

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、  
実施事業  
平成 25 年度報告書

平成 2 6 年 3 月

株式会社三菱総合研究所



# — 目 次 —

第1章 事業の概要.....	1
1. 背景.....	1
2. 実施概要.....	2
3. 実施体制.....	3
第2章 終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発.....	5
1. 終末期医療等に関する既存の啓発プログラム.....	5
2. 千葉県版・啓発プログラムの内容.....	6
(1) 啓発プログラム開発の視点.....	6
(2) 啓発プログラムの構成.....	6
(3) 啓発プログラムの製作プロセス.....	9
(4) 公開場所.....	9
第3章 終末期医療に関する意思表示方法の検討.....	10
1. 意思表示様式に関する情報の整理.....	10
(1) 平成24年度調査の概要.....	10
(2) 既存の意思表示様式に関する調査.....	14
2. 意思表示様式に関する論点と検討の方針.....	30
(1) 意思表示様式に関する議論の経緯.....	30
3. 意思表示様式に関する情報提供と意識啓発について.....	33
(1) 情報提供・啓発すべき事項.....	33
(2) 啓発方法の検討.....	40
第4章 地域別公開講座・シンポジウムの開催.....	41
1. 地域別公開講座の概要.....	41
(1) 開催日時・場所.....	41
(2) プログラム.....	41
(3) 参加者数.....	42
(4) 講演者・講演内容.....	42
2. シンポジウムの概要.....	44
(1) 開催日時・場所.....	44
(2) プログラム.....	44
3. 地域別公開講座・シンポジウムの参加者アンケート結果.....	45
(1) 集計結果.....	45
(2) 自由回答結果.....	56
参考資料.....	71
【1. 地域別公開講座・シンポジウム 講演資料】.....	73
【2. 地域別公開講座・シンポジウムアンケート】.....	145
【3. 意思表示に関するリーフレット・ポスター】.....	151

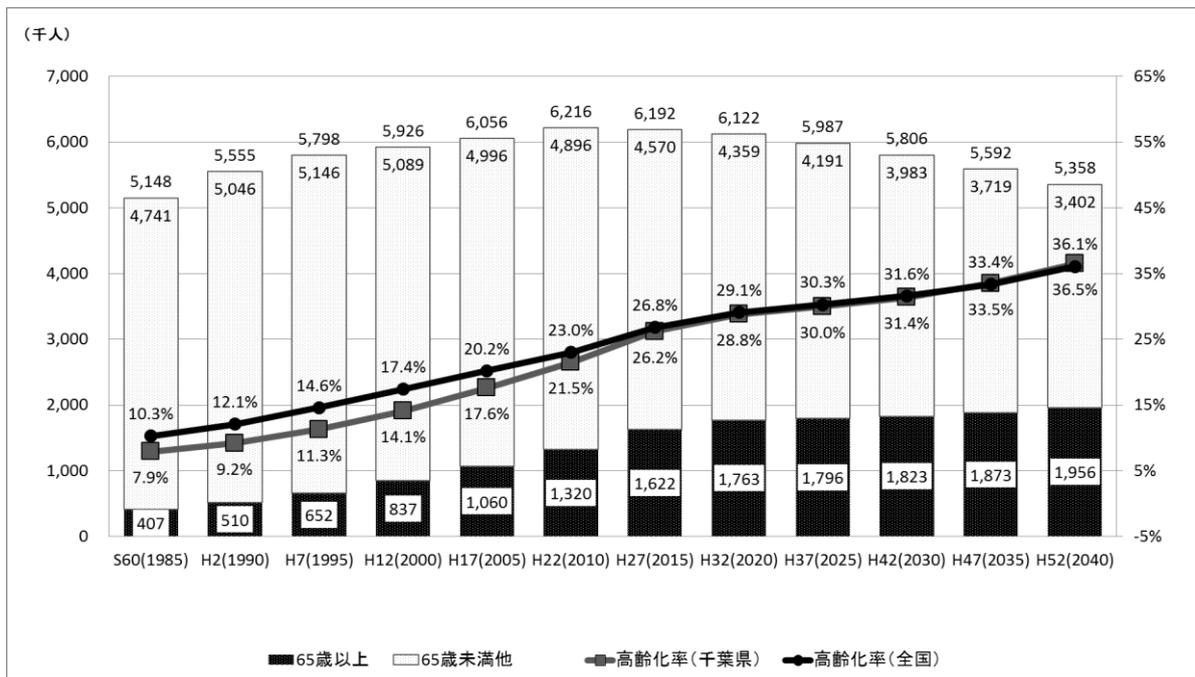


# 第1章 事業の概要

## 1. 背景

千葉県における65歳以上人口割合は2010年で21.5%であるのに対し、2040年には36.5%と今後30年で約1.5倍に増加することが見込まれている。特に65歳以上人口は急増し、死亡者に占める高齢者の割合が増大する見込みである。そのため、急増する高齢者が、人生の終わりの時期においてどのようなケアを受けるか、その重要性がますます高まることが予想される。

【千葉県の高齢化推移】



(出典) 総務省統計局「国勢調査結果(各年10月1日現在)」

国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口(平成25(2013)年3月推計)」をもとに作成。高齢化率は、年齢不詳を除く総人口に占める割合。

千葉県では平成24年度より、人生の終わりの時期の医療の現場において、本人または家族が希望する療養生活を過ごすための意識の啓発、情報提供を目的とした啓発プログラムを作成し、広く周知する方法の検討に取り組んでいる。

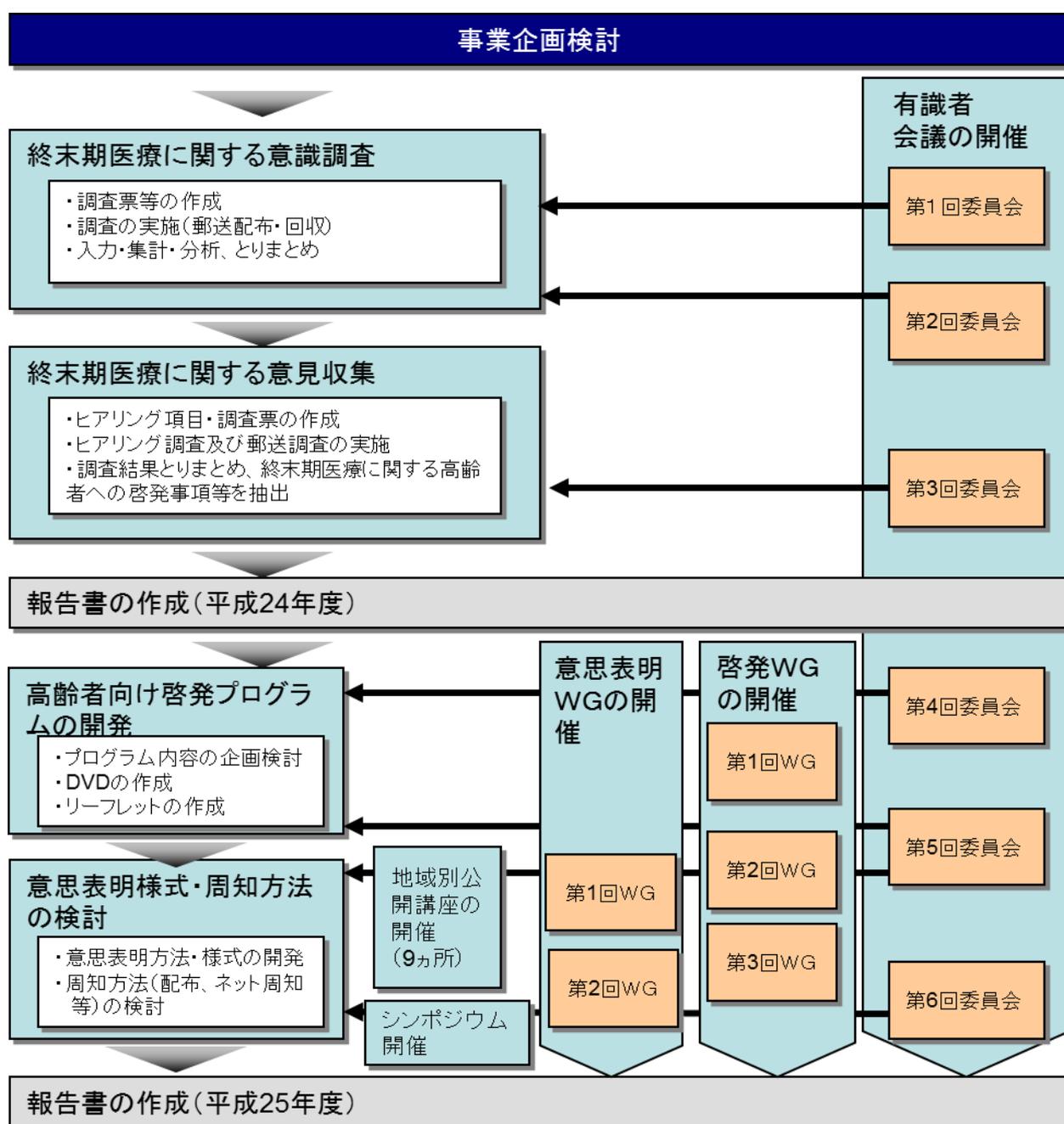
平成24年度は、千葉県民1万人を対象に県民意識調査を実施し、人生の終わりの時期の過ごし方についての意識・考え方の実態調査を行った。その中で自分が最期を迎える場所についてたずねたところ、「自宅で最期まで療養したい」人は全体の31.6%、「医療機関に入院して最期を迎えたい」人は全体37.4%であった。また自分自身の最期の過ごし方について「わからない」人は全体の23.1%にのぼった。

## 2. 実施概要

平成25年度は、平成24年度の県民意識調査を踏まえ、人生の終わりの時期の過ごし方について、県民にとって考えるきっかけづくり、情報提供、啓発等を重点的に行うことを目的として実施した。

具体的には、人生の終わりの時期の医療の現場において、本人または家族が希望する療養生活を過ごすための意識の啓発、情報提供を目的とした啓発プログラムを開発した。併せて、人生の終わりの時期にどのような医療を受けるかについて、意思表示の必要性や意義、意思表示様式のあり方、意思表示様式の活用方法・記載項目等についても検討を行った。

また、千葉県の2次保健医療圏ごとに、人生の終わりの時期に関する情報提供や「最期まで自分らしく生きる」をタイトルにした地域別講演会・シンポジウムを開催した。



### 3. 実施体制

本事業の実施に際し、平成24年度同様、有識者会議を設置した。また、啓発プログラムのコンテンツ開発、意思表示様式検討については、集中的・効率的に議論を進めるため、WGを設置した。

#### 【有識者会議・WGの実施体制】

(有識者会議メンバー：50音順、敬称略)

委員長	氏名	所属・役職	啓発WG	意思表示WG
	井上 峰夫	千葉県福祉医療施設協議会 会長	○	
	大岩 孝司	さくさべ坂通り診療所 院長		○
	加藤 誠	成田赤十字病院 院長	○	
	栗原 正彦	一般社団法人千葉県歯科医師会 理事	○	○
	権平くみ子	千葉県訪問看護ステーション連絡協議会 会長		○
	清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科 特任教授		○
◎	高林 克日己	千葉大学医学部附属病院 副院長、企画情報部長	○	○
	田中 知華	京葉浦安法律事務所 弁護士		○
	土橋 正彦	公益社団法人千葉県医師会 副会長		○
	藤田 敦子	特定非営利活動法人 千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表	○	○
	星野 恵美子	公益社団法人千葉県看護協会 常任理事	○	○
	眞鍋 知史	一般社団法人千葉県薬剤師会 副会長	○	

(オブザーバー) 千葉県 健康福祉部 健康福祉政策課 政策室

(事務局) 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

【有識者会議・WG の検討内容】

有識者 会議	啓発 WG	意思表 明 WG	開催 日程	議題
第4回			5/15 (水)	○平成 25 年度計画について ○啓発プログラムの内容について ○講演会について
	第1回		6/12 (水)	○啓発プログラム構成（案）について ○啓発プログラム開発の進め方について
第5回			7/29 (月)	○講演会について ○意思表明様式について ○啓発プログラムについて
	第2回		9/3 日 (火)	○啓発プログラム構成及びナレーション原稿（案）につ いて ○撮影スケジュール及びその他の確認事項について
		第1回	9/20 (金)	○意思表明に記載すべき内容（案）について ○終末期医療に関する意思表明事項（案）につい て
	第3回		10/24 (木)	○啓発プログラム初版について
		第2回	12/10 (火)	○意思表明 WG の検討方針について ○成果のまとめ方について
第6回			1/14 (火)	○報告書案について ○ポスター・リーフレット案について ○シンポジウムについて

## 第2章 終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発

### 1. 終末期医療等に関する既存の啓発プログラム

人生の終わりの時期の過ごし方について、県民にとって考えるきっかけづくり、情報提供、啓発を目的として、人生の終わりの時期の医療の現場において、本人または家族が希望する療養生活を過ごすための意識の啓発、情報提供を目的とした啓発プログラムを開発した。

開発にあたってはまず既存の啓発プログラムの収集を行った。収集した啓発プログラムの多くは医療・介護職向けの研修用DVDであった。収集した啓発プログラム(例)は以下の通り。

【啓発プログラム(例)】※順不同

タイトル	出版・発行元	対象	関連ホームページ
自分らしい『生き方』と『死に方』を求めて	尊厳死協会(社団)	一般	
重度化対応ケア&看取りケアマニュアル	日総研	専門職	<a href="http://www.nissoken.com/book/1546/index.html">http://www.nissoken.com/book/1546/index.html</a>
ターミナルステージに沿った緩和ケア	看護出版	専門職	<a href="http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/26.html">http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/26.html</a>
介護職の方が安心して看取りを行う方法 講師 医療法人社団南星会理事長 島田栄治	在宅医療研究所	専門職	<a href="http://www.home-medical.co.jp/book7.html">http://www.home-medical.co.jp/book7.html</a>
悔いのない看取り心につれる死生学 井手敏郎: 仏教講師、死生学講師	日総研	一般	<a href="http://110.50.209.147/book/1648/index.html">http://110.50.209.147/book/1648/index.html</a>
絵本「いびらのすむ家」 教材としてのDVD	「いびらのすむ家」事務局	一般	<a href="http://athomehospice.net/ehon0001.htm">http://athomehospice.net/ehon0001.htm</a>
超高齢社会の在宅医療・在宅看取りー住み慣れた地域で最期までー	滋賀県	一般	<a href="http://www.chiikisouzoukaigi-shiga.jp/data_03kaigi/20120913up/h24soukai.html">http://www.chiikisouzoukaigi-shiga.jp/data_03kaigi/20120913up/h24soukai.html</a>
DVD 在宅ホスピスケア-家庭で看取ること 在宅ホスピス協会	京都科学	専門職	<a href="http://www.kyotokagaku.jp/appli2/contents.php?action_record&amp;code=12935-440">http://www.kyotokagaku.jp/appli2/contents.php?action_record&amp;code=12935-440</a>
天国からの“お迎え” ～穏やかな看取り(みとり)とは～ 2012年8月29日(水)放送	NHKクローズアップ現代	一般	<a href="http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail_3238.html">http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail_3238.html</a>
DVD 命の終わりをどう守るか 対談 日野原重明聖路加看護大学学長 中島みちノンフィクション作家	京都科学	専門職	<a href="http://www.kyotokagaku.jp/appli2/contents.php?action_record&amp;code=12918-070">http://www.kyotokagaku.jp/appli2/contents.php?action_record&amp;code=12918-070</a>
DVD 介護職のための終末期ケア研修シリーズ 全7巻 制作:2007年	京都科学	専門職	<a href="http://www.kyotokagaku.jp/appli2/contents.php?action_record&amp;code=12963-900">http://www.kyotokagaku.jp/appli2/contents.php?action_record&amp;code=12963-900</a>
DVD 高齢者とともに生きる～“最期”までの日々より～ NHKエンタープライズ 発行	実教出版	一般	<a href="http://www.iikyo.co.jp/soft_dvd/homemaking_077600.html">http://www.iikyo.co.jp/soft_dvd/homemaking_077600.html</a>
介護レベルアップシリーズDVD「終末期のケア」 終末期のケア～いのちを支える援助的コミュニケーション	公益財団法人 介護労働安定センター	専門職	<a href="http://www.kaigo-center.or.jp/tosho/2009/000863.html">http://www.kaigo-center.or.jp/tosho/2009/000863.html</a>
生活モデルのターミナルケア 講師:鳥海房枝	看護出版	専門職	<a href="http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/16.html">http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/16.html</a>
共存へのターミナルケア 講師:品川博二	看護出版	一般	<a href="http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/11.html">http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/11.html</a>
介護老人保健施設でのターミナルケア	看護出版	専門職	<a href="http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/14.html">http://www.kansaikango.co.jp/cd_dvd/dvd_details/14.html</a>
講演記録から学ぶ シリーズ 看取りケアの理念と実践	シルバーチャンネル	専門職	<a href="http://www.g3-b3.co.jp/item/026/">http://www.g3-b3.co.jp/item/026/</a>
いのちが一番輝く日ーあるホスピス病棟の40日	映画	一般	<a href="http://www.inochi-hospice.com/">http://www.inochi-hospice.com/</a>

