師は多職種カンファレンスを開催できるよう日程と関係者間の調整を図る</li> <li>カンファレンスでは、患者の予後と今後の経過、可能な治療、患者の希望、倫理的問題について共有し、解決の方策を検討する。そのうえで、チームとしての支援の方向性や目標を共通理解する</li> <li>初療の場合は短時間でも多職種でのショートカンファレンスを行い、チームとしての方向性が共通理解できるようにする</li> <li>看護・医療チーム内での意見の対立がある場合は、個人的に、あるいは看護チームとして、専門看護師や倫理委員会などに(場合によっては管理者を通して)相談する</li> <li>資源(リソース)や専門家を導入し、看護師間や医療者間の話し合いを繰り返しながら、患者・家族にとって最もよく、相互に納得ができる点はどこになるのかを探索する</li> </ul>
			看護・医療チーム内の葛藤・対立を調整する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族のこれまでの人生、大切に生きていきたいこと、希望や価値観などについての真意を医療者にも教えてほしいこと、一緒に考えさせてほしいことを誠実に伝え、患者と家族のエピソードなどを引き出しつつ、相互に話がしやすい雰囲気を作る</li> <li>場の雰囲気や硬いときは、その要因を分析し、ゆったり、かつ一貫した態度で要因の除去に努めつつ、看護師が口火を切り、患者・家族の思いを代弁し確認しながら、患者・家族が思いを表現できるよう促す</li> <li>患者・家族と医療者の葛藤・対立(コンフリクト)がある場合は、専門看護師や倫理委員会などに相談し、調整を依頼する</li> <li>患者・家族が緊張せず、落ち着いて話し合いができるようにインフォームドコンセントの場所や座席の配置を整え、医療者から圧迫感を感じないような場を作る</li> <li>患者・家族の関係性や心理状況や病状の理解度について、医師へ情報提供し、理解困難な点や専門用語は書面で伝えるよう依頼する</li> <li>インフォームドコンセントには医師、看護師、家族(できればすべての家族)が同席できるよう日時を調整する</li> </ul>
意思決定に向けた患者・家族と対話しやすい環境の調整		患者・家族が話しやすい雰囲気を作る	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が話しやすい雰囲気を作る</li> <li>患者・家族が話しやすい環境を整える</li> </ul>	
		インフォームドコンセントの同席者と環境を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が話しやすい雰囲気を作る</li> <li>患者・家族が話しやすい環境を整える</li> </ul>	
		患者・家族が理解しやすいインフォームドコンセントを行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が理解しやすいインフォームドコンセントを行う</li> <li>患者・家族が理解しやすいインフォームドコンセントを行う</li> </ul>	
		患者・家族が治療方針に納得しているか、患者の意思に沿った治療であるか、医療者と認識が異なるかを確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が治療方針に納得しているか、患者の意思に沿った治療であるか、医療者と認識が異なるかを確認する</li> <li>必要時は患者・家族の代弁者として意見や疑問点を表現し、患者・家族の反応を引き出していく</li> </ul>	
患者・家族の状況理解を促す支援		患者・家族が終末期にある病状や予後を理解できるよう支援する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が終末期にある病状や予後を理解できるよう支援する</li> <li>患者・家族が終末期にある病状や予後を理解できるよう支援する</li> </ul>	
		患者・家族が治療の選択肢をイメージできるよう支援する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が治療の選択肢をイメージできるよう支援する</li> <li>患者・家族が治療の選択肢をイメージできるよう支援する</li> </ul>	
		患者・家族が治療の選択肢の内容や利益とリスク、選択後の状況をイメージできるよう説明する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が治療の選択肢の内容や利益とリスク、選択後の状況をイメージできるよう説明する</li> <li>患者・家族が治療の選択肢の内容や利益とリスク、選択後の状況をイメージできるよう説明する</li> </ul>	
