

平成29年11月10日

第795号

(P30～48)

山形県医師会会報

別刷

参加型、問題解決型の看取りシンポジウムにおける 終末期医療に関する意識調査の検討

北村山地区医師会

柴田 健彦、八鍬 直、工藤 邦夫

小室 淳、清治 邦夫

学 術

参加型、問題解決型の看取りシンポジウムにおける
終末期医療に関する意識調査の検討

北村山地区医師会

柴田 健彦、八 楸 直、工藤 邦夫、小室 淳、清治 邦夫

＜はじめに＞

団塊の世代が後期高齢者となる2025年を迎えるにあたり、我が国は在宅医療を推進している。高齢者の増加に加え、中小地方自治体病院の医師数減少、ベッド数削減により地域の医療サービスの低下、勤務医の負担増大がその背景にある。医師会としては地区により夜間・休日診療、自治体病院の当直サポート医体制等で協力し、対応を模索してきた。北村山地区医師会では在宅での「看取り」をすることにより勤務医の負担軽減、地域貢献ができるのではないかと の観点から「看取りシンポジウム」を年1回開催してきた。在宅での「看取り」までには様々な障害があり、「看取り」をするうえで、死は人間の自然の摂理であることを踏まえ、死生観、尊厳死、リビングウィルについて一般市民や医療介護関係者に啓蒙する必要がある。4回目を迎えた本シンポジウムは平成29年8月5日に開催された。今回は趣向を変え、終末期医療における看取りのシミュレーション症例を提示し、参加型、問題解決型のシンポジウムとした。人間の寿命、医療の限界、本人の望まない無駄な医療をなくし、人間らしい最期、看取りについて理解を深めるために地域包括ケアシステムに関わる在宅介護者代表、住民代表、社会福祉協議会代表（生活支援コーディネーター）、訪問看護ステーション代表（看護師）、介護施設代表（介護福祉士）、警察官（検死担当）、救急隊（救急救命士）、病院代表、病院救急担当医師らをシンポジストとして迎え、地域住民や多職種を巻き込んだの協働での「看取り」の問題点等を討論した。同時に会場の参加者全員にアンケートを実施し、終末期医療に関わる意識調査を分析、検討したので報告する。

＜方法＞

看取りのシミュレーション症例から考える問題
解決型看取りシンポジウム

終末期医療、こんな時どうする？

～平穏な看取りの障害となるもの、死生観、

尊厳死、そして、リビングウィルのすすめ～

上記を表題として、シンポジウムを開催した。シンポジストは地域包括ケアシステムに関わる住民団体、組織、職種とし、北村山地区各市町村（東根市、村山市、尾花沢市、大石田町）からバランスよく選出した。シンポジストと参加者192名全員にアンケート用紙（白色用紙に印刷）（アンケート用紙）を配布し、シミュレーション症例ごとに質問の回答を記入、提出することとした。その後、全体の、場合によっては医療介護職群と非医療介護職群に分類し、回答結果を集計、分析した。

1. ファシリテーターが、看取り時に問題となったシミュレーション症例を提示する。
 2. ファシリテーターが、会場の参加者に症例の問題となる場面ごとにこんな時どう対処するのか質問を提示する。
 3. 参加者192名は、①赤色 ②黄色 ③青色 ④白色のA4用紙を掲げ、意思表示をし、同時にその回答をアンケート用紙に記入する（写真1）。
 4. 会場参加者の回答傾向やシンポジストの回答をもとにして、座長を中心に各職種の立場でシンポジストにそれぞれの場面でどう対処するかを討論してもらう（写真2）。
 5. 最後に、各部の座長が内容をまとめ、ファシリテーターが解説する。
- 以下に座長、ファシリテーター、シンポジストの所属、役職、氏名を示す。

＜座長＞		
総合座長	北村山地区医師会会長	八 鍬 直
I 部座長	北村山地区医師会理事	工藤 邦夫
II 部座長	北村山地区医師会顧問	清治 邦夫
III 部座長	北村山地区医師会顧問	小室 淳
＜ファシリテーター＞		
北村山地区医師会理事		
（在宅医療・介護福祉担当）		
柴田 健彦		
＜シンポジスト＞		
在宅介護を支える家族の会		
	代表	工藤美恵子
尾花沢市区長会	会長	笹原 光政
大石田町保健福祉課		
	介護保険主査	井 苺 裕幸
村山市社会福祉協議会		
生活支援コーディネーター		
訪問看護ステーションにじ		
	所長	荒木 敬子
介護老人保健施設 ハイマート福原		
	介護副主任	阿部みゆき
村山警察署刑事課	課長	杉山 陽一
東根市消防本部		
	救急救助主査兼係長	石垣 修
尾花沢病院	院長	渋谷 磯夫
北村山公立病院	診療部長	國本 健太

＜結果＞

アンケート提出者背景

アンケート提出者の年代、性別、職業、医療介護職と非医療介護職の比率についてのグラフをそれぞれ示す（図1～4）。平均年齢は54.8歳であった。

「リビングウイル」について

＜質問1＞（スライド1）

タイトルのひとつである「リビングウイル」という言葉や内容の認知度を問う質問である。

全体では「言葉も内容もまったく知らない」が42%、「言葉も内容もよく知っている」が10%であった（図Q1－1）。医療介護職群と非医療介護職群を比較すると、非医療介護職群では「リビングウイル」という言葉を知らないが59%であり、医療介護職群でも内容まで完全に理解しているのは15%であった（図Q1－2）。

平穏な看取りの障害となるもの

平穏な看取りの障害となるもののシミュレーション症例を、下記第I部から第III部までのテーマで提示し、会場の参加者やシンポジストに症例の問題となる場面ごとにこんな時どう対処するのか質問をした。

第I部 多職種連携

- 症例A 退院から在宅加療移行までの準備（スライド2～4）
- 症例B 在宅看取り患者の急変時の対応（スライド5～11）
- 第II部 心肺停止 ～110番か119番か？～
- 症例C 自宅での心肺停止時の対応（スライド12～14）
- 症例D 介護施設での心肺停止時の対応（スライド15～19）
- 第III部 尊厳死
- 症例E 重度認知症患者の延命措置（スライド20～23）
- 症例F 遠くに住む親戚（スライド24～27）

質問2～11の結果を示す。

＜質問2＞ 回答にばらつきがみられたが、在宅医である「開業医に連絡する」が多く、医療介護職群と非医療介護職群間でも同じ傾向であった（図Q2－1、Q2－2）。

＜質問3＞ 退院時の在宅療養を相談するのは病院の医療介護連携室とする意見が多かった（図Q3－1、Q3－2）。

＜質問4＞ 在宅療養時に夜間急変した時の家族の対応の質問である。「在宅主治医や訪問看護ステーションに連絡する」が一番多かった。ただし、医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」を選択したのは医療介護職群9%であったのに対して、非医療介護職群では36%であった（図Q4－1、Q4－2）。＜質問5＞ 病院に救急搬送され、救急担当医に人工呼吸器装着による延命措置の是非を問われた際の家族の立場での回答である（図Q5－1、Q5－2）。「人工呼吸器などの延命措置を希望しない」が78%であったが、非医療介護職群で「人工呼吸

器装着の延命措置の希望」10%、「治療方針を救急医にすべて任せる」22%と医療介護職群（それぞれ3%、4%）より多かった。

＜質問6＞ 早朝、在宅患者の自宅で心肺停止していた時の家族の対応を質問した。「主治医や訪問看護師に連絡する」が89%だった（図Q6－1）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、「救急車で病院搬送する」のが医療介護職群5%、非医療介護職群14%で、非医療介護職群が慌てて119番に電話する傾向にある（図Q6－2）。

＜質問7＞ 早朝、介護施設で入所者が心肺停止していた時の介護スタッフの対応を問う問題である。「嘱託医や施設看護師に連絡する」が91%であった（図Q7－1）。但し、医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、「救急車で病院搬送する」の選択肢を選んだのは医療介護職群3%、非医療介護職群13%であり、＜質問6＞と同じ傾向がみられた（図Q7－2）。

＜質問8＞ 介護施設に救急車を要請し、救急車が到着した時には急変した入居者が心肺停止していた状況下で、その後の経過を問う問題である。「嘱託医に連絡する」が66%であった（図Q8－1）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると、「救急車で病院搬送する」の選択肢を選んだのは医療介護職群33%、非医療介護職群20%であり、医療介護職群が非医療介護職群より多かった（図Q8－2）。

＜質問9＞ 重度認知症の終末期で摂食困難となった場合の栄養管理の是非を家族に問う問題である。「自然のまま死を迎えることを希望する」が89%であった（図Q9－1、Q9－2）。

＜質問10＞は＜質問9＞において家族の立場ではなく、患者である母親の立場から尋ねたものである。「自然のまま死を迎えることを希望する」が93%であり、立場が変わっても＜質問9＞と同様の結果だった（図Q10－1、Q10－2）。

＜質問11＞ 在宅で看取る予定であったが、遠くの親戚が介入してきた場合の家族の対応を問う問題である。「在宅主治医や訪問看護師に助けを求める」が66%だった（図Q11－1）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較するとそれぞれ59%、72%であった（図Q11－2）。非医療介護職群が遠くの親戚に対しての説明を医師や訪問看護師に期待していることが窺える。

終末期医療についての意識調査

終末期医療に関わるシンポジウム会場参加者の意識調査をするために、厚生労働省が2014年に公表した「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」¹⁾や2007年（2015年改訂）の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」²⁾を参考にして＜質問12～16＞を作成した（スライド28～32）。以下にその回答結果を示す。

