

1	緩和ケア別編
2	
3	目次
4	第1章 生命維持治療の終了／差し控えに関わる緩和ケアの基本事項
5	I. 基本的緩和ケアの開始時期
6	1. アセスメント
7	2. 病状説明および治療・ケアのゴールに関する話し合い
8	II. 包括的緩和ケア
9	III. 苦痛の緩和、家族ケア、面会の調整
10	IV. 基本的な対応で改善されない時や複雑な問題への対応
11	第2章 生命維持治療の終了／差し控え時の緩和ケア、死後の家族ケア、医療者へのケア
12	I. 生命維持治療の終了／差し控えを行うにあたって
13	1. 生命維持治療の終了／差し控えに関する様々な倫理的誤解
14	2. 生命維持治療の終了／差し控えを実施する前に医療・ケアチームが行っておくべきこと
15	II. 生命維持治療の終了の実際
16	1. 終了する治療や医療行為の確認
17	2. 人工呼吸器の終了および抜管
18	III. 生命維持治療の終了後の症状緩和
19	1. 生命維持治療の終了後の苦痛症状とその対応の基本的な考え方
20	2. 人工呼吸器終了時の症状緩和
21	IV. 機械的循環補助の終了／差し控えの実際
22	1. 準備
23	2. 薬物投与
24	V. 生命維持治療の終了に際しての家族ケアとグリーフケア
25	1. 意思決定に関する話し合いの前
26	2. 意思決定に関する話し合いの間
27	3. 意思決定に関する話し合いの後
28	4. 生命維持治療の終了前
29	5. 臨終時
30	6. 死別後
31	VI. 医療者へのケア
32	1. 生命維持治療の終了や看取りのプロセスが医療者にもたらす影響
33	2. 医療者が経験する心理的負担に対するケア
34	

35 緩和ケア別編

36 第1章 生命維持治療の終了／差し控えに関わる緩和ケアの基本事項

37 I. 基本的緩和ケアの開始時期

38 生命維持治療の終了／差し控えが検討される患者は、すでに何らかの苦痛を抱えている状況に
 39 あるため、生命維持治療の終了／差し控えが決定される以前から緩和ケアが提供されている必要
 40 がある。患者がどのような状態になったら緩和ケアを開始すべきか明確な基準はないが、一般的
 41 に救急搬送されたり集中治療室へ緊急入室する患者は重篤な状態で苦痛を抱えており、緩和ケア
 42 を早期に導入すべきであると考えられる^{1),2)}。

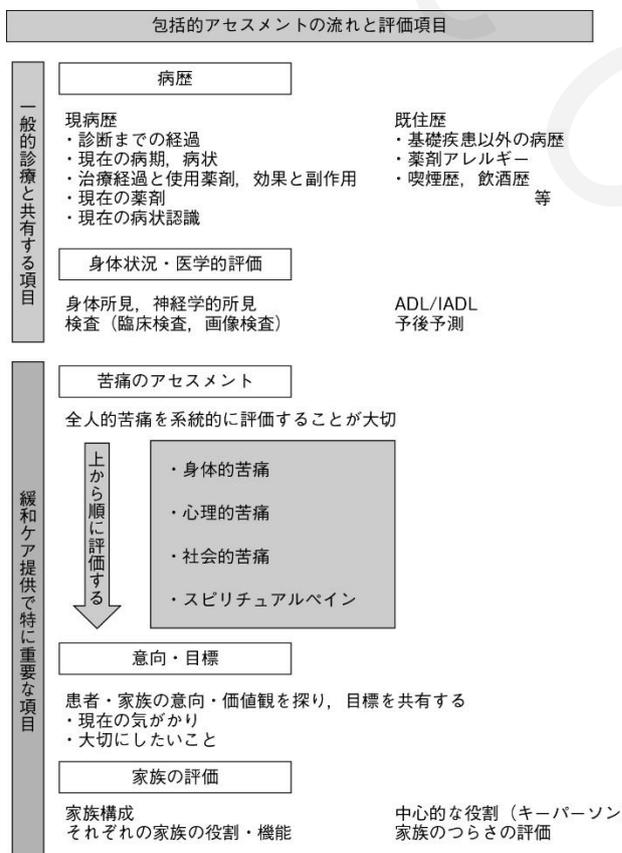
43

44 II. 包括的緩和ケア

45 1. アセスメント

46 緩和ケアの視点からアセスメントを行う場合は、一般的な診療と同様の病歴聴取や身体診察に
 47 基づく医学的評価に加え、患者・家族等の精神的苦痛や社会的苦痛、スピリチュアルペイン等の
 48 側面から包括的に行う必要がある(図1)³⁾。

49



50

51 図1 包括的アセスメントの流れと評価項目(日本医師会)³⁾

52

53

54 包括的にアセスメントを行う際に有用なツールを以下に示す。各ツールは特性や使用方法が
55 異なるため、その点を理解したうえで使用する必要がある。

56 (1) 患者が自己評価できる場合

57 ● エドモントン症状評価システム改訂版 (Edmonton Symptom Assessment System Revised
58 Japanese version, ESAS-r-J) ²⁾ を使用する。

59 ● IPOS 患者評価用 (Integrated Palliative care Outcome Scale) を使用する ⁴⁾ 。

60 (2) 患者が自己評価することが困難な場合

61 医療・ケアスタッフ (以下、医療者) が IPOS スタッフ評価用を用いて評価を行う。

62

63 2. 病状説明および治療・ケアのゴールに関する話し合い

64 「治療・ケアのゴール」は、決して「治療か、緩和か」という二者択一ではない。緩和ケアは、
65 生命を脅かす疾患と診断された初期段階から治療と並行して提供されるべきアプローチである。

66 話し合いを通じて、原疾患の治癒や延命が最優先のゴールではなくなった場合、ケアの軸は
67 苦痛の緩和へと移行することが多い。これは「治療を諦める」ことや「ケアを終了する」ことを
68 意味するのではなく、患者にとって最も大切なゴール (例: 穏やかに過ごすこと) を達成するた
69 めに、治療・ケアを変えていく必要があることを意味する。医療者はこのプロセスを正しく理解
70 し、患者・家族等に誤解を与えないよう丁寧に説明することが重要である。

71 病状説明や治療・ケアのゴールの話し合いに参加することは、患者・家族等にとって心理的な
72 緊張や苦痛を伴うことが多い。話し合いが有意義なものとなるよう、医療者は基本的なコミュニ
73 ケーションスキルを意識し、習得することが重要である ⁵⁾。

74 治療・ケアのゴールの話し合いを始める際、医療・ケアチームは患者が advance care planning
75 (ACP) を実施したことがあるかどうか (事前指示書も含む) を確認する必要がある。ただし、ACP
76 に関する話し合いが行われた時点の状況は、現在の臨床の状況とは異なる可能性があるため、そ
77 れらはいくまでも重要な参考情報としてとらえることが重要である。また、単に ACP の話し合
78 いの結果だけを確認するのではなく、“誰と”、“どのような状況で”、“どのような話し合い”を経て
79 その結論に至ったのか、そしてその背景にある患者の考え方や価値観を理解することが極めて重
80 要である。

81 1) 話し合いの準備やスキル

82 (1) 話し合いを開始するための準備

83 ● 身だしなみを整える

84 ● 静かで快適な部屋を準備する

85 ● 座る位置に気を付ける

86 ● 挨拶をする

- 87 ● 名前を確認する
- 88 ● 礼儀正しく接する
- 89 ● 時間を守る
- 90 ● 同席することの許可を得る

91 (2) 話を聞くスキル

- 92 ● 目や顔を見る
- 93 ● 視線は同じ高さに
- 94 ● 患者・家族等に話すように促す
- 95 ● 相槌を打つ
- 96 ● 患者の言葉を自分の言葉で反復する

97 (3) 質問するスキル

- 98 ● Yes/No で答えられない質問（開かれた質問）を用いる
- 99 ● 病気だけではなく、患者自身への関心を示す
- 100 ● わかりやすい言葉を用いる

101 (4) 共感するスキル

- 102 ● 患者・家族等の気持ちを繰り返す
- 103 ● 沈黙を積極的に使う
- 104 ● 患者・家族の気持ちを探索し、理解する

105 (5) 応答するスキル

- 106 ● 患者・家族等が言いたいことを探索し、理解する
- 107 ● 患者・家族等の言葉を言い換えて、理解したことを伝える
- 108 ● 説明的な応答をする

109 2) 話し合いの流れ

110 実際に話し合いを進めていくには、以下のような流れで進めることが推奨されている。

111 (1) 話し合いを始める

- 112 ● 目的を伝える
- 113 ● 将来の意思決定のための準備をする
- 114 ● 許可を求める

115 具体例：

- 116 ● とてもご心配になられているのではないかと思います。あなたにとって最善のケアを提供
- 117 するために、今後数日間に予想されることをお伝えし、あなたにとってどのようなことが
- 118 大切かをお聞きしておきたいと思うのですが、よろしいでしょうか？

119

120

121 (2) 患者の理解と意向を確認する

122 医療者が一方的に説明を開始することは避け、患者・家族等の現状に対する認識や今回の話し
123 合いに対する心の準備状況を確認する。

124 具体例：

- 125 ● 今一番心配になられていることはどのようなことですか？
- 126 ● 病状について、どのようにとらえておられますか？
- 127 ● 今後、この病気がどうなっていくのかについて、お話しさせていただいてもよろしいでし
128 ょうか？

129 (3) 今後の見通しを共有する

130 不確実性や時間的予後、機能的予後を伝える必要がある。断定的な表現は避けることが望ま
131 しいが、場合によっては病状の改善が難しいことをしっかり伝える必要がある。

- 132 ● 「…だとよいのですが、…を心配しています」「…を願っていますが、…を心配していま
133 す」等の表現を用いる。
- 134 ● 間を置きながら話し、感情を探る。

135 具体例：

- 136 ● あなたの病状について、私が理解している範囲でお伝えしたいと思います。
- 137 ● 私たちはあなたの病状が良くなるようにできるだけのことをしようと思っています。し
138 かし、中には病状が悪くなりお亡くなりになる場合もあり、とても心配しています。
- 139 ● そうでないといよいのですが、残された時間が【日単位～週単位の期間で示す】くらいにな
140 ってきている可能性があることを心配しています。
- 141 ● 大変申し上げにくいのですが、あなたが感じているより病状は差し迫っているのではな
142 いかと思います。そして、今後、もう少し難しい状況になる可能性があることをとても心
143 配しています。

144 (4) 大切なことについて聴く

145 患者のゴール、恐れや不安、支えになるもの、欠かせない能力、トレード・オフ（余命を延
146 ばすためであれば、どの程度の治療なら、たとえつらくても受けたいと思うか）、家族等に対す
147 る思いについて、患者・家族等に尋ねる。