※網掛けは特に参考にしたDVDをさす。

## 2. 千葉県版・啓発プログラムの内容

### (1) 啓発プログラム開発の視点

収集した啓発プログラムの中から一般向けの普及啓発 DVD や有識者会議・啓発プログラム WG での議論を参考に、千葉県版・啓発プログラムに盛り込む視点の整理を行った。

#### 【啓発プログラムに盛り込む視点】

- 人生の終わりの時期において、本人が「どのように過ごしたいか」を考え、家族らと話し合ってもらうことが重要である。医療にとらわれず、自分らしく最期を迎えるために、医療も含めた人生の終わりの時期のあり方について話し合えるための啓発プログラムを開発する。
- 死が避けられない状態時に行う主な治療や最期を迎える場所について誘導せず、選択権は本人にあって、自分自身で考えることの重要性を伝える。
- 今後、1人で死を迎える人が増えることが予想され、1人でも満足した死を迎えられること、死に対する不安を取り除くことができる内容も必要である。
- 看取りを経験したことのない人が増加しているため、人が最期を迎えた際にどのような状態となるのかを皆で共有する必要がある。その上で、最期は積極的な医療を行わないという選択もあることを、本人・家族が理解する必要がある。

### (2) 啓発プログラムの構成

啓発プログラムに盛り込む視点を基に、啓発プログラムに盛り込む内容を整理した。大きくは「ある家族のドラマ」「人生の終わりの時期の現状を示すデータ」「有識者インタビュー」の3つの要素で構成し、人生の終わりの時期を迎えた主人公とその家族の物語を軸に、人生の終わりの時期の現状を示すデータや有識者インタビューを交え、自分らしく最期を迎えるために知っておきたいこと、考えておきたいことをドラマで整理した。

#### 【啓発プログラムに盛り込む要素】

ある家族のドラマ		○ 人生の終わりの時期を迎えた主人公*とその家族の物語
人生の終わりの時期の現状を示すデータ		○ 死亡場所別死亡者数 ○ 平成 24 年度県民意識調査の結果 等
有識者インタビュー	人生の終わりの時期の選択肢	○ どのような選択肢があるか ○ 自宅での療養生活（受けられる支援やサービスの紹介）
	意思表示について	○ リビングウィルとは、意思表示の意味と重要性、方法、留意点など ○ あらかじめ考えておくこと、話し合っておくことが必要であること

※ドラマについては現実離れた設定とならないよう、有識者会議・啓発プログラムWGでの議論を基に以下のような前提を置いた。



#### 主人公

男性 90 歳で過去に 2 回の脳梗塞を起こした。娘がいるが遠方に嫁いでおり、同居家族は 75 歳の妻のみ。(老老介護)

#### 日常生活の様子

過去に起こした脳梗塞の後遺症(右半身麻痺)は、妻が 1 人でみられる程度のもの。杖歩行で家の周囲は杖および手すりですり歩行可能。遠方に出かける時は車いすを使用。食事は妻が作り、左手で食べられる。要介護 3 でケアマネジャーがいるが、ヘルパーは入っていない。入浴は週 2 回のデイサービスにて行う。病院は今までかかっていた病院外来(介護タクシー利用)あるいは診療所に妻の付き添いで通う。



#### 3 度目の脳梗塞

3 度目の発作を起こし、左半身麻痺が新たに出現。言語障害のため意思疎通困難、理学療法士のリハビリテーションにて自力座位は不能になるが、ベッドアップにて何とか座位を保つ。介助にて車椅子に移り、長時間座ってられる。また、言語聴覚士による嚥下訓練によりなんとか経口摂取ができるようになる。入院後 1 か月を過ぎたころ、医師より、自宅退院、施設転院の話が出る。家族で話し合った結果、自宅退院を希望。



#### 人生の終わりの時期の医療の選択

各種サービスを利用し在宅療養を続けていたが、肺炎を併発し、その都度訪問診療にて軽快するも今回はより重症であり、訪問診療を行うが改善が見られない。在宅医よりこれ以上良くなる見込みはない、と介護者(妻)は告げられる。家族とよく相談した上で、事前に自宅で亡くなることを希望していたことを踏まえ、家族が在宅での療養を続けること(在宅で看取ること)を選択する。

## 【啓発プログラムの全体構成】

場面		内容
導入		最期まで自分らしく生きる ～あなたは、人生の終わりの時期をどのように過ごしたいですか？～
ドラマ①	ドラマ	主人公の基本情報(年齢・過去の疾患など)と家族の紹介や日常生活の様子を説明。
解説①	データ	千葉県の高齢化の現状 千葉県における高齢化の現状を説明。(65歳以上人口割合は2010年で21.5%であるのに対し、2040年には36.5%と今後30年で約1.5倍に増加。)
	データ	最期を迎える場所(県民意識調査) 自宅希望は31.6%、医療機関希望は37.4%であり、ほぼ、同数。自分自身の最期の過ごし方について「わからない」人は23.1%。
	データ	延命治療を受けたいか(県民意識調査) 回復の見込みがない場合に延命治療を望むかどうかについては、ほとんどの県民が「延命治療を望まない」「どちらかという延命治療を望まない」と回答。
ドラマ②	ドラマ	3度目の脳梗塞の発作が起こり、救急車で運ばれ入院。入院1か月過ぎたあたりから主治医から退院・転院の話が持ちかけられる。病院で退院調整会議が開催され、自宅での療養生活がスタート。
解説②	映像	病院退院調整会議
解説③	インタビュー	土橋医院 院長・公益社団法人千葉県医師会 副会長 土橋 正彦氏 在宅療養を続ける上で利用できる主なサービス 訪問診療について
		千葉県訪問看護ステーション連絡協議会 会長 権平 くみ子氏 在宅療養を続ける上で利用できる主なサービス 訪問看護について
		栗原歯科医院 院長・一般社団法人千葉県歯科医師会 理事 栗原 正彦 在宅療養を続ける上で利用できる主なサービス 訪問歯科診療について
		玉造真鍋薬局・一般社団法人千葉県薬剤師会 副会長 真鍋 知史氏 在宅療養を続ける上で利用できる主なサービス 訪問薬剤管理指導について
		在宅療養を続ける上で利用できる主なサービス 居宅介護支援について
ドラマ③	ドラマ	退院後は各種サービスを利用しながら自宅で療養生活を続けるものの、肺炎を繰り返すようになり、主人公は衰弱していく。
解説④	データ	最期を迎える場所(県民意識調査) 自宅希望は31.6%、医療機関希望は37.4%であり、ほぼ、同数。自分自身の最期の過ごし方について「わからない」人は23.1%。
	データ	死亡の場所別にみた死亡数 2012年の人口動態調査によると、千葉県では、「病院で最期を迎えた人」は76%を占め、実際には多くの人が病院で最期を迎えている。
解説⑤	インタビュー	千葉大学医学部附属病院 副院長、企画情報部長 高林 克日己氏 最期を迎える場所の近況とこれからについて／場所によって受けられる医療内容の違いは？
ドラマ④	ドラマ	かかりつけの医師から入院か、自宅で療養を続けるかを判断するよう告げられたため、家族会議を開催する。
解説⑥	インタビュー	社会福祉法人九十九里ホーム 理事長・千葉県福祉医療施設協議会 会長 井上 峰夫氏 結論を出す為に何が重要か？家族の話し合いの実態は？／自分の望む最後を迎える為には？
解説⑦	データ	(県民意識調査) ・自分の死について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感 ・延命治療を受けたいかどうかについて具体的に話し合ったことがあるか 「自分の死について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感はない」という人が半数以上を占めているにも関わらず、延命治療を受けたいかどうかについて「家族と全く話し合ったことがない」人は6割。
	データ	(県民意識調査) ・医療の決定に関する指示を書面で示しておきたいか ・医療の決定に関する意思表示を書面で用意しているか 医療の決定に関する指示を書面で示しておくことについて、4割の人が「示したい」と答えているにもかかわらず、終末期医療に関する意思表示書式はほとんどの人が用意していない。
解説⑧	インタビュー	東京大学大学院人文社会系研究科 特任教授 清水 哲郎氏 どのような様式がありますか？／書面を残す時の注意点
ドラマ⑤	ドラマ	家族会議はたいへんもめたが、最終的には主人公の意志を尊重し、自宅で看取ることで方針が定まる。
解説⑨	インタビュー	特定非営利活動法人 千葉・在宅ケア市民ネットワークピア代表 藤田 敦子氏 在宅での看取りを選んだ理由／看取った後の気持ち
ドラマ⑥	ドラマ	主人公を自宅で最期まで看取って、ドラマ終結。
終わりに		

### (3) 啓発プログラムの製作プロセス

啓発プログラムの製作スケジュールは以下の通り。

	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月
構成案検討	←→								
シナリオ検討		←→							
協力者調整			←→						
撮影				←→					
編集					←→				
チェック・修正						←→			
有識者会議	▲		▲						▲
(WG)		△			△	△			

### (4) 公開場所

啓発プログラムの公開場所は以下の通り。

千葉県のホームページ

<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/shuumatsuki/keihatupuroguramu.html>

更新日:平成25(2013)年9月30日

#### 終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラム開発実施事業

今後急速に進む高齢社会において、誰もが自分らしく尊厳を保ち人生を全うできるよう、自らの終末期医療のあり方について、関心を持つ高齢者が増加することが見込まれます。

県では、高齢者が尊厳を持って最期を迎えられるよう、終末期医療のあり方を考える際の参考となる啓発プログラムの開発や、終末期医療に対する事前の意思表示方法の検討を2カ年で実施していくこととしています。

#### 終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラム開発実施事業について

##### 1.事業内容

高齢者が尊厳を持って最期を迎えられるよう、終末期医療のあり方を考える際の参考となる啓発プログラムの開発や終末期医療に対する事前の意思表示方法の検討を行う。

##### 2.事業期間

2013年9月30日

### 第3章 終末期医療に関する意思表示方法の検討

#### 1. 意思表示様式に関する情報の整理

##### (1) 平成24年度調査の概要

人生の終わりの時期の意思表示方法の検討に先立ち、平成24年度に実施した県民意識調査において人生の終わりの時期の医療に関する意思表示の実態・意向等に関する調査結果の整理を行った。

##### 県民意識調査

看取りに関する希望や延命治療など終末期医療の意識確認を行う方法のあり方を検討することを目的とし、県民意識調査を実施した。調査対象は、満40歳以上の千葉県民とし、ネットモニターを活用したインターネット調査を行い、目標回収数を10,000人とし、10,126人の回答を得た。

調査項目は、死別の経験、家族に死期が迫っている場合について、自分の死期が迫っている場合について、終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心、終末期における意思の表示方法、千葉県の取組み等である。

##### 医療機関調査

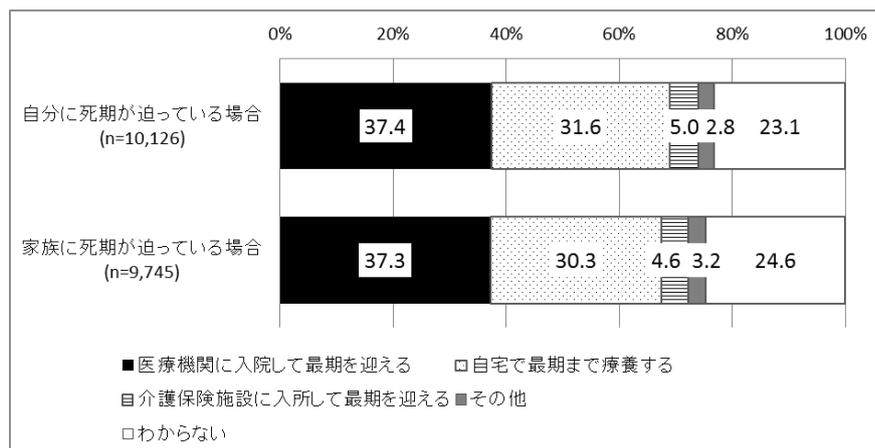
終末期医療に関わる医療従事者側の現状や課題等について把握することを目的とし、医療機関調査を実施した。調査対象は、千葉県内の病院(269箇所)、診療所(696箇所)、訪問看護ステーション(221箇所)とした。(回収率はそれぞれ、41.3%、40.1%、55.6%)

調査項目は、終末期医療の現状、終末期の意思表示方法や患者・家族への関与のあり方、終末期医療に対する教育のあり方等である。

#### ① 最期を迎える場所について【県民意識調査】

自分に死期が迫っている場合、最期を迎える場所についてたずねたところ、「自宅で最期まで療養したい」人は全体の31.6%、「医療機関に入院して最期を迎えたい」人は全体37.4%であり、ほぼ、同数であった。また、自分自身の最期の過ごし方について「わからない」人は全体の23.1%にのぼり、家族に死期が迫っている場合も同様の傾向にあった。

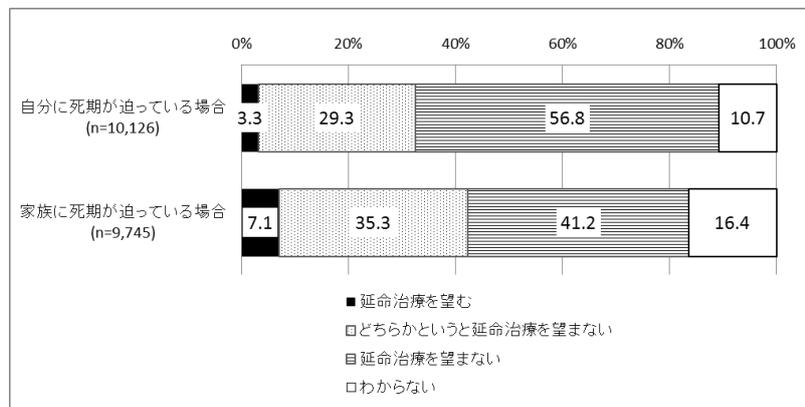
#### 【最期を迎える場所】



## ② 延命治療の意向について【県民意識調査】

一方、回復の見込みがない場合に延命治療を望むかどうかについては、自分に死期が迫っている場合・家族に死期が迫っている場合の双方において、8割近い人が「延命治療を望まない」または「どちらかという延命治療を望まない」と回答した。

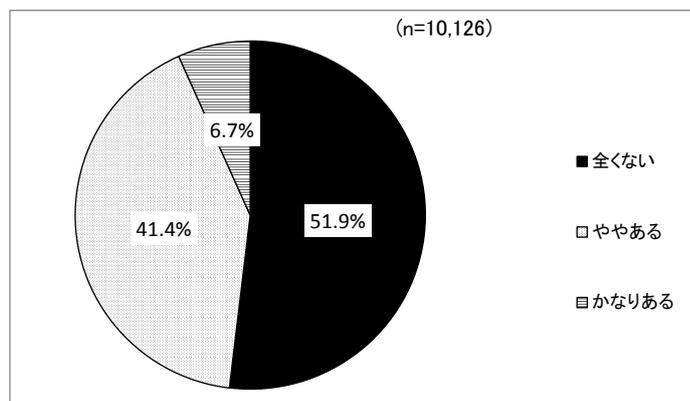
### 【延命治療の意向】



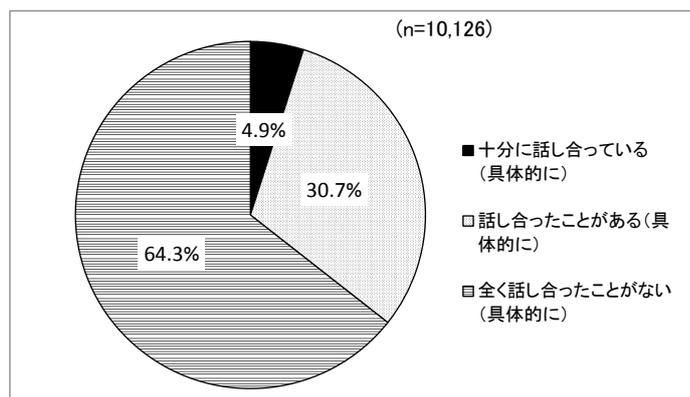
## ③ 自分の死について家族と話し合うことについて【県民意識調査】

自分の死について家族と話し合うことについて「ためらいや抵抗感は全くない」という人が半数以上を占めているにも関わらず、延命治療を受けたいかどうかについて「家族と全く話し合ったことがない」人は6割にのぼり、終末期に受ける医療に関してあまり話し合われていなかった。

### 【自分の死について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感】



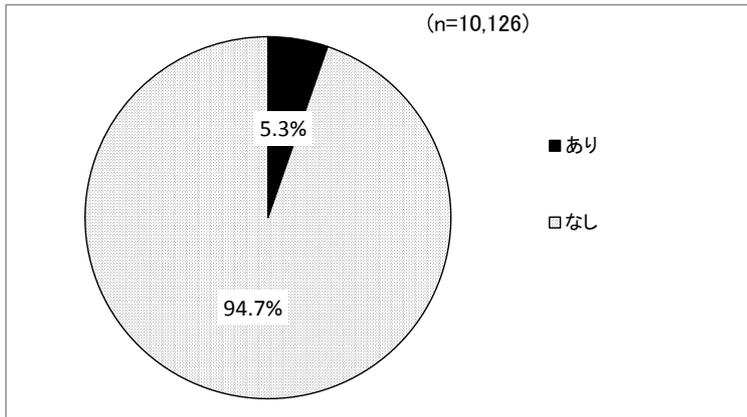
### 【延命治療を受けたいかどうかについて話し合ったことがあるか】



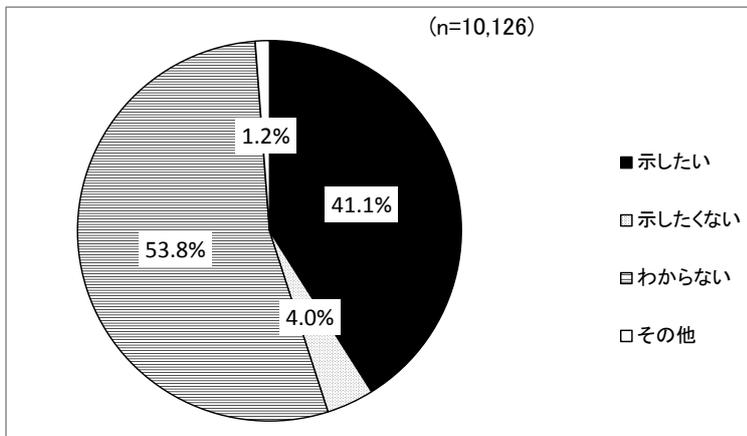
また、医療の決定に関する指示を書面で示しておくことについて、4割の人が「示したい」と答えているにもかかわらず、終末期医療に関する意思表示書式はほとんどの人が用意していなかった。