		患者・家族が治療の選択肢について書面に記載したものを渡す	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族が治療の選択肢について書面に記載したものを渡す</li> <li>患者・家族が治療の選択肢について書面に記載したものを渡す</li> </ul>	
患者・家族の最善の意思決定を促進するための情緒的支援		患者・家族の意思決定を承認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族の意思決定を承認する</li> <li>患者・家族の意思決定を承認する</li> </ul>	
		患者・家族の情動反応へのケアと葛藤の調整を行う	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族の情動反応へのケアと葛藤の調整を行う</li> <li>患者・家族の情動反応へのケアと葛藤の調整を行う</li> </ul>	
	家族が患者にとっての最善を考えられるように促す	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族が患者にとっての最善を考えられるように促す</li> <li>家族が患者にとっての最善を考えられるように促す</li> </ul>		
	家族が意思決定を医療者に委ねる場合は尊重する	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族が意思決定を医療者に委ねる場合は尊重する</li> <li>家族が意思決定を医療者に委ねる場合は尊重する</li> </ul>		
意思決定後の患者・家族の心理的負担を軽減できる	患者・家族の意思決定後の反応の観察と心理的ケア	患者・家族の意思決定を支持し、気持ちの揺らぎに寄り添う	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族の意思決定を支持し、気持ちの揺らぎに寄り添う</li> <li>患者・家族の意思決定を支持し、気持ちの揺らぎに寄り添う</li> </ul>	
		患者・家族の意思決定を支持し、気持ちの揺らぎに寄り添う	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族の意思決定を支持し、気持ちの揺らぎに寄り添う</li> <li>患者・家族の意思決定を支持し、気持ちの揺らぎに寄り添う</li> </ul>	

## 悲嘆ケア

目的 患者・家族の悲嘆過程を支援する

目標	項目	内容	行動(例)
患者・家族の悲嘆状況について情報収集を行いアセスメントし問題を抽出できる。	患者・家族の背景、現状認識の把握	患者・家族の基本的な情報を確認する	・初療では、救急隊員から発症状況や場所、救急車同乗者の有無や関係性、事前指示の有無などの情報を収集する ・自施設に受診歴があればカルテから情報を収集する ・患者・家族の背景(人間関係・情緒的關係、コミュニケーション、適応力・問題解決能力、親族や地域社会との関係・価値観、期待・希望)に関する情報を収集する
		患者・家族のコミュニケーション能力について確認する	・患者の意識状態や患者・家族の認知機能レベルなどの評価を行う ・患者や家族のコミュニケーションに影響を及ぼす心理状況や対処行動について把握する
		患者・家族の病状と予後に関する理解と思いを確認する	・ICUに同席して患者や家族の擁護者、代弁者となり、説明の理解を促しながら、その認識や思いを確認する。看護師がICUに同席できない場合は、医師とICU時の患者・家族の状況を情報共有する ・患者・家族に現状をどのように理解しているか、それをどう考えるかなどを尋ね、病状と予後に関する理解と思いを把握する
	患者・家族の悲嘆反応の把握	患者・家族が体験している、あるいは予期している喪失への苦痛や苦悩を把握する	・病状や予後に対する不安、死への恐怖や悲しみ、仕事や家庭内の役割喪失、人生の目的や生きる意味など、患者・家族が体験している苦痛や苦悩について把握する ・言語的に表現されていない苦痛や苦悩を患者・家族の表情や行動から推察する ・患者と家族が考える最善のQOL(今後求める生活や大切にしていることなど)、QOD(最期をどのように過ごしたいのかなど)を把握する
		患者・家族の悲嘆反応(感情的、認知的、行動的、生理・身体的反応)を確認する	・感情的反応(抑うつ、絶望、悲しみ、苦悩、不安、罪悪感、怒り、ショック、無感覚など)について確認する ・認知的反応(抑圧、否認、無力感、非現実的など)、行動的反応(動揺、緊張、落ち着かない、疲労、引きこもりなど)、生理・身体的反応(呼吸速迫、口渇、息の詰まる感じ、食欲不振、睡眠障害など)について確認する ・小児が来院している場合は、小児特有の悲嘆反応(夜泣きする、幼児化する、何かに怖がるなど)が現れていないか確認する