148 具体例：

- 149 ● 危篤の状態になった場合に備えて、ご家族や医療者に伝えておきたい一番大切なことは
150 どんなことですか？
- 151 ● あなたにとってとても大切で、これができないまま生きていくのは考えられない、と思
152 うのはどんなことですか？（例えば、口から食べられること、身の回りのことが自分で
153 きること、家族等とコミュニケーションが取れること等）
- 154 ● 普段の生活で（あるいは、現在のこの状態で）一番楽しみにしていることはなんですか？

- 155 ● (患者側から治療のことを持ち出してきたような場面で) いま人工呼吸を含む集中治療を
 156 続けたい、とおっしゃいましたが、どうしてそう思うのか、教えていただけますか？
 157 ● もしあなたがお話することが難しくなった場合、どなたに、あなたの意思を推定して、
 158 医療・ケアチームと話し合っしてほしいですか？ その方は、あなたのご希望や大切にした
 159 いことについてどのくらいご存じですか？

160 (5) 話し合いを締めくくる

161 患者・家族等の治療・ケアに対する思いや希望が確認できたら、話し合いのまとめを行う。
 162 その際、患者・家族等の希望を踏まえたうえで、医療者の推奨事項を説明し、患者・家族等の
 163 受け入れ状況を確認する。最後に、繰り返し説明や話し合いの場を持つこと、医療・ケアチ
 164 ームで患者・家族等を支えることを伝える。

165 具体例：

- 166 ● ○○○○がとても大切だとおっしゃいましたね。それを考慮に入れると、現在の病状で
 167 は◎◎◎◎をお勧めします。
 168 ● この方針をどう思われますか？
 169 ● いつでも改めてこの話し合いの時間を持つことができますので、その時はおっしゃって
 170 ください。
 171 ● あなたとご家族等のために、医療・ケアチームでできる限りのことをしていきたいと思
 172 っています。

174 ※資料※

175 具体的なコミュニケーションスキルについては、代表的なものを以下に紹介する。

176 NURSE：感情の表出を促進させるコミュニケーション技法⁶⁾

- 177 ● Naming (命名)：患者の感情への命名をする。患者の感情に何が起きているかに注目す
 178 るために行う。できるだけ具体的に表現する。
 179 ● Understanding (理解)：患者が話す感情的な反応について、理解できると表明すること。
 180 ● Respecting (承認)：患者や患者の持つ感情を承認すること。
 181 ● Supporting (支持)：あなたを援助したいことを患者に明確に伝える。患者・家族等とと
 182 もに問題に向かうことを表明する。
 183 ● Exploring (探索)：患者の言葉に焦点をあて、真の感情や懸念を探ること。患者が話すこ
 184 とに質問し、関心を持って焦点化しながら尋ねる。

185 SPIKES：悪い知らせを伝えるコミュニケーションプロトコル⁷⁾。

186 REMAP：治療やケアのゴールを話し合う際に用いられるフレームワーク⁸⁾。

187 SICP：すべての重篤な疾患を持つ患者と医療の決定プロセスにおいて、ゴール、価値観、優先
 188 事項等についての話し合いを確実にを行うための包括的プログラムである^{9), 10)}。プログラムには、

189 話し合いが必要な患者のスクリーニング、話し合う内容、話し合いの結果の記録、患者や家族の
190 心の準備に関するパンフレット等が組み込まれており、すべての医療者が網羅的に実施できるよ
191 うに設計されている。

192

193 III. 苦痛の緩和、家族ケア、面会の調整

194 患者の苦痛を緩和することは、患者に最善の医療・ケアを提供するために不可欠である。患者
195 が苦痛なく穏やかに過ごしている状態は、家族等の安心にもつながることを認識することが大切
196 である。また、家族等の面会は、患者・家族等中心のケアにおいて重要な要素でもある。面会が
197 患者の苦痛症状の緩和に寄与するかどうかは明らかではないものの、家族等のメンタルヘルスや
198 ケアに対する満足度に関連することが示されている¹¹⁾⁻¹³⁾。したがって、生命維持治療の終了/
199 差し控えが検討されている患者に限らず、すべての患者において、患者・家族等の希望に応じて
200 面会のルールを柔軟に設定することは、重要な家族ケアにつながるということを理解しておく必
201 要がある。具体的な家族等へのケアについては、後述する。

202

203 IV. 基本的な対応で改善されない時や複雑な問題への対応

204 患者・家族等が経験する様々な苦痛に対し、基本的には主治医と入院病棟の看護師等を中心と
205 した医療・ケアチームが、日々の診療やケアにおいて苦痛の緩和を図っていく。しかし、患者・
206 家族等が抱える苦痛が、基本的な対応では十分に緩和されない場合、多岐にわたる要因が複雑に
207 関連し合っている場合、あるいは患者・家族等との話し合いが難航している場合等は、主治医ら
208 の医療・ケアチームだけでの対応に困難がある場合も少なくない。そのような場合は、緩和ケア
209 を専門とする医療者(緩和医療専門医、緩和ケアチーム等)へ早期にコンサルテーションを行うこ
210 とが有用である。

211 次章より、生命維持治療終了/差し控え時の緩和ケアに関してより詳細に解説する。

212

213

214 第2章 生命維持治療の終了／差し控え時の緩和ケア、死後の家族ケ 215 ア、医療・ケアスタッフのケア

216 日本の救急・集中治療領域における生命維持治療の終了に関する診療が進まないひとつの要因
217 として、生命維持治療の終了／差し控えにまつわる緩和ケアが、日本の医療現場に根づいていな
218 いことが挙げられる。一方、欧米の救急・集中治療の現場においては、患者が望むようなゴール
219 を達成できない時に生命維持治療を終了し、緩和ケアを中心とする医療が提供されることは一般
220 的である¹⁴⁾。患者中心の医療を実践する観点から、わが国の救急・集中治療領域においても患者
221 の苦痛緩和のひとつの方法として、生命維持治療の終了／差し控えが患者・家族等、および医療
222 者の両者にとって安全に行われるようになるための指針が必要であると考えられる。この別編で
223 は、本編で示した適切な医学的・倫理的判断と共同意思決定 (shared decision making, SDM) に基
224 づき、生命維持治療の終了／差し控えが選択された際に提供されることが望ましい緩和ケアにつ
225 いて詳述するとともに、患者の死後の家族等や医療者のケアに関しても述べる。

226

227 I. 生命維持治療の終了／差し控えを行うにあたって

228 1. 生命維持治療の終了／差し控えに関する様々な倫理的誤解

229 本編では、生命維持治療の終了／差し控えに至る治療・ケアのゴールの設定にあたり、医療・
230 ケアチームに求められる倫理的アプローチに関して述べた。実際に生命維持治療の終了／差し控
231 えを決定する際に緩和ケアを実践するにあたり、患者・家族等、医療者が心理的な障壁を感じた
232 り、以下に示すような誤解を抱いている場合がある。そのため、必要に応じてその背景にある考
233 えや思いを探索し、適切に対応する必要がある。

234 1) 「生命維持治療の終了は患者を見捨てることになる」という誤解

235 生命維持治療の終了が患者の治療・ケアのゴールを達成することに叶うものであれば、それは
236 患者を見捨てることにも、諦めることにもあたらない。医療者は、治療・ケアのゴールを達成す
237 るために必要な最善のケアを継続することが重要であり、治療・ケアのゴールが、原疾患の治癒
238 や改善から苦痛症状の緩和を中心とすることに変更された場合には、生命維持治療を終了するこ
239 とがひとつの選択肢になり得る。

240 2) 「生命維持治療の終了は“善行 (beneficence) ”の原則に反する」と 241 いう誤解

242 医療倫理の4原則は、以下の4つで構成される。

243 ① 自律尊重 (respect for autonomy)：患者の意思を尊重する。

244 ② 善行 (beneficence)：患者に善いことを行う。

245 ③ 無危害 (non-maleficence)：患者に害を与えない。

246 ④ 公正 (justice) : 限りある医療資源を公正に分配する。

247 「善行(beneficence)」とは、医療倫理の4大原則のひとつであり、医療・ケアチームが患者の
 248 幸福(利益)を最大化するために行動を起こすことを指す。「生命を永らえさせ、死を回避するこ
 249 と」のみをゴールとするならば、生命維持治療の終了/差し控えは「善行の原則に反する」と受
 250 け取られるかもしれない。しかし、医療・ケアチームは、治療に限界があること、そして患者が
 251 望まない、または望まないと推定される治療を継続することは、患者のためになるどころか苦痛
 252 を与えている可能性があることを考慮する。また、患者にとっての幸福(最大利益)が優先され
 253 なければならない。生命維持治療の終了/差し控えは、患者が許容できないほどの負担を与え続
 254 ける生命維持治療よりも、患者の価値観に沿った治療のゴールを提供しているという点で、「善
 255 行」にあたると思われる^{15)~17)}。

256 3) 「生命維持治療の差し控えは安全だが、生命維持治療の終了は危険」
 257 という誤解

258 国際的には生命維持治療の「終了」と「差し控え」は倫理的に同義であると考えられている(図
 259 2)。なぜなら、患者が死亡する直接の原因は病気であり、治療の終了ではないと考えられるから
 260 である。また、生命維持治療の終了を考える際には、その時点まですでに治療が行われているた
 261 め、生命を縮めているのではなく、むしろ(差し控えの場合より)長く生存できているといえる。
 262 しかし、生命維持治療の終了については、「生命を縮めている」という認識を持つ医療者が多く、
 263 生命維持治療の差し控えは実践されていても、生命維持治療の終了はまだ一般的ではない。「差
 264 控え」は許されても「終了」が許されないとすると、患者・家族等は治療の早期に、「できる限り
 265 の治療をするか、しないか」という二者択一の決断を迫られることになる。まだ予後が不明確な
 266 急性期において、医療・ケアチームが「一度始めた治療はやめられない(例:一度挿管したら回
 267 復しない限り抜管できない)」と考え、救命可能であるかもしれない患者に対して適切な救命治療
 268 を差し控えてしまう危険もある¹⁵⁾。同時に、家族等にも「一度決定されたら、もう変更できない」
 269 という誤った認識と重圧を与えてしまうことになりかねない。

270

差し控えと終了はどう違うのか?