現時点で意思表示を行っている割合は少なかったものの「示したい」場合、書面等で情報を共有したい相手は、「配偶者」が72.9%と多く、次いで「子ども」が53.1%、「医療機関」が21.8%であった。また「示したくない」場合の理由としては、「どんな内容を残せばいいかわからないから」「その幾度希望が変わるかもしれないから」などが挙げられた。

**【人生の終わりの時期の医療に関する意思表示書式を用意しているか】**



**【医療の決定に関する指示を書面で示しておきたいか】**



#### ④ 終末期における意思の表示方法について【県民意識調査】

終末期における意思の表示方法については、書面での意思表示を行っている割合はわずか5.3%で、最も多かった書面は、日本臓器移植ネットワークの「臓器提供の意思表示カード」(53.3%)だった。書面を共有している相手は、「配偶者」が47.0%と多く、次いで「共有していない」が34.8%だった。

書面に残す時期については、「終末期を迎える前に」が55.7%と最も多く、意思表示ができない場合の治療方針の決定については、「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」が63.2%と最も多かった。

#### ⑤ 終末期における意思の表示方法について【医療機関調査】

終末期における意思表示方法については、患者・家族の認知度を高める必要があるとの意見が7割を超えており、様式についても定めたほうがよいとの意向が4割の医療機関で見られた。

患者・家族への関与においては、「治療、ケアの方針に関する、医師と患者・家族との十分な話し合いが必要」が76.4%と最も多く、患者・家族に対する教育・普及啓発に関しては、「終末期に対する患者・家族の認知度を高める取り組みを行うべき」が7割を超えていた。

また、医療従事者に対する教育についても必要であるとの意見が挙げられた。「終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき」、「終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき」などが5割を超え、医療従事者側にも終末期医療についての理解と取り組みの充実が求められていた。

現状では、患者・家族への意識啓発の一環として、一部の医療機関で以下のような取組が行われていることがわかった。

- 入院時に「わたくしの診察に関する希望書」に記入して、ある程度終末期に対する考えを把握する。
- 常に選択肢を用意し、家族の間でのコンセンサスを取り治療に入るようにしている。
- キーパーソンの方と密に話をすることで死をきちんと受容してもらう。

#### ⑥ 調査結果まとめ

平成24年度に実施した県民意識調査の結果、「延命治療を望まない」「どちらかという延命治療を望まない」県民が大半を占める一方、最期を迎える場所については「自宅」「医療機関」がほぼ同程度であり、終末期の過ごし方について積極的な行動(例:医療の決定に関する書面を用意する、延命治療を受けたいかどうかについて家族と話し合う)をおこなっている県民が多くないことがわかった。

また医療機関調査によると、終末期医療に関する意思表示や医療従事者と患者・家族の話し合いの重要性が示される一方で、医療従事者側にも終末期におけるチーム医療の充実が求められていた。

## (2) 既存の意思表示様式に関する調査

### ① エンディングノート

意思表示において考慮する項目の検討のため、既存の意思表示様式の収集・整理を行った。具体的には「エンディングノート」「意思表示様式」などをキーワードにインターネット上で検索を行い、様式を収集した。出版・発行元は自治体や公的機関（社会福祉協議会、地域包括支援センター）やNPOが多く、その他の団体としては医療法人や出版社があった。

#### 【意思表示様式（例）】※順不同

タイトル	出版・発行元			
	出版・発行元	自治体・公的機関	NPO	その他
もしもノート	須齋 美智子、特定非営利活動法人ライフ・アンド・エンディングセンター		●	
受けたい医療を家族に伝える～医療のためのエンディングノート～「私の生き方連絡ノート」	自分らしい「生き」「死」を考える会			●
LIVING&ENDING NOTEBOOK「もしもの時に役立つノート」	法律監修 法律事務所オーセンス コクヨS&T株式会社			●
ライフデザインノート あるいは、人生ありのまま手帳	地方独立行政法人 東京都健康長寿医療センター 研究所 福祉と生活ケア研究チーム	●		
私の四つのお願い～医療のための事前指示書	箕岡 真子			●
エンディングノート わたしの老い支度 ～いざという時に、大切な人に伝えたい～	堺市港区 南保健福祉総合センター 地域福祉課	●		
暮らしづくり 終活 エンディングノート	ニフティ株式会社			●
マイ・ライフ・ノート	新潟県見附市役所	●		
「エンディングノート」ダウンロード	日刊葬儀新聞社			●
「私の老後の生き方・暮らし方ノート」過去～現在～地域社会で生きる未来	全国社会福祉協議会	●		
「旅立ちのアレンジ」「旅立ちデザインノート」	NPO法人 ライフデザインセンター		●	
家族へ贈るメッセージ～いざという時の「エンディングノート」	セカンドライフ企画			●
そのまま書ける!パソコンでも使える!明日のための「マイ・エンディングノート」	本田 桂子			●
エンディングガイド～心の準備読本～絆	福岡県・大牟田市社会福祉協議会	●		
「生きる」ノート「引き継ぐ」ノート～ゴールド・プラチナ 2冊のエンディングノート～	藤原 快行(著)、中村 麗子(著)、照本 夏子(著)、田村 拓樹(著)、瀬川 貴夫(著)			●
Happy Ending Note～幸せのエンディングノート	主婦の友社			●
書くだけで安心 あなたと家族のための エンディングノート	日本実業出版社			●
デジタルで整理するエンディングノート	日経PCビギナーズ 2013年7月号			●
エンディングノート あなたの思いをご家族に	全国JA葬祭研究会			●
エンディングノート	いにしえ			●
Never Ending Note ～未来に残すエンディングノート～	未来に残すエンディングノート編集委員会 FLOWER&BEE 女性誌企画編集部			●
ナルク エンディングノート	特定非営利活動法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ		●	
「おいじたく覚書き」 “あなたを守り家族を支える安心ノート” 「老い支度～ほっと覚書き～」	野原すみれ&虹の仲間／著 豊中市地域包括支援センター連絡協議会	●		●

延命治療に関する意思表示については、延命治療、尊厳死の希望に関するものが多かったが、「延命治療」の捉え方や意向の聞き方はそれぞれの様式で異なっていた。また、延命治療、尊厳死以外には緩和ケア、病気・余命の告知、臓器提供、献体の希望に関する項目もあった。

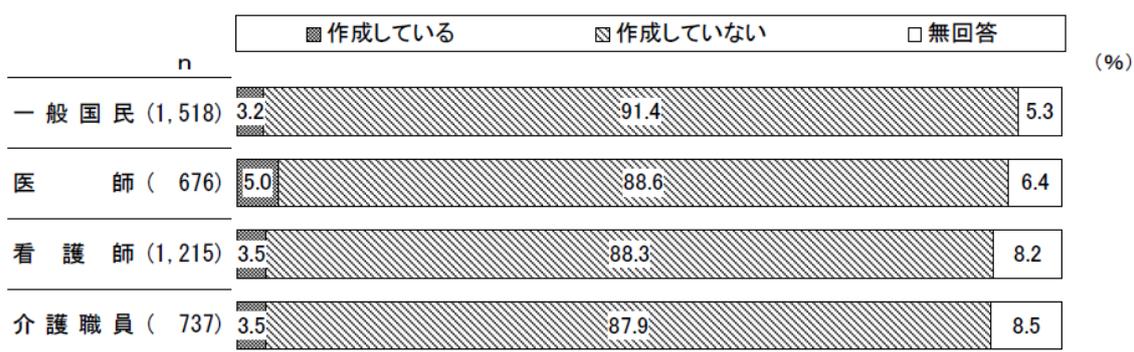
有識者会議においては、市販のエンディングノートは医療・介護に関わるものだけでなく、資産や葬儀、相続など記載内容の幅が広いので、本事業においては人生の終わりの時期の療養生活を送る上で重要な医療・介護に焦点を絞るべき点が指摘された。(p30～32 参照)

## ② 病院における事前指示書

### ア. 事前指示書の作成状況

平成 24 年度「人生の最終段階における医療に関する意識調査の集計結果（速報）」（厚生労働省）によると、リビングウィルの賛否について意向をたずねたところ約 8 割の医療従事者（医師・看護師）が「賛成」と回答している（平成 20 年調査結果）。一方、実際に医療指示書を作成している人は 1 割に満たない状況である。

【事前指示書の作成状況】



（出典）厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査の集計結果（速報）」

### イ. 事前指示書の例

医療機関によっては、個別に事前指示書を用意し、院内で独自に運用している場合がある。千葉大学病院（企画情報部）、島根大学病院、富士見高原病院における事前指示書例や一般社団法人日本尊厳死協会における尊厳死の宣言書を以下に示す。

※以下は千葉県が推奨する事前指示書ではない。事前指示書の内容を具体的に県民に理解してもらうことを目的として、紹介するものである。

私の診療に関する希望書（事前指示書）

千葉大学病院企画情報部版

ver20140211

私および私の家族は、私の具合が悪くなり、死期が近く、このまま何も治療をしなければ救命することはできないが、治療しても私が希望する健康状態までの回復は期待できず、かつ自分で意思表示ができなくなったと判断されたときには、以下のように考えていただくようお願いいたします。ただしここに書かれたことは現在私が考えていることであり、私の意思で今後変更することもあります。

また予期しない突発的な事故の場合(例えば交通事故や、転んで意識がなくなった、のどにものが詰まったなど)は以下に書かれたことではなく、通常の医療をお願いします。

● ひどく具合の悪いときに

- 1) 私はできれば病院よりも家で最期を迎えたいと思います。
- 2) 病院で治療してください。
- 3) 判断は家族( )に任せます
- 4) 判断は担当医師に任せます
- 5) その他

○ 治療に際して医療者には以下の項目を尊重していただきたく思います。

● 心肺蘇生(心臓マッサージなど)

- 1) 心臓や呼吸が停止したときに救急蘇生処置をしないで下さい。
- 2) 救急蘇生処置はしても人工呼吸器にはつながないで下さい。
- 3) 積極的に蘇生処置をしてください。
- 4) 判断は家族( )に任せます
- 5) 判断は担当医師に任せます
- 6) その他

\* 蘇生処置:心臓を手で押して動かす心臓マッサージや、口や鼻などから肺に管をいれて人工呼吸をすることをいいます。

\* 人工呼吸器を接続することで、自分の呼吸が停止しても自動的に呼吸を続けることができます。ただしいったん接続すると患者さんの呼吸状態が回復しない限り、この機械をはずすことは原則としません。

(注意) 突然痰や食べ物が詰まって呼吸ができなくなったときなど、急に起こった窒息などの際は上記の1)、2)を選ばれていても、救命のため、これらの処置を施すことがあります

● 栄養 :食事が口から入らなくなったり、のどがむせて食事をとれなくなったときには

- 1) 自分で食べられなくなっても鼻から胃管(いかん)を入れたり、お腹に胃瘻(いろう)を作ったりしないで下さい。そのために生きていけなくなってもかまいません。
- 2) 栄養をとるために必要なら胃管を入れて下さい。胃瘻は作らないで下さい。
- 3) 必要ならば胃管、胃瘻を作ってください。
- 4) 判断は家族( )に任せます
- 5) 判断は担当医師に任せます
- 6) その他

\*胃管(いかん):鼻から細いチューブを胃までいれて、ここから栄養を入れる方法です。一日2-3回食事と同じように管を通して液体の栄養を入れます。

胃瘻(いろう):胃カメラなどを使ってお腹に穴をあけ、細いチューブを通して直接栄養を外から胃に入れる方法です。胃カメラをするのと同じ位の負担でできます。穴はあとでふさぐこともできます。

● 注射

- 1) 食事の代わりに点滴(中心静脈栄養、高カロリー輸液)はしないでください。
- 2) 必要なら中心静脈栄養、高カロリー輸液をしてください。
- 3) 判断は家族( )に任せます
- 4) 判断は担当医師に任せます
- 5) その他

\*中心静脈栄養、高カロリー輸液とは首や股の部分の太い血管から濃度の高い点滴を常時することで、食事をとらなくても点滴だけで長期間生きていける方法です。

● 輸血

- 1) 輸血はしないでください。
- 2) 必要なら輸血をしてください。
- 3) 判断は家族( )に任せます
- 4) 判断は担当医師に任せます
- 5) その他

● その他の希望

平成 年 月 日

本人署名 \_\_\_\_\_

家族署名 \_\_\_\_\_ (続柄)

受け取り医署名 \_\_\_\_\_

治療行為に関する希望・意思表示

# 事前要望書

(初回時)  
第3版

島根大学医学部附属病院

(2012年3月8日)

## 「事前要望書」の概要

島根大学医学部附属病院

「事前要望書」とは、現在の医学では回復の見込みがなく、治療について自分の意思表示ができないような状態になったとき、自分にしてほしくない治療を文書で伝えておくものです。

これまで、医師など医療スタッフは終末期などの治療を行うとき、患者さんのご意思やご希望をあまり聞くことなく、できる限りの高度の医療技術を駆使して患者さんの延命に専心してきた面も否定できません。また、患者さんの側でも、自分自身に対する治療であるにもかかわらず「医師におまかせする」と考えておられる面もありました。

しかし近年、医療環境、社会環境、および個人の価値観の変化を含め、医療を取り巻く環境は大きく変化し、人道的な観点からみてこのような医療の現状を見直そうという動きがあります。例えば以下のようなことです。

- 1) **生命維持のための医療技術の著しい進歩**：医療技術が著しく発達した結果、治療法の選択肢が増え、医療の現場などでは、患者さんご自身やご家族のみならず、医療スタッフも、治療について迷うことも少なくありません。
- 2) 「他人まかせの医療」から「自分で選択する医療」への意識の変化：上に書いたように、治療は「すべて医師にまかせる」という考え方から、自分の受ける治療なので、自分にもっともふさわしい治療を選択すべきだという考え方に変わってきました。
- 3) **高齢社会における終末期医療について関心が高まったこと**：自分の人生について、最後まで自分らしく尊厳を持って全うしたいと考える人が多くなりました。

「事前要望書」は、以上の趣旨に基づいて、患者側と医療者が話し合っ合意した内容を文書化するものです。「事前要望書」のある場合、主治医をはじめとする医療スタッフは文書化された要望を尊重しながら、最善と思われる治療を実施させていただきます。また「事前要望書」は提出されたあとでも、その内容をあとから変更することは自由にできます。ご不明な点がありましたら、下記までご遠慮なくお問い合わせください。

**問い合わせ先：**

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部附属病院医療サービス課医療ソーシャルワーカー

電話 (0853)23-2193

## 治療行為に関する希望・意思表示「事前要望書」(説明書)

島根大学医学部附属病院

事前要望書は、将来自分が回復の見込みがない状態になり、自分の意思を伝えられなくなったような時に受ける治療行為について、ご本人（または代理者：患者さんの意思を推定可能なご家族等）にあらかじめ希望を文書化しておいていただくものです。そして、もしも実際にそのような状態になられた場合に、本人または代理者の要望を尊重し、人権と生命の尊厳に配慮した医療行為を行うためのものです。

(趣 旨)

1. 事前要望書は、患者さんの意思に基づく希望を医療者側に伝えておく手続きです。患者さんまたは患者さんの代理者によって、患者さん本人の意思を確認したり、または推定しながら、人権を尊重した人道的な医療を進めるためのものです。
2. 患者さんの意識がない場合や、判断力がないと判断される場合などには、ご本人の意思を最もよく理解されているご家族の方など（代理者）と医療・ケアチームとが、病状経過と人道的、倫理的な面から患者さんにとって最善の治療方針について十分に話し合い文書化して、必要に応じて第三者の承認を受けて治療方針を決定します。  
 ※ 医療・ケアチームとは、特定の医師のみでなく、看護師、医療ソーシャルワーカーなど複数の職種のもの（院外の人も含む）で構成されます。
3. 事前要望書の有無によって患者さんが有利になったり、不利になることはありません。また署名された後、いつでも変更が可能です。変更されたことによって、患者さんがいかなる不利もこうむることはありません。ご意思を尊重して最善の医療を行ないます。

### 説明者の署名

説明年月日	説明場所	
患者 ID 番号	(氏名) (ID 番号)	
説明に立会った 家族・親族等 (患者側)	(氏名) (続柄)	(氏名) (続柄)
	(氏名) (続柄)	(氏名) (続柄)
	(氏名) (続柄)	(氏名) (続柄)
主たる説明者	(氏名) (職名等)	
説明に立会った者 (医療者側)	(氏名) (職)	(氏名) (職)
	(氏名) (職)	(氏名) (職)