		患者・家族の悲嘆作業の促進を阻害する要因や状況を把握する	・悲嘆作業の促進を阻害する可能性のある、患者と家族の関係性、悲嘆作業を行う本人の要因(性格・年齢・コーピング・宗教など)、発生状況(突然の出来事、慢性的な経過の過程など)、過去の喪失体験などの要因や状況を把握する ・初療では、特に発生状況が人的な状況によるもの場合、加害者が病院に来院することがある。その場合は、患者・家族との意図しない対面を防ぐなど配慮すべき事項があるかどうかを把握する ・患者や家族を支える人の有無など、患者・家族の基本的な情報を踏まえて人的社会的リソースの必要性を把握する
悲嘆作業を促進する患者や家族のニーズや希望を確認する	・患者・家族の質問の有無や、面会時に家族がモニターの数値や医療機器類の作動状況などをじっと見ているといった非言語的な行動などから、必要としている情報を把握する ・面会の回数や時間、面会時の患者・家族の距離や表情や言動などから、患者と家族が心理的・物理的に近づきたい、家族が患者に何かしてあげたいなどのニーズがあるかどうかを把握する ・患者にとって必要な処置やケアが行われている安心感や希望に関する質問や言葉などがあるかどうかを把握する		
患者が体験している喪失感や死に向かう苦痛・ストレスを和らげることができる。	信頼関係の構築	誠実な対応を心がけ信頼関係の形成と維持に努める	・患者のニーズに適切に対応し、ニーズの充足に努める ・可能な限り同じ看護師が継続してかわる
		患者の尊厳を大切にされた態度で、誠実に対応する	・意識レベルが低下している状態でも、処置やケアを行う際は、必ず説明や声掛けを行う
	悲嘆作業の促進	言語的・非言語的コミュニケーションを通して、感情の表出を促す	・無理に語らせることはせず会話のペースは患者に主導権を持たせる ・言葉や態度、表情などの背後にある思いをくみ取り、同じ空間にただ共にいる、体をさするなどのタッチングを行うなど非言語的コミュニケーションを図りながら感情の表出を促す ・表出された感情をありのままに受け止める
		患者が現状を理解できるように必要な情報を提供する	・現状の認識の程度を確認しながら何をどこまで知りたいのかを捉える ・深刻な病態や薬物の影響下にある患者の理解力に合わせた情報量と表現内容を工夫する ・患者の情報のニーズを医療チームで共有する
		患者と家族の時間や場所、心理的距離などのつながりを支える	・面会時間や面会者の制限をフリーにしたり、個室への移動を考慮する ・患者と家族がこれまでの人生を振り返り思い出を語るなかで、互いへの感謝の気持ちや伝えなかったことが言えるよう促す ・不安や心配、気になっていることを家族や重要他者と分かち合えるように支える
		患者に行われている治療やケアに対する安心感や希望を提供する	・患者に行われている処置やケアの目的やその効果、反応を具体的に説明し、最善を尽くしていることを伝える
		患者と家族あるいは重要他者、患者と医療者との調整を行い、患者をサポートする体制を強化する	・患者と家族同士が思いを共有できるように橋渡しをする ・キーパーソンとなりえる家族や重要他者の来院の調整を行う ・家族がいない場合、または、患者をサポートする体制が脆弱な場合は、医師や看護師、MSWが社会的支援者となり必要な社会的資源(相談窓口の紹介や調整、リエゾン、臨床心理士の介入依頼など)を提供する
身体的・心理的な安寧・安楽を提供する	・不要な検査や処置は行わない ・患者と相談しながら薬物療法や非薬物療法について検討する ・患者のお気に入りの物を病室に飾ったり、温度・照明・臭いなどの室内環境を整える		
大切な人を失う家族の苦痛・ストレスを和らげることができる。	信頼関係の構築	誠実な対応を心がけ信頼関係の形成と維持に努める	・家族のニーズに適切に対応し、ニーズの充足に努める ・可能な限り同じ看護師が継続してかわる
		言語的・非言語的コミュニケーションを通して、感情の表出を促す	・表出された感情をありのままに受け止める ・常に家族に関心を寄せ、その背後にある思いをくみ取り、同じ空間にただ共にいる、タッチングを行うなど非言語的コミュニケーションを図る ・患者の側で本音が話せないこともあるため別室を準備し感情を表出してもらうことを調整する
	悲嘆作業の促進	家族が患者の現状を正しく理解できるように必要な情報を提供する	・処置中の場合は、合間を見計らいながら処置の状況を伝える ・組織によっては、初療において家族の希望や心理・精神的に耐えられると判断した場合に、心肺蘇生へ立ち会いを行っている施設もある。その際は家族の側に付き添い表情や行動などを観察する ・患者の症状や全身状態の変化など、死が差し迫っている徴候について具体的に示す
		穏やかな患者・家族の時間が過ごせるよう環境を調整する	・ベッド柵を外し家族が患者に触れたり、家族の希望に応じてケアの参加を促す。ただし、家族が患者の側に近づくことに抵抗のある場合は、無理強いはいしない ・死亡確認後は、家族から質問があるタイミングで、事務的手続きやエンゼルケアなどについて説明を行う ・エンゼルケアは、希望があれば家族が出来ることを一緒に考えながら実施する。また、ケアに参加している場合においても、家族の悲嘆反応に注意を払いながら実施する ・臨死期や死亡確認前後における小児の面会については、基本は小児自身の意向を尊重する。その上で、保護者と面会の可否を検討する