＜質問12＞ 自分の終末期に受けたい医療、受けたくない医療を家族と話し合っているかを問う質問である。約6割が話し合っていないと回答し、医療介護職群と非医療介護職群間に大きな違いはなかった（図Q12－1、Q12－2）。

＜質問13＞ 最期を迎える場所の希望を質問した。約5割が「自宅」を希望した（図Q13－1）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると「医療施設」を選択したのはそれぞれ13%、31%で、非医療介護職群は病院で最期を迎えたいとの回答が医療介護職群より多かった（図Q13－2）。一方、医療介護職群では「その他」を選択する場合は非医療介護職群より多かった（それぞれ22%、4%）。＜質問14＞ 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」²⁾について知っているかを質問した。その結果、84%が「知らない」と回答した（図Q14－1）。医療介護職群と非医療介護職群間に大きな違いはなかった（図Q14－2）。

＜質問15＞ 意思表示書面の作成の有無を質問した。97%は「作成していない」と回答し、医療介護職群と非医療介護職群間に大きな違いはなかった（図Q15－1、Q15－2）。

＜質問16＞ 「リビングウイル」を残すことの賛否については、98%が「賛成」と回答し、医療介護職群と非医療介護職群間に大きな違いはなかった（図Q16－1、Q16－2）。

＜考察＞

症例Aでは退院から在宅加療移行までの準備や担当医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーとの連携が不十分であったため在宅加療の継続がうまくいかなかった例である。家族が退院後スムーズに在宅介護をできるか確認しなかったこと、介護保険を申請したままで、後は在宅主治医任せ

にしてしまったことが問題である。急変時の連絡先、介護で困った時に退院した病院、在宅主治医、訪問看護ステーション、ケアマネージャー、地域包括支援センターの誰に相談すべきか家族が困惑したため、結局、在宅での介護を続けることができなかった。アンケートの集計分析においても在宅加療で困った時にどこに相談するのか、ばらつきが見られたことにも表れている(図Q2-1、Q2-2)。退院時に行った介護保険の申請は認定されるまで相応の期間を必要するため自宅加療への移行がスムーズでない場合がある。病床を有する医療機関の医療介護連携室が主体となるか、病院主治医や病院看護師か、場合によっては地域包括支援センターが退院後の在宅加療の背景をつくるかは医療機関や地域によって異なるであろう。アンケートの集計分析においては「医療介護連携室が退院調整」するとの回答が多かった(図Q3-1、Q3-2)。これは医療介護連携室に対する在宅加療への橋渡しを期待する声が多いことを意味する。症例Aにおいては退院から在宅療養までの切れ目のない在宅療養計画を立て、退院調整することの大切さを説いた。在宅加療時には急変時の連絡先の優先順位を日ごろから確認しておくことも必要である。

症例Bは在宅看取り患者の急変時の対応がテーマである。家族が慌てて救急車を要請し、病院に搬送となった。延命措置の是非を救急医に問われ、苦悩する家族。結局、様々な医療行為がなされ本人の希望する平穏な尊厳死ができなかった。非医療介護職群では、「救急担当医の提案する人工呼吸器の装着を希望する」「治療方針のすべてを医師に任せる」を選択した回答の割合が医療介護職群より多く、医師に方針を委ねる傾向があった(図Q5-2)。救急搬送や救急医療の現場において、救急隊の立場では、救急要請があれば、消防法で人命救助が謳われているため、蘇生処置を全力で行う義務がある。しかし、患者本人の意思や尊厳死ということは今のところ考慮されないのである。長尾は救急車を呼ぶことは延命治療への移行の承諾を意味し、救急車を呼ぶ意味をよく考えることを「平穏死³⁾」の10の条件のひとつにあげている⁴⁾。全国的にも終末期の高齢者本人が蘇生を望まない意思表示をしても、動転した家族や介護施設職員が119番通報する例が相次いでいる。このような背景を憂慮し、平成29年4月7日、日本臨床救急医

学会は終末期患者の蘇生中止ルールの提言をした。本人の書面と医師の指示により救急隊員に蘇生処置の中止を求める手順を明確にしたのである。超高齢社会が進行している現在、本人の意思に基づき、平穏な尊厳死を迎えられるための画期的な第一歩である。アンケート結果では、全体的に「人工呼吸器の装着などの延命措置を希望しない」が多かった(図Q5-1)。

第Ⅱ部の症例C、Dは心肺停止を発見した際の行動がテーマである。シンポジウムでは、死斑の出現、死後硬直があれば警察、なければ救急車を要請し病院搬送するとのコンセンサスが得られた。しかし、最初のコールは担当医であろう。アンケート結果(図Q6-1、Q6-2、Q7-1、Q7-2)でも担当医の判断を重視しているということがわかる。医師法20条、21条についてもシンポジウムでは説明した。平成24年8月31日付けで厚生労働省医政局から「医師法第20条ただし書の適切な運用について(通知)」の通知がなされた⁵⁾。在宅等で医療を受けている患者が増加している一方で、医師の診察を受けてから24時間を超えて死亡した場合に、「当該医師が死亡診断書を書くことができない」又は「警察に届け出なければならない」という、医師法第20条ただし書の誤った解釈により、在宅等での看取りが適切に行われていないケースが生じているためである。この24時間ルールの誤解について、「診療継続中の患者が、受診後24時間以内に診療中の疾患で死亡した場合は、異常がない限り、改めて死後診療しなくても死亡診断書を交付できること」、「受診後24時間を超えていても、改めて死後診療を行い、生前診療していた疾病が死因と判断できれば、求めに応じて死亡診断書を発行できること」などの死亡診断時に関わる正しい解釈を一般市民、警察官、消防署員、介護施設職員に理解を求め、心肺停止の現場に遭遇しても慌てることなく、医師に連絡し、指示を待つことを啓蒙した。警察官、救命救急士などの消防署員は各職域のマニュアルや法律で心肺停止患者を取り扱うことになり、一部に医師法と乖離するところもある。しかし、在宅での看取りの現場では、尊厳のある人間らしい最期、平穏な看取りをするためには医師法についての理解を求めることが重要である。

症例Eは認知症終末期に経口摂取困難な場合の

栄養管理の選択、延命措置の是非がテーマである。患者本人の死生観を基にして方針(医療行為の範囲、治療方法、最期を迎える場所)を決定することが望ましい。シンポジウムでは症例Eの場面では親には延命措置をするが自分自身には延命措置は希望しないという意見があり、「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」¹⁾の全国調査でも同様の回答が多数を占めていた。しかし、アンケートの結果では「延命措置はせず自然死」を選択する回答が多かった。その原因として地域性、職業や年齢層の違いによるものではないかと推測される。認知症や自己決定能力を消失した状態の親の終末期医療の方針は子供や配偶者の意向に影響されることが多い。親を幸せに看取るためには子供は自分自身の死生観ではなく親の死生観を常に把握して、選択した医療行為、方針後の将来像を描いておかなければならないであろう。長尾は後悔しない親の幸せな看取り方をするために子供がすべき27のことを「平穏死という親孝行」の中で述べている⁶⁾。患者側も終末期医療についての知識や将来像を心得ておく必要がある。認知症や自己決定能力を消失した終末期状態に対する一般市民の意識レベルの底上げが今後の課題である。

症例Fは平穏な看取りの障害となる遠い親戚の介入がテーマである。平穏な在宅での看取りのためには、家族のみでなく身内とも方針を共有しておく必要性を説いた。そのためには本邦では法的拘束力はないものの本人の「リビングウイル」が役に立つのである。しかし、＜質問1＞で「リビングウイル」という言葉や内容を質問したが、「言葉も内容もまったく知らない」が42%、「言葉も内容もよく知っている」10%であった(図Q1-1)。医療介護職群と非医療介護職群を比較すると、非医療介護職群では「リビングウイル」という言葉を知らないが59%であり、医療介護職群でも内容まで理解しているのは15%であった。「リビングウイル」の認知度はまだまだ低いといえる。＜質問11＞では終末期医療に対する遠い親戚の介入時の対処を質問した。アンケート結果では、「医師や看護師に助けを求める」が多かったのであるが(図Q11-1)、「リビングウイル」を書面にした事前指示書(advance directive)を作成しておけば「遠くに住む身内や親戚」にも説得しやすくなるのである。「リビングウイル」の啓蒙が必要である。

自身の死が近い場合の受けたい医療、受けたくない医療について家族と話し合ったことがあるかを問う＜質問12＞において約6割が「ない」と回答していた。2014年に厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」¹⁾でも家族との話し合いをしたことがある割合は一般国民約4割、医療介護従事者約5割であった。「リビングウイル」「事前指示書」は後のトラブルを防止する上でも有用である。そのためには家族との常日頃のコミュニケーションが必須であり、自身の意思を家族に伝達し理解を得ておくことが重要である。

厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」では、事前指示書の作成に賛成しているのは一般国民69.7%、医師73.4%、看護師84.7%、施設介護職員83.8%であった¹⁾。調査年を経るごとにその割合が高くなっていく傾向がみられた。しかし、作成状況は約3%と少ないことが報告されている。日医ニュース⁷⁾での特別対談によれば、アメリカでは25~40%、ドイツでは12%の保持率のデータを報告している。今回のシンポジウムのアンケートでも3%であり、厚生労働省の報告書と一致していた(図Q15-1)。「リビングウイル」は諸外国ではすでに法制化されている。欧米のみならず、アジアでも台湾では2000年、韓国では2016年(2018年2月施行)に法制化されているのである。本邦においては2004年、日本尊厳死協会が14万人の署名を集め尊厳死の法制化を国会に請願している。2011年には超党派の「尊厳死法制化を考える議員連盟」が発足し、2012年、「終末期の医療における患者の意思の尊重に関する法律案」(尊厳死法案)を発表した。しかし、その後、賛否両論があり、法案は提出されないままである。2025年まで超高齢社会、多死社会が進行していく中で、終末期医療の自己決定権、尊厳死の国民的議論が必要である。アンケート結果においても「リビングウイル」、「意思表示書面」の作成に賛成するとの回答が98%と圧倒的に多かった。(図Q16-1)。「リビングウイル」、「意思表示書面」の形式は各団体組織、医療機関から独自のものが公表されている。シンポジウムでは川嶋の「リビング・ウイル」⁸⁾を例示した。今後、医療圏ごとの統一した「リビングウイル」、「意思表示書面」の形式が望まれる。

＜質問13＞では最期を迎える場所の希望を質問した。約5割が「自宅」を希望している（図Q13－1）。医療介護職群と非医療介護職群とを比較すると「医療施設」を選択したのはそれぞれ13%、31%で、非医療介護職群は病院で最期を迎えたいとの回答が医療介護職群より多かった（図Q13－2）。一方、医療介護職群では「その他」を選択する割合が非医療介護職群より多かった（それぞれ22%、4%）。医療介護職群は現場を知る職種であるため最期を迎える場所は疾患名や病状、医療機器の使用状況、家族の介護力などによって変化し得ること、自身が多様な考えをもっていること等が要因として推測される。

厚生労働省は2007年（2015年改訂）に「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した²⁾。従来、「終末期医療」と表記していたものについて、広報可能なものから「人生の最終段階における医療」に変更していく旨についても記載されている（但し、本稿では、本シンポジウムのタイトルの一部に「終末期医療」と表記していたためそれを踏襲し「終末期医療」と表記した）。これは最後まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目した医療を目指すことが重要であるとの考え方によるものである。しかし、このガイドラインを知っているかとの質問（＜質問14＞）では、84%が「知らない」と回答した（図Q14－1）。医療介護職群と非医療介護職群間に大きな違いはなかった（図Q14－2）。非医療介護職群のみならず医療介護職群においても厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」に対する認知度は低いと言わざるを得ない。「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」においても病院、介護老人福祉施設では約2割の人がこのガイドラインを参考にしてはいるものの、「知っているが、特に活用していない」が約半数であり、約3割が「知らない」と回答している。今後、一般市民のみならず、医療介護職にも「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」を啓蒙していく必要があると考えられる。

今回企画した北村山地区での約200人規模の看取りシンポジウムには大きな反響があった。アンケートの自由記載欄には、シミュレーション症例、急変時の対応、医師法20条と21条、看取り、尊厳

死の法制化問題についての多くの記述がなされ、多数の参加者から貴重な御感想や御意見をいただいた。そして、全員参加型、問題解決型の新しい形式のシンポジウム企画に対して称賛するコメントが多く寄せられていた。終末期医療に関する意識や看取りは死生観、宗教観に関わることがあり、また、時代、年齢や地域性も関与することが考えられる。これらは山形県においても各地区で異なる可能性がある。今後、地区医師会ごとに今回と同じ企画を実施し、終末期医療における意識調査のデータを集計、分析することで山形県全体の終末期医療に関する意識、地区ごとの相違点が明らかになり、臨床現場での参考資料となることが期待される。

＜おわりに＞

北村山地区医師会主導で、全員参加型、問題解決型の看取りシンポジウムを開催し、看取りについて一般市民や医療介護職に啓蒙をした。シミュレーション症例を提示し、在宅での「看取り」には様々な障害があること、死生観、尊厳死、リビングウイルについて、地域包括ケアシステムに関わる地域住民、行政、多職種と協働でリビングウイルの大切さを議論し、理想とする終末期医療、看取りについての理解を深めた。問題解決型のアンケート結果について集計、分析し、終末期医療に関わる意識を医療介護職群と非医療介護職群に分類し考察した。「リビングウイル」や「意思表示書面」に対する認知度は低く、作成状況も3%であったが、作成への賛同が98%と多数を占めた。2025年まで超高齢社会、多死社会が進行していく中で、終末期医療の自己決定権、尊厳死の法制化などの国民的議論が必要である。

＜文献＞

- 1) 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」 厚生労働省 2014年
- 2) 「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」 厚生労働省 2007年（2015年改訂）
- 3) 口から食べられなくなったらどうしますか「平穏死」のすすめ 石飛幸三（講談社）2010
- 4) 胃ろう、抗がん剤、延命治療いつやめますか？「平穏死」10の条件 長尾和弘（ブックマン社）2012

- 5) 医師法第20条ただし書の適切な運用について（通知）医政医発0831第1号 平成24年8月31日
- 6) 「平穏死」という親孝行 親を幸せに看取るために子どもがすべき27のこと 長尾和弘（泰文堂）2013
- 7) 日医ニュースNo.1337、2017.5.20, P1－3
- 8) 患者力のすすめ 自己治癒力を高める42の知恵 川嶋朗（幻冬舎ルネッサンス）2014、P212－215

＜謝辞＞

シンポジストの工藤美恵子氏（在宅介護を支える家族の会）、笹原光政氏（尾花沢市区長会）、井荻裕幸氏（大石田町保健福祉課）、藤橋佳代子氏

（村山市社会福祉協議会）、荒木敬子氏（訪問看護ステーションにじ）、阿部みゆき氏（介護老人保健施設 ハイマート福原）、杉山陽一氏（村山警察署刑事課）、石垣修氏（東根市消防本部）、渋谷磯夫氏（尾花沢病院）、國本健太氏（北村山公立病院）には貴重な御意見を頂戴し、有意義な討論をすることができました。また、大貫哲子氏（北村山地区医師会事務局）には本シンポジウムやアンケートの準備等到大変お世話になりました。諸氏に対して改めて感謝申し上げます。

＜著者のCOI（conflict of interest）開示＞
本論文発表内容に関連して特に申告なし

アンケート用紙

北村山地区医師会 看取りシンポジウム 2017 アンケート用紙

年齢（ ）歳、性別（男・女）
職業（無職・農業・自営業・行政職員、警察官、消防救急隊職員、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、介護福祉施設職員、教職員、宗教家、会社員、会社役員、法律家、建設業、サービス業、その他（ ））
市町村（村山市・東根市・尾花沢市・大石田町・天童市・山形市・その他（ ））

シンポジウム質問回答欄（あなたの考えに該当する色を○で囲んで下さい。）

＜質問1＞（赤・黄・青・白）	＜質問7＞（赤・黄・青・白）
＜質問2＞（赤・黄・青・白）	＜質問8＞（赤・黄・青・白）
＜質問3＞（赤・黄・青・白）	＜質問9＞（赤・黄・青・白）
＜質問4＞（赤・黄・青・白）	＜質問10＞（赤・黄・青・白）
＜質問5＞（赤・黄・青・白）	＜質問11＞（赤・黄・青・白）
＜質問6＞（赤・黄・青・白）	

＜質問12＞あなたは自身の死が近い場合に受けたい医療、受けたくない医療について、家族と話し合ったことがありますか？（ある・ない）
＜質問13＞あなたは自身の死が近い場合にどこで最期を迎えたいですか？（医療施設・介護施設・自宅・その他）
＜質問14＞「人生の最終段階における医療決定プロセスに関するガイドライン」を御存知ですか？（知っている・知らない）
＜質問15＞意思表示書面を作成していますか？（はい・いいえ）
＜質問16＞リビングウイルを残しておくことについてどう思いますか？（賛成・反対）

今回の看取りシンポジウム2017についての御意見・御感想、御要望などお気づきのことがありましたら次回の参考に致しますので自由にお書き下さい。

アンケートに御協力下さり、誠にありがとうございました。
尚、後日、このアンケート結果は、本シンポジウムの報告書作成のため個人が特定できないように統計処理して利用する場合があることを御了承下さい。