## 治療行為の用語説明(用語説明)

### 1) 心臓マッサージなどの心肺蘇生

心臓マッサージとは心臓が停止した際に、胸の上から心臓付近を強く圧迫して心臓を動かす手技です。この手技によって心臓が一時的に動き出すことがあります。

※心肺蘇生：死が近づいた時に行われる心臓マッサージ、人工呼吸などの医療行為です。

### 2) 気管挿管

呼吸ができなくなった時、口から気管に管（挿管チューブ）を入れて、肺に強制的に空気を送り込みます。その後人工呼吸を行うこともあります。

### 3) 人工呼吸器の装着

自分の力では呼吸することができなくなったとき、気管に挿入した管に人工呼吸器をつけると延命されることがあります。一方で、回復の見込みがない状態で人工呼吸器を装着すると、その後人工呼吸器を外すことは家族が要望されてもできません。なぜなら、外した医師は殺人罪に問われることがあるからです。

### 4) 気管切開

死が近づくと痰の量が増加し、窒息の危険性が高くなるために、のど仏の下の部分に手術で穴を開けて、直接気管に管を入れて痰を取ったり、気道を確保したり、人工呼吸などをします。この処置を行うと声を出せなくなります。

### 5) 強力な抗菌薬の使用

感染症がある際に通常の抗菌薬を使用しても改善しない場合に、さらに強力な特殊な抗菌薬を使用することがあります。ただし、この種の強力な抗菌薬を長期間使用すると、薬が効かない耐性菌が出現して治療をかえって難しくすることもあります。

### 6) 鼻チューブによる栄養補給

鼻からチューブを胃まで入れて、流動物を流し込んで栄養補給をすることです。味はわかりません。栄養剤が肺に逆流して重症の肺炎を起こすこともあります。

### 7) 中心静脈による栄養補給

高カロリーの点滴だけで栄養補給することです。通常よりもやや太い管を血管の奥まで入れて、普通より濃度の濃い点滴をします。太い管を入れるために肺や血管を傷つけたり、感染を起こす危険はあります。

### 8) 胃瘻（いろう）による栄養補給

内視鏡を使った小手術によって、腹壁から直接胃の中にチューブを留置して体の外から栄養剤を入れるものです。

### 9) 昇圧剤の使用

死が近づくと心臓の動きが悪くなり血圧が低下します。昇圧剤という薬を点滴（静脈注射）から入れると心臓に作用して血圧が上がるがあります。しかし回復の見込みがない状態では多くの場合効果は一時的なものになります。

### 10) 輸血・血液製剤の使用

死が近づくと消化管などからも出血しやすくなり、貧血や血圧低下をきたしやすくなります。輸血・血液製剤を点滴すると一時的に貧血や血圧が改善することがあります。血液製剤は献血者の善意の血液から製造されたものですから、回復の見込みがない状態では使用されないのが一般的です。

※「終末期」＝致死的で重篤な状態におちいり死期が数週間ないし数ヶ月にせまり、現在の医学では回復の見込めなくなった状態を広義の「終末期」といい、これに対して死が切迫した状態（臨死状態）を狭義の「終末期」といいます。

※「延命治療」＝回復が見込めないと判断されている状態で、中心静脈栄養や心肺蘇生によって少しでも永く存命していただく治療です。

**「事前要望書」について話し合われた時の状況記録(必要な場合のみ)**

(この様式に記入するか、以下の内容を直接カルテに記入してください)

患者

(氏名)

(ID 番号)

**医療者側からの説明**

説明したときの状況、病状説明の内容、「事前要望書」の説明内容など。

(できるだけ箇条書きで)

記載者

サイン

**患者ご本人または家族等の受け止め方について**

それぞれの方の受け止め方、出された質問、要望、意見あるいは率直な気持ちなど。

代理者の場合、代理者と判断するに足りる根拠（本人との関係、生活状況など）。

(できるだけ箇条書きで)

**患者の意思が推定できない場合の  
治療方針決定に関する諮問内容（諮問記録）**

記載年月日			
患者氏名	(氏名)	印	
代理者氏名(続柄)	(氏名)	印	(続柄 )
立会った家族・親族 の氏名(続柄)	(氏名)	(続柄)	(氏名) (続柄)
	(氏名)	(続柄)	(氏名) (続柄)
	(氏名)	(続柄)	(氏名) (続柄)
主治医 氏名	(氏名)	(職名等)	
立会った看護師 氏名	(氏名)	(職名・資格等)	
立会った者 氏名(職種)	(氏名)	(職種・職名・資格等)	
諮問チーム構成員 氏名(職種・職名・ 資格等)	(氏名)	(職種・職名・資格等)	
	(氏名)	(職種・職名・資格等)	
	(氏名)	(職種・職名・資格等)	
治療方針に対する諮問内容			

## 「事前要望書」の申し合わせ事項(入院患者用)

### 1) 「事前要望書」のあることを伝える方法

1. 「事前要望書」の説明を病院外来受付付近に掲示する。
2. 入院案内、ホームページに「事前要望書」の説明を掲載する。
3. 主治医が患者または代理者に病状説明をする場合、終末期の治療について希望を聞くことが適切と判断した時「事前要望書」のあることを伝える。
4. 「事前要望書」についての問い合わせがあった時は、原則として医療ソーシャルワーカー（MSW）が窓口となって説明する。また、申込み時に立ち会いを希望する医療者を確認する。

### 2) 「事前要望書」の受付窓口

1. 患者または代理者の意見を聞き、主治医、看護師またはソーシャルワーカーを「事前要望書」の申し込み窓口とする。
2. 医療サービス課等に「事前要望書」手続きについて申し出のあった場合、医療ソーシャルワーカー（MSW）が対応する。

### 3) 「事前要望書」の同意手続き

1. 患者または代理者の意見に従って、主治医、看護師、医療ソーシャルワーカー（MSW）等を含む複数の職種の者が立ち会う。
2. 可能な限り本人と家族などの前で病状とともに治療方針の選択肢などについて説明し、同意の手続きを行う。
3. 患者による判断が困難な場合、家族など患者の気持ちを代弁できるに足りると判断される「代理者」に説明し、同意の手続きを行う。
4. 代理者から同意手続きを受ける場合、「代理者」と考える根拠となるような本人との関係、社会的背景などをカルテに記載する（事前要望書の説明参照）。

### 4) 同意の変更の手続き

1. 医療ソーシャルワーカー（MSW）または主治医、看護師を窓口として受け付ける。  
申し出のあった場合、原則として医療ソーシャルワーカー（MSW）、必要に応じて主治医、看護師の立ち会いの下で、その理由を聞いたり、相談を受けながら手続きを行う。
2. 「事前要望書」の変更の有無によって患者が不利益を受けることはないことを再確認する。

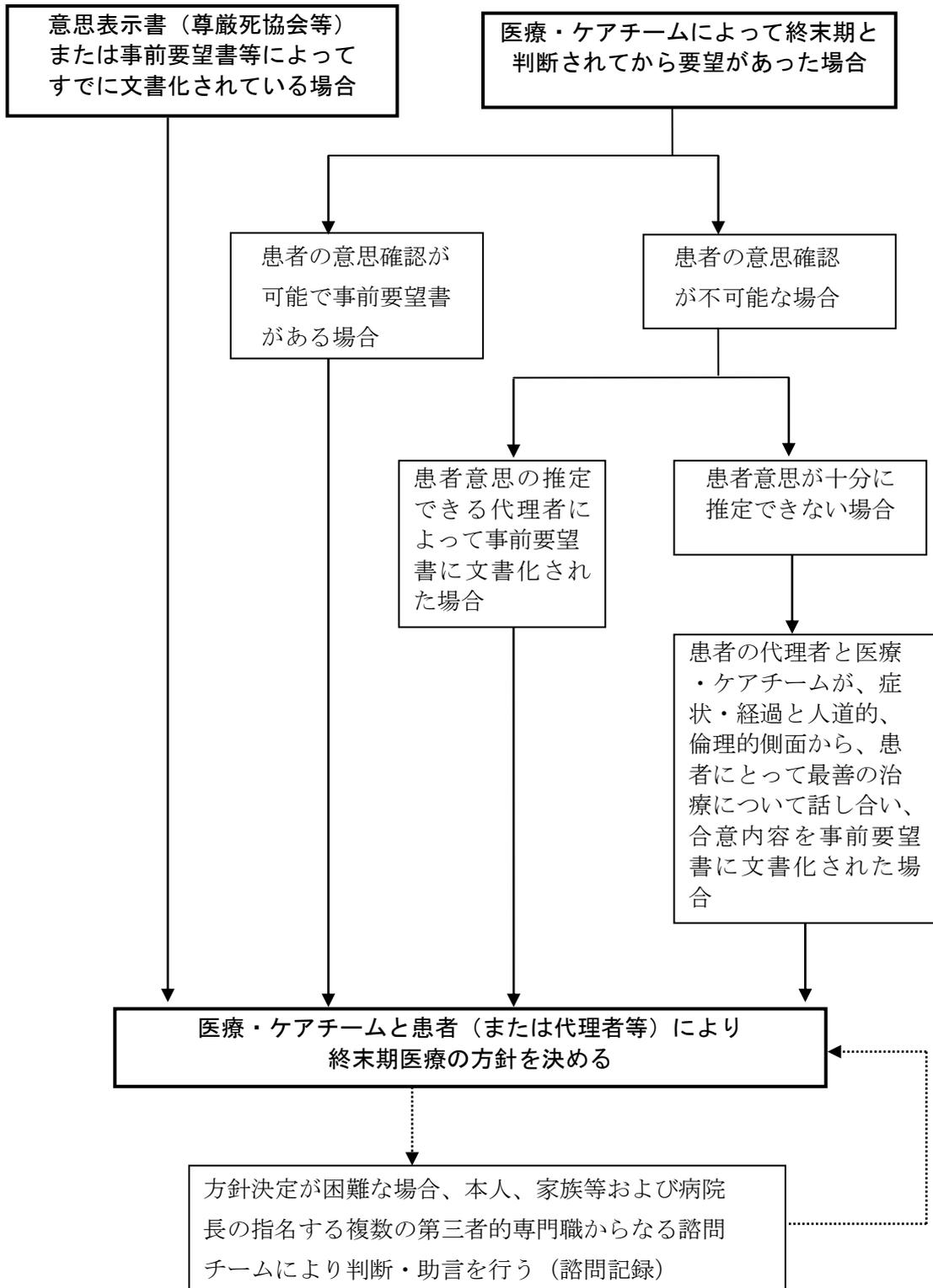
### 5) 同意書の保管方法

カルテに「事前要望書」の有無の記録欄を設ける。同意書（または変更届）はスキャンしたものを電子カルテに保管する。原本（同意書または変更届等）については、他の文書と同様に病歴室にて保管する。

### 6) 諮問チームの構成

患者が回復の見込みのない終末期にありながら、意識障害等により患者の意思が確認できず医療方針が決定できないような場合、家族または代理者の申し出、および同意を得たうえで、医療ケアの方針を決定するために、諮問チームを構成することができる。その構成員は、少なくとも当該診療科以外の医師および当該病棟・部署以外の看護師各1名および医療従事者以外の第三者1名を含むものとし、病院長が指名するものとする。

# 終末期などの治療方針に関して要望があった場合の手続き(流れ図)



氏名:

ID:

## 延命治療に関する事前要望書(リビングウィル)

富士見高原病院

病院における私への診療に際して、今後生じうる重篤な病状に対する治療行為に関して以下のような要望を宣言する。この内容は本要望書を記載した時点における私自身の意思に基づくものであり、状況により破棄または変更も可能であることを前提とする。

私が回復不可能と考えられる病状になり自らの意思表示が困難な状況になった際に、本要望書に記載された意向を尊重し対応することを要望する。その際の治療対応に何らかの問題(法的なことなど)が生ずる場合には、私の考えをあらかじめ伝えてある医療代理人(※)にその判断を委ねる。

1. 病状が現在の医療では治すことができず、自然の状態では死がせまっていることが明らかの際に、死期を先延ばしするだけの血管確保による薬剤や栄養の投与、気道確保や人工呼吸、輸血や人工透析などの治療は一切拒否する。
2. 上記の病状に於いて心身の苦痛を和らげる治療や処置は、可能な範囲で積極的に行うことを要望する。その際に鎮静・入眠剤や麻薬などの使用で死期が早まることはかまわない。
3. 脳疾患などで物を食べることができなくなった場合には、管を使用しての栄養補給は一切拒否する。たとえ誤嚥・窒息しやすい状況であっても、最期まで口から食べさせるよう自然な形で見て欲しい。
4. 何らかの事情で胃瘻造設などによる経管栄養法がすでに行われている場合でも、病による身体の衰えが明らかになった状況では栄養補給の中止を要望する。
5. 懸命の治療行為によっても私の意識が戻らず、身体の反応も乏しい状況が続く場合には薬剤投与や栄養補給、酸素吸入や血液透析などの延命処置をすべて止めることを要望する。また、すでに人工呼吸器が装着されている場合でも必要な手続きを行い、人工呼吸を中止することを希望する。
6. その他、自身の延命治療に関して希望すること: 自由記載

以上の要望に添った診療を希望するとともに、それに伴う医療行為に関わる責任もすべて私が担うことを認める。

氏名:

ID:

1)この要望書を富士見高原病院の診療録(電子カルテ)内に保存し、医療者がいつでも閲覧可能な状況にすることに同意する。

または

2)この要望書は医療情報支援室に保存しておくのみに止め、必要な状況が生じた際に医療者に通知することを希望する。

本人署名捺印

平成 年 月 日

住 所

氏 名 印

(生年月日 年 月 日生)

医療代理人(※)署名捺印 (必要とする場合のみ記載)

平成 年 月 日

住 所

氏 名 印

(私との続柄 )

(生年月日 年 月 日生)

※ 医療代理人とは、自分が受ける医療行為について、自分で意思決定が出来なくなった時、自分の代わりに決定を下してくれる代理人です。

本要望書の内容に関する変更、または書類の破棄に関しては、作成者本人または医療代理人がその旨を医療情報支援室に直接お伝え下さいますようお願い致します。

**【お問合せ先】**

富士見高原病院医療情報支援室

地域医療連携室

TEL 0266-62-5801

FAX 0266-62-5544

## 尊厳死の宣言書

(リビング・ウイル Living Will)

1. ①私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合には、ただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置はお断りいたします。
2. ②ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。
3. ③私が回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめてください。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たしてくださった方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従ってくださった行為一切の責任は私自身にあることを附記いたします。

年 月 日

自署

「協会では、宣言書の登録をお勧めしております。」  
一般社団法人 日本尊厳死協会 電話 03 (3818) 6563

## 2. 意思表示様式に関する論点と検討の方針

### (1) 意思表示様式に関する議論の経緯

#### ① 有識者会議における議論

有識者会議においては、平成 24 年度における県民調査・医療機関調査の結果や収集した資料(意思表示様式(例)は p14 参照)を踏まえ、本事業における意思表示様式に関する検討結果のまとめ方について議論を進めた。概要は以下の通り。

#### 【有識者会議における議論】

- 県主導の様式を作成するのではなく、記載すべき内容・項目等を整理する。また、家族で話し合うことの重要性など様式の運用についても解説をする。
  - ・ 法的にもいろいろな解釈がある中で、様式を示すのは難しいと考える。
  - ・ 普段から家族と話し合うことが重要であり、本人が意思表示できなくなった場合に、家族が本人の意思を代弁できるようにしておくことが重要である。
  - ・ 様式を示すのではなく、必要な要件を示すのでよいのではないか。留意事項も書いておくとよい。強制になる可能性があり、千葉県として様式を示すのは容易ではない
  - ・ 県民の方に、何を留意して書くべきかを示すことが重要ではないか。
  - ・ 意思表示として必要な留意事項を作成する方がよい。患者が様式を書いても、家族がどう捉えるかは異なる可能性があり、何に気をつけるべきかを留意事項に記載していくとよい。
- 言葉の定義を明確に記載する。医療処置については記載者が選択できるように、説明を十分に行う。
  - ・ 「延命」などの言葉の定義をきちんと検討し、委員会で共有できるようにしたい。
  - ・ 現在作成されている様式をみても、簡単な様式であり、治療内容等についても説明がされていない。少なくとも治療の説明は必要ではないか。
  - ・ 胃ろうを入れてよかった事例もある。脳梗塞後遺症の人に嚥下の訓練をして改善された例が報道されていた。
- 市販のエンディングノートは記載内容の幅が広いので、医療方針に焦点を絞って記載する。
  - ・ 医療を必要とする部分の意思表示にするのか、財産等も含めて作成していくのか。
  - ・ 人生の終わりについては触れたほうがよいが、財産等については触れなくてもよいのではないか。医療の専門家も一緒に話し合う必要がある。

↓

これらの議論を踏まえ、平成 25 年度においては、県独自の意思表示様式を示すことはせず、意思表示として必要な項目とその留意事項、およびその検討経緯・議論内容のとりまとめをすることとした。