		患者に行われている治療やケアに対しての安心感や希望を提供する	・患者に行われている処置やケアの目的やその効果、反応を具体的に説明し、最善を尽くしていることを伝える
		家族内や重要他者、医療者との調整を行い、家族をサポートする体制を強化する	・他の家族の来院を調整し、活用できる人材や社会的資源について話し合う ・医療者は患者だけでなく家族の支援者でもあることを伝える。家族に小児の悲嘆反応(夜泣きする、幼児化する、何かに怖がるなど)について具体的に説明し、子供への理解を深めサポート体制を整える ・退院後に家族が来院する場合もある。その際は、快く迎え入れ、家族の体調を気遣いながらねぎらいや現状の確認、情報提供を行う
身体的・心理的な安寧・安楽を提供する	・患者の苦痛を緩和することで、家族の心理的安寧を図る ・初回のICU時や面会時に身体的な反応が強く表れることが多いため、椅子を準備する、家族に付き添うなど安全に配慮する ・家族待機室の案内や患者の状態を見ながら帰宅を促す。また病院案内書(駐車場、交通手段、宿泊施設、公衆電話の設置場所、携帯電話の使用可能な場所、トイレや洗面場所、その他関連情報など)を提供する		

## チーム医療推進

目的 多職種と連携しチーム医療を推進する

目標	項目	内容	行動(例)	
チーム医療の状況について情報収集・アセスメントし、問題を抽出できる	関連する職種の把握	患者・家族に関わる医療者を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者と家族の治療やケアを記録や関りから誰なのかを把握する</li> <li>患者・家族の治療に対してスムーズに行くと考えられる医療者を選定する</li> <li>初療での家族からの情報収集内容、手順をあらかじめ医師らと確認しておく</li> </ul>	
		患者・家族に関わる医療者の対応を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>どのような医療者が、家族のだれに関わっているのかを確認する</li> <li>家族の身体的・心理的・社会的側面にどのように介入しているのか確認する</li> <li>初療では、救急救命士などに家族への介入について尋ねる</li> </ul>	
	関連する職種の関係性や連携の把握	医療者間、または家族・医療者間の関係や価値観を把握する	医療者の個々の考えや思い、相手に対する感情や思いなどを尋ねる	
		医療者間の連携における問題を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>医師・看護師・理学療法士・栄養士・薬剤師・臨床工学技士・ソーシャルワーカー・リソースナースなどの連携状況を探る。</li> <li>連携状況から多職種間での連携の問題を把握する</li> </ul>	
		医療者間の価値観の違いや意見の対立がないか確認する	看護師・医師・理学療法士・MSWなどに患者や家族の治療やケアについての価値観やの違いや意見の相違を尋ねる	
		患者・家族と医療者間の価値観の違いや意見の対立がないか確認する	治療やケアについて家族の価値観の違いや思いに相違がないかを尋ね、医療者との意見の違いがないかを尋ねる	
		看護チームで意見の対立や価値観の利害がないか確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>看護師の価値や思いを尋ねる</li> <li>看護チーム内での問題を把握する</li> </ul>	
	医療チームが抱える問題を解決し、チーム医療を推進できる	多職種の連携	問題解決に必要な専門職に介入を依頼する	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療やケアと一緒に検討してほしい多職種を検討しに依頼する</li> <li>直接依頼できない時は、管理職者などに相談する</li> </ul>
			多職種カンファレンスの相談をする	<ul style="list-style-type: none"> <li>カンファレンス開催について多職種に相談する</li> <li>カンファレンス開催が必要と判断すれば多職種に参加を依頼する</li> </ul>
			多職種が検討できる環境を整える	<ul style="list-style-type: none"> <li>初療においては、対応する職種間でカンファレンスを行えるよう声をかける</li> <li>カンファレンスの開催日時・場所を多職種と検討し、決定後参加する医療者に伝達する。</li> <li>カンファレンス前に検討したい事項を確認し参加する医療者に伝達する</li> <li>患者と家族の代弁者として、医療者に患者と家族の考えや思いを伝える</li> <li>チーム内での情報や目標などが共有できているか確認する</li> <li>患者や家族のカンファレンスの参加を検討する</li> </ul>