写真1

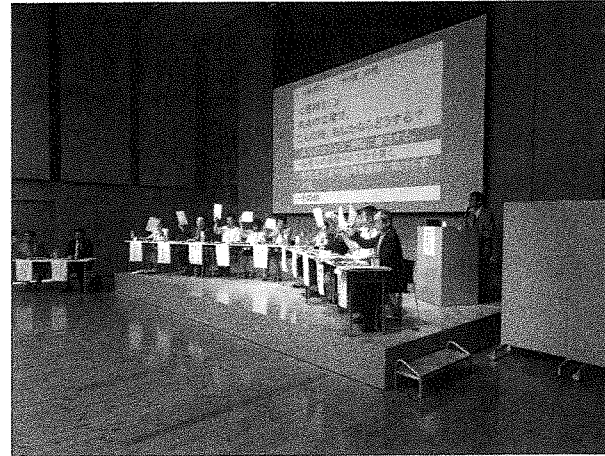


写真2

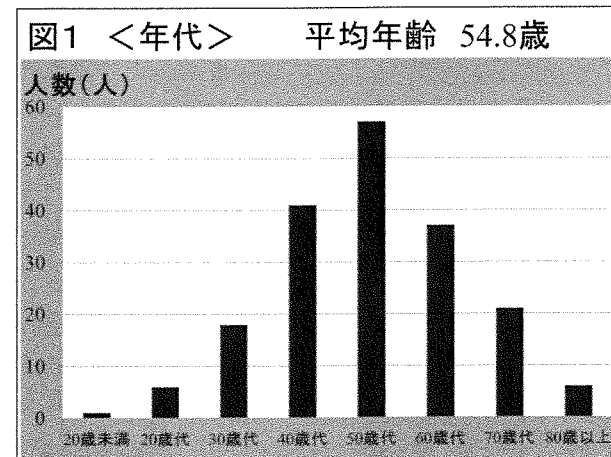


図1

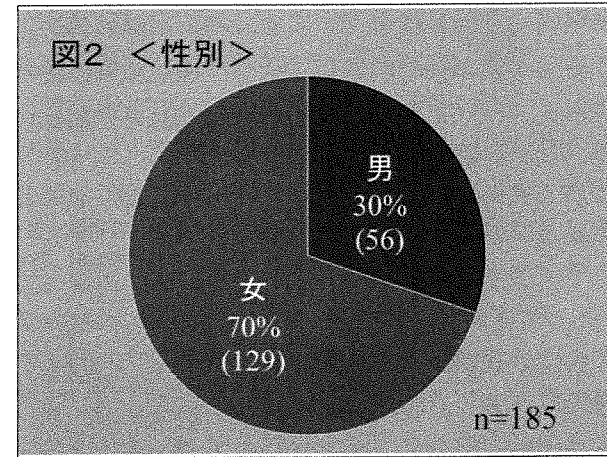


図2

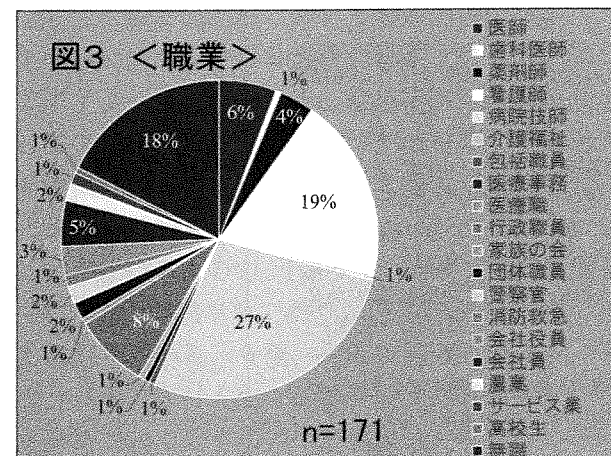


図3

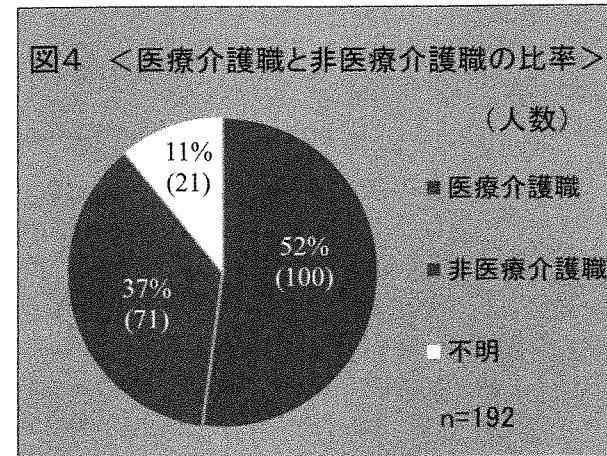


図4

<質問1>

スライド1

「リビングウイル」という言葉・
内容を知っていますか？

- ①言葉も内容もまったく知らない。
- ②言葉は知っているが、内容は知らない。
- ③言葉も内容も少し知っている。
- ④言葉も内容もよく知っている。

スライド1

<症例A> 90歳、男性

スライド2

(臨床診断)

1)胃癌 2)多発性肝転移

(既往歴)高血圧症、高脂血症、狭心症

(家族歴)特記事項なし

(現病歴)2年前に胃癌のため総合病院で内視鏡治療(ESD)を実施された。非治癒切除のため追加手術を必要としたが、本人、家族は希望せず、経過観察となっていた。その後、多発性肝転移のため食欲不振、倦怠感が出現し、ターミナルケアのため同院から在宅加療目的で開業医に紹介。

(経過)本人にはすでに告知され、在宅加療のため介護保険も申請中であった。高齢の妻と他家に嫁いだ娘が介護していたが倦怠感(「こわい」)、食欲不振が持続。在宅での介護が予想以上に大変であることを知り、在宅加療開始の6日目に総合病院への入院を希望した。

スライド2

<症例A> 90歳、男性

スライド3

<質問2>

こんな時、あなたならどうする？

- ①元の病院を受診する。
- ②開業医に連絡する。
- ③行政(福祉課)もしくは地域包括支援センターに連絡する。
- ④その他

スライド3

<症例A> 90歳、男性

スライド4

<質問3>

退院時にどこ(誰)に相談すればよかったのでしょうか？

- ・病院の医療介護連携室に相談
- ・入院主治医もしくは看護師に相談
- ・ケアマネージャーに相談
- ・行政(福祉課)に相談

スライド4

<症例B> 95歳、女性

スライド5

(臨床診断)

1)脳梗塞後遺症 2)老年期認知症

3)慢性心房細動 4)慢性気管支炎

(既往歴)高血圧症(30年前)

(現病歴)1年前に脳梗塞を発症し、右半身の麻痺、失語の後遺症が残り、寝たきり状態となった。在宅で訪問診療や訪問看護をうけ、加療している。

(経過)臀部に2カ所の褥瘡、喀痰も多く、褥瘡処置、去痰剤、喀痰吸引で治療していた。在宅主治医は嚥下障害も出現してきたため、病院での治療を勧めたが、家族は高齢であり延命措置は希望せず、在宅での看取りを希望していた。

スライド5

<症例B> 95歳、女性

スライド6

(経過)

しかしながら、夜11時30頃に突然、喀痰を出すのが困難となり、呼吸困難で苦しむようになった。

スライド6

＜症例B＞ 95歳、女性 スライド7

＜質問4＞
こんな時、あなたならどうする？

①救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
②主治医や訪問看護師に連絡する。
③このまま朝まで様子を見る。
④その他

スライド7

＜症例B＞ 95歳、女性 スライド8

（経過）

しかしながら、夜11時30頃に突然、喀痰を出すのが困難となり、呼吸困難で苦しむようになった。

呼吸困難で苦しんでいる姿を見かねて救急車を呼んで総合病院に搬送した。

スライド8

＜症例C＞ 88歳、女性 スライド13

＜質問6＞
こんな時、あなたならどうする？

①救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
②主治医や訪問看護師に連絡する。
③警察に連絡する。
④その他

スライド13

＜症例C＞ 88歳、女性 スライド14

（経過）

救急車を要請するも、心肺停止している理由で、搬送されず、警察による検死扱いとなった。

住み慣れた自宅での人間らしい最期、看取りを希望していたはずだったが・・・

スライド14

＜症例B＞ 95歳、女性 スライド9

（経過）

救急車内では救急救命士は喀痰吸引や酸素投与をしながらの懸命の処置をして総合病院に搬送した。総合病院救急室に救急車が到着すると、直ちに点滴、採血、血液ガス分析、膀胱留置カテーテル挿入、酸素投与など救命処置が施された。搬送された総合病院救急室の救急担当医は酸素投与しても酸素飽和度82%のため、このままでは生命に危険があり、気管内挿管をし、人工呼吸器を装着しなければならない状態であることを家族に説明した。

スライド9

＜症例B＞ 95歳、女性 スライド10

＜質問5＞
説明をうけた家族の立場で、こんな時、あなたならどうする？

①生命第一なので、救急担当医の提案する人工呼吸器の装着を希望する。
②医療のことはわからないので治療方針のすべてを救急担当医に任せる。
③延命措置は希望しないので、人工呼吸器の装着は希望しないことを伝える。
④その他

スライド10

＜症例D＞ 85歳、男性 スライド15

（臨床診断）
1)肺炎の疑い 2)脳出血後遺症
（既往歴）高血圧症、高脂血症、肺炎
（現病歴）5年前に脳出血を発症し、嚥下障害、右片麻痺のため寝たきり状態（要介護5）。1年前から介護施設に入所していた。昨日夕から咳嗽、微熱が出現したため介護施設の嘱託医は総合病院に翌日紹介予定（紹介状あり）であった。
（経過）紹介当日の午前4時頃、軽度の息苦しさを訴えていた。午前7時に介護スタッフが入居者の部屋に行ってみると、呼吸困難が強くなっており、酸素飽和度89%であった。

スライド15

＜症例D＞ 88歳、女性 スライド16

＜質問7＞
介護スタッフの立場で、こんな時、あなたならどうする？

①救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
②嘱託医や施設の看護師に連絡する。
③紹介状があるので、外来まで経過観察。
④その他

スライド16

＜症例B＞ 95歳、女性 スライド11

（経過）

呼吸困難で苦しんでいる姿を見かねて救急車で総合病院に搬送してしまった。

結局、総合病院で点滴、酸素投与、膀胱留置カテーテル、人工呼吸器などで治療がなされたが、翌日、総合病院で死亡した。

高齢であり、当初は住み慣れた自宅での平穏な看取りを家族は希望していたのだが・・・

スライド11

＜症例C＞ 88歳、女性 スライド12

（臨床診断）
1)膵臓癌末期 2)パーキンソン病
（既往歴）高血圧症、狭心症、肺炎
（現病歴）18年前からパーキンソン病のため総合病院で薬物治療をうけていた。3ヶ月前に第2胸椎圧迫骨折で入院。精密検査で膵臓癌の末期状態で、全身の骨に転移していることが判明した。在宅での看取りのため在宅医療目的で紹介。
（経過）訪問看護ステーションと連携し、在宅で加療中であった。午前4時頃、軽度の息苦しさを訴えていた。午前7時に家族が患者の部屋に行ってみると、呼吸が停止しているのを発見した。