## ② 意思表示WGにおける議論

意思表示WGにおいては、有識者会議での議論を踏まえ、意思表示として必要な項目とその留意事項など、意思表示に関してより具体的な議論を進めた。概要は以下の通り。

### 【意思表示WGにおける議論】

- 意思表示様式を作成するのであれば、コミュニケーションツールの機能を持たせるべき。医療者や家族との間で意思を共有できるのが望ましい。また、事前指示書が想定外の利用をされないような運用の仕組みの構築が必要。
  - ・ 意思表示様式は、家族と話ができるコミュニケーションツールであり、話し合いのスタートラインとなるようなものとすべきではないか。「〇〇の場合はどうする」等、詳細な場合分けをしてその場合の行動を記載することは行わない。事前指示書については、いかに細かく決めようとも例外が出てくる。
  - ・ 入院する際のチェックリストに、ドナーカードの保有という項目がある。医療者と話し合うきっかけとなるような位置づけにすることとなろう。
  - ・ 例えばワークブック形式で、「このような時、あなたはどうか考えてみませんか」ということでも良いのではないか。何度でも結果を見直せるものにしてほしい。
  - ・ 意識がある人は事前指示書は不要。患者が意思表示できるような関与をすることが必要であり、医療側、ケア側の責任である。考えなければならないことは、突然意思表示できなくなる場合。慢性疾患で力が落ちていって最後に意思表示できなくなったりすると、リビングウィルや事前指示書が逆用されてしまう。意に反した形で意思表示できなくなったときにどうするかを考えてはどうか。
  - ・ 事前指示書は法的根拠にはならないが、意思を推定する根拠にはなる。
- 県が様式案を提示した場合、それが義務と捉えられかねず、また、医療の内容を規定されてしまうことにもつながりかねないため、慎重な検討が必要。
  - ・ 千葉県が書式を提示すると、行政として記載を義務付けているように捉えられる。様式で提示したことが選択できるということとなるにしても、慎重に作成する必要がある。事前指示書の項目を決めると、千葉県が定めたものとして残る。事前指示として「何もしないでほしい」と書いた場合、本当に何もしないとことも起こりうる。「何もしない」ということは、受け止める立場の者それぞれの考え方で変わる。
  - ・ オーソライズされると、医療を規定されてしまうことにもつながりかねない。医療側の患者切捨てに利用されるような形は避けたい。人生の終わりの時期のケアを考えられるような、きちんとした状態の方に行ってほしい。事前指示書はその両面を持つことに留意する必要がある。
- 県として事前指示書案や項目は提示せず、作成したDVDを活用して県民向けに啓発活動を行うとともに、ポスターを作成し、人生の終わりの時期の医療における意思表示についてのキャンペーンを行ってはどうか。
  - ・ 事前指示書は作成せず、項目についても明示しない。その上で、言葉の説明をするものを作ってはどうか。「『胃ろうをつける』とはこのようなことです」など、自由な説明を記載するのは良いかもしれない。

- ・ 県民向けにどのようなアナウンスをするかということが重要。ビデオは明確なメッセージであり、それを解説するというだけではどうか。報告書と県民へのメッセージは同一である必要はない。
- ・ 「家族と話し合うことが大事」ということでキャンペーンを行うことが重要。県で啓発ポスターを作ってはどうか。意思表示したことが不幸な結果になることもある。治療の中断にもつながるのでそこは難しい。項目を作成することが重要なのではなく、一番大事なのは自分の意思を表明することと、それを家族に話をするのであり、そのようなポスターを作ってキャンペーンを行ってはどうか。



意思表示 WG においては、人生の終わりの時期の医療の現場が直面している課題や治療方針に関する患者の意思表示の重要性については認識しているものの、具体的な様式の提示を千葉県が作成することには慎重な対応が必要と判断した。その上で、千葉県民に人生の終わりの時期の療養生活についての普及・啓発は重要であり、報告書に盛り込むべき事項として以下が示された。

- 「書面で残さねばならない」ではなく、家族と話をしていくこと、周囲と話し合うことが重要である。
- 法制化ありきではなく、生前に自分の意思を考えて伝える、コミュニケーションのツールとして重要であることを強調する。
- 「最期を迎える場所の希望について家族・医療従事者と話す」ことが重要であるが、そのとおりにしなければいけないのではなく、参考にしてもらう位置づけであることを明確にする。

### 3. 意思表示様式に関する情報提供と意識啓発について

#### (1) 情報提供・啓発すべき事項

有識者会議及び意思表示WGでの議論を踏まえ、県民に対して情報提供、啓発すべき事項として、ここでは意思表示のプロセスと内容についてとりまとめる。

まず、意思表示を行うにあたってのプロセス(例)を以下に示す。ここでは意思表示のプロセスを「考える」「話し合う」「調べる」「整理する」「繰り返す」のサイクルで構成した。先に述べた県民意識調査において、書面での意思表示「あり」の県民49名に対し、「書面を用意する上で困ったこと」をたずねたところ、「記入した後も気持ちが揺れ動いている(10.2%)」「書面の内容をすぐ変更できるかどうか不安である(2%)」「記入時と必要な時とでは、年齢や状況が異なるので答えづらい(16.3%)」という回答が得られた。この結果からも推察できるように、自分の人生の終わりの時期の過ごし方を固めるのは簡単なことではなく、気持ちが何回も揺れ動くという状況が前提としてある。そして、それらの状況を踏まえた上で、方針を固めていくという姿勢が求められることになる。

またここで述べる意思表示は、①慢性の疾患を持った高齢者②救急の場合(不慮の事故や急病など。年齢は問わない。)のいずれのケースも想定して考えていくこととする。

以下の章でそれぞれのプロセスについて解説する。

#### 【意思表示のプロセス(例)】



## ① 考える

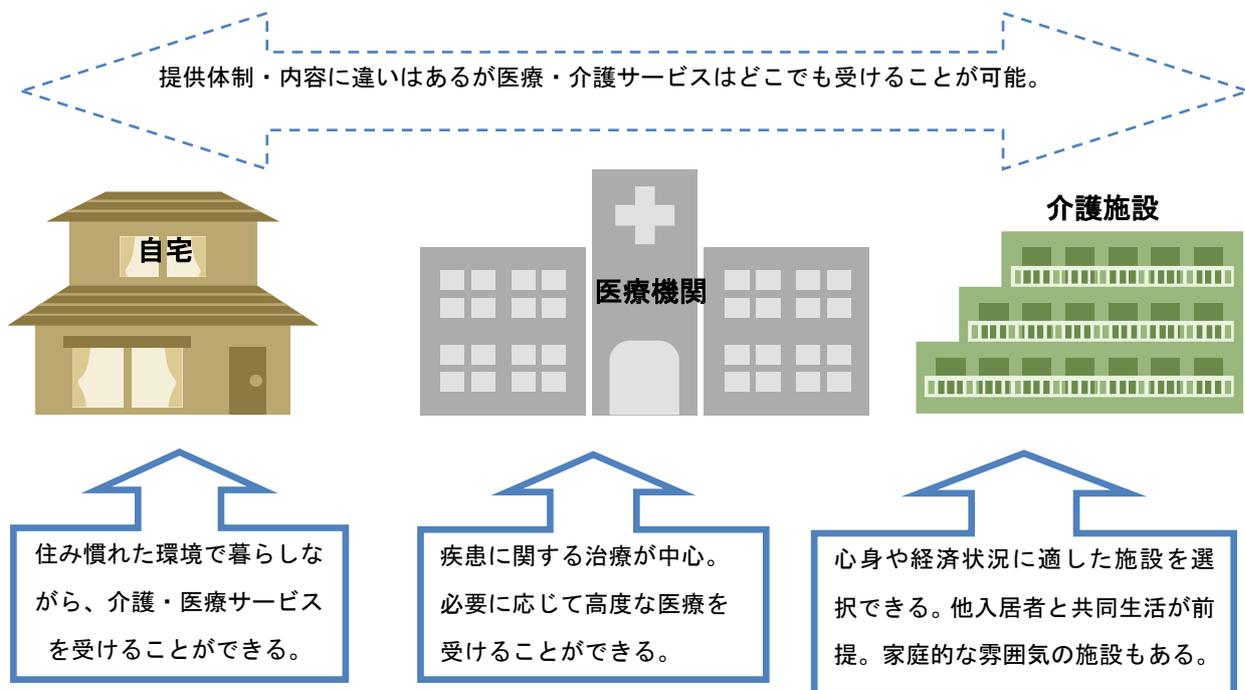
まず「人生の終わりの時期をどのように過ごしたいか」について自分自身で考えることが重要である。②の「話し合う」においては家族や医療従事者など周囲と情報共有・合意形成を行うことになるが、その前に一度自分の中で自身の価値観・人生観、人生の終わりの時期を自分はどこで過ごしたいと思っているのかについて予め整理しておくことが必要である。考えることの例として大きくは以下の2点が考えられる。

- どこでどのように人生の終わりの時期を過ごし、最期を迎えたいか
- 人生の終わりの時期にどのような医療処置を望むか

### ○ どこでどのように人生の終わりの時期を過ごし、最期を迎えたいか

人生の終わりの時期を過ごし、最期を迎える場所として、大きくは「自宅」「医療機関」「介護施設」があり、生活環境や受けられるケアサービスがそれぞれ異なる。

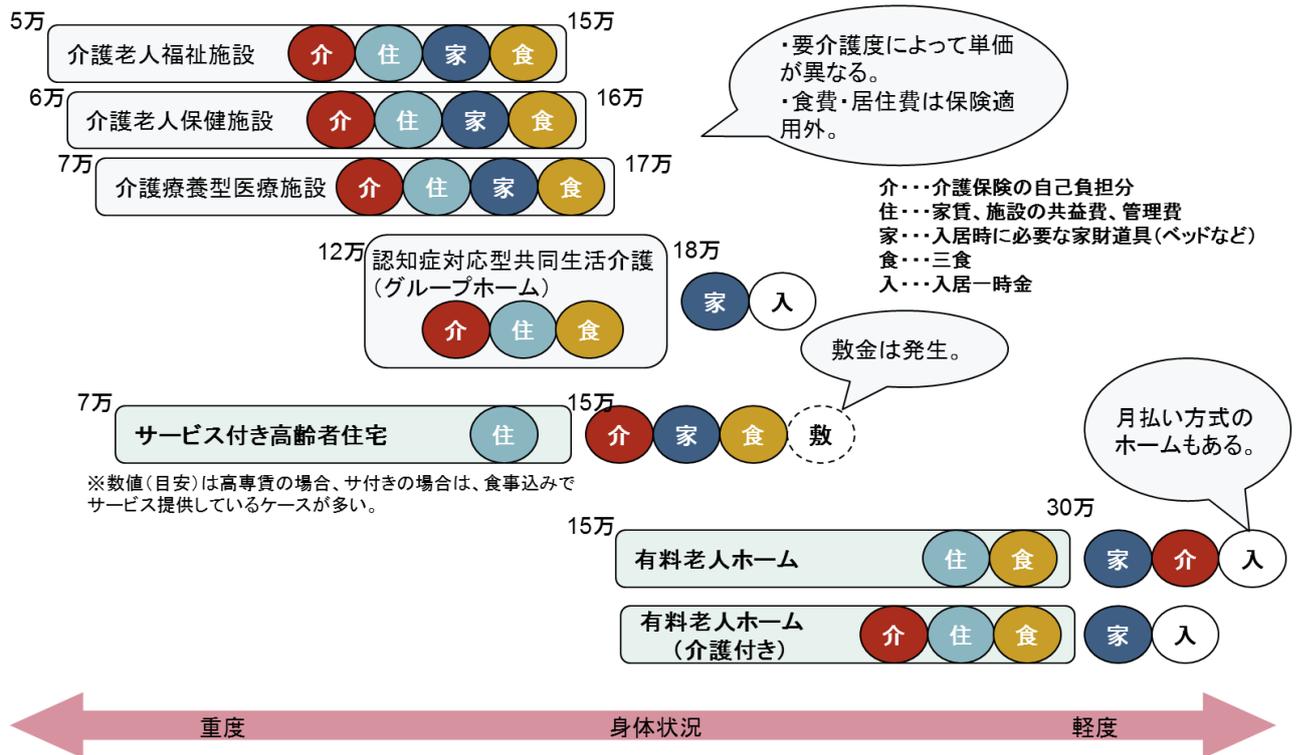
#### 【自宅・医療機関・介護施設のイメージ】



自宅では普段の暮らしの延長で、自分の好きな物に囲まれ、見慣れた景色の中で安心感を持って過ごすことができる。また心身の状況に応じて訪問系の医療・介護保険サービスを受けることができる。ただし、家族のサポートが前提になる場合が多く、家族がいるかどうか、あるいは信頼できる医療・介護サービスが近隣にあるかどうかによっても過ごしやすさは変わってくる。

また、介護施設については、2000年に介護保険制度が創設されて以降、施設サービスの種類は多様化し、患者の心身の状態や経済状況に応じて様々なサービスが受けられる環境が整っている。ただし、地域によっては入居したい施設が整備されていなかったり、民間が開設主体である場合が多い有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などは業者によって費用やサービス内容に違いが見られる。

## 【高齢者の住まい概要】



出所) 高齢者住宅財団「高齢者の住まい ガイドブック」より作成

このように「自宅」「医療機関」「介護施設」のどこで最期を迎えたいかを考えるためには、自分の心身の状況や生活環境(内部・外部)を踏まえた上で、複数のケースを想定し、意向を決めることが重要である。

## ○ どのような医療処置を望むか

2012年の人口動態調査によると、千葉県では、死亡の場所別にみた死亡数では「病院」「診療所」などの医療機関が8割近くを占めている。ここでは高齢で身体の衰えが進み、死が避けられない状態の時にを行う主な治療について説明する。

### 心肺蘇生処置

心臓マッサージ（心臓を手が直接押して動かす）や口や鼻などから管を入れて人工呼吸をし、停止した心肺の機能を再びよみがえらせること。

#### 【人工呼吸器】

自発呼吸ができない状態の患者に対して、口や鼻から管を入れて器械につなぎ肺に空気を送り込み、呼吸を維持する装置のこと。

### 栄養の管理

口から食事をとれない人や食べても誤嚥（ごえん※）して肺炎などを起こしやすい患者に対して行う管理方法。

※誤嚥…飲食の際、飲食物が食道でなく気管に入ること。誤嚥により細菌が吸収され、肺炎・窒息が起こることがある。

#### 【胃ろう】

腹に穴をあけ、専用の器具と管を取り付け、その管に薬・水分・栄養を注入する方法。

#### 【高カロリー輸液】

首や股の部分の太い血管から濃度の高い点滴を注入する方法。

### 苦痛の緩和

心身の苦痛をやわらげるため、医療用麻薬（例：モルヒネ）などを使用する。原則として少量から開始し、苦痛緩和が得られるまで投与量を調整しながら使用する。

## ② 話し合う

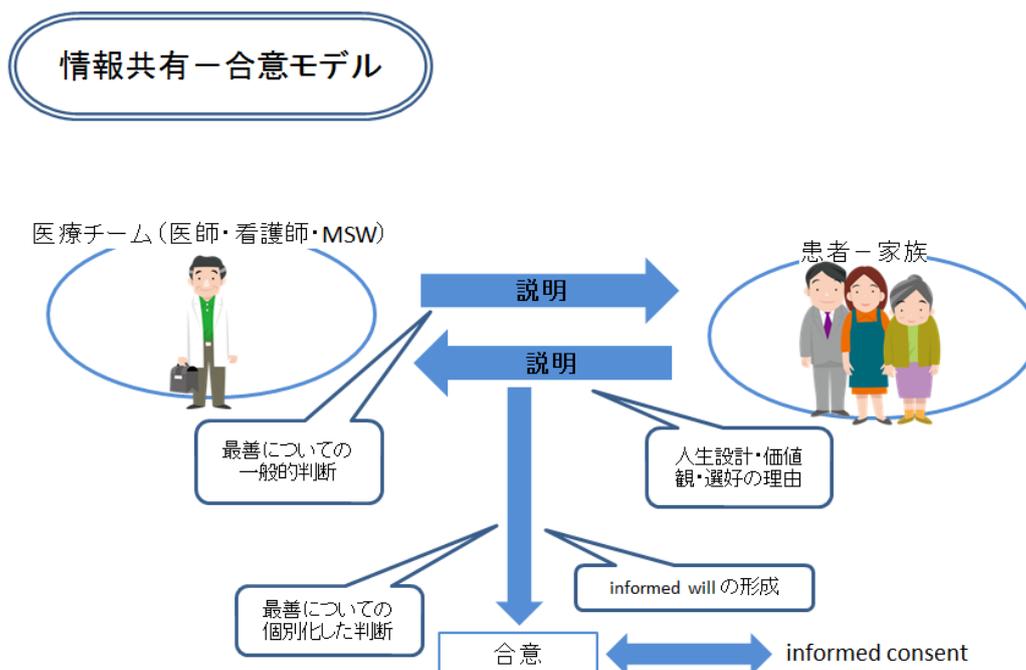
自分 1 人で考えをめぐらせた後、周囲の人と情報を共有し、自分の考え方を知ってもらうことが重要である。我々の生活において、選択を 1 人だけで決めてそれがそのまま実行されるということはほとんどない。自分の考えを身近な周囲の人々と共有し、同意を得て、関係者と合意を取ることで初めて実行されるのがほとんどだからであり、これは人生の終わりの時期の過ごし方を考える上でも同様である。

話し合う相手としては、県民意識調査において、「自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で示したい」県民 4,159 名に対し、「書面等で情報を共有したい相手」をたずねたところ、「配偶者」が 72.9%と最も多く、次いで「子ども」が 53.1%、「医療機関」が 21.8%となっている。