各職種が専門性を活かし、互いに支える			<ul style="list-style-type: none"> <li>医師は、医学的な見解を説明し、看護師は患者家族の情報を提供したり、医師の説明をわかりやすく補足を行う</li> <li>多職種の役割をそれぞれの立場で発言を促す</li> <li>チーム内での役割(処置やケア)を明確にし多職種間でサポートしあえるようにする</li> <li>他の専門チームと協働する</li> <li>多職種の意見をまとめ、チームで目標を決定する。その目標が到達可能な介入を具体的に立案する</li> </ul>	
治療やケアの場面で円滑な行動がとれるよう調整する			患者の問題解決にむけ、専門性が発揮できるよう役割の分担を明確にする	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急隊から事前に情報が入ったときに、必要と考えられる多職種に連絡調整し、対応ができるように準備を行う。</li> </ul>
			治療やケア、面会などが重ならないようタイムスケジュールを管理する	<ul style="list-style-type: none"> <li>主治医や受け持ち看護師の不在時の対応を決めておく</li> </ul>
多職種間の意見の調整		価値観の違いや意見を多角的捉え整備する	<ul style="list-style-type: none"> <li>双方の意見の違いを解決できるように話しあう場を準備する。</li> <li><b>意見を整理し、内容を具体的にリストする。</b></li> </ul>	
		問題を解決するうえで必要な人的資源を活用する	<ul style="list-style-type: none"> <li>管理者の意見や考えに対する対立が発生していることを相談する</li> <li>自施設で意見や考えの対立の解消のための人的資源を探し、依頼する</li> <li>家族の心理的ケアに関しては、第3者(家族ケアの専門職や家族ケアのスペシャリスト)に相談する</li> </ul>	
看護チーム内での連携		医療チームの目標、方針を看護チームと共有する	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝のカンファレンスや記録に示し、看護チームで共有する</li> <li>受け持ち看護師にも個別で説明する</li> <li>初療においては、患者が来院するときに、看護チームで目標と役割を明確にして声をかけあい、調整する</li> </ul>	
		ケアの方向性を共通認識できるよう行動する	<ul style="list-style-type: none"> <li>カンファレンス・看護計画などを通して具体的なケアや実践について妥当であるかをディスカッションする</li> <li>ケアが実践できているか確認する。記録から共有した内容がケアに反映されているか確認する</li> <li>実践と評価の記載ができていることを確認する</li> </ul>	

## 組織体制整備

目的 看護師が直接ケアとチーム医療を推進できる体制を整える

目標	項目	内容	行動(例)
組織体制について 情報収集・アセスメントし、問題を抽出できる	患者・家族への終末期ケアの直接ケアの状況の把握	全人的苦痛緩和がされているか確認する	・患者の苦痛に対して看護師が対応しているか、内容を確認する ・患者に関わっているチームを把握する
		悲嘆ケアがされているか確認する	・家族の悲嘆に対して看護師が対応しているか確認する
		意思決定支援がなされているか確認する	・看護師がどのように意思決定支援プロセスに関わっているか確認する ・インフォームド・コンセントの日程を把握する ・インフォームド・コンセントに関わる医療者、対応している看護師を把握する ・患者・家族の意向や意思決定内容を確認する ・DNARかどうかを確認する
	チーム医療が円滑に行われているかの把握	看護師と他職種の連携が取れているか確認する	・医師(患者の担当医師)と直接ケア実践する看護師のコミュニケーションの状況を確認する ・多職種が連携して患者に必要な治療やケアが提供されているか確認する ・人的資源や委員会などを活用されているか確認し、活用できていなければ必要な介入を依頼する。
		価値観の違いや意見の対立が起きていないか確認する	・医師の価値観と看護師らの価値観の違いを把握する ・価値観の違いや意見の対立が問題になっているか、その原因について確認する