スライド12

＜症例D＞ 85歳、男性 スライド17

（経過）

介護スタッフは嘱託医に連絡し、救急車で搬送の指示をうけた。

介護スタッフは消防署に電話し、救急車の要請をした。ところが、救急車が到着し、救急救命士がバイタルサインをチェック時には、すでに心肺停止していた。

スライド17

＜症例D＞ 85歳、男性 スライド18

＜質問8＞
このような状況下において、次にどうすると思いますか？

①救急車で病院に搬送してもらう。
②嘱託医に連絡する。
③警察に連絡する。
④その他

スライド18

<症例D> 85歳、男性

スライド19

(経過)

救急車を要請するも、心肺停止している理由で、搬送されず、警察による検死扱いとなった。

スライド19

<症例E> 92歳、女性

スライド20

(臨床診断)

1)アルツハイマー型認知症 2)糖尿病

(既往歴)高血圧症、糖尿病

右大腿骨頸部骨折手術(1ヶ月前)

(家族歴)糖尿病(母)

(家族背景)長女(横浜市在住)、長男(仙台市在住)

(現病歴)8年前に夫を亡くし、ひとり暮らしであった。

3年前に物忘れが出現し、その後、火の不始末を起こすようになった。1ヶ月前に徘徊時に転倒し、総合病院で右大腿骨頸部骨折の手術を受け、退院と同時に介護施設に入所(要介護4)となった。

(経過)介護施設入所後、2週間食欲不振が持続し、総合病院で全身の検査を受けたが、はっきりした原因はみつからなかった。体重は2週間で3Kg減少した。

スライド20

<症例F> 80歳、男性

スライド25

(経過)

しかし、・・・

病状の連絡をうけた東京在住である次女の叔父が見舞いに来てあまりにも変わり果てた兄の姿を見て一言

「どうしてこんな状態になるまで家においておいたんだ！」
「早く病院に入院させて治療を受けさせないとだめじゃないか。兄さんがかわいそうだぞ。」

スライド25

<症例F> 80歳、男性

スライド26

<質問11>

次女の立場で、
こんな時、あなたならどうする？

①叔父の言うように病院に搬送する。

②在宅での看取りの方針を貫く。

③在宅主治医や訪問看護師に助けを求める。

④その他

スライド26

<症例E> 92歳、女性

スライド21

(経過)

アルツハイマー型認知症にともなう食欲不振で、時々介護に抵抗することもあり、認知症の終末期に近づいてきている状態であることを担当医は長女と長男に説明した。

そして、母親の年齢、認知症になる前の母親の死生観をふまえ、延命措置をどうするのか、今後の方針について相談してくるように言った。

スライド21

<症例E> 92歳、女性

スライド22

<質問9>

長女、長男の立場で、
こんな時、あなたならどうする？

①生命第一なので、病院や介護施設で最期まで点滴治療する。

②胃瘻を造設して経管栄養で延命を期待する。

③寿命と考え、介護施設で自然のまま死を迎えることを希望する。

④その他

スライド22

<症例F> 80歳、男性

スライド27

(経過)

叔父の剣幕に押された次女は総合病院に救急車で搬送してしまった。

入院中に点滴、膀胱留置カテーテル留置、酸素投与などのあらゆる医療行為を受けたが、翌日死亡した。

住み慣れた自宅での人間らしい安らかな最期、看取りを希望していたはずだったのだが・・・

スライド27

<質問12>

スライド28

あなたは自身の死が近い場合に
受けたい医療、受けたくない医療
について、家族と話し合ったこと
がありますか？

①ある

②ない

スライド28

<症例E> 92歳、女性

スライド23

<質問10>

では、患者である母親(92歳、
女性)の立場なら、こんな時、あ
なたならどうする(希望する)？

①生命第一なので、病院や介護施設で最期まで点滴治療する。

②胃瘻を造設して経管栄養で延命を期待する。

③寿命と考え、介護施設で自然のまま死を迎えることを希望する。

④その他

スライド23

<症例F> 80歳、男性

スライド24

(臨床診断)

1)肺癌末期 2)癌性胸膜炎 3)認知症

(既往歴)肺結核

(家族歴)長女:子宮癌で死亡 妻:乳癌で死亡

(家族背景)次女と二人暮らし 東京に次女の叔父がいる

(現病歴)半年前の健診で肺野の異常陰影を指摘され、総合病院で精査の結果、肺癌が判明し、根治手術不可のため在宅加療の方針になった。1ヶ月前より息切れが出現し、総合病院に入院し、癌性胸膜炎の診断を受けた。担当医と介護人の次女との面談で在宅での看取りの方針となり、在宅医療を開始した。