家族（配偶者・子ども）とは、これまでの人生の中で様々なことで話し合い、相談してきた経緯があることが多いと考えられる。そのため、人生の終わりの時期の過ごし方についてもこれまでと同様に、まずは気軽に話し合うことが必要である。ただし、家族と自分の考えが必ずしも一致しないことも想定されるため、あらかじめ注意しておくことが重要である。

医療機関については、例えば医師であれば病院での主治医、近くのかかりつけ医、介護施設の嘱託医、看護であれば、病院での病棟看護師や在宅での訪問看護師など、患者がどこで最期を迎えるかによって関わる医療・介護サービスの関係者が変わってくる。また、合意形成の際も、まずは医師などの医療の専門職から「どのような疾患があるか」「どのような治療方法があるか」等の医学的情報について説明を受けた上で、勧められた治療方針をそのまま選択するのではなく、受けた情報・説明を自分なりに解釈した上で、自分の考え・価値観・家族の意見などを伝える必要がある。医療側・患者側の双方が情報共有を行った上で最終的に合意形成をすることが望ましい。

### 【合意形成のイメージ】



(出典)「人生の終わりをしなやかに」清水哲郎他著（三省堂）より作成。

### ③ 調べる

人生の終わりの時期の意思表示というのは、自分や自分の身近な人が、何かしらの原因で人生の終わりが近くなった時期になってようやく現実的な問題として考え始められるケースが多い。しかし、例えば高齢期に入って突然の病状悪化や自力での行動が困難になった時には、怒りや混乱、うつ状態が出現することが経験的に観察されている。したがって、現実の問題に直面してから考えるのではなく、なるべく早い時から考え始めることが望ましい。

その際、情報収集・現状把握が重要になる。人生の終わりの時期の過ごし方の意思表示をするにあたってまず重要なのは、自身の心身の状態や生活環境といったものの現状認識であり、それを踏まえた上で自身の価値観・人生観に基づき、その状況にどのように対応するかを考える中で、その後の選択肢を検討することができる。

例えば、「今自分がどのような状態にあるのか」を考える際、医学的な情報を知りたい場合は、かかりつけ医などの医療従事者（医師・看護師）等に聞き、自分の心身の状態を自分なりに理解することが重要である。また「死とはどのようなプロセスをたどるのか」「人生の終わりの時期を過ごす場所としてはどのようなものがあるのか」等に関しては、個別に文献やインターネットで情報を収集し、知識を補うことが必要になる。以下では一般向けの関連文献（例）や療養生活を過ごすために利用できるサービスを紹介する。（意思表示様式（例）は p14 参照）

#### 【人生の終わりの時期の意思表示に関連する文献（例）】※順不同

タイトル	著者	出版社
人生の終わりをしなやかに	清水哲郎、浅見昇吾、アルフォンス・デーケン	三省堂
NHKラジオテキスト 最期まで自分らしく生きるために	清水哲郎	NHK出版
大往生したけりや医療とかかわるな「自然死」のすすめ	中村仁一	幻冬舎
家族を看取る ところがそばにあればいい	國森康弘	平凡社
エンディングノートのすすめ	本田桂子	講談社
「在宅療養」をささえるすべての人々へ	財団法人在宅医療助成勇美記念財団「在宅療養」編集委員会	健康と良い友だち社
～在宅医療をはじめの方～訪問看護活用ガイド改訂版	財団法人在宅医療助成勇美記念財団在宅療養と訪問看護のあり方検討委員会	健康と良い友だち社
ホームホスピス「かあさんの家」のつくり方 -ひとり暮らしから、とも暮らしへ-	市原美穂	木星舎
死ぬまで安心な有料老人ホームの選び方 子も親も「老活！」時代	中村寿美子	講談社
病院で死ぬということ	山崎章郎	文春文庫
家で死ぬということ	山崎章郎	海竜社
ところを看取る 訪問看護師が出会った1000人の最期	押川真喜子	文藝春秋
在宅死のすすめ 生と死について考える14章	網野皓之	幻冬舎
大切な人をどう看取るのか——終末期医療とグリーフケア	信濃毎日新聞社文化部	岩波書店
がんの最後は痛くない	大岩孝司	文藝春秋社
もしもあなたががんになったら	大岩孝司	晩聲社
「平穏死」のすすめ 口から食べられなくなったらどうしますか	石飛幸三	講談社
「平穏死」という選択	石飛幸三	幻冬舎
家で死ぬこと、考えたことがありますか？	秋山正子	保健同人社
在宅ケアの不思議な力	秋山正子	医学書院
終末期の自己決定を支える訪問看護—療養者・家族がともに納得できる最期を迎えるために	松村 ちづか、川越 博美	日本看護協会出版会
家で看取るということ	川越 厚、川越 博美	講談社
そこが聞きたい知りたい 尊厳死問答集	一般社団法人日本尊厳死協会編集	一般社団法人日本尊厳死協会
新・私が決める尊厳死～「不治かつ末期の具体的提案」	一般社団法人日本尊厳死協会編集	一般社団法人日本尊厳死協会

## 【療養生活を過ごすために利用できるサービス】

### 介護、福祉、医療に関することなど、どこに相談していいかわからない場合

#### ○ 市区町村の窓口

各地域の役所の窓口（介護保険課、高齢福祉課、障害福祉課、健康課など）で相談することができる。医療保険制度、介護保険制度、各種助成制度に関して問い合わせも可能で、地域のケアマネジャー（介護支援専門員）を紹介してくれる自治体もある。

#### ○ 社会福祉協議会

社会福祉法に基づく民間福祉団体で、国、都道府県、市区町村に設置されている。福祉サービスに関する様々な相談に乗ってくれる。千葉県内の社会福祉協議会は以下に連絡先が公開されている。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenshidou/shien/book/kyougikai.html>

#### ○ 地域包括支援センター

平成 18 年 4 月の介護保険法改正により、各市町村では地域包括支援センターを設置した。地域包括支援センターでは、地域住民の心身の健康の維持、生活の安定、保健・福祉・医療の向上と増進のため必要な援助、支援を包括的に担っている。千葉県内の地域包括支援センターは以下に連絡先が公開されている。

<http://www.pref.chiba.lg.jp/hoken/kaigohoken/service/houkatsushien.html>

#### ○ 病院の医療相談室

病院によっては、医療連携室、退院支援室、地域医療推進室、医療社会福祉室、ソーシャルワーカー室などが設置されており、患者の相談に対し、主にソーシャルワーカーが相談に乗ってくれる。

### 自宅近くの医療機関・介護サービス事業所などを探したい場合

#### ○ ちば医療なび

千葉県内の各医療機関や薬局が千葉県に報告した情報を以下で公開している。県内の医療機関や薬局を探することができる。

<http://www.iryu.pref.chiba.lg.jp/>

#### ○ ちば福祉なび

介護サービスを利用する方に対し、各事業所が作成した詳しい情報を提供するサイト。

<http://www.pref.chiba.lg.jp/pbcfnfukushi/>

#### ④ 整理する

話し合った結果はどのように整理すればいいだろうか。昨今「エンディングノート」「意思表示様式」などが多く公開・出版されている。また医療機関によっては事前指示書・事前要望書などを用意しているところもある。(p14 参照) 市販のエンディングノート等で使いやすいものがあったり、通う医療機関から事前指示書が提示される場合はそれに沿って整理しても良いが、それらに限らず、大学ノートなどを利用して自由に整理することも可能である。

ここで重要なのは記入年月日や署名欄を明記しておくことである。記入年月日を残しておくことで、考えが変わった都度内容を更新できるし、残された者の判断が容易になる。署名欄も患者本人だけでなく、かかりつけ医などの医療従事者の署名欄を付記することで実効性が高まる場合がある。また、整理した内容は、実効性を高めるためにも、ある程度まとまった段階で信頼できる第三者に託すのが望ましい。具体的には、配偶者、子ども、兄弟、医師、後見人などが考えられる。

#### (2) 啓発方法の検討

意思表示 WG における議論に基づき、一般県民を対象に様々な方法で情報提供・普及啓発のための取り組みを行った。配布媒体としてはリーフレットを作成し、1 万部印刷し、掲示媒体としてはポスターを作成した。

## 第4章 地域別公開講座・シンポジウムの開催

人生の終わりの時期の過ごし方について、県民にとって考えるきっかけづくり、情報提供、啓発を目的として、千葉県の2次保健医療圏ごとに、人生の終わりの時期に関する情報提供や「最期まで自分らしく生きる」をタイトルにした地域別公開講座・シンポジウムを開催した。

### 1. 地域別公開講座の概要

#### (1) 開催日時・場所

保健医療圏	回数	日程	開催時間	会場
山武長生 夷隅	1	9月18日(水)	18:30~20:00	大網白里市 中部コミュニティセンター
香取海匝	2	9月29日(日)	14:00~15:30	銚子商工会議所
君津	3	10月5日(土)	14:30~16:00	木更津市民会館
東葛北部	4	10月19日(土)	14:30~16:00	松戸商工会議所会館
印旛	5	11月2日(土)	14:00~15:45	成田商工会議所
千葉	6	11月19日(火)	19:00~20:30	千葉市民会館
市原	7	12月8日(日)	14:30~16:00	市原市サンプラザ市原
東葛南部	8	12月20日(金)	19:00~20:30	習志野商工会議所会館
安房	9	1月8日(水)	18:00~19:30	鴨川市市民会館

#### (2) プログラム

	内容		講師	時間
	はじめのことば		千葉県	
1	基調講演	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 終末期医療の現状と今後</li> <li>○ 看取りの現状と今後</li> <li>○ 本事業の調査結果の紹介</li> <li>○ 多様な意思表示様式の紹介</li> </ul>	医師	30分
	質疑			5分
2	看取りの現場から	在宅での看取りの事例	訪問看護、歯科訪問診療関係者	20分
	質疑			5分
3	自分らしい「お迎え」を考える	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 自然な死とは</li> <li>○ あらかじめ考えること、家族と話し合うこと、自分で選ぶことの重要性</li> <li>○ (考えるきっかけとしての)いろいろな意思表示様式の紹介 など</li> </ul>	看取り経験の豊富な有識者	20分
	質疑			5分

(3) 参加者数

会 場	参加者数
大網白里市 中部コミュニティセンター	100 人
銚子商工会議所	31 人
木更津市民会館	22 人
松戸商工会議所会館	23 人
成田商工会議所	46 人
千葉市民会館	86 人
市原市サンプラザ市原	33 人
習志野商工会議所会館	27 人
鴨川市市民会館	36 人

(4) 講演者・講演内容

(敬称略。※は有識者会議メンバー。有識者会議メンバーの所属先は p3 参照。)

回	会 場	講演者		
		基調講演	看取りの現場から	自分らしい「お迎え」を考える
1	大網白里市 中部コミュニティセンター	高林克日己※	さんむ医療センター訪問 看護ステーション 宮崎友見子 ----- 栗原正彦※	清水哲郎※
2	銚子商工会議所	土橋正彦※	多古町訪問看護ステーション 大里光枝 ----- 一般社団法人千葉県歯科 医師会 久保木由紀也	田中知華※
3	木更津市民会館	大岩孝司※	さつき台訪問看護ステーション 和田登喜子 ----- 栗原正彦※	大岩孝司※
4	松戸商工会議所 会館	土橋正彦※	新松戸ロイヤル訪問看護 ステーション 関屋博子 ----- 栗原正彦※	井上峰夫※
5	成田商工会議所	加藤誠※	訪問看護ステーション「いちご」 木所律子 ----- 栗原正彦※ ----- 真鍋知史※	清水哲郎※

回	会 場	講演者		
		基調講演	看取りの現場から	自分らしい「お迎え」を考える
6	千葉市民会館	高林克日己※	みやのぎ訪問看護ステーション 庄司美佐子 ----- 一般社団法人千葉県歯科医師会 前川達雄	藤田敦子※
7	市原市サンプラザ市原	加藤誠※	訪問看護ステーション杏原和美 ----- 栗原正彦※	田中知華※
8	習志野商工会議所会館	大岩孝司※	一般社団法人市川市医師会訪問看護ステーション 四ツ屋真由美 ----- 栗原正彦※	田中知華※
9	鴨川市市民会館	高林克日己※	東条訪問看護ステーション 野村由利子	井上峰夫※

## 2. シンポジウムの概要

### (1) 開催日時・場所

- 開催日時：2月16日(日) 9:30～11:45
- 開催場所：千葉市民会館

### (2) プログラム

	内容		講師（敬称略）	時間
	ごあいさつ		千葉県	5分
1	基調講演	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 終末期医療の現状と今後</li> <li>○ 千葉県民意識調査結果のご紹介</li> </ul>	高林克日己	30分
2	啓発プログラムの紹介	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 啓発プログラムのご紹介・解説</li> </ul>	土橋正彦	40分
（舞台レイアウト変更）				10分
3	パネルディスカッション	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 終末期における家族との関わり方について</li> <li>○ 在宅で受けられるサービスについて</li> <li>○ 終末期に関してあらかじめ考えることの重要性について</li> </ul>	司会：高林克日己 パネリスト： 井上峰夫、栗原正彦、権平くみ子、田中知華、土橋正彦、眞鍋知史	45分
	質疑			5分

### 3. 地域別公開講座・シンポジウムの参加者アンケート結果

#### (1) 集計結果

地域別公開講座・シンポジウムで行った参加者アンケート結果は以下のとおり。

図表 1 有効回収数

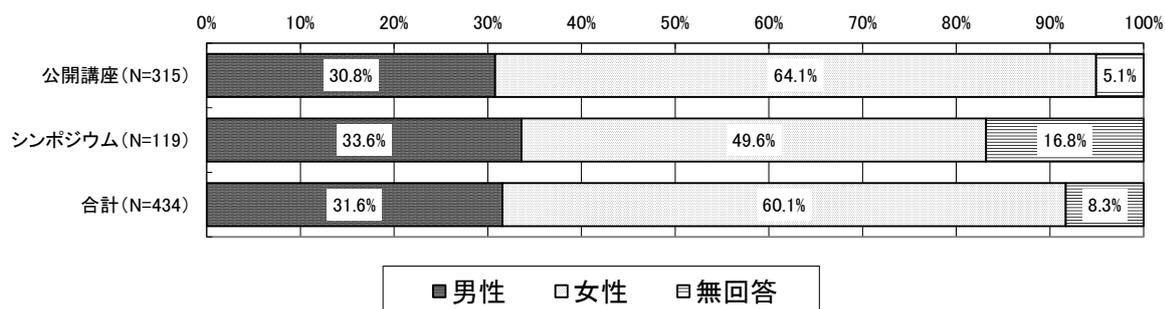
地域別公開講座 ／シンポジウム	会 場	有効回収数	有効回収率
地域別公開講座	大網白里市 中部コミュニティセンター	53	53.0%
	銚子商工会議所	26	83.9%
	木更津市民会館	20	90.9%
	松戸商工会議所会館	22	95.7%
	成田商工会議所	39	84.8%
	千葉市民会館	69	80.2%
	市原市サンプラザ市原	30	90.9%
	習志野商工会議所会館	25	92.6%
	鴨川市市民会館	31	86.1%
シンポジウム	千葉市民会館	119	64.3%

#### ① 性別

- 参加者の性別は、公開講座においては「男性」が 30.8%、「女性」が 64.1%であった。
- シンポジウムにおいては「男性」が 33.6%、「女性」が 49.6%であった。

図表2 性別

	件 数	男 性	女 性	無 回 答
公開講座(N=315)	315	97 30.8%	202 64.1%	16 5.1%
シンポジウム(N=119)	119	40 33.6%	59 49.6%	20 16.8%
合計(N=434)	434	137 31.6%	261 60.1%	36 8.3%

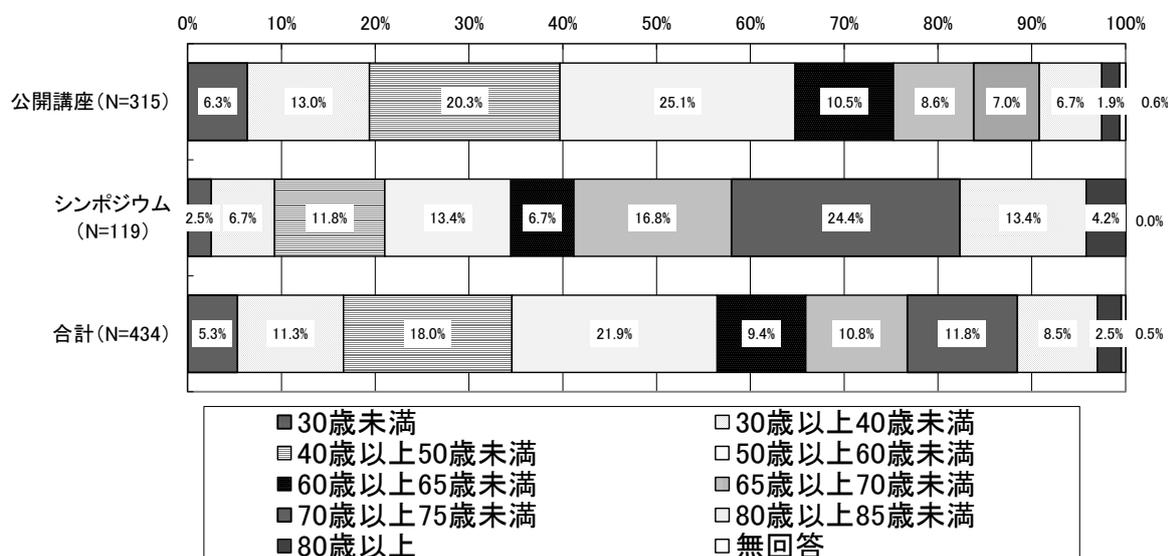


## ② 年齢

- 公開講座においては、参加者の年齢は、「50歳以上 60歳未満」が25.1%、「40歳以上 50歳未満」が20.3%、「30歳以上 40歳未満」が13.0%、「60歳以上 65歳未満」が10.5%であった。
- シンポジウムにおいては、参加者の年齢は、「70歳以上 75歳未満」が最も多く24.4%、次いで「50歳以上 60歳未満」「80歳以上 85歳未満」がともに13.4%であった。