	終末期ケアを提供するための部署体制の把握	院内の基準、フローチャート、一般的なガイドラインを確認する	・終末期について記載されているガイドラインを確認する ・院内のガイドライン、フローチャートや委員会の把握 ・終末期ケアプラクティスガイドライン ・救急・集中治療における終末期に関するガイドライン ・終末期に関するガイドライン
		面会や待機場所が調整できているか確認する	・面会や待機室の調整を看護師ができているか確認し、必要時サポートする ・面会について家族の反応を観察し、必要に応じ介入する ・待機場所について家族の反応を観察し、必要に応じ介入する
		人的資源や委員会、症状緩和のためのチームを確認する	・専門看護師、認定看護師への依頼方法を把握し、普段から関係構築しておく ・倫理委員会や直接実践におけるチーム(緩和ケアチーム、高齢者認知症サポートチームなど)との連携体制を確認する
		個々、または集団のストレスマネジメントを行う	・看護師のストレスマネジメントの知識・技術を修得する ・看護師の表情や身体症状に注意する ・看護師のストレスマネジメントについて情報を得る ・デスカンファレンスを行う ・終末期ケアに対する部署のエンパワメント(相互協力)の状況を見る
	直接ケアとチーム医療を推進できる	看護師の直接ケアの支援	看護師が主体的にケア困難感への解決策を検討できるように助言、支援する
看護師とともに患者・家族への直接ケアを行い、看護師のケアを承認する			・看護師が患者・家族とのかかわりに困難感があれば、共に患者・家族への直接ケアを提供し、モデルとなる ・看護師の直接ケア実践の意味づけをする
患者・家族の問題が困難である場合、必要に応じ関係部署と連携する			・以下の特殊困難事例に関して、看護師を指導しながら対応に当たる 独居で身寄りがない場合、認知症高齢者が看取りをする場合、小児が看取りをする場合、自殺事例、虐待事例、脳死臓器提供事例、外国人
	チーム医療の推進	患者・家族のチーム医療が円滑に進むように働きかける	・中心人物がチーム医療を進めやすいように支える ・チーム医療のよい雰囲気を作る ・多職種の意見をまとめる
終末期ケアを行うための部署の体制を整備することができる	人材育成	スタッフが教育を受ける機会を確保する	・終末期ケアについての研修があれば参加の機会を提供する ・部署での終末期ケアに関する学習会の開催をする ・シミュレーションの実施
		自己学習できるための図書を配備する	・図書を購入し、部署内に配備、いつでも活用できるよう環境を整える ・図書館の利用をすすめる ・有用な文献を紹介する
		倫理的問題を話し合える機会を提供する	・普段から倫理的問題を話し合う環境をつくり、看護師の倫理感性の向上を目指す。(定期的な倫理カンファレンスの実施等)
	環境調整	面会制限/緩和の基準を作成する	・看護師の実践能力や経験年数に関わらず、終末期患者に対しての面会が適切に行われるよう、面会の基準を作成しておく。
		家族の希望や患者の状態・処置にふさわしい病床環境を整える。	・可能な限り静かで落ち着いた環境を提供できるよう配慮する。 ・ベッド位置の変更や状況により一般病棟への移動も考慮する。 ・心肺蘇生の立会いの目的・対象について部署の基準を決める (実際の立会いの際の役割分担、有害事象(例:家族が卒倒するなど)が起きた時の対応について検討)
	ガイドラインやマニュアルの整備	施設の特徴を踏まえた終末期ガイドラインやマニュアルを作成する	・院内の基準や手順を確認する。 ・参考となる文献(ガイドラインなど)を収集する。 ・脳死移植フロー、虐待委員会など施設へ提案をする。 ・外国人対応のための通訳利用の提案をする ・初療室における家族対応のマニュアルを作成する。
		ガイドラインやマニュアルを活用できるように支援する	・勉強会を開催する、ミーティングなどで紹介する ・カンファレンス時に使用を提案する
	院内委員会・資源の活用	倫理問題について相談できる部署を活用する	・部署で活用できる相談機能、相談方法を把握する ・院内倫理委員会などを活用する ・医師と協働して相談する
		終末期ケアに関わる院内外リソースを活用する	・終末期ケアに関わる院内リソースを把握する ・依頼方法の把握をしておき、速やかに依頼する ・倫理カンファレンスやデスカンファレンスの参加依頼や開催時の相談をする ・特殊困難事例に関して、必要時、行政、地域(福祉担当者や訪問看護ステーションなど)と連絡をとる
	感情労働への支援体制の整備	看護師の悲嘆感情を緩和するよう支援する	・看護師個人と面接する ・看護師も喪失、悲嘆、死別を体験することを前提とし、共有する ・院内の専門家の支援を得る
感情労働を受け入れられる職場風土を構築する		・看護師の陰性感情に関して正常であることを承認する ・他者の様々な悲嘆感情が正常な反応であることを承認する ・デスカンファレンスを看護師のグリーフワークの場として活用する	
	退院後の支援	退院後の家族の支援について考え提供する	・お悔やみの手紙の送付や遺族会、精神科受診などの紹介が必要か査定する ・上記の仕組みを組織に提言する