(経過)在宅担当医は訪問看護ステーションと連携し、在宅で加療したが、徐々に衰弱していった。苦痛もなく穏やかな人間らしい最期を自宅で迎えられるはずであった。

しかし、・・・

スライド24

<質問13>

スライド29

あなたは自身の死が近い場
合にどこで最期を迎えたいで
すか？

①医療施設

②介護施設

③自宅

④その他

スライド29

<質問14>

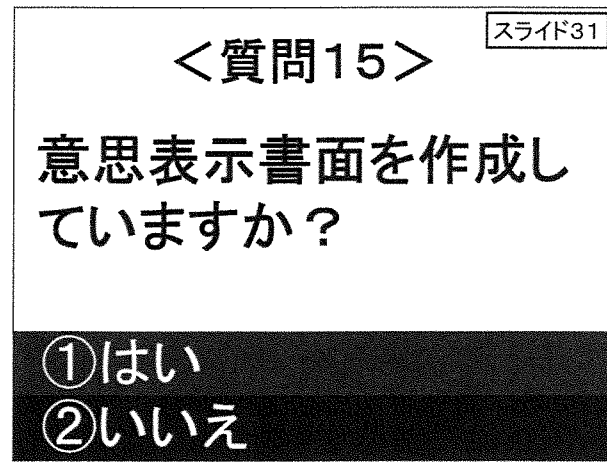
スライド30

「人生の最終段階における医
療の決定プロセスに関するガ
イドライン」を御存知ですか？

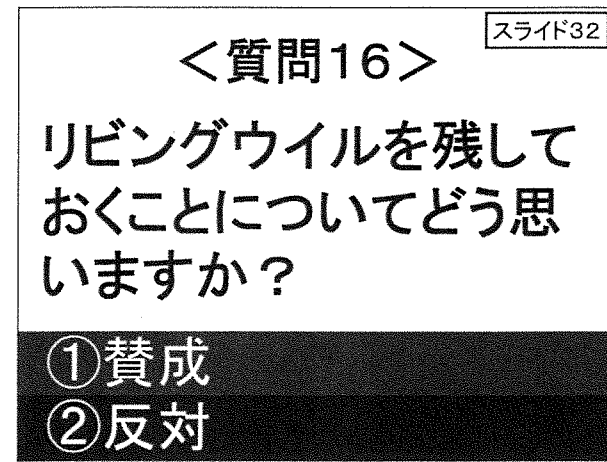
①知っている

②知らない

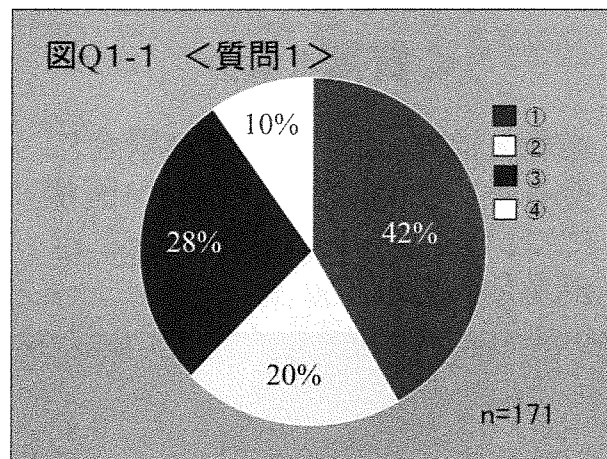
スライド30



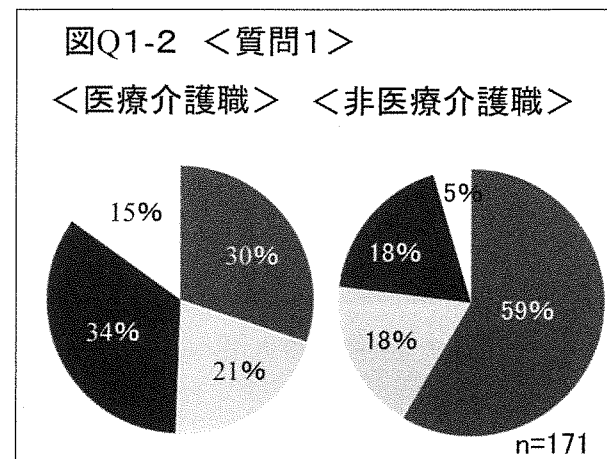
スライド31



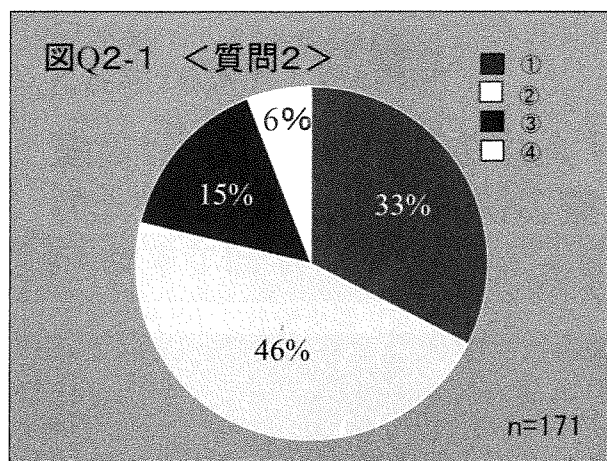
スライド32



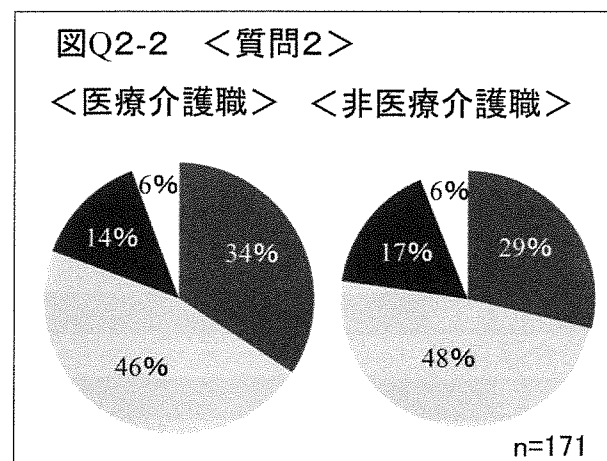
図Q1-1



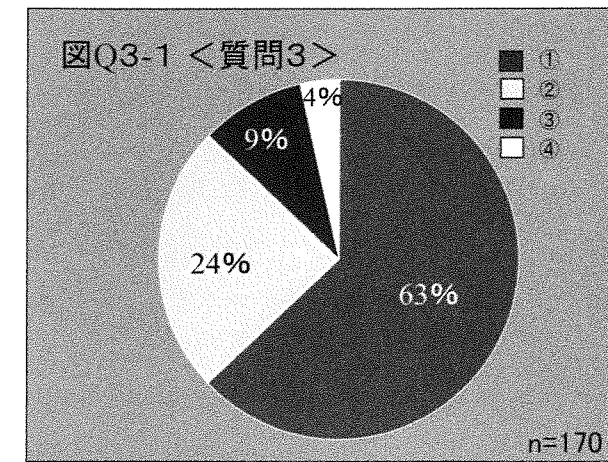
図Q1-2



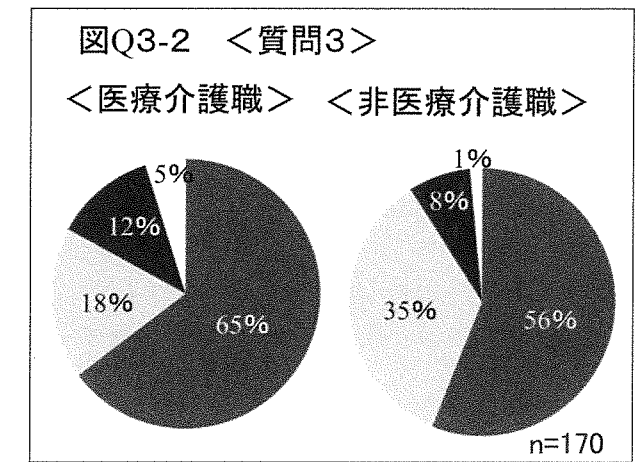
図Q2-1



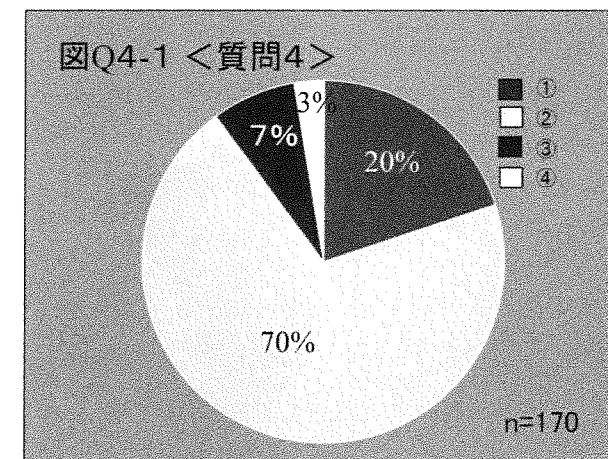
図Q2-2



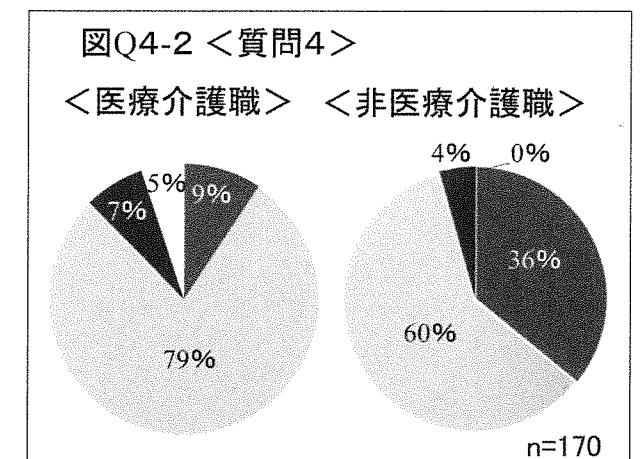
図Q3-1



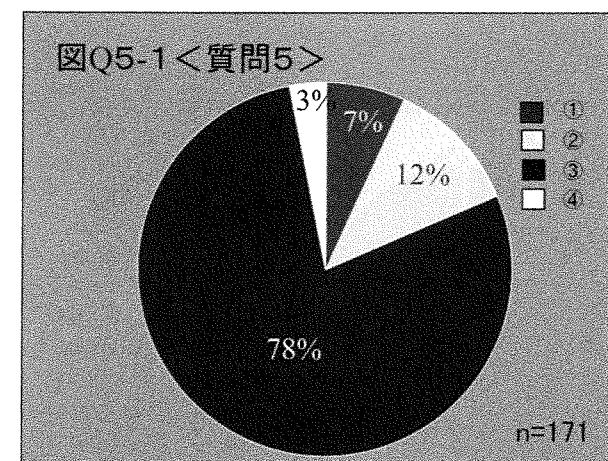
図Q3-2



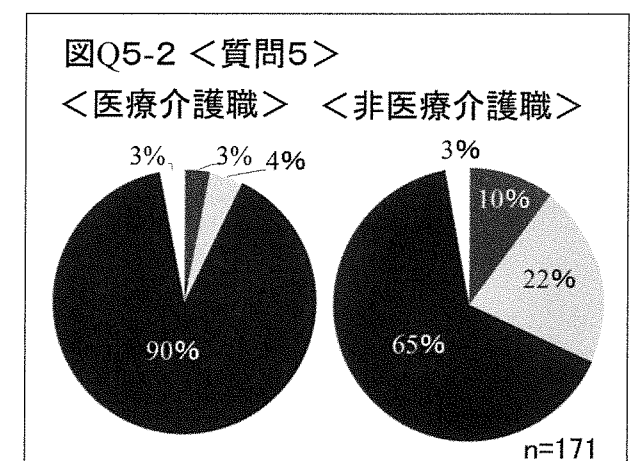
図Q4-1



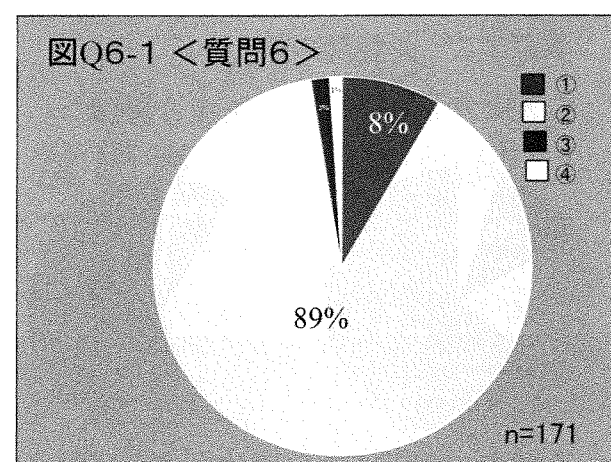
図Q4-2



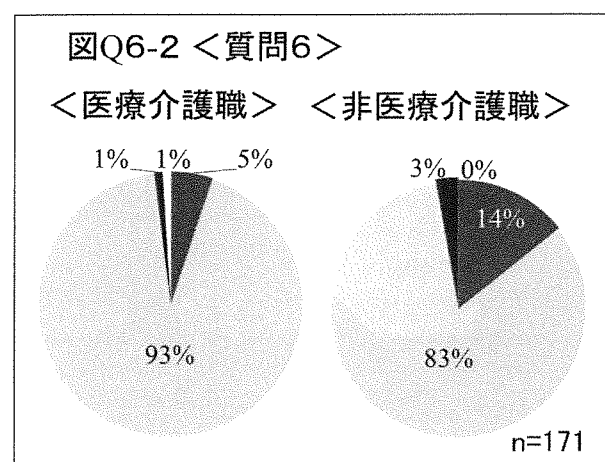
図Q5-1



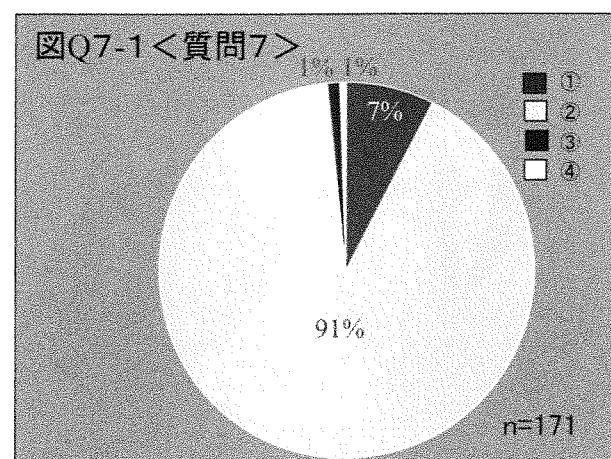
図Q5-2



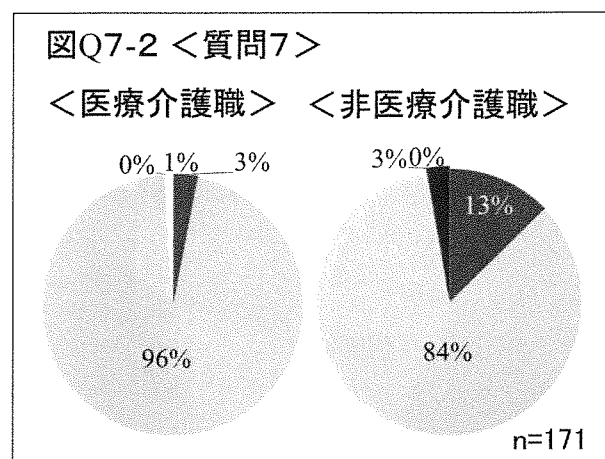
図Q6-1



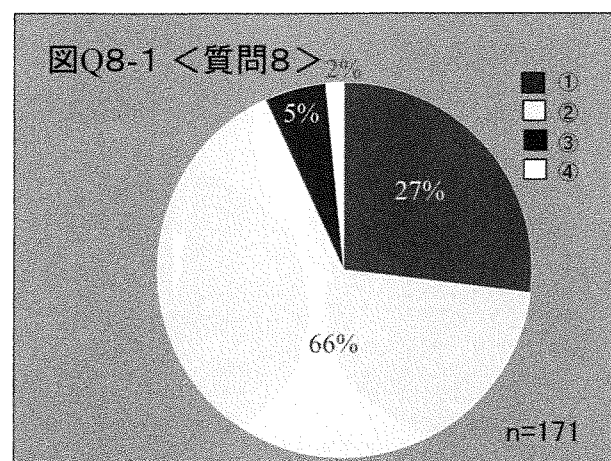
図Q6-2



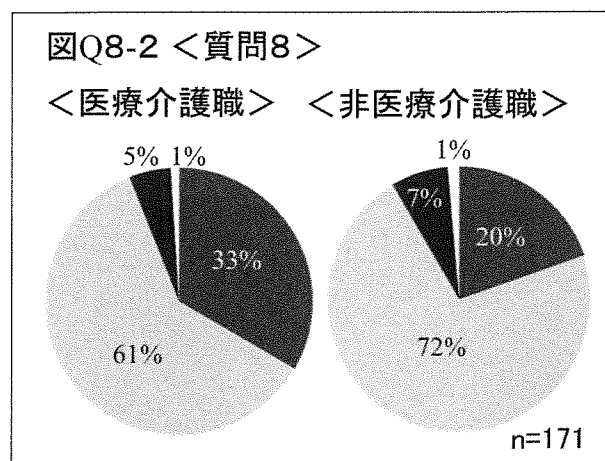
図Q7-1



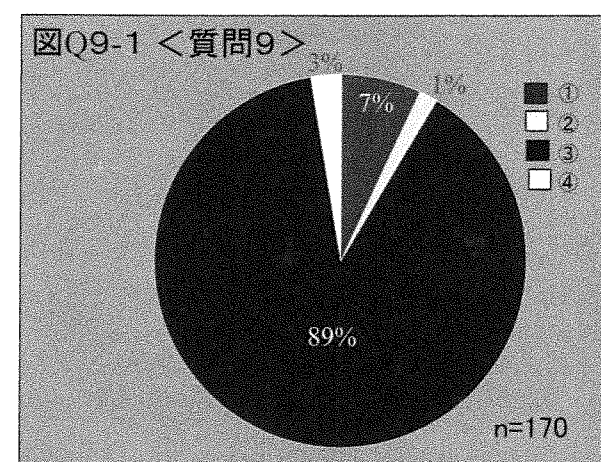
図Q7-2



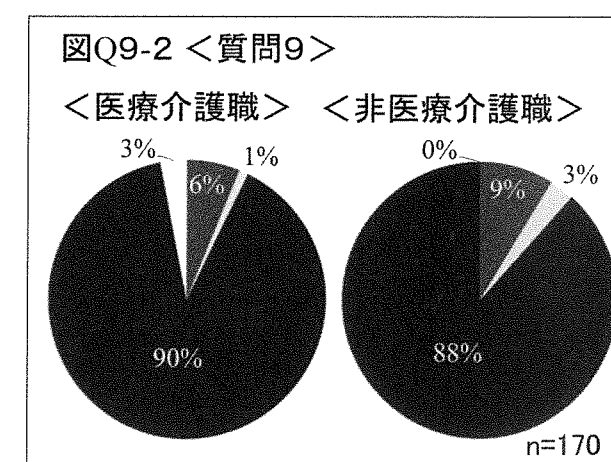
図Q8-1



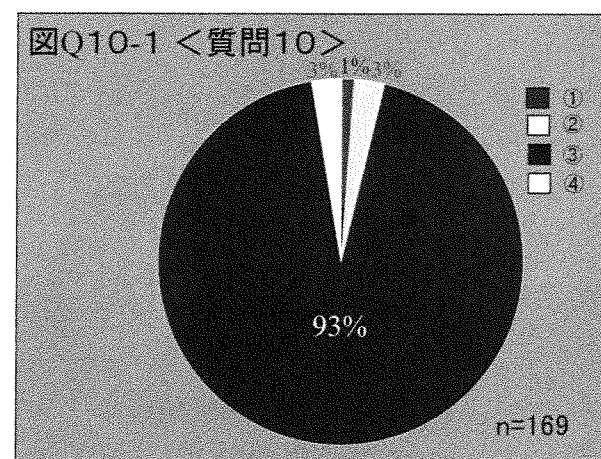
図Q8-2



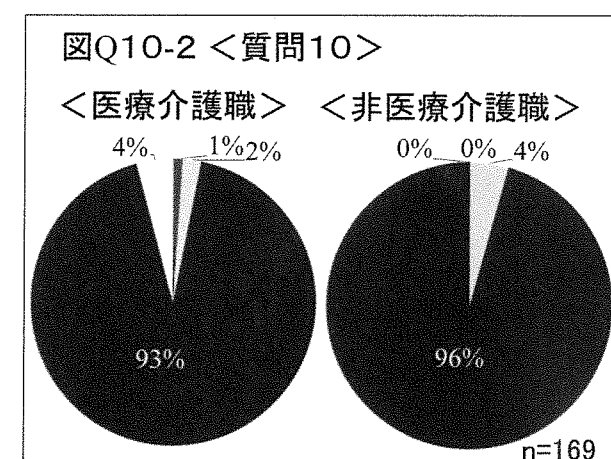
図Q9-1



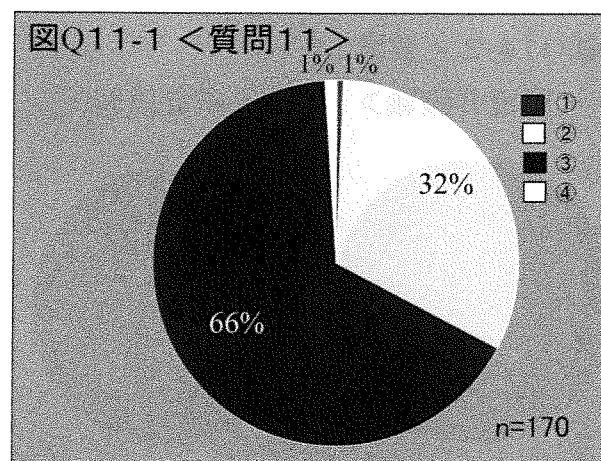
図Q9-2



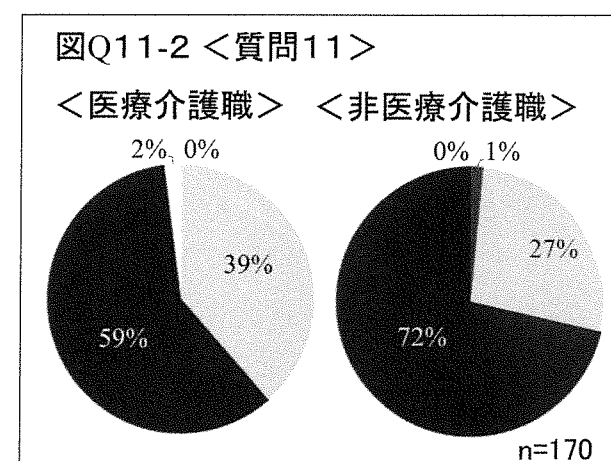
図Q10-1



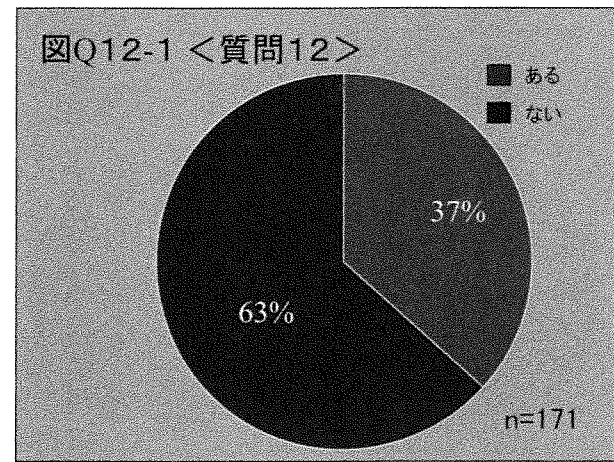
図Q10-2



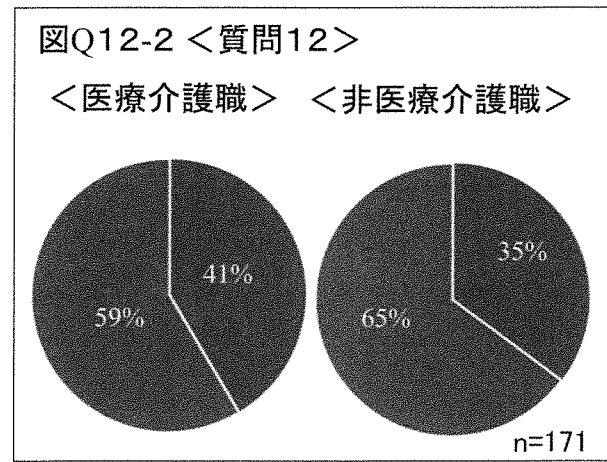
図Q11-1



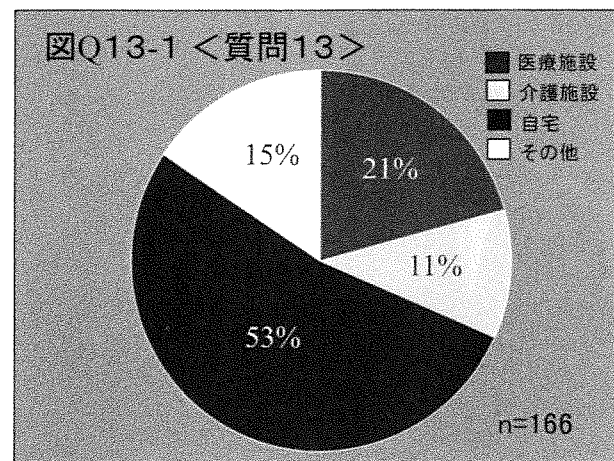
図Q11-2



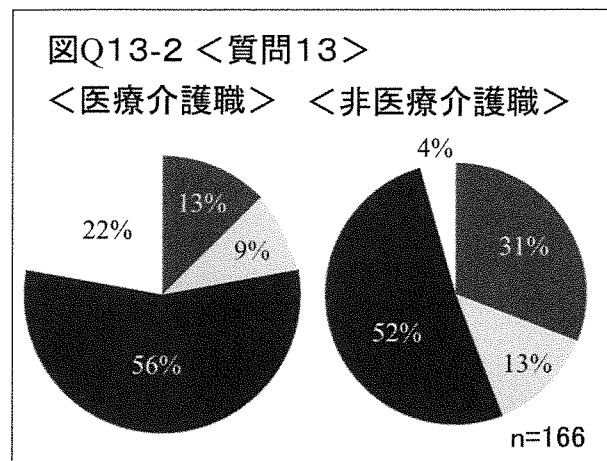
図Q12-1



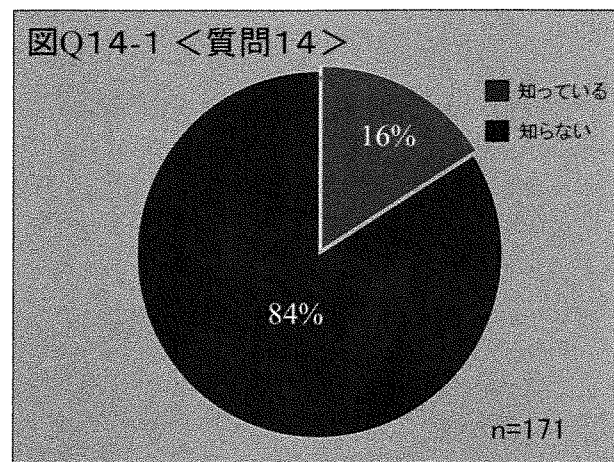
図Q12-2



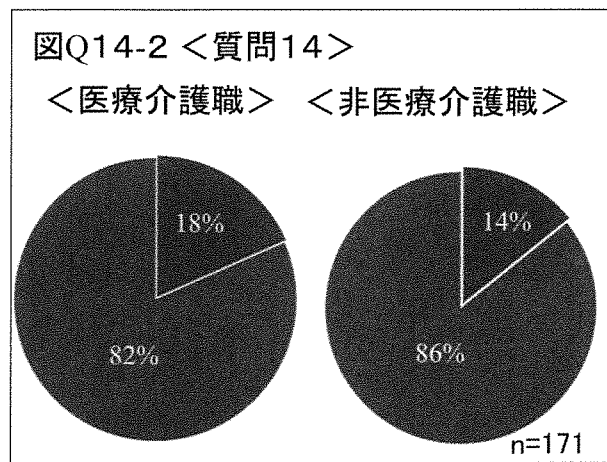
図Q13-1



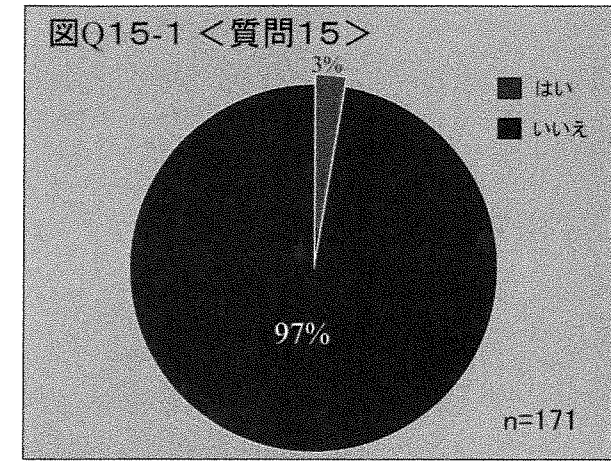
図Q13-2



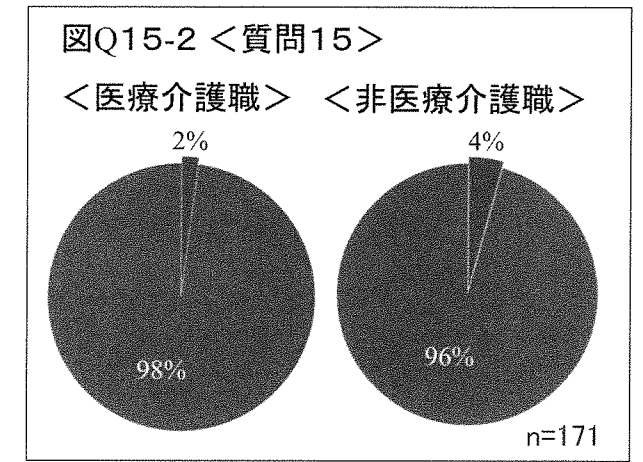
図Q14-1



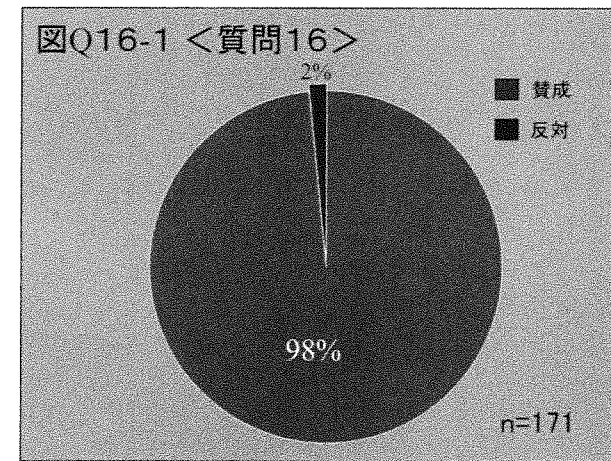
図Q14-2



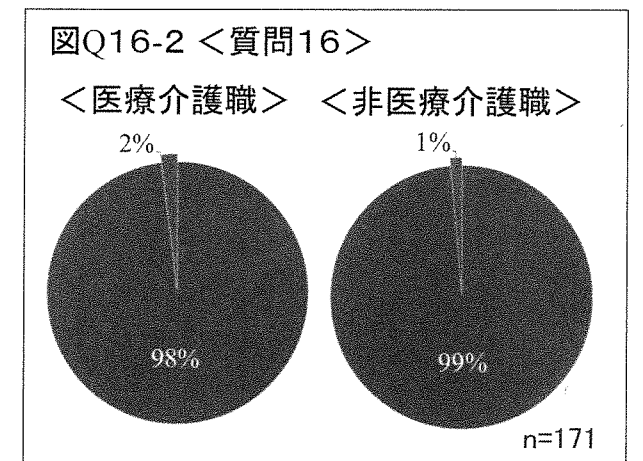
図Q15-1



図Q15-2



図Q16-1



図Q16-2