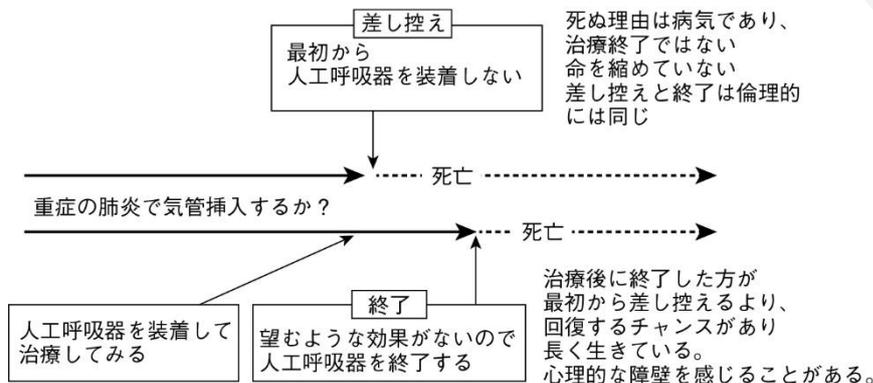


図2 生命維持治療の差し控えと終了の関係

273 2. 生命維持治療の終了／差し控えを実施する前に医療・ケアチームが 274 行っておくべきこと

275 1) 医療・ケアチーム内で共通認識を持つ

276 医療・ケアチームは、チーム内で誤解が生じないように、以下の点を繰り返し確認する必要がある。
277

- 278 ● 生命維持治療は、必要に応じて終了／差し控えすることができる。
- 279 ● 生命維持治療の終了／差し控えにあたっては適切なプロセスを踏む必要がある。
- 280 ● 生命維持治療の終了／差し控えは、安楽死とは異なるものであり、法的に問題となる行為
281 ではない。
- 282 ● 症状を緩和することが最優先であり、症状緩和のために適切に薬物が使用された結果、間
283 接的に死期が早まり得ることは許容される。
- 284 ● 生命維持治療の終了／差し控えは、患者を見捨てることではなく、苦痛を取り除き穏やか
285 に過ごせるようにするための選択肢のひとつである。

286 2) 生命維持治療の終了／差し控え決定までに生じる意見の対立の解消

287 生命維持治療の終了／差し控えに関する意思決定までのプロセスに関しては本編で詳述した
288 が、医療・ケアチームと患者・家族等との間において、あるいは医療・ケアチーム内や家族内
289 において、その決定に至るまでに意見の対立が生じることは珍しいことではない^{18)~20)}。対立の原
290 因として、医療者による家族等への心理的なサポートの不足²¹⁾により家族等が孤立感や見捨てら
291 れた感覚を抱き、「医療・ケアチームは患者のために最善を尽くしているのか？」と疑念を持つこ
292 とがある。一方、医療者はこれらの対立に対し、自身の能力や判断が信用されていないと感じ、
293 家族等を説得しようとしたり、家族等の判断能力に疑問を呈したりすることがある。さらに、医
294 療者同士のカンファレンスの不足や意思決定のプロセスにおける問題が医療者間の対立を引き
295 起こすこともある。これらの対立の背景には、医療者同士の価値観の対立も原因として挙げられ
296 るが、それ以上に医療者と家族等の間、あるいは医療者同士のコミュニケーション不足^{22)~24)}に
297 起因して生じる対立が多いとされている^{25), 26)}。

298 生命維持治療の終了／差し控えの決定は、感情的にも難しい決断をする場面ではあるが、医療・
299 ケアチームと家族等が話し合い、協議を重ねることで、90%以上の確率で、治療プランに関して
300 合意に至ると報告されている^{27), 28)}。また、倫理コンサルテーション、緩和ケア専門チームへの
301 コンサルテーション、患者の外来主治医や担当のソーシャルワーカー等、多職種による介入が対
302 立の解消に有用であるとの報告もある²⁵⁾。

303 3) 家族等に対する説明およびケア

304 第一に、家族等に対し死にゆく過程がどのように進行するのかを説明し、心の準備を促す必要
305 がある。例えば、生命維持治療の終了／差し控えから死までの間にどのような呼吸パターンや循

306 環動態の変化が起こるかといったことに関しても具体的に説明しておくことが望ましい。第二に、
307 これまでケアに関わってきた看護師、可能であれば心理職やソーシャルワーカー等の医療者によ
308 る家族への心理的サポートの介入が望ましい²⁹⁾。第三に、生命維持治療の終了／差し控え前に、
309 家族等が患者に別れを告げたり、患者の人生やともに過ごしてきた思い出を振り返ったりするた
310 めの十分な時間と環境を確保することも重要である²⁹⁾、³⁰⁾。

311

312 II. 生命維持治療の終了の実際

313 1. 終了する治療や医療行為の確認

314 まず、生命維持治療の終了は（ケアのゴールの話し合いによって）十分な話し合いのうえで決
315 定したこと、および患者のケアのゴールが症状緩和を最優先する方針であること、具体的には、
316 心停止時に胸骨圧迫を含む蘇生行為を行わないこと、抜管後に再挿管しないことを医療者間で再
317 確認する。また、生命維持治療だけでなく、各種医療行為が患者にもたらす利益と苦痛を慎重に
318 考慮し、それらも継続するか否かを検討する。症状緩和につながらない医療行為やケア、例えば
319 頻回の採血等は差し控えを検討する。集中治療室における緩和ケアで重要なポイントは、救命の
320 ための集中治療の多くが患者にとって大きな苦痛であると認識することである。その医療行為が
321 症状の緩和や家族等の悲嘆のケアに役立つと考えられる場合は継続し、反対に患者に苦痛を与え
322 る、または継続のために身体拘束が必要となり、「より良い死の過程」の妨げになると考えられる
323 場合は終了を検討する。

324 <注意点>

- 325 ● ペースメーカーや植込み型除細動器（implantable cardioverter defibrillator, ICD）が入っ
326 ている患者の場合は、循環器内科医と相談し、除細動機能の停止（deactivation）を検討
327 する。
- 328 ● 抜管に際して経管栄養は24時間前までに終了しておくことが望ましい。人工呼吸器を終
329 了する場合には、筋弛緩薬を2時間前まで（多臓器不全患者では、薬効の残存も考慮して
330 18時間前まで）には終了しておくことが望ましい。筋弛緩薬の効果が残存していると、
331 苦痛の有無や不安感の評価が難しくなり、適切な鎮痛の調整ができなくなる場合がある。
- 332 ● 中心静脈ラインは、末梢ラインがない場合の薬剤投与ルートとして残しておいてもよい
333 が、せん妄のリスクとなる場合は除去を検討する。
- 334 ● 抜管時に観察が必要なのは患者の苦痛であり、心電図モニターやパルスオキシメーターで
335 はない。さらに、モニターが視界に入ること、患者・家族等の過ごす時間に有用でない
336 こともある。
- 337 ● そのため、モニターを取り外すこともひとつの選択肢となる。一方で、各種モニターによ
338 り、正確な酸素飽和度や心停止時間を把握することも可能となるため、個々の患者に対し
339 て、本当にそのモニターが必要かどうか考える必要がある。また、モニターを装着する場

340 合も、アラーム設定をオフにする等の配慮を行う。いずれにしても、患者がモニターを外
341 さないように身体拘束を行う等のようなことがないように留意すべきである。輸液は、浮
342 腫・腹水・胸水の増加・せん妄につながるリスクがあるため、終了を検討する。家族等の
343 理解を得られるようにわかりやすく説明し、家族等の疑問や質問に応答しながら、不安を
344 抱かないように努める。

345 以下に終了する項目や、終了を検討した方がよい項目を示すが、家族等と十分に話を行い決定
346 していく必要がある。

347 【終了する】

348 透析、経管栄養、昇圧薬、抗菌薬、輸血、筋弛緩薬、身体拘束

349 【終了を検討する】

- 350 ● 機械的循環補助、ペースメーカー、ICD
- 351 ● 中心静脈ライン、動脈ライン、心電図モニター、パルスオキシメーター
- 352 ● バイタルサインの測定、輸液、体位変換、血液検査、X線/CT等

353

354 2. 人工呼吸器の終了および抜管

355 1) 人工呼吸器終了および抜管の方法

356 抜管の方法は、一般的に①gradual weaning (段階的離脱)、あるいは②immediate extubation (即
357 時抜管)の2種類に大別される。

358 ① gradual weaning (徐々に呼吸サポートを減らしたうえで抜管する)

359 15～30分かけて、徐々に呼吸器設定を下げて可能な限り自発呼吸へと移行する方法を
360 “gradual weaning”と呼ぶ。その際、患者に苦痛を与えないように、麻薬や鎮痛薬を適量投与
361 しながら行い、そのうえで抜管する。呼吸不全の患者で高度のサポートが必要な患者で行われ
362 ることが多い。

363 ② immediate extubation(呼吸サポートを減らさずに迅速に抜管する)

364 呼吸器設定のweaningをせずに、鎮静・鎮痛の症状コントロールの準備をしたうえで、抜管
365 をする。脳神経系疾患等による意識障害がある患者で行われることが多い。

366 2) 抜管から死までの時間

367 海外の報告によると、抜管から死までの時間の中央値は0.9時間と報告されている³¹⁾。一方で、
368 数時間～数日後に亡くなる患者もいるため、家族等には不確実性を持たせた説明が必要である。
369 そして、症状緩和のための治療を継続しながら、家族等の悲しみの感情に対するサポートを並行
370 して行い、患者の状態が変化した際には、家族等にその情報を伝える。

371

372 III. 生命維持治療の終了後の症状緩和

373 1. 生命維持治療の終了後の苦痛症状とその対応の基本的な考え方

374 生命維持治療の終了の目的は、死に至るまでの期間を引き延ばすことなく、患者の苦痛を取り
375 除くことである。生命維持治療の終了後に生じる代表的な苦痛症状は、臨床的な状況により頻度
376 や程度の差はあるが、呼吸困難、疼痛、不安、せん妄、抜管後の上気道狭窄音（ストライダー）、
377 分泌物による喘鳴である。一部の症状は医原性であると同時に、これらの症状コントロールが不
378 良であることは、患者の苦痛となるだけでなく、家族等の精神的苦痛の原因ともなり得る。そ
379 のため、医療者はこれらの出現をあらかじめ予測し対応していく必要がある。しかしながら、生
380 命維持治療の終了時の症状コントロールに関する質の高いエビデンスは乏しく、経験と専門家の
381 合意に基づいて実践されているのが現状である。終末期における最適な緩和ケアを提供するため
382 のエビデンスに基づく推奨を確立するには、さらなる研究が必要な分野である^{32), 33)}。

383 最も重要なことは、患者一人一人の状態や症状の重症度が異なるため、意識レベル、臓器障害
384 の状態や程度から出現する症状を予測し、患者・家族等のニーズや嗜好を考慮しつつ、複数名の
385 医師を含めた多職種で個別的な治療方針を計画し、実践することである。症状緩和に使用される
386 代表的な薬物を表1に示す³⁴⁾。

387 1) 症状緩和における鎮痛・鎮静薬の使用の原則

388 症状緩和を目的とした鎮痛・鎮静薬の使用にあたっては、以下の原則を常に念頭に置く必要が
389 ある。

- 390 ● **必要十分な量の投与**：鎮痛・鎮静薬は、患者の苦痛が緩和されるに必要十分な量を投与す
391 る。過少投与による苦痛の残存も、過量投与による過度の鎮静も避ける。
- 392 ● **定期的な評価と調整**：薬物投与後は、その効果と副作用を定期的に評価し、患者の状態に
393 合わせて投与量を調整し続ける必要がある。deep sedation（深い鎮静）の状態であって
394 も、苦痛の評価を怠ってはならない。
- 395 ● **状況変化への柔軟な対応**：もし、生命維持治療の終了後に患者が予想に反して長く生存
396 し、バイタルサインが安定した場合は、その時点での患者の苦痛に応じて鎮痛・鎮静薬を
397 必要十分な量まで調整（減量も含む）する。患者が亡くなるまで機械的に鎮静を継続する
398 ことは適切ではない。
- 399 ● **オピオイドに上限は設けない**：疼痛や呼吸困難に対するオピオイドは、効果を認める限り
400 は患者の症状が緩和されるまで、症状に合わせて増量する。有効量に上限はない。効果が
401 ない状況では増量せず、鎮静薬の追加等を検討する。

402 ※症状緩和における薬物の使用上の注意事項

403 対象：がん・非がんを問わず、生命維持治療の終了／差し控えが検討される患者

404 目的：苦痛を緩和し、穏やかに過ごすこと

緩和ケア別編

405 保険適用：鎮静を含む一部の薬物は適応疾患、用量・用法において保険適用外の使用方法が含
 406 まれている。使用に際しては担当医の裁量と責任の下に行う。

407

408 表1 症状緩和のための薬剤

症状	薬剤	初期ポース	投与方法/必要時投与	効果発現時間
疼痛/呼吸困難 <オピオイド投与中ではない>	モルヒネ	2~5 mg 静脈内/皮下	5~10 mg/日開始 必要に応じて10~15分ごとに1~2時間量早送り 必要に応じてベースアップ	2.5~5分(静注) 5~15分(皮下)
	オキシコドン	2~5 mg 静脈内/皮下	5~10 mg/日開始 必要に応じて10~15分ごとに1~2時間量早送り 必要に応じてベースアップ	5分(静注) 10分(皮下)
	ヒドロモルフォン	0.16~0.4 mg 静脈内/皮下	0.4~0.8 mg/日開始 必要に応じて10~15分ごとに1~2時間量早送り 必要に応じてベースアップ	5分(静注) 15分(皮下)
	フェンタニル	20~50 μg 静脈内/皮下	必要に応じて5~10分ごとに0.35~0.5 μg/kgを反復	1~2分(静注)
疼痛/呼吸困難 <オピオイド投与中>	各種オピオイド	1~2時間量もしくは頓用有効量 静脈内/皮下		
せん妄	ハロペリドール	2.5~5 mg 静脈内/筋注/皮下	必要に応じて10 mg/日まで	3~20分
不安	ミダゾラム	0.01~0.06 mg/kgを1分以上かけて静脈内/皮下	必要に応じて0.03 mg/kgを5分以上空けて追加投与 総量 0.3 mg/kgまで	1~2分
気道分泌物	ブチルスコポラミン	20 mg 皮下/筋注	20 mg/回皮下注・筋注、1日数回もしくは、20~60 mg/日持続皮下注または持続静注	
	アトロピン	0.4~1 mg 静脈内/舌下/皮下	必要に応じて4~6時間ごとに反復	静注：即時 点眼：30分
悪心/嘔吐	メトクロプラミド	5~10 mg 静脈内/皮下/筋注	必要に応じて4~6時間ごとに反復	静注：1~3分 筋注：10~15分
	ハロペリドール	1.25~2.5 mg 静脈内/皮下/筋注	必要に応じて6~8時間ごとに反復	3~20分
	オランザピン	5~10 mg 筋肉内	1日2回まで 前回投与から2時間空ける	
	オンダンセトロン	4 mg 静脈内	必要に応じて反復	30分
	デキサメタゾン	4~20 mg/日 静脈内/皮下	1日1回投与または1日2回朝昼分割投与	4~6時間
吸気性喘鳴	メチルプレドニゾン	<喘息>40~125 mg 静脈内 <上気道浮腫予防>抜管12時間前から抜管まで4時間おきに20 mg 静脈内	必要に応じて40~80 mgを4~6時間ごとに追加投与	4時間以上
	ネプライザーエピネフリン液 プロカテロール吸入液ユニット プロカテロールエア一、サルブタモール等のSABA	0.3 mL ネプライザー吸入 0.3 mL ネプライザー吸入 2 push	適宜	即時

409

410

411

文献 34) より改変して転載

<https://www.emra.org/emresident/article/terminal-extubation>

412 2. 人工呼吸器終了時の症状緩和

413 人工呼吸の終了は、急激にまた直接的に呼吸状態に変化を及ぼす。透析や人工栄養の終了とは
414 異なり、終了直後から強い苦痛症状が出現する可能性があるため、一般的な症状緩和とは区別し
415 て検討する必要がある。

416 本来、鎮静薬は、適切な症状緩和薬が投与されている（例：疼痛、呼吸困難に対するオピオイ
417 ド）にもかかわらず、症状のコントロールが困難な場合にのみ使用することが大前提である。し
418 かし、鎮静薬として使用されることの多いベンゾジアゼピン系薬は、末期状態において出現しや
419 すい不安やせん妄に対する治療薬としても用いられる。そのため、実際には人工呼吸器終了時に、
420 症状緩和薬として最初からオピオイドと鎮静薬が併用されていることが多い。また、先述の通り、
421 呼吸や気道確保を人工呼吸器や気管チューブに依存している患者の場合は、強い苦痛症状の出現
422 が予測される。そのため、オピオイドや鎮静薬を抜管の前にあらかじめ投与することも検
423 討する。人工呼吸器の終了直後から強い苦痛が出現することが予想される場合、および死亡まで
424 の時間が短いと予測される場合の薬物投与については表2を参考に患者における至適投与量、投
425 与方法を個別的に検討する。

426 また、オピオイドと鎮静薬は苦痛緩和に必要十分な量を投与することが重要であり、過少でも
427 過量でも不適切である。抜管後は、呼吸困難感等の苦痛が十分に緩和されている状態が確認でき
428 るまで、医師・看護師はベッドサイドを離れずに慎重に症状を観察し、薬物を調整する必要がある。
429 なお、生命維持治療終了後に患者の状態が安定し、ある程度の子後が見込まれる場合には、
430 オピオイドと鎮静薬は患者の状態に応じて減量することも考慮する。

431 以下、各症状に対する対応について詳述する。

432 1) 呼吸困難／疼痛

433 呼吸困難は最も苦痛を感じる症状のひとつとされる。呼吸困難と疼痛に対してオピオイドが最
434 も有効であるとされるが、その具体的な投与量の指針となるエビデンスは乏しい。投与方法に関
435 しては、ボラス投与と持続静注があるが、効果発現までの時間が（早い）短いこと、蓄積によ
436 る副作用の懸念から、「ボラス・ファースト」のアプローチが支持されている。

437 オピオイド未投与の患者に対するモルヒネのボラス投与の開始用量は、2～5 mg/回であるが、
438 高齢で衰弱している患者には低用量を用いるべきである。初回のボラス投与で十分な効果が得
439 られない場合は、さらに10～15分ごとにボラス投与を行う。もしくは、オピオイドのボラ
440 ス投与に加え、5～10 mg/日で持続静脈注射を開始し、症状に合わせて増減する。オピオイドの
441 過量投与は、呼吸抑制を起こしたり、代謝産物の蓄積により二次的に症状を悪化させるリスクが
442 ある。特に、フェンタニルは安全域が狭く、投与方法によっては呼吸抑制を来すことがあるため、
443 ボラス投与の際には、少量ずつ投与する等、留意が必要である。

444 また、患者が意思表示できない場合の呼吸困難のアセスメント方法として respiratory distress
445 observation scale (RDOS) を用いた呼吸困難の客観的評価を参考にできる可能性がある（表3）

446 ^{35), 36)}。しかしながら、そもそも生命維持治療終了後はバイタルサインが異常値となること、せん
447 妄の影響があること、モニターを装着していない場合もあるので、患者の表情や仕草、家族の評
448 価等、総合的に評価することが必要である。

449 2) 不安／せん妄

450 精神症状は、生命維持治療終了後の症状を誘発したり増悪させる可能性がある。不安は呼吸困
451 難と強い相関がある。ベンゾジアゼピン系薬物の中でも、ミダゾラムは作用発現が早く持続時間
452 が短いため、過鎮静等の副作用のリスクを最小限に抑えることができる。過活動型せん妄には、
453 抗精神病薬（またはベンゾジアゼピン系薬剤）を使用する。不安・せん妄に対する鎮静目的での
454 オピオイドの使用は推奨されない。患者・家族等への予期悲嘆等、不安やせん妄の根本的な要因
455 に対処する非薬理的介入も検討する。

456 3) 気道分泌物

457 死期が近づいた患者では、気管チューブの有無にかかわらず、嚥下能力が低下し、咽頭や気管
458 に貯留した分泌物がゴロゴロという音を生じる。死前喘鳴は患者にとって苦痛ではないとする見
459 解もあるが、ベッドサイドにいる家族等にとって苦痛となる場合が多く、留意が必要である。

460 症状緩和には、患者の体位の工夫や（点滴）輸液の減量が有効な場合がある。気道分泌物の産
461 生を低下させるために、スコポラミン等の抗コリン薬の経皮、舌下、または筋肉内投与が有用
462 であるという報告がある³⁷⁾。抜管30分前にブチルスコポラミン10～20mgを皮下注射し、その
463 後、症状に応じて6時間ごとに投与するという選択肢を考慮する³⁸⁾。抗コリン薬の副作用とし
464 て、口渇、散瞳、潮紅、尿閉、便秘、不整脈、眠気、めまい、せん妄の悪化、痙攣等がみられる
465 ため、意識清明な患者への使用には注意が必要である。肺水腫による気道分泌物の出現が予測さ
466 れる場合、人工呼吸器管理の終了までに輸液の減量・終了、利尿薬の投与、透析の継続・終了に
467 ついて検討する。分泌物の吸引をする時は愛護的に口腔内等の浅部の吸引を行う。深部の吸引は
468 出血や咽頭反射を誘発し、患者・家族等の負担となる可能性があるため避ける。

469 4) 上気道狭窄/閉塞

470 上気道閉塞は急性の強い苦痛を伴う。抜管前にカフリークテストを行うことで、抜管後の喉頭
471 浮腫のリスクを評価する。上気道閉塞のハイリスク患者に対しては、予防的にステロイドを投与
472 することで抜管後喘鳴が減少したという報告がある³⁹⁾。一方で、ステロイドによるせん妄発症の
473 リスクは考慮しておく必要がある。浮腫、外傷、腫瘍により気道閉塞のリスクが高い場合、患者・
474 家族等の意向によっては、人工呼吸器管理は終了するが気管チューブ留置は継続するという選択
475 肢もある。

476

477

緩和ケア別編

478 表2 抜管後から死までに時間がない場合・抜管直後から苦痛が出現することが予想される場合

状況	モルヒネ	フェンタニル	ミダゾラム
抜管直前			
静脈内持続投与がすでに開始されている	直近効果量の2倍をポーラス投与	直近の1時間投与量の25~50%を静脈内ポーラス投与	持続投与の1時間量をポーラス投与(例:2~4mg 静脈内ポーラス)
静脈内持続投与が開始されていない	例:抜管5分前に5mg 静脈内ポーラス	例:抜管5分前に25~100 μg 静脈内ポーラス	例:抜管5分前に2~4mg 静脈内ポーラス
抜管後			
静脈内持続投与あり 抜管後	10~15分ごとに必要に応じて追加ポーラス	5~10分ごとに必要に応じてポーラス追加	直近の0.5~1時間量を5~10分ごとに追加投与
静脈内持続投与あり 頻回ポーラス必要時	持続投与速度を25~50%増加	持続投与速度を25~50%増加	持続投与速度を25~50%増加
静脈内持続投与なし 抜管後	10分ごとに呼吸困難・痛みに応じて追加	5~10分ごとに呼吸困難・痛みに応じてポーラス追加(50~100 μg)	5~10分ごとに不安・呼吸困難に応じて2~4mg追加
静脈内持続投与なし 頻回ポーラス必要時	持続投与速度を開始する	持続投与速度を開始する	持続投与速度を開始する

479 ※上記は一例であるため、実際の投与量は状況に応じて変更する。体重、年齢、病状、臓器機能障害等、患者ごとに調節する。
 480 ※新たに持続投与を開始する場合、通常は症状緩和に必要なポーラス投与量の半分から開始する(例:モルヒネ2mgで症状が緩和された場合、点滴は1mg/時間で開始し、必要に応じて増減する)。
 481
 482

483 表3 日本語版客観的呼吸困難評価スケール (Respiratory Distress Observation Scale ; RDOS)

項目	0点	1点	2点
心拍数/分(回) * インストラクション4	89以下	90~109	110以上
呼吸回数/分(回) * インストラクション4	18以下	19~30	31以上
落ち着きのなさ: 患者の合目的でない動き	無	時々軽微な動き	頻繁な動き
奇異呼吸パターン: 吸気時に腹部が陥没	無		有
呼吸補助筋の使用: 肩呼吸	無	わずかに上昇	著しく上昇
呼気終末のうめくような喉音: 荒く唸るような音(呻吟) * インストラクション5	無		有
鼻翼呼吸: 呼吸時の鼻翼の拡張・動き	無		有
恐怖におののいたような表情(苦悶表情) * インストラクション6	無		目を見開いている 顔面の筋肉が緊張している 眉間に皺が寄っている 口を開けている 歯を食いしばっている

- 484 使用インストラクション
 485 1. RDOSは患者の自己申告(訴え)に代わるものではない。
 486 2. RDOSは成人用の評価ツールである。
 487 3. RDOSは患者が筋弛緩薬を使用し、麻痺している場合には使用できない。
 488 4. 心拍数と呼吸回数は1分間数え、必要に応じて聴診する。
 489 5. 荒く唸るような音(呻吟)は、挿管中の患者でも聴診することで聴取することもできるかもしれない。
 490 6. 恐怖におののいたような表情は、右図の表情例のどれかひとつでもあてはまれば加点する。



491
 492
 493
 494 文献35)より尺度作成者の許可を得て掲載
 495 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255991.s001>

496 IV. 機械的循環補助の終了／差し控えの実際

497 循環器診療において医療・ケアチームとともに、患者・家族等と SDM を行うが、病状の末期
498 状態であっても侵襲的治療を実施することが多い。具体的には、循環器集中治療において、救命
499 を目的に生命維持装置として人工呼吸器、大動脈内バルーンポンピング (intra-aortic balloon
500 pumping, IABP)、体外膜型肺 (extracorporeal membrane oxygenation, ECMO)、補助循環用ポン
501 プカテーテル (IMPELLA)、植込み型左室補助人工心臓 (left ventricular assist device, LVAD) 等
502 が使用される。これらの機械的循環補助 (mechanical circulatory support, MCS) をはじめとした
503 高度集中治療は、重症例の救命を可能としている。さらに、植込み型 LVAD の発達は、心臓移植
504 待機患者のみならず、移植適応とならない症例の予後や QOL を改善し、植込み型 LVAD を用い
505 た永久使用目的の使用 (destination therapy, DT) も実現されている。しかし、特に移植に移行で
506 きる可能性が低いわが国においては、これら機器の離脱が難しい状況にもかかわらず、感染症や
507 臓器不全等により治療の限界を迎えた場合や次の治療選択に難渋する場合において、治療を終了
508 /差し控えることを検討することになる。現在、このプロセスにおいて倫理上解決すべき問題は
509 少なくない。

510 本ガイドラインでは、患者の苦痛緩和の観点から人工呼吸器の終了を中心に扱っているが、わ
511 が国においては、MCS 終了に関する知見は十分でなく、IMPELLA や LVAD は血栓閉塞、ECMO
512 の場合は人工肺の機能低下等が終了の条件として用いられていることを、実臨床の現場で経験し
513 ている。しかし、近年予後不明な重症患者において、積極的治療が意義を持つのかを判断するた
514 め、期限を定めて治療の効果を測る time-limited trial (TLT) の有用性が示されている。この TLT
515 が適応された場合、期間内に依存状態となり、患者の目指す治療・ケアのゴールを達成できない
516 と考えられる場合には MCS の終了を検討する。

517 本ガイドラインでは、今後の議論に向けて MCS に関してわが国より発表されたガイドライン
518 の内容を抜粋し記述するとともに、国内および海外での症例を事例集に示す。海外の事例では、
519 MCS 終了時に想定される苦痛の程度に合わせて、鎮痛薬、鎮静薬を適切に使い、苦痛をしっかり
520 取ったうえで MCS を終了している。

521

522 1. 準備

523 生命維持治療の終了／差し控えが検討される患者に対しては、まず患者の苦痛を取る緩和ケア
524 を提供するが、昇圧薬等も緩和的な治療として続行することが多い。次に治療を終了する方法に
525 ついて、患者のこれまで行ってきた ACP (事前指示書も含む) 等、患者の意向に基づき家族等と
526 相談のうえ、決定する。その際には、生命維持治療の継続が患者の尊厳を損なう恐れがあること
527 の理解が得られるよう努める。(末期状態でないにもかかわらず) 患者あるいは家族等から植込み
528 型 LVAD 駆動終了の強い要望がある場合等、医療・ケアチームで判断できない場合には、施設の
529 臨床倫理委員会にて、判断の妥当性を検討することも勧められる。

530 わが国における植込み型補助人工心臓適応適正化の考え方：Destination Therapy について、4
531 DT 患者管理ガイドライン：DT 終末期医療のガイドライン⁴⁰⁾を参照。

532

533 2. 薬物投与

534 循環器領域の最近のガイドラインにおいても鎮痛には静注オピオイド（フェンタニル、モルヒ
535 ネ）を第一選択として用いることが推奨される^{41)~43)}。鎮静薬としては、ベンゾジアゼピン系鎮
536 静薬（ミダゾラム）、プロポフォール、デクスメドミジンが一般的である^{41), 42)}。人工呼吸管理
537 中の成人患者の鎮静には、ベンゾジアゼピン系鎮静薬を使用すると非ベンゾジアゼピン系鎮静薬
538 を使用した場合と比べて人工呼吸期間、集中治療室滞在期間を延長したことが報告されており⁴⁴⁾、
539 ⁴⁵⁾、非ベンゾジアゼピン系鎮静薬を選択することが TLT の期間は好ましい可能性がある。一方
540 で、循環動態が不安定な患者に対しては、プロポフォールやデクスメドミジンに比べて血圧低
541 下が少ないミダゾラムの方が使用しやすい場合もある。プロポフォールとデクスメドミジンを
542 比較した研究では、デクスメドミジンの方が不穏やせん妄の発症は少なく意思の疎通が良好で
543 あったことが報告されているが、デクスメドミジン単独では時に鎮静効果が不十分であり⁴²⁾、
544 徐脈を来すリスクが高いことも報告されている⁴²⁾。

545 循環器領域で示されているエビデンスに関して前述したが、詳細な薬物投与方法に関しては、「緩
546 和ケア別編 III. 生命維持治療の終了後の症状緩和」を参照されたい。

547

548 V. 生命維持治療の終了に際しての家族ケアとグリーフケア

549 医療・ケアチームは、生命維持治療の終了に関わる患者・家族等への意思決定支援とともに、
550 家族等へのグリーフケアを並行して実施する必要がある。家族等は重要な存在を失うことを宣告
551 された時、事実を受け止めることができず、激しい衝撃を受けることがある。その悲しみは強く、
552 身体的症状が出現したり、通常の世界を送ることが困難になる等の苦痛を経験することがあ
553 る。日本集中治療医学会の「集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針」³⁶⁾では、
554 ケアの基盤となる中核的要素として、家族等の権利擁護、家族等の苦痛緩和、家族等との信頼関
555 係の維持、家族等が患者の状況が理解できる情報提供、家族等のケア提供場面への参加が示され
556 ている。このケアには、医療者が個別に実践する直接的アプローチと、医療・ケアチームで家族
557 等にケア提供する管理的アプローチがある。グリーフケアは、生命維持治療終了の意思決定前か
558 ら意思決定後、そして看取りに至るまで、医療・ケアチームとして家族に寄り添い続けることが
559 重要である。

560 悲嘆（グリーフ）とは、大切な人や物の喪失後に起こる様々な心理的・身体的症状を含む自然
561 な反応である。悲嘆反応としては、悲しみや孤独感等の感情的反応だけではなく、睡眠障害や食
562 欲低下等の身体的な反応も出現し得る。その程度は個人によって異なることを認識しておく必要
563 がある。悲嘆反応は多くの場合、正常な反応として現れ、時間の経過とともに減弱・適応してい

564 くが、死別直後に非常に強く出現し、遷延する場合も少なくない。集中治療室や救急外来等の特
565 殊な環境下での死別は、家族等の悲嘆を長引かせるリスクが高いとされる。遷延する悲嘆は、家
566 族等の精神的健康や QOL に悪影響を及ぼし、適切なケアがなされていれば防げたはずの医療需
567 要につながる可能性がある。

568 患者の差し迫った死によって引き起こされる家族等の予期悲嘆は、喪失への適応プロセスにお
569 いて重要かつ必要な部分であると考えられている。そのため、患者の死を意識する段階から、予
570 期悲嘆のケアも含め、家族等の喪失に対する適応プロセスを支援するためのグリーフケアを実施
571 することが重要である。

572

573 【家族等へのグリーフケアの内容】

574 1. 意思決定に関する話し合いの前

575 1) 家族等とのコミュニケーションを図る

576 家族等とコミュニケーションを図り、その言動から家族等の全体像を把握する。対話の中で家
577 族等の心理状況や患者の状況をどのように認識しているのかを読み取り、家族間の関係性や意思
578 の相違の有無、相談できる他の家族等の存在を確認する。

579 2) 代弁する家族等の思いの推測と情緒的支援

580 代弁に伴う家族等の精神的苦痛や重圧を推しはかり、その過程で語られる感情や悲しみ、苦し
581 みに対し、NURSE のコミュニケーションスキル⁶⁾等を用いて受容的に関わる。また、医療・ケ
582 アチームが患者だけでなく家族等のことも気にかけていることを伝え、労いの言葉をかけること
583 も重要である。また、家族等から患者の人となりを知ることは、患者の価値観を引き出すことが
584 できると同時に、家族等の心のケアにもつながる。

585 3) 家族等が安心感を持つための支援

586 患者の身なりとベッド周囲の環境を整え、面会時には家族等のいない間の患者の様子を伝える。
587 患者の苦痛緩和のためのケアが実施されていることを伝え、安心を促す。また、家族等の体力の
588 消耗を防ぐため、休息できるような環境を提供する。

589 4) 医療・ケアチームとしての情報共有

590 病状説明の前に、医療・ケアチームで説明する内容を確認する。家族等から得られた情報や家
591 族等の心理状況を共有しつつ、家族等が理解しやすい説明の仕方を考える。知り得た情報は記録
592 しチームで共有する。

593

594

595 2. 意思決定に関する話し合いの間

596 1) 家族等への情緒的支援

597 家族等のそばに寄り添い、話を傾聴し、思いを表出できるよう促す。

598 2) 家族等が現実を受け入れて意思決定するための支援

599 説明内容の理解度を確認し、必要に応じて補足説明を行う。家族等と関わる時間を持ち、時間
600 経過に伴う家族等の心理状況の変化、現状に対する受容の度合い、治療やケアに対する充足感等
601 を確認していく。

602 3) 家族等が現実を認識するための支援

603 家族等の認識と現実とのずれをなくすために、医療・ケアチームで説明内容や対応方針を共有
604 する。また、患者の状態を実際に確認してもらい、状況を丁寧に説明する。家族等の認識が現状
605 とかけ離れている場合は、その認識を否定せず、なぜそのような認識に至ったのか、現状の理解
606 を困難にしている要因は何かを丁寧に確認していく。

607

608 3. 意思決定に関する話し合いの後

609 1) 意思決定後の感情的な支援

610 治療方針の決定後も、「本当に治療を終了してよいのか？」と家族等に迷いが生じたりした場合
611 は、その揺れは当然のことであると伝え、揺れ動く気持ちに寄り添う。また、家族等に自分を責
612 めるような発言がみられる場合は、患者の意思や最善を考慮したうえでの方針決定であったこと
613 を家族等とともに確認する。

614 2) 残された時間を家族等と過ごすための支援

615 医療・ケアチームで相談し、患者の尊厳を守り、できる限り患者らしさを保つためのケア（顔
616 貌の変化への配慮等）を行う。家族等の心残りをできるだけ減らせるように、医療・ケアチーム
617 は患者と家族等が望むケアや環境を提供し、家族等と患者がともに時間を過ごせるように配慮す
618 る。また、家族等の希望があれば、保清等のケアを一緒に行う。家族等の面会時には医療・ケア
619 スタッフも同席し、患者への声かけやタッチングを促し、患者と家族等の思い出話に耳を傾ける。

620

621 <ケアの具体例>

622 (1) 患者個人を尊重するケア

- 623 ● 好きな衣服・帽子・お気に入りの布団や枕を持ち込む。
- 624 ● 好きな音楽をかけたり、好きなアロマをたく。
- 625 ● 入浴、洗髪、マッサージを行う。
- 626 ● 思い出の写真をベッドサイドに飾る。

- 627 ● 誕生日や記念日のお祝いをする。
- 628 ● 好きな飲み物を味わう（スワブで口腔ケアをする）。

629 (2) 家族等とのつながりを意識したケア

- 630 ● 面会制限を緩和し、会いたい人との時間を設ける。
- 631 ● 可能な範囲でペットとの面会を検討する。
- 632 ● 電話やビデオ通話を活用し、家族等とのコミュニケーションを促進する。
- 633 ● 患者が希望する場合、家族等への手紙作成等をサポートする。
- 634 ● 保清等のケアに家族等に参加してもらう（例えば、家族等に患者の顔や手を濡れタオルで
- 635 拭いてもらう。呼吸不全のある患者の場合は、患者の顔に送風をすることで、呼吸困難が
- 636 和らぐことがあると伝えて、効果があれば、うちわやモバイル型の扇風機を使って家族か
- 637 ら患者へ送風してもらう）。

638 (3) 死後を意識したケア

- 639 ● 患者や家族等の希望があれば、集合写真を撮影する。
- 640 ● 形見として、手型のスタンプを作ったり、髪の毛を切った一部を残したりすることを提
- 641 案・支援する。
- 642 ● 遺言書・葬儀・相続・寄付等の気かりについて家族等と情報共有し、必要に応じて専門
- 643 家への相談を促す。
- 644 ● 臓器提供の意思がある場合は、臓器移植ネットワークへ相談する。

645

646 4. 生命維持治療の終了前

- 647 ● 生命維持治療を終了する前に、その後に予測される患者の変化について説明する。
- 648 ● 家族等の希望があれば、治療終了の瞬間に立ち会うことが可能であることを伝える。
- 649 ● 生命維持治療の終了後から死亡までの時間は、数分～数日と幅があり、患者によって異なる。予後は不確実であることを家族等に説明し、理解を得る。
- 650
- 651 ● 終了後に患者の気道狭窄症状や喘鳴等の苦痛が出現した場合には、症状に応じた対応を実
- 652 施することを説明する。
- 653 ● 終了後も患者の安寧・安楽に努めていること、適宜情報提供を行うこと、患者の側にいる
- 654 ことができること、患者のケアは継続して行われることを家族等に伝える。
- 655 ● 抜管時に付き添いの希望があれば、治療終了の瞬間に立ち会うことが可能であることを伝
- 656 える。
- 657 ● 抜管時に付き添いを希望しない場合は、抜管時には一度退室していただき、鎮痛薬等で抜
- 658 管直後の苦痛がないことを確認してから、すぐに家族等に入室してもらうように調整す
- 659 る。

660

661 5. 臨終時

- 662 ● 死亡宣告時に立ち会いを希望する、あるいは立ち会うことが望ましいと考えられる家族等
663 が事前に待機できるよう、患者の状態を医療・ケアチームで共有し、家族等とコミュニケ
664 ーションをとる。
- 665 ● 家族等と患者が過ごす時間が確保できるように配慮する。同時に、家族等が孤独を感じな
666 いように、医療者も適宜同席する等の配慮を行う。
- 667 ● 面会する家族等に不要な衝撃を与えないように、患者の外観を整え、部屋の環境（音、に
668 おい、体液等による汚染がないか）に配慮する。
- 669 ● 死後の処置への参加希望を家族等に確認する。参加しない場合でも、患者に着せたい衣服
670 がないか等、家族等の希望を確認する。また髭剃りやメイク、ネイル等、一部のケアへの
671 参加も可能であることを説明する。

672

673 6. 死別後

674 下記の内容は、各施設の方針やリソースを踏まえて検討を推奨する項目である。

- 675 ● 家族等にグリーフケアに関する情報が書かれたパンフレットをわたす。
- 676 ● 入院中の治療のプロセスで質問があればそれに答え、後悔等の思いが語られた場合は傾聴
677 する。
- 678 ● 死別後の1～2週間を目安に電話で家族等の様子を確認することを検討する。
- 679 ● 悲嘆による身体症状が出現している場合や、遷延性悲嘆が予想される場合には、精神科や
680 心療内科の外来で対応することができる旨を伝える。

681

682 VI. 医療者へのケア

683 患者の生命維持治療の終了からその後の看取りまでのプロセスは、患者・家族等だけでなく、
684 医療者にも様々な心理的影響をもたらす。その影響は必ずしも肯定的なものだけではなく、バー
685 ンアウト（燃え尽き症候群）や離職につながるようなネガティブな影響を及ぼす場合もある。そ
686 のため、医療者がセルフケア能力を習得すること、および組織的な支援体制を構築することが重
687 要である。

688 1. 生命維持治療の終了や看取りのプロセスが医療者にもたらす影響

689 生命維持治療の終了に関わる話し合いや、死にゆく患者・家族等をケアすることは、医療者に
690 大きな心理的苦痛をもたらす。以下に、医療者が経験することが多いとされる心理的苦痛につい
691 て示す。

692

693 1) モラルディストレス(moral distress)

694 生命維持治療を終了することが医療者自身の価値観に反する場合、あるいは終了の決定のプロ
695 セスに納得ができない場合、医療者は強い葛藤を抱くことがある。このような心理状況は、モラ
696 ルディストレスと呼ばれる。モラルディストレスとは、自分が正しいと信じていること、あるいは行
697 うべきことと認識していることが、他者の価値観と対立したり、組織の制度や制約等によって実
698 行が不可能となる場合に生じる、不満や怒り、失望等の感情を抱く状態⁴⁶⁾である。その根底には、
699 倫理的な葛藤やジレンマがあるとされる。医療者の中でも、特に看護師が経験しやすいとされる。

700 2) 共感疲労(compassion fatigue)

701 多くの医療者は、治療やケアの専門家として第三者的な立ち位置で患者・家族等に向き合っ
702 ている。しかしながら、医療者も人間であり完全に感情を切り離すことは困難である。患者・家族
703 等に対して、特に強い苦痛を抱える者に対して、思いやりや共感、同情の気持ちは大きくなると
704 される⁴⁷⁾。このような心理は、患者・家族等に対するケアの原動力となる一方で、治療の甲斐な
705 く患者の死や病状悪化を繰り返し経験することにより、医療者は次第に身体的疲労感や無力感や
706 希望のなさ等の心理的疲弊感を抱えるようになり⁴⁸⁾、共感疲労の状態に陥ることがある。

707 3) 心的外傷後ストレス症(PTSD)⁴⁹⁾

708 PTSD(post traumatic stress disorder)とは、生死に関わるような出来事を体験し、強い衝撃を受
709 けた後、その体験の記憶が当時の恐怖や無力感とともに自身の意思とは無関係に思い出され、あ
710 たかもその出来事が続いているような現実感が生じる状態である。

711 PTSDには以下の4つの特徴的な症状がある。

712 (1) 侵入症状(追体験症状)

713 暴力的な出来事の記憶が突然思い出されたり、悪夢として繰り返し現れ、その場面に連れ戻
714 されたりするよう感じ、その時と同様の感情が蘇ること。

715 (2) 覚醒症状

716 易怒的、無謀・自己破壊的行動をとる、過剰な警戒心、ちょっとした刺激にもひどく驚く(驚
717 愕反応)、集中困難等が生じる。

718 (3) 回避・麻痺症状

719 暴力的な出来事の記憶そのものが抜け落ちる、暴力的な出来事の話や出来事の現場あるい
720 は喚起させるものを避ける等の行動がみられる。これにより、行動や交流が制限され、社会生
721 活に支障を来す場合もある。

722 (4) 気分と認知の陰性変化

723 必要以上に自分を責める、周囲の人々に不信感を抱く、興味・関心の喪失、孤立感または疎
724 遠感等の陰性感情が持続する。

725 なお、心的外傷的出来事への曝露から1か月以内に生じるこれらの症状は、急性ストレス症
726 (acute stress disorder, ASD)と呼ばれる。

727 4) 二次的外傷性ストレス(STS)

728 自身が暴力的な出来事を直接経験していないにもかかわらず、暴力的な経験をした当事者と同
729 様のストレス反応を示すことを STS(secondary traumatic stress)と呼ぶ。主に暴力的な出来事の
730 被害者を支援する医療者やカウンセラー等に生じることが多い。症状としては PTSD と同様な症
731 状であり、意図せず繰り返し患者について考える、睡眠障害、疲労、身体症状、過覚醒、ストレ
732 ス反応の増加、不安、うつ病、感情的になる場合がみられる。先述の共感疲労と近接した概念で
733 あるが、STS の関連因子が暴力的な出来事に限定されている点で、共感疲労とは区別される⁵⁰⁾。
734 ⁵¹⁾。

735 5) バーンアウト(burn out、燃え尽き症候群)

736 前述したモラルディストレス、共感疲労、PTSD や STS に加え、職場環境や職場風土、職場の
737 人間関係、過剰な業務といった仕事に関連するストレスが持続的に生じている場合、バーンアウト
738 (燃え尽き症候群)に至るリスクが高まる⁵²⁾。医療者は、患者・家族等の気持ちを思いやり、そ
739 の振舞いを受け入れ、時には私的な問題にまで分け入って問題を解決していくことが求められる
740 場合があり、多大な情緒的なエネルギーを消費する。このプロセスで、情緒的に力を消耗してし
741 まった状態(疲弊感)に陥ってしまう。このような疲弊した状況が持続すると、次第に仕事に対
742 する熱意や関心を失い、患者や同僚に対して心理的な距離を置くようになる(シニシズム)。さら
743 に疲弊感、シニシズムが持続すると、提供する医療やケアの質が低下していき、医療者自身がそ
744 の質の低下を自覚することにより仕事に対する自信ややりがいを失っていく(職務効力感の低
745 下)⁵³⁾。この連鎖的な心的反応がバーンアウトである。バーンアウトは、心理的側面だけでなく、
746 自律神経系の変調等、身体的側面にも影響を及ぼすとされる⁵⁴⁾。

747

748 2. 医療者が経験する心理的負担に対するケア

749 医療者が経験する様々な心理的負担を軽減するためには、医療者個人のセルフケアと組織的な
750 支援体制の整備が必要である。

751 1) 医療者自身が行うセルフケア

752 まず、生命維持治療の終了/差し控え等の倫理観や価値観が強く関わる問題に向き合うことや、
753 その後の看取りのケアを行うことは、一般的に大きな負荷がかかるということを医療者自身が認
754 識する必要がある。そのうえで、医療者自身が現在どのような心理的状态にあるのかをセルフモ
755 ニタリングすることが重要である⁵³⁾、⁵⁵⁾。また、以下のようなセルフケアも、心理的負担の軽減
756 に有効である可能性がある⁵⁶⁾~⁵⁸⁾。

- 757 ● 日記をつける

- 758 ● 適度な運動をする
- 759 ● 健康的な食事
- 760 ● 瞑想やヨガによるマインドフルネス
- 761 ● 音楽療法

762 2) 部署や病院施設が組織的に行う支援

763 モラルディストレスやバーンアウトは職場環境の要因が大きく関与するため、医療者個人の努
 764 力だけで予防することには限界がある。そのため、組織としての体系的な支援が不可欠である。
 765 具体的には、以下のような取り組みが有効とされている^{41), 56), 58) ~60)}

- 766 ● 適切な人員配置と仕事量の管理、調整
- 767 ● 良好なチームワークとコミュニケーションを促進する職場環境の整備
- 768 ● レジリエンスを高めることと、医療者としての成長のためのトレーニングや能力開発
- 769 ● 困難事例やストレスフルな出来事の後に行うデブリーフィング（振り返りや感情の共有の
 770 機会）の実施
- 771 ● スタッフの心理的状況に関する定期的なスクリーニングの実施
- 772 ● 外部チーム（緩和ケアチーム、倫理委員会、様々な支援窓口）と連携したカンファレンス
 773 の開催や、相談できる体制の整備

774

775 <医療者の心理的状況のスクリーニングに有用とされている評価尺度>

- 776 ● モラルディストレス
 777 Measure of Moral Distress for Health care Provider (MMHP)⁶¹⁾
- 778 ● モラルレジリエンス（モラルディストレスに晒されても自身の道徳的価値観を維持した
 779 り、その状況をバネにさらに成長する能力）
 780 Rushton Moral Resilience Scale (RMRS)⁶²⁾
- 781 ● 共感疲労
 782 看護師：Japanese version of the Professional version of the ProQOL for Nurses (ProQOL-
 783 JN)⁶³⁾
- 784 ● バーンアウト
 785 Maslach Burnout Inventory-General Survey(MBI-GS)⁶⁴⁾
 786 Burnout Assessment Tool (BAT-J)⁶⁵⁾
 787 Japanese Burnout Scale (JBS)⁶⁶⁾

788

789

790

791

792 参考文献

- 793 1) Ito K, George N, Wilson J, et al. Primary palliative care recommendations for critical care clinicians. J
794 Intensive Care 2022;10:20.
- 795 2) Yokomichi N, Morita T, Nitto A, et al. Validation of the Japanese Version of the Edmonton Symptom
796 Assessment System-Revised. J Pain Symptom Manage 2015;50:718-23.
- 797 3) 日本医師会. 新版 がん緩和ケアガイドブック. 2019[cited 2025 Dec 17].
798 Available from: https://www.med.or.jp/dl-med/etc/cancer/cancer_care_1-3.pdf
- 799 4) Sakurai H, Miyashita M, Imai K, et al. Validation of the Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) -
800 Japanese Version. Jpn J Clin Oncol 2019;49:257-62.
- 801 5) Chapman DK, Collingridge DS, Mitchell LA, et al. Satisfaction With Elimination of all Visitation Restrictions
802 in a Mixed-Profile Intensive Care Unit. Am J Crit Care 2016;25:46-50.
- 803 6) かんわとーく. NURSE. [cited 2025 Dec 17].
804 Available from: https://kanwatalk.jp/wp/wp-content/uploads/2023/09/NURSE_2023.pdf
- 805 7) かんわとーく. SPIKES. [cited 2025 Dec 17].
806 Available from: https://kanwatalk.jp/wp/wp-content/uploads/2023/09/SPIKES_2023.pdf
- 807 8) かんわとーく. REMAP. [cited 2025 Dec 17].
808 Available from: https://kanwatalk.jp/wp/wp-content/uploads/2023/09/REMAP_2023.pdf
- 809 9) 筑波大学医学医療系緩和支援治療科. SICP (Serious Illness Care Program) とは. [cited 2025 Dec 17].
810 Available from: <https://palliative.md.tsukuba.ac.jp/sicp/index.html>
- 811 10) 日本緩和医療学会 専門的・横断的緩和ケア推進委員会. 緩和ケアチーム活動の手引き 追補版 救急集中治
812 療領域の緩和ケア 2025年5月. [cited 2025 Dec 17].
813 Available from: https://www.jspm.ne.jp/files/active/kyuukyuu-chiryu_v1.pdf
- 814 11) Nassar Junior AP, Besen BAMP, Robinson CC, et al. Flexible Versus Restrictive Visiting Policies in ICUs: A
815 Systematic Review and Meta-Analysis. Crit Care Med 2018;46:1175-80.
- 816 12) Rosa RG, Falavigna M, da Silva DB, et al; ICU Visits Study Group Investigators and the Brazilian Research in
817 Intensive Care Network (BRICNet). Effect of Flexible Family Visitation on Delirium Among Patients in the
818 Intensive Care Unit: The ICU Visits Randomized Clinical Trial. JAMA 2019;322:216-28.
- 819 13) Sprung CL, Cohen SL, Sjobqvist P, et al; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive
820 care units: the Ethicus Study. JAMA 2003;290:790-7.
- 821 14) Pearlman RA, Cain KC, Patrick DL, et al. Insights pertaining to patient assessments of states worse than
822 death. J Clin Ethics 1993;4:33-41.
- 823 15) Patrick DL, Starks HE, Cain KC, et al. Measuring preferences for health states worse than death. Med Decis
824 Making 1994;14:9-18.
- 825 16) Rubin EB, Buehler AE, Halpern SD. States Worse Than Death Among Hospitalized Patients With Serious
826 Illnesses. JAMA Intern Med 2016;176:1557-9.
- 827 17) Breen CM, Abernethy AP, Abbott KH, et al. Conflict associated with decisions to limit life-sustaining
828 treatment in intensive care units. J Gen Intern Med 2001;16:283-9.
- 829 18) Abbott KH, Sago JG, Breen CM, et al. Families looking back: one year after discussion of withdrawal or
830 withholding of life-sustaining support. Crit Care Med 2001;29:197-201.
- 831 19) Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al; Conflicus Study Investigators and for the Ethics Section of the
832 European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflicus
833 study. Am J Respir Crit Care Med 2009;180:853-60.
- 834 20) Wendler D, Rid A. Systematic review: the effect on surrogates of making treatment decisions for others. Ann
835 Intern Med 2011;154:336-46.
- 836 21) Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK, et al. Information needs in terminal illness. Soc Sci Med 1999;48:1341-52.

- 837 22) Azoulay E, Chevret S, Leleu G, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate
838 communication with physicians. *Crit Care Med* 2000;28:3044-9.
- 839 23) Pochard F, Azoulay E, Chevret S, et al; French FAMIREA Group. Symptoms of anxiety and depression in
840 family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Crit Care*
841 *Med* 2001;29:1893-7.
- 842 24) Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining
843 treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003;290:1166-72.
- 844 25) Schuster RA, Hong SY, Arnold RM, et al. Investigating conflict in ICUs-is the clinicians' perspective enough?
845 *Crit Care Med* 2014;42:328-35.
- 846 26) Prendergast TJ. Resolving conflicts surrounding end-of-life care. *New Horiz* 1997;5:62-71.
- 847 27) Garros D, Rosychuk RJ, Cox PN. Circumstances surrounding end of life in a pediatric intensive care unit.
848 *Pediatrics* 2003;112:e371.
- 849 28) Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, et al; American Academy of Critical Care Medicine. Recommendations
850 for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College [corrected] of
851 Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 2008;36:953-63.
- 852 29) Cooke CR, Hotchkiss DL, Engelberg RA, et al. Predictors of time to death after terminal withdrawal of
853 mechanical ventilation in the ICU. *Chest* 2010;138:289-97.
- 854 30) Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006;56:84-
855 103;quiz 104-5.
- 856 31) Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, et al. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures.
857 *Intensive Care Med* 2016;42:1003-17.
- 858 32) Ortega-Chen C, Van Buren N, Kwack J, et al. Palliative Extubation: A Discussion of Practices and
859 Considerations. *J Pain Symptom Manage* 2023;66:e219-31.
- 860 33) Mazzu MA, Campbell ML, Schwartzstein RM, et al. Evidence Guiding Withdrawal of Mechanical Ventilation
861 at the End of Life: A Review. *J Pain Symptom Manage* 2023;66:e399-426.
- 862 34) Cassone M, Stoltzfus G, Melnychuk E. Terminal Extubation in the ED: Palliative Care in EM. 2020[cited
863 2025 Dec 17]. Available from: <https://www.emra.org/emresident/article/terminal-extubation>
- 864 35) Sakuramoto H, Hatozaki C, Unoki T, et al. Translation, reliability, and validity of Japanese version of the
865 Respiratory Distress Observation Scale. *PLoS One* 2021 Aug 11;16:e0255991.
- 866 36) 日本集中治療医学会. 集中治療領域における終末期患者家族のこころのケア指針. 2011年5月 [cited 2025
867 Dec 17]. Available from: <https://www.jsicm.org/pdf/110606syumathu.pdf>
- 868 37) van Esch HJ, van Zuylem L, Geijteman ECT, et al. Effect of Prophylactic Subcutaneous Scopolamine
869 Butylbromide on Death Rattle in Patients at the End of Life: The SILENCE Randomized Clinical Trial. *JAMA*
870 2021;326:1268-76.
- 871 38) Jameton A. What Moral Distress in Nursing History Could Suggest about the Future of Health Care. *AMA J*
872 *Ethics* 2017;19:617-28.
- 873 39) Kuriyama A, Umakoshi N, Sun R. Prophylactic Corticosteroids for Prevention of Postextubation Stridor and
874 Reintubation in Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Chest* 2017;151:1002-10.
- 875 40) 日本臨床補助人工心臓研究会. DT 患者管理ガイドライン : DT 終末期医療のガイドライン. [cited 2025
876 Dec 17]. Available from: <https://www.jacvas.com/view-dt/>
- 877 41) 日本循環器学会, 日本心不全学会. 2021年改訂版 循環器疾患における緩和ケアについての提言. [cited
878 2025 Dec 17].
879 Available from: https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2021/03/JCS2021_Anzai.pdf
- 880 42) 日本集中治療医学会 J-PAD ガイドライン作成委員会. 日本版・集中治療室における成人重症患者に対する
881 痛み・不穏・せん妄管理のための臨床ガイドライン. *日集中医誌* 2014;21: 539-79.

- 882 43) Barr J, Fraser GL, Puntillo K, et al; American College of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines
883 for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit. *Crit Care Med*
884 2013;41:263-306.
- 885 44) Riker RR, Shehabi Y, Bokesch PM, et al; SEDCOM (Safety and Efficacy of Dexmedetomidine Compared
886 With Midazolam) Study Group. Dexmedetomidine vs midazolam for sedation of critically ill patients: a
887 randomized trial. *JAMA* 2009;301:489-99.
- 888 45) Jakob SM, Ruokonen E, Grounds RM, et al; Dexmedetomidine for Long-Term Sedation Investigators.
889 Dexmedetomidine vs midazolam or propofol for sedation during prolonged mechanical ventilation: two
890 randomized controlled trials. *JAMA* 2012;307:1151-60.
- 891 46) Mottaghi S, Poursheikhali H, Shameli L. Empathy, compassion fatigue, guilt and secondary traumatic stress
892 in nurses. *Nurs Ethics* 2020;27:494-504.
- 893 47) 日本精神神経学会監修. 高橋三郎, 大野裕監訳. DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医
894 学書院; 2023.
- 895 48) Barleycorn D. Awareness of secondary traumatic stress in emergency nursing. *Emerg Nurse* 2019;27:19-22.
- 896 49) Henderson A, Jewell T, Huang X, et al. Personal trauma history and secondary traumatic stress in mental
897 health professionals: A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2025;32:13-30.
- 898 50) Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001;52:397-422.
- 899 51) Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int*
900 2009;14:204-20.
- 901 52) Bayes A, Tavella G, Parker G. The biology of burnout: Causes and consequences. *World J Biol Psychiatry*
902 2021;22:686-98.
- 903 53) Equipping Health & Social Services for Equity. Trauma- & Violence-Informed Care and Provider Well-Being.
904 [cited 2025 Jan 10].
905 Available from: https://equiphealthcare.ca/files/2023/09/EQUIP_GTV_ProviderWellbeing_Fall2023.pdf
- 906 54) Canadian Medical Association. Compassion fatigue: Signs, symptoms, and how to cope. [cited 2024 Dec 29].
907 Available from: [https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/content/compassion-fatigue-signs-symptoms-and-](https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/content/compassion-fatigue-signs-symptoms-and-how-cope)
908 [how-cope.](https://www.cma.ca/physician-wellness-hub/content/compassion-fatigue-signs-symptoms-and-how-cope)
- 909 55) Kerr N. Mindfulness Self-Care Strategies for Clinicians #316. *J Palliat Med* 2016;19:1226-7. [cited 2025 Dec
910 17]. Available from: <https://www.mypcnow.org/fast-fact/mindfulness-self-care-strategies-for-clinicians/>
- 911 56) EJRC Review. An Official Critical Care Societies Collaborative Statement. [cited 2025 Dec 17].
912 Available from: <https://www.esicm.org/article-review-burnout-syndrome-ejrc-may-2017/>
- 913 57) Campbell ML, Weissman DE, Nelson JE. Palliative care consultation in the ICU #253. *J Palliat Med*
914 2012;15:715-6. [cited 2025 Dec 17]. Available from: [https://www.mypcnow.org/fast-fact/palliative-care-](https://www.mypcnow.org/fast-fact/palliative-care-consultation-in-the-icu/)
915 [consultation-in-the-icu/](https://www.mypcnow.org/fast-fact/palliative-care-consultation-in-the-icu/)
- 916 58) Isaac ML, Sullivan DR. Palliative care: Issues in the intensive care unit in adults. December 4, 2024 [cited
917 2024 Dec 20].
918 Available from: [https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-adults/print?search=ICU%20%20palliative&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=1)
919 [adults/print?search=ICU%20%20palliative&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-adults/print?search=ICU%20%20palliative&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=1)
920 [&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-issues-in-the-intensive-care-unit-in-adults/print?search=ICU%20%20palliative&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=1)
- 921 59) 令和4年度厚生労働省厚生労働行政推進調査事業費補助金(厚生労働科学特別研究事業)「長時間労働医師
922 への健康確保措置に関するマニュアルの改訂のための研究」研究班. 長時間労働医師への健康確保措置に関する
923 マニュアル(改訂版). 2024 [cited 2024 Dec 29].
924 Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/001214392.pdf>
- 925 60) 日本循環器学会, 日本心臓血管外科学会, 日本心臓病学会, 他. 2023年 JCS/JSCVS/JCC/CVIT ガイドラ
926 イン フォーカスアップデート版 PCPS/ECMO/循環補助用心内留置型 ポンプカテーテルの適応・操作. [cited
927 2025 Dec 17].

- 928 Available from: https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2023/03/JCS2023_nishimura.pdf
- 929 61) Fujii T, Katayama S, Miyazaki K, et al. Translation and validation of the Japanese version of the measure of
- 930 moral distress for healthcare professionals. *Health Qual Life Outcomes* 2021;19:120.
- 931 62) Wataya K, Ujihara M, Kawashima Y, et al. Development of the Japanese Version of Rushton Moral Resilience
- 932 Scale (RMRS) for Healthcare Professionals: Assessing Reliability and Validity. *J Nurs Manag* 2024;7683163.
- 933 63) 福森崇貴, 後藤豊実, 佐藤 寛. 看護師を対象とした ProQOL 日本語版 (ProQOL-JN) の作成. *心理研*
- 934 2018;89:150-9.
- 935 64) 北岡 (東口) 和代, 荻野佳代子, 増田真也. 日本版 MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General
- 936 Survey) の妥当性の検討. *心理研* 2004;75:415-9.
- 937 65) 慶應義塾大学総合政策学部島津明人研究室. 日本語版バーンアウト・アセスメント尺度 (BAT-J). [cited
- 938 2025 Dec 17]. Available from: <https://hp3.jp/tool/bat-j>
- 939 66) 田尾雅夫. ヒューマン・サービスにおけるバーンアウトの理論と測定. *京都府立大学学術報告 (人文)*
- 940 1987;39:99-112.
- 941