図表3 年齢

	件数	30歳未満	30歳未満以上40歳未満	40歳未満以上50歳未満	50歳未満以上60歳未満	60歳未満以上65歳未満	65歳未満以上70歳未満	70歳未満以上75歳未満	75歳未満以上80歳未満	80歳以上	無回答
公開講座(N=315)	315	6.3%	13.0%	20.3%	25.1%	10.5%	8.6%	7.0%	6.7%	1.9%	0.6%
シンポジウム(N=119)	119	2.5%	6.7%	11.8%	13.4%	6.7%	16.8%	24.4%	13.4%	4.2%	0.0%
合計(N=434)	434	5.3%	11.3%	18.0%	21.9%	9.4%	10.8%	11.8%	8.5%	2.5%	0.5%

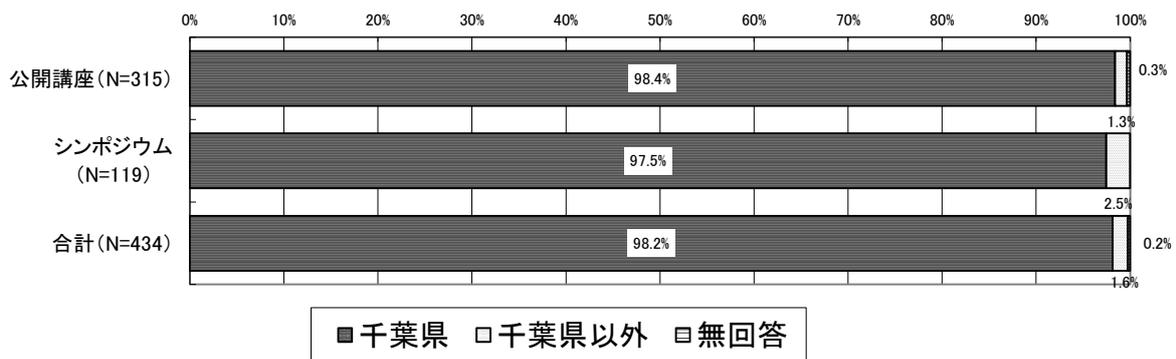


### ③ 参加者の居住地

- 公開講座、シンポジウムともに千葉県内からの参加者が大半を占め、それぞれ 98.4%、97.5%であった。

図表4 参加者の居住地（千葉県・千葉県外）

	件数	千葉県	千葉県以外	無回答
公開講座(N=315)	315	310 98.4%	4 1.3%	1 0.3%
シンポジウム(N=119)	119	116 97.5%	3 2.5%	0 0.0%
合計(N=434)	434	426 98.2%	7 1.6%	1 0.2%

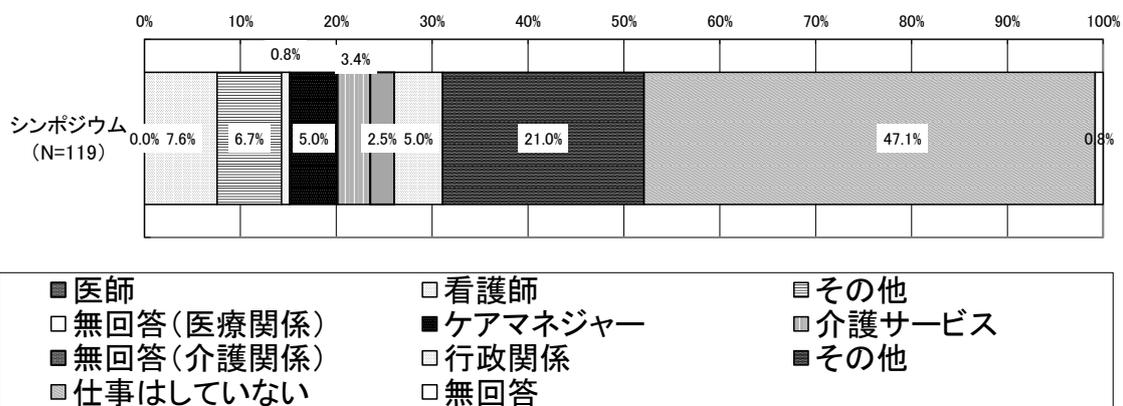


④ 参加者の職業

○ 参加者の職業は、「仕事はしていない」が47.1%と最も多くなっていた。

図表5 職業（シンポジウムのみ）

	件数	医療関係				介護関係			行政関係	その他	仕事はしていない	無回答
		医師	看護師	その他	無回答	ケアマネジャー	介護サービス	無回答				
シンポジウム(N=119)	119	0 0.0%	9 7.6%	8 6.7%	1 0.8%	6 5.0%	4 3.4%	3 2.5%	6 5.0%	25 21.0%	56 47.1%	1 0.8%



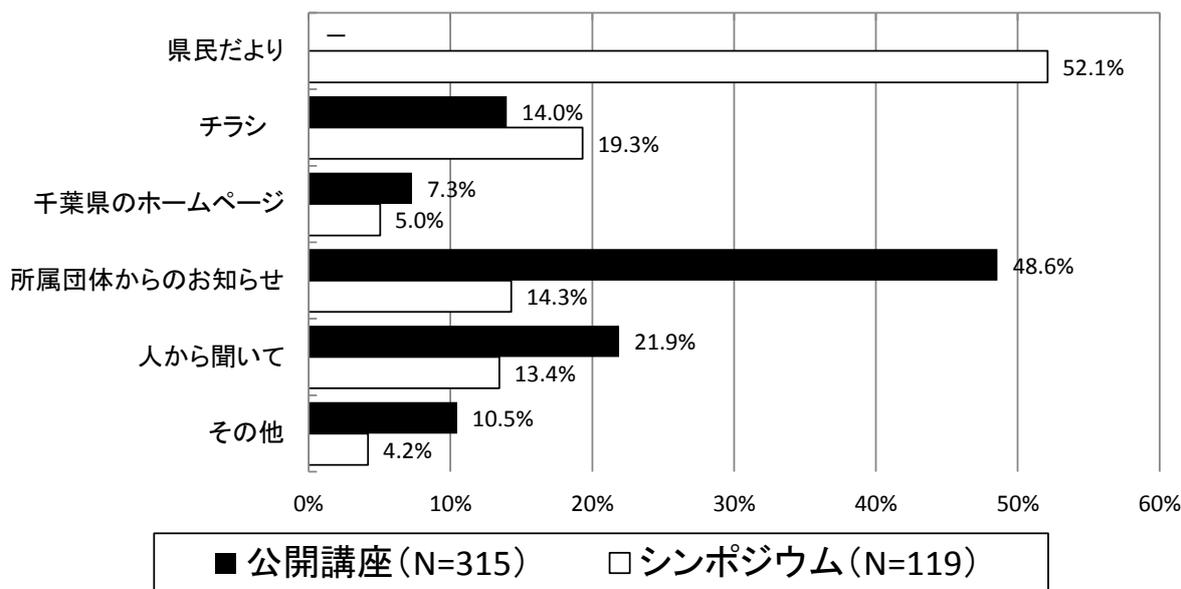
⑤ 地域別講演会／シンポジウムの情報を知った経緯（複数回答）

- 公開講座においては「所属団体からのお知らせ」が 48.6%、「人から聞いて」が 21.9%であった。
- シンポジウムにおいては、「県民だより」が最も多く 52.1%、次いで「チラシ」が 19.3%であった。

※県民だよりには平成 26 年 1 月号にシンポジウム案内を掲載。

図表6 講演会を知った経緯

	件数	県民だより	チラシ	千葉県のホームページ	所属団体からのお知らせ	人から聞いて	その他
公開講座(N=315)	315	—	44 14.0%	23 7.3%	153 48.6%	69 21.9%	33 10.5%
シンポジウム(N=119)	119	62 52.1%	23 19.3%	6 5.0%	17 14.3%	16 13.4%	5 4.2%

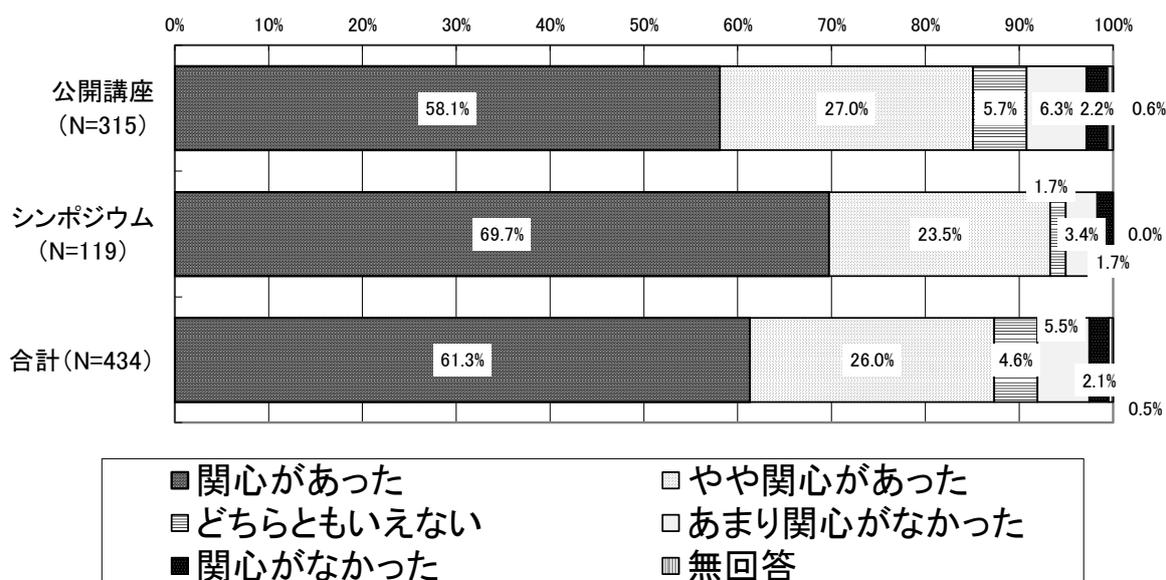


⑥ 終末期医療の意思表示についての関心の有無

- 公開講座においては、「関心があった」が 58.1%、「やや関心があった」が 27.0%であった。
- シンポジウムにおいても同様に、「関心があった」が 69.7%、「やや関心があった」が 23.5%であった。

図表7 終末期医療の意思表示についての関心の有無

	件数	関心があった	やや関心があった	どちらともいえない	あまり関心がない	関心なかった	無回答
公開講座 (N=315)	315	183 58.1%	85 27.0%	18 5.7%	20 6.3%	7 2.2%	2 0.6%
シンポジウム (N=119)	119	83 69.7%	28 23.5%	2 1.7%	4 3.4%	2 1.7%	0 0.0%
合計 (N=434)	434	266 61.3%	113 26.0%	20 4.6%	24 5.5%	9 2.1%	2 0.5%

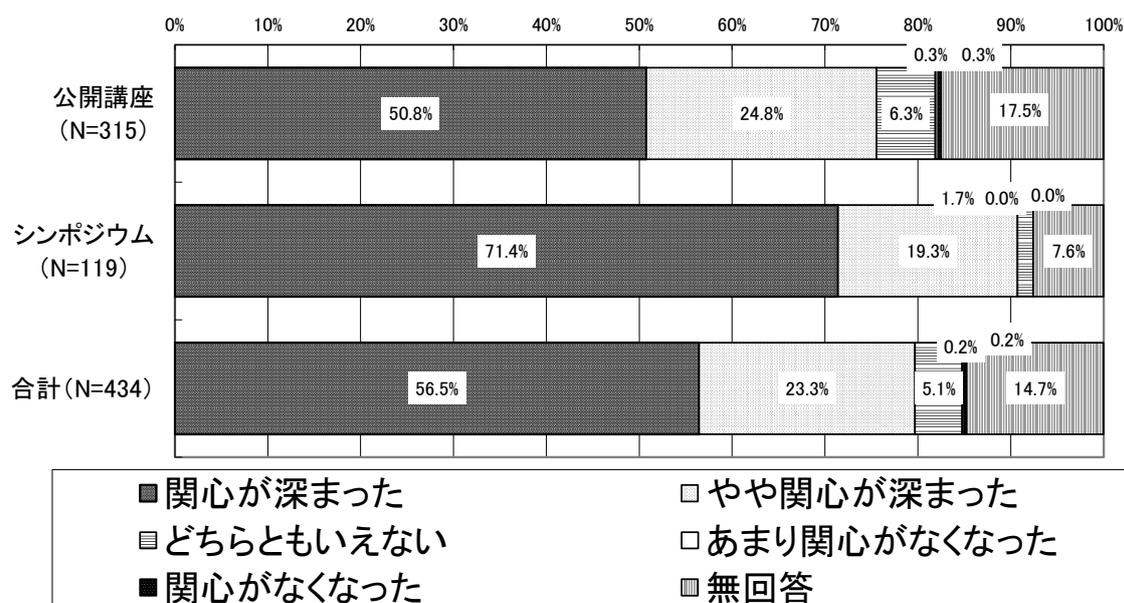


⑦ 本日の講演会に参加して、その関心の度合いは変わりましたか

- 公開講座においては、「関心が深まった」が 50.8%、「やや関心が深まった」が 24.8%であった。
- シンポジウムにおいても同様の傾向がみられたが、「関心が深まった」が 71.4%と高くなっていた。

図表8 講演会参加後の関心の度合いの変化

	件数	関心が深まった	やや関心が深まった	どちらともいえない	あまり関心がなくなった	関心がなくなった	無回答
公開講座 (N=315)	315	160 50.8%	78 24.8%	20 6.3%	1 0.3%	1 0.3%	55 17.5%
シンポジウム (N=119)	119	85 71.4%	23 19.3%	2 1.7%	0 0.0%	0 0.0%	9 7.6%
合計 (N=434)	434	245 56.5%	101 23.3%	22 5.1%	1 0.2%	1 0.2%	64 14.7%

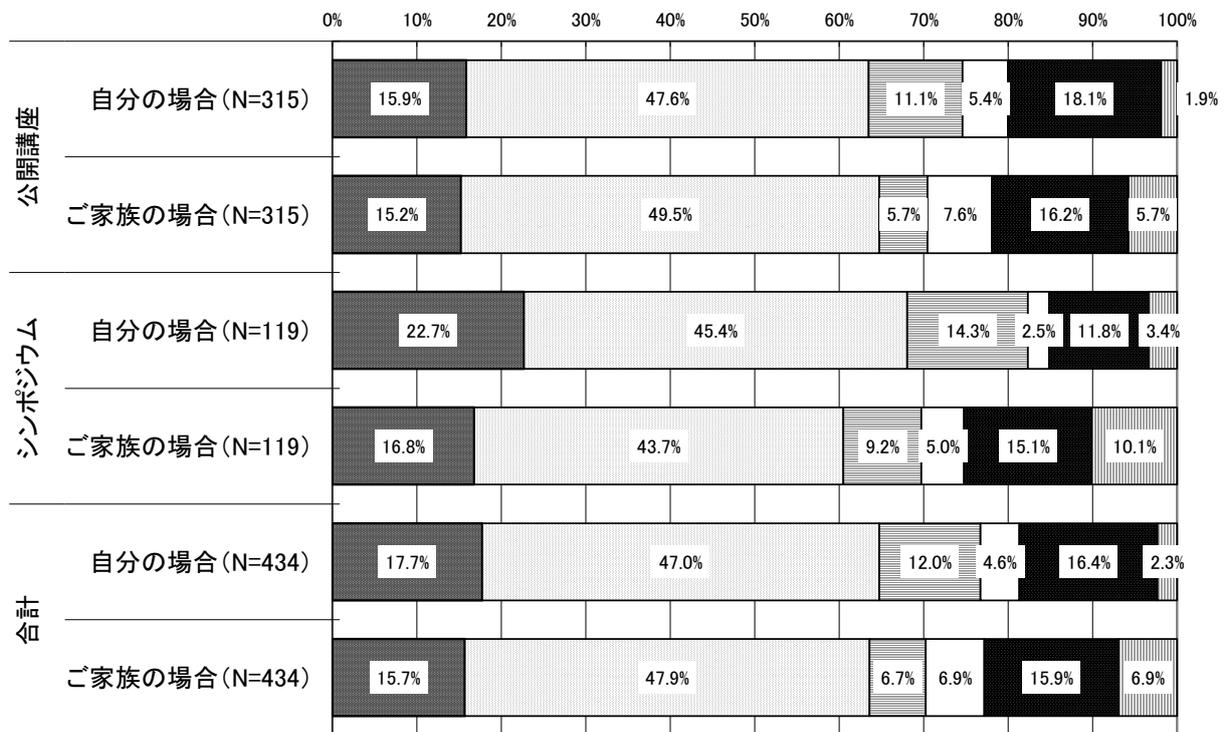


⑧ あなたもしくはご家族が治る見込みがなく死期が迫っている場合、どこで最期を迎えたいですか？

- 公開講座においては、自分が最期を迎える場所についての意向は、「自宅で最期まで療養する」が 47.6%と最も多く、次いで「わからない」が 18.1%、「医療機関に入院して最期を迎える」が 15.9%であった。家族が最期を迎える場所についての意向は、「自宅で最期まで療養する」が 49.5%と最も多く、次いで「わからない」が 16.2%、「医療機関に入院して最期を迎える」が 15.2%であった。
- シンポジウムにおいては、自分が最期を迎える場所についての意向は、「自宅で最期まで療養する」が 45.4%と最も多く、次いで「医療機関に入院して最期を迎える」が 22.7%、「わからない」が 11.8%であった。家族が最期を迎える場所についての意向は、「自宅で最期まで療養する」が 43.7%と最も多く、次いで「医療機関に入院して最期を迎える」が 16.8%、「わからない」が 15.1%であった。

図表9 最期を迎える場所についての意向

	件数	医療機関に入院して最期を迎えた	自宅で最期まで療養したい	介護施設などに入所して最期を迎えたい	その他	わからない	無回答
公開講座	自分の場合 (N=315)	50 15.9%	150 47.6%	35 11.1%	17 5.4%	57 18.1%	6 1.9%
	ご家族の場合 (N=315)	48 15.2%	156 49.5%	18 5.7%	24 7.6%	51 16.2%	18 5.7%
シンポジウム	自分の場合 (N=119)	27 22.7%	54 45.4%	17 14.3%	3 2.5%	14 11.8%	4 3.4%
	ご家族の場合 (N=119)	20 16.8%	52 43.7%	11 9.2%	6 5.0%	18 15.1%	12 10.1%
合計	自分の場合 (N=434)	77 17.7%	204 47.0%	52 12.0%	20 4.6%	71 16.4%	10 2.3%
	ご家族の場合 (N=434)	68 15.7%	208 47.9%	29 6.7%	30 6.9%	69 15.9%	30 6.9%



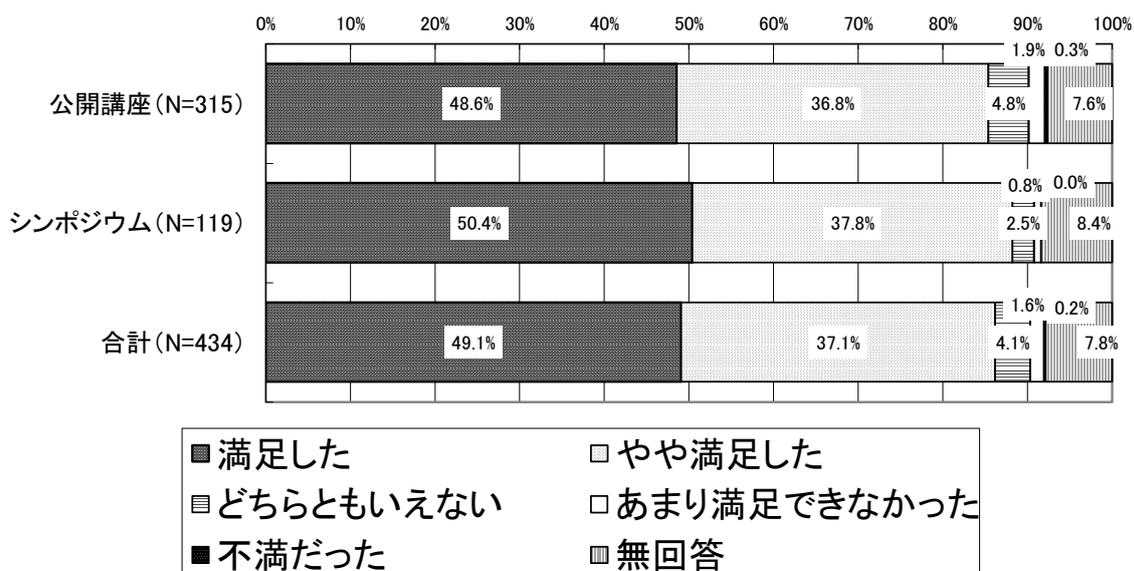
- 医療機関に入院して最期を迎えたい
- 自宅で最期まで療養したい
- ▣ 介護保険施設などに入所して最期を迎えたい
- その他
- わからない
- ▣ 無回答

⑨ 本日の講演会の内容に満足されましたか

- 公開講座においては、講演会の内容の満足度は、「満足した」が 48.6%と最も多く、次いで「やや満足した」が 36.8%、「どちらともいえない」が 4.8%であった。
- シンポジウムにおいては、「満足した」が 50.4%と最も多く、次いで「やや満足した」が 37.8%、「どちらともいえない」が 2.5%であった。

図表10 講演会の内容の満足度

	件数	満足した	やや満足した	どちらともいえない	あまり満足できなかった	不満だった	無回答
公開講座(N=315)	315	153 48.6%	116 36.8%	15 4.8%	6 1.9%	1 0.3%	24 7.6%
シンポジウム(N=119)	119	60 50.4%	45 37.8%	3 2.5%	1 0.8%	0 0.0%	10 8.4%
合計(N=434)	434	213 49.1%	161 37.1%	18 4.1%	7 1.6%	1 0.2%	34 7.8%

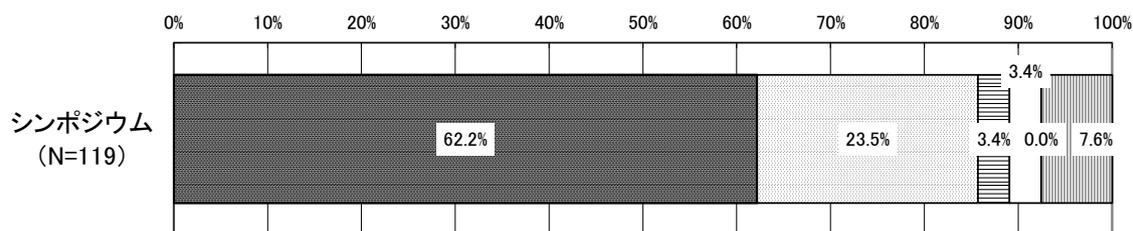


⑩ シンポジウムで紹介した啓発プログラムは参考になったか。

- 啓発プログラムについては、「参考になった」が62.2%、「やや参考になった」が23.5%となっていた。

図表11 啓発プログラムの参考度（シンポジウムのみ）

	件数	参考になった	やや参考になった	どちらともいえない	あまり参考にならなかった	参考にならなかった	無回答
シンポジウム(N=119)	119	74 62.2%	28 23.5%	4 3.4%	4 3.4%	0 0.0%	9 7.6%



- |             |                |
|-------------|----------------|
| ■ 参考になった    | □ やや参考になった     |
| ▨ どちらともいえない | □ あまり参考にならなかった |
| ■ 参考にならなかった | ▨ 無回答          |

## (2) 自由回答結果

講演会・シンポジウムで参考になった点やもっと知りたかった点について自由回答形式で回答してもらった。

参考になった点として「1. 基調講演」においては、講演の中で示した千葉県での高齢化の状況について、「高齢化の実情を改めて認識させられた。」「将来の厳しい状況がよく解った。」などの感想が得られた。特に、基調講演の中でリビングウィルや事前指示書の例を具体的に示した回においては「事前指示書は大変参考になった。」「リビングウィルが必要なことが分かった。」との感想があった。

また「2. 看取りの現場から」においては、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導などの在宅サービスの内容について理解が進んだという感想が全体として多くあがった。特に訪問看護においては看取り事例を各回で紹介したことにより、「自分の場合どうしたらいいかを考えるいい機会になりました。」「具体的な事例が多く、イメージが付きやすかった。」という回答が多くあがった。「3. 自分らしい「お迎え」を考える」においては、哲学・法律・医療・介護等様々な立場での講演に対するコメントが寄せられた。

講演会・シンポジウムいずれにおいても、「本日の講演を聞いて、家族に再度話をしようと思った。」「終末期について家族と話し合ってみたいと思う。」といった、人生の終わりの時期の過ごし方について前向きな姿勢・感想が多く得られた。

もっと知りたかった点として、具体的なキーワードを含んだ主な回答は以下の通りであった。

- ・ 自宅等で亡くなる場合、多くは**医師の診断書がない場合**があり、警察当局の調査があり、家族にとっては大変である。対処方法は？
- ・ 一人暮らしで自宅での看取りを希望する場合、**後見人**などが必要になっていくのではないかと思う。今後、身寄りのない一人暮らしの方も増えていくので具体的に詳しく知りたかった。
- ・ 事前指示書をどこの医療機関に搬送されても参照してもらえるようにしてもらいたい。**医療機関で共有する仕組み**があると良いと思いました。
- ・ **死生観**についてもっと組んでほしい。
- ・ 在宅での看取りができる家族がいれば良いが、**一人暮らしの場合**はどうなるのでしょうか。
- ・ **患者本人と家族の介護力のすりあわせ**について。患者は在宅へ戻りたくでも介護力不足で病院で最期を迎えることが多いので・・・。
- ・ **患者と家族をサポートする体制**として地域の中にどんな事、どんな場、人があるのか具体的に知りたいと思った。
- ・ **胃ろう**の問題は身近に困っている方が多いです。胃ろうにしても在宅で見てあげられるなら選択のひとつです。でもやめどきが難しいです。

その他、具体的な回答内容は次ページ以降で紹介する。

① 講演会で参考になった点（一部抜粋）

【全体の感想】

- ・ 全ての先生のお話しが意味のある考えさせられる講義だった。
- ・ 内容的に簡明でよかった。
- ・ わかりやすく良かった。
- ・ 公開講座ということで、わかりやすかった。
- ・ 色々な立場からの話を聞いて、自信の考えの幅が広がった。
- ・ 医療、看護、法律の立場からの意見をきくことができ、良かった。
- ・ 医療、看護、弁護士と立場の異なる方々のお話を一度にうかがうことができた。
- ・ 具体的な内容でよかった。
- ・ 例があり分かり易かった。現実介護をしている人の意見を聞き、ためになった。
- ・ 自分が心がけていた事が述べられていたので、対応（処）にも間違いがないので、納得出来て気持ちが安らいだ。
- ・ 事例を基に講演していただいたので興味深かった。
- ・ 4名の先生のそれぞれの立場からの話が大変興味深く参考になった。
- ・ 両親を看取る側から参加させていただきました。両親とは以前から家で看取ることを話し合っ、ある程度の「覚悟」はあったので、本日は良い機会をありがとうございました。
- ・ 体験をそれだけで終わらせず、活動につなげていくことが重要と感じた。
- ・ 「独居で在宅希望の方は覚悟がある」とのこと。
- ・ 「今から考えておくこと」の講演。
- ・ より良い人生を（全うする）を支える話。
- ・ 認知症などの時の対応の仕方。
- ・ 90歳近い両親と一緒に住んでいるが、今後の生活の参考になった。自宅で看取りたいと思った（本人が希望するのであれば）。
- ・ 父が介護状態（要介護5）なので、今後の参考にさせて頂きたい。
- ・ 脳梗塞で倒れましたので、大変参考になった。ありがとうございました。
- ・ 自分自身が現在ガンでいつの日かターミナルを迎えると思う中で、自己決定での死を迎えたいと思っている。死を迎える事をしっかりと考えられる時に自分の最期をどう迎えるかの参考になった。ありがとうございました。
- ・ 87歳の老母と同居の3人家族（老母、妻、本人）ですが、科学的知見のない老母に終末期の対応について具体的に理解が得られるか不安だ。DVDなどによる平易な説明があると助かる。
- ・ 医療者です。日々の患者との関わり方について参考になった。
- ・ 患者の立場を考えることができた。
- ・ それぞれの生き方の選択をお手伝いすること。医療者だけでなく、福祉の者も同じであることを再確認した。
- ・ 終末期を迎える場所についての考え方。
- ・ 終末医療をどうして欲しいかを考えておくことが大事だということを感じた。
- ・ 終末期医療について。
- ・ 終末期に対しての関心はありましたが、より関心が深まった。（事例を通して）
- ・ 終末期の現状がよく分かりました。医療や介護関係の人たちが、一般の方々にどのように終末期の最良の方法を共に考え、アドバイスできるか、という点が参考になった。
- ・ 本人にとって何が最も良いことなのかを考えられたら良かった。
- ・ 「生きていてよかった」が大切だと考えた。
- ・ ACP（Advance Care Planning）は初めて知った。内容には以前から別の方面で知っていたり、聞いていたりしたが言葉としては初めてだった。
- ・ また終末期をどう迎えるかという事を一人一人が考えていく必要性を感じた。
- ・ 医療でない方の質問。どのように考え、どのような知識をもっているのか。
- ・ 死ではなく、今どう生きるかにエネルギーを使う事だと思った。
- ・ 「後見人には、医療同意権がない」ということを初めて知った。終末期医療に関するガイドラインがいろいろあることも初めて知った。
- ・ 自分の両親80歳代、夫の両親80歳代、どうしたらよいかその先に自分、まわりに面倒をみてもらうことは不可能なので関心があった。
- ・ 在宅での看取り、深く考えさせられた。日頃から家族が話しあう時間を持ちたい。
- ・ 今回で4回目の参加の市民である。毎回とても勉強になっている。ありがとうございました。
- ・ 最期までみてくれる人がいる人の話の参考にはなった。
- ・ 看取りを改めて考えさせられた。ありがとうございました。
- ・ 生まれたからには死があることを改めて考えさせられた。
- ・ 在宅医療（母親）を体験してましたので、良く理解できた。参考になった。
- ・ エンディングの方法について改めて考えていかなければと感じた。普段からの話し合いも重要だ。

#### 【基調講演について】

- ・ 高林先生の講話から先生方が終末期医療に力を入れて取り組んでいることに感動した。2/16も参加予定だ。
- ・ 高林先生の事前指示書はとても参考になった。参加して良かった。
- ・ 終末期医療の現状。
- ・ ようやく県でも本人及び家族の終末期について周知しようとしていることが分かった。
- ・ 千葉県での高齢化の状況を改めて知ることができた。残葉の多さに驚いた。
- ・ 千葉県の高齢化の進行について理解が深まった。
- ・ 千葉県の高齢化の進行が予想外に早いと感じた。現在介護保険について望む人と望まない人と関係なく制度的になっているが、望む人のみの保険制度にして欲しい。
- ・ 今後進み続ける高齢社会がどのような状況になるのか、課題を具体的にイメージできた。
- ・ 高齢化の実情を改めて認識させられた。
- ・ 日本の病についての現状を知ることができた。社会の支援。
- ・ 問題点等を数値で表現されていること（基調講演）がわかった。
- ・ 現状の把握ができ、将来（現在）からどうしたら良い方向性が見いだせるかを考えさせられた。ありがとうございました。
- ・ 今のままで高齢化が進んでいく事の怖さを知った。
- ・ 将来厳しい状況がよく解った。
- ・ 在宅での看取りについて知ることができた（病院との違いなど）。千葉県内での高齢化について知ることができた。

#### 【看取りの現場から（訪問看護について）】

- ・ 千葉県の在宅医療資源は全国を下回っているが、在宅看取り率は上回っているのは、現場ががんばっているということ、との木所先生の話は興味深かった。
- ・ 訪問看護が24時間体制ということを知りました。でも医療費の個人負担は高い費用となるのでしょうか。
- ・ 訪問看護は大切だと思いました。救急車を呼ぶかどうかの判断は重要だと思います。
- ・ 訪問看護ステーションの機能について。
- ・ 訪問看護ステーションの存在。
- ・ 訪問看護制度についてあまり知らなかったのが、参考になりました。具体例も大変良かったです。
- ・ がん患者訪問の在宅療養の進め方。
- ・ 看取りの事例。
- ・ 訪問看護の看取りの事例に自宅でも死んでいけることを改めて考え、福祉の現場で働いている自分の仕事を振り返る機会になった。
- ・ 看取り事例を聞いて死は怖いものではないと感じることができた。
- ・ 私の診療に関する希望書、看取りの現場からは参考になりました。
- ・ 最期をどのように過ごすのか。看取りの実際の例をお聞きして自分の場合どうしたらいいか考えるいい機会になりました。
- ・ 訪問看護と訪問診療が在宅での看取りの要だなと改めて思った。しっかり連携できていれば急な死でも検死が防げて穏やかな看取りにもつながると思った。
- ・ 看取りについて終末期のケアや、ご本人、ご家族の選択肢など難しい事例だが必ずケアマネジャーとして経験すると思うので参考になった。
- ・ 高齢化に伴う死者数増の社会になっていく事や、死に対する（看取り）場所が本当に良いところが自宅である事。また、終末期医療を受ける本人にとって良い対応の考えかた。
- ・ 看取りの現場からの生の声を聞かせて頂き、一個人として考えさせられる事が多くあった。
- ・ 訪問看護の実態、ガンの患者さんのみを見てくれる病院が身近にあるということ、などなど知らなかったことをたくさん伺うことができ、ためになりました。ありがとうございました。
- ・ 実際に体験したケースを聞いたのはとても良かったと思う。在宅での看取りのイメージがかわりました。病院でも在宅でもその人らしく生きるにはどうしたらいいかを考えケアする事が大切だと改めて感じた内容でした。

#### 【看取りの現場から（訪問歯科について）】

- ・ 歯科医師会理事栗原先生の話と清水先生の話が一番よく分かりