

日本慢性期 JAPAN ASSOCIATION OF MEDICAL AND CARE FACILITIES 医療協会誌

98

vol.23 2015.4 隔月号

[特集1] 第22回
日本慢性期医療学会 (後編)

[特集2] 平成27年度
介護報酬改定を読む



パネルディスカッション

Living Willは何故普及しないのか? 在宅死を増やせないのか?
～高齢者ケアの意思決定プロセスガイドライン～

日本慢性期医療協会副会長・定山溪病院院長 中川翼

- * 終末期の意思決定には、常日頃の家族間の話し合いが大切
- * 終末期について、患者(家族)と医療者間の話し合いはかなり広がっているとの印象

- 司会 : 中川 翼氏 (定山溪病院院長)
: 長尾和宏氏 (長尾クリニック理事長)
- シンポジスト : 多田 光氏 (あきしま相互病院理学療法士)
: 坂本勇二郎氏 (坂本病院理事長・院長)
: 木下牧子氏 (光風園病院副理事長)
: 宮城島正行氏 (聖隷クリニック南大沢所長)

はじめに

熊本学会のメインテーマは、「最期まで満足する介護・看護・医療」であった。このパネルディスカッションも、このメインテーマの流れで考えられたものであったと推測している。それにしても、テーマ全体には多様な内容が含まれている。熊本学会の事務局の意向で演者はすべて一般公募で選ばれた。司会を担当する小生としてはどのような演者が選考されてくるのか、いささか不安でもあり、反面大いに楽しみでもあった。

以下、発表順に演者の発表内容を紹介したい。

あきら 多田光氏
(東京都昭島市 あきしま相互病院、理学療法士)

- * 多田氏は、「療養型病院における終末期ケアの取り組み～ご家族満足調査を実施して～」と題してお話しされた。
- * あきしま相互病院は、107床の医療療養病棟の病院。
- * 2011年から院内に終末期ケア委員会が発足し、終末期ケアに取り組んできた。
- * 死亡退院数は、2007年40名、2013年113名と増加。
- * 可能な限り最期まで、入浴、リハビリに取り組んでいる。

- * 患者さんのベッドサイドに「療養ノート」を置き、日ごろ十分にお話ができないことを医療者が書き、家族に伝えるようにしている。家族からの書き込みもあり貴重な情報源となっている。(表1)
- * 2013年に亡くなった患者家族にアンケートを取ったところ、入浴、リハビリ、療養ノート、トータルとしての看取り満足度について10点満点で8～9点と満足度が高かった。
- * 終末期の入浴、離床等は常にリスクを伴うが、ご本人の意思、ご家族の意思、リスクの3者のバランスをいかに取るかが大切である。
- * 終末期の対応が在宅へ移行できない理由の一つは医療機関と家族との信頼関係の構築が不十分な現状がある。今後は在宅生活を支える訪問診療も開始を検討している。

表1 療養ノート(多田氏発表)

* 終末期ケア:ご家族とのコミュニケーションは必要不可欠

・ご家族に直接説明できることがベスト
・しかし、十分な時間をかけて丁寧に説明することは難しい実情

↓

ご本人の療養生活の様子をご家族に伝える目的で『療養ノート』を作成

・ご家族との交換ノートとしての役割
・貴重な情報源、ご本人の成育歴等

表2 「在宅死は理想かもしれないが、困難な場合も多い」その根拠
(医療療養1の病棟、60床の分析から)
(木下氏発表)

- ① がん末期患者が45% →緩和ケアが重要
- ② 非がん患者では重症合併疾患が多い(93%) →疾患管理が重要
- ③ 一人暮らし、夫婦二人暮らしが多い(51%) →介護力が必要
- ④ 認知症・意識障害合併が多い(74%) →専門的介護が必要
- ⑤ ADLはベッド上が多い(72%) →介護力が必要

とても内容のある発表であった。理学療法士の職にある多田氏がこのテーマに応募されてきたことから、この病院では全病院的に終末期の取り組みが行われていると想像した。おそらく、多田氏も「終末期ケア委員会」で活躍されているに違いない。

坂本勇二郎氏
(大阪府豊中市 坂本病院理事長・院長、医師)

- * 誰も、そこには自由があるから、最期まで住み慣れた自宅で過ごしたい、と思っている。
- * 元気うちに自分の終末期の意思を決めておく方法もあろう。しかし、終末期の苦しみをすべて想定して決めておけるだろうか。
- * 最期にどこで死ぬか、何をするかはあくまで手段であり、目的ではない。
- * 目的は本人にとっては「まず苦しみを避けたい」、「生きているうちは生きがいがほしい」であり、家族にとっては「負担を減らしたい」、「最後の納得感がほしい」のである。
- * 親の介護は「同居家族が減ったこと」、「共働きが増えたこと」で困難となり、介護は道徳ではなくビジネスになった。
- * 高齢者の終末期で大切なことは「運動能力低下に伴う合併症である廃用症候群の予防」、「嚥下能力低下に伴う合併症である低栄養・脱水の対策」、「呼吸管理」、「誤嚥性肺炎関連の予防と治療」である。
- * 最期はどこで看取することもできる。しかし、その過程や内容が自宅と病院では異なると思う。

なかなか話しにくいことを歯切れよくお話しいただいた。医療的な判断を家族にしてもらおう際の医療側のアプローチ方法、選択肢の適切な提示が求められよ

う。また、どのような判断を家族が行っても、医療的に許容範囲であればそれを十分尊重する姿勢が医療側に求められる。

木下牧子氏
(山口県下関市、光風園病院副理事長、医師)

- * 木下先生は「人は自宅で豊かな死を迎えられるか～療養病棟での看取りの振り返りから～」と題してお話しされた。
- * その中で在宅死は理想かもしれないが、困難な場合も多いと話され、その根拠を自験例(自院療養病棟I、60床の2013年の死亡例の分析)から下記のように挙げた。
- * 根拠: ①がん末期患者が45% →緩和ケアが重要 ②非がん患者では、重症合併症が多い(93%) →疾患管理が必要 ③一人暮らしや、夫婦二人暮らしが多い(51%) →介護力が必要 ④認知症や意識障害合併が多い(74%) →専門的介護が必要 ⑤ADLはベッド上が多い(72%) →介護力が必要(表2)
- * またご両親の介護経験を述べた。
- * 88歳の父親の在宅看取り: ①膀胱癌末期、ステント挿入+IVH+モルヒネ点滴 ②満足いく最期、残された母親も「いい最期だったね」と悲しみ軽減 ③私が医師でなければ困難であったのが現実
- * 91歳認知症の母親の在宅介護断念: ①転倒→(大腿骨)頸部骨折→認知症悪化 ②リハ後在宅に戻るが1か月で断念 ③夜間2時間おきの排せつ介助で心身とも疲労困憊
- * 慢性期病棟が担う役割は在宅死の持つ価値(もともと自分らしく)を補う、質の高い死QODを届けられることである。

自院の療養病棟での死亡例を丁寧に分析され、在宅での終末期ケアの困難さを述べられた。また、ご両親の終末期のお世話の経験から述べられたことは、非常に臨場感があり説得力があった。すばらしいプレゼンテーションに感謝したい。

宮城島正行氏

(東京都八王子市、聖隷クリニック南大沢所長、医師)

*宮城島先生は「最期をどこで迎えるか?— Living Will, 意思決定プロセスと在宅死の関係—」と題してお話された。

*ケア付き高齢者住宅への1996年6月から2014年10月までの18年間の同住宅の看取りを分析された。

*2009年9月に医師交代となるため、その前後で比較した。

*2009年9月以降、宮城島医師がかかわるようになり、住宅の方々とのかかわりを増やすことにより、在宅死が増加した。(図1)

*在宅における看取りが選択されるようになった要因として、①医師に看取る覚悟ができています。②日常診療の中で、良好な主治医と患者(家族)の信頼関係を築いた。③クリニック(在宅)で対応できる医療の幅を増やした。④早期退院を受け入れる在宅スタッフ(介護・看護)の協力体制が整ってきた。⑤患者・家族の満足する看取りの環境に近づいた。⑥住宅スタッフが看取りに対して積極的になった。

*終末期における医師の役割は、①チームのリーダーシップを発揮し、ぶれない。②経験から予想される経過を客観的に患者(家族)に伝える。③敗北感の死にならないように気を付ける。

*十分に医師が役割を果たした終末期においては、医師以外のスタッフ(看護・介護)・家族の役割が看取りに近づくにつれて大きくなる。

在宅医師、宮城島先生とスタッフの日ごろの活動ぶりが目に浮かぶような素晴らしい内容であった。在宅死には医療側(医師、看護職、介護職)の役割とともに家族のかかわりもとても大切であると思った。

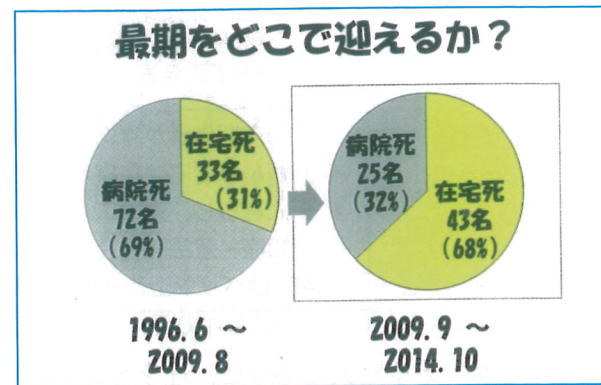


図1 宮城島氏関わっているケア付き高齢者住宅の入居者の死亡場所 (2009年以降、宮城島氏が併設のクリニックの所長を務めている) (宮城島氏発表)

討論と考察

4人の方の発表と、その後の討論を基に、次のように整理してみた。

(1) 厚生労働省医政局主導で2014年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」集計報告(図2, 3)

①事前指示書について:(図2)

*事前指示書をあらかじめ作成しておくことの賛否について

- ・一般国民、医師の約7割、看護師、施設介護職員の約8割が事前指示書作成に賛成している。
- ・終末期の意思を文書で作成しておく、という考え方には、職種を問わず多くの人たちが賛同している。

②事前指示書の作成状況(事前指示書の作成に賛成と回答した人)(図3上)

*事前指示書を作成している人は、一般国民、医師、看護師、施設介護職員全て含めて、3~5%と非常に少ない。

*つまり、図2の如く、事前指示書に賛成している人も、実際に作成している人は非常に少ないのが現実といえる。

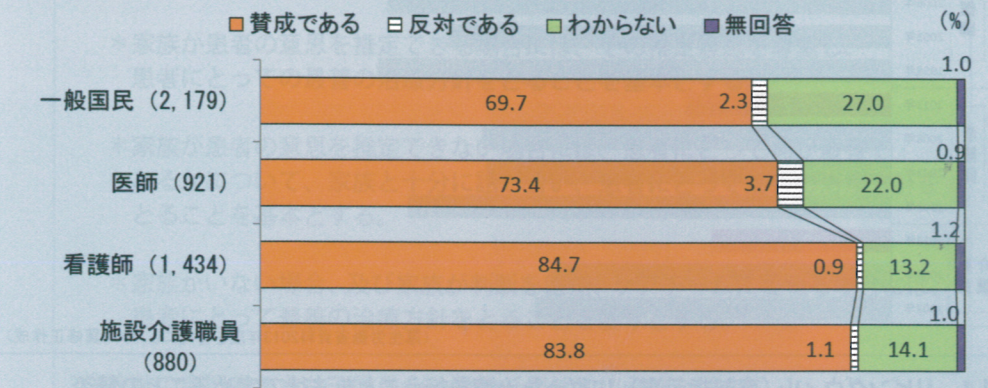
③事前指示書に従った治療を行うことを法律で定めることの賛否(図3下)

*「定めてほしい」という意見は一般国民、医師、看護師、施設介護職員全て含めて16~22%であった。

I-2 事前指示書について①

■ 事前指示書^{※1}をあらかじめ作成しておくことへの賛否

□ 一般国民の約7割が事前指示書の考え方に賛成している。前回のはリビングウィル^{※2}の賛否を尋ねており、約6割が賛成していた。



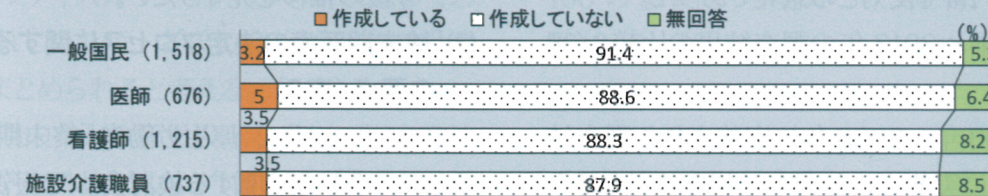
※1 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面
 ※2 治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意志を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法

図2 厚生労働省医政局主導で2013年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」集計報告の一部 (中川追加)

I-2 事前指示書について②

■ 事前指示書の作成状況(事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)

□ 実際に事前指示書を作成している人は少ない。



■ 事前指示書に従った治療を行うことを法律で定めることの賛否

□ 一般国民の5割以上が法制化に消極的。医療福祉従事者はさらに高く、中でも医師は7割以上が消極的。前回と同じ質問方法(事前指示書に「賛成」と回答した者)で集計しても傾向は同じであった。

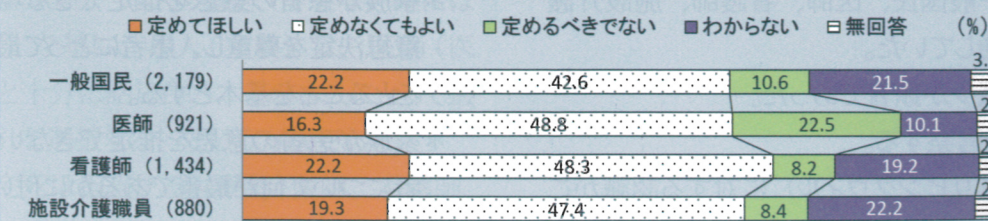


図3 厚生労働省医政局主導で2013年に実施した「人生の最終段階における医療に関する意識調査」集計報告の一部 (中川追加)

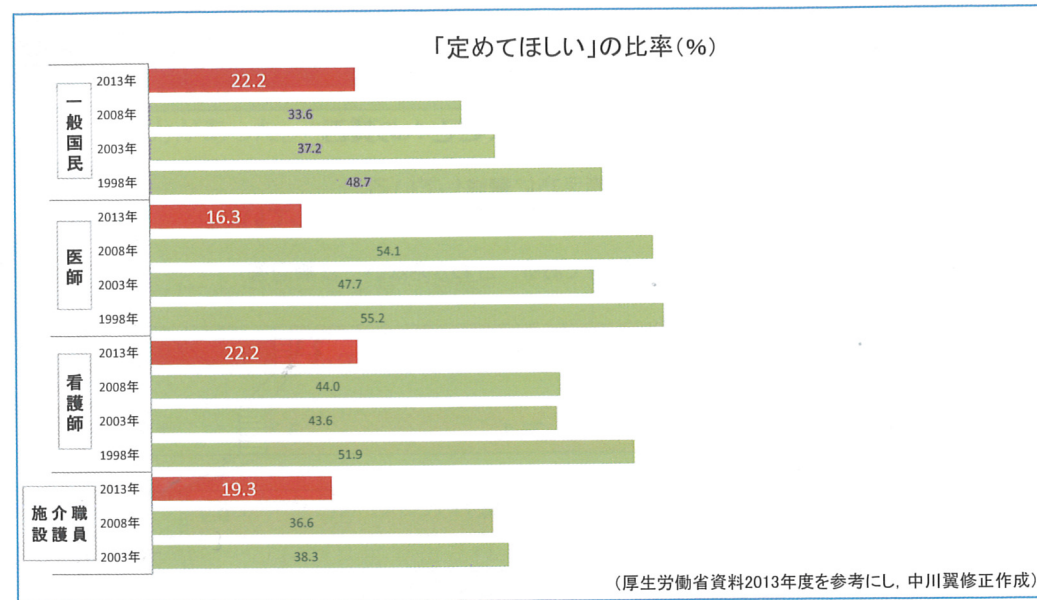


図4 リビングウィル(事前指示書)に従った治療を行うことを法律で定めることの賛否
 リビングウィルという考え方に賛成の方の回答: 1998年, 2003年, 2008年
 全対象者の回答: 2013年(「事前指定書」賛成と回答した者の集計でも同様)

*これに対して、「定めなくても良い」、「定めるべきでない」が医師71%、一般国民、看護師、施設介護職員53~57%であった。

*「わからない」が10~22%を含めていることを考えると、法制化には職種を問わず、過半数が反対(消極的)であることを示している。

*特に、医師は71%で反対との意見であった。

④過去の調査結果と2013年の調査結果の比較:(図4)

*1998年、2003年、2008年に実施された調査結果と、2013年に実施された調査結果を比較してみた。

*その結果、赤で示した2013年の調査結果は「法律で定めてほしい」という回答が急激に減少していた。

*この減少は、一般国民、医師、看護師、施設介護職員全てに共通していた。

*特に、医師で減少が顕著であった。

*減少した理由を考察する。

- ・事前指示書(リビングウィル)に対する認識がこの5年間でかなり広がった。

- ・一般国民(患者と家族)と、医師等の医療者の話し合いが以前より行われるようになり、十分

話し合えば、法制化は不要であるとの考えが広がった。

- ・法律化することにより、現在、患者・家族と、医師、看護師、施設介護職員間でスムーズに行われている意思疎通がかえって窮屈になる、との考えが広がった。

- ・今後の推移を見守りたい。

(2)「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の要点(表3)

2007年5月に、厚生労働省「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」で報告された。表3に要点を示す。

①患者の意思確認ができる場合:(これが基本)

②患者の意思の確認が出来ない場合:

- *家族が患者の意思を推定できる場合には、その意思決定を尊重し、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

- *家族が患者の意思を推定できない場合には、患者について何が最善であるかについて、家族と十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

- *家族がいない場合、及び家族が判断を医療、ケ

表3 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の要点(中川追加)
 2007年(平成19年)5月、厚生労働省「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」で報告された

① 患者の意思確認ができる場合:(これが基本)

② 患者の意思の確認が出来ない場合:

- *家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

- *家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて、家族と十分に話し合い、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

- *家族がいない場合、及び家族が判断を医療、ケアチームに委ねる場合には、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

③複数の専門家からなる委員会の設置(例外的に必要な場合)

アチームに委ねる場合には、患者にとって最善の治療方針をとることを基本とする。

③複数の専門家からなる委員会の設置(例外的に必要な場合):

まとめ

①今回のパネルディスカッションのテーマには多くの内容が含まれていたが、各氏の発表は、「討論と考察」の如くまとめられると考える。

②現在、終末期の本人の意思表示を書面で示す方法ははまだ広がってはいない。今後の推移を見守りたい。

③現在は「討論と考察」の(2)の「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に沿うのが現実的であろう。つまり、本人の意思(できない時には家族の意思)を基に、本人(家族)は、医師(医療従事者)と十分に話し合い、その本人にとって最善の治療方針を選択する、という方法である。

④病院死と在宅死は担当する医療者(医師、看護師、介護職等)の熱意でその割合が大きく変わる可能性がある事が示された。

謝辞

共同座長を担当された長尾和宏先生(兵庫県尼崎市、長尾クリニック)のご協力に感謝したい。

参考資料

中川翼他職員一同: 当院における「終末期医療」~100の事例から学ぶ~, A4判、全136ページ、2013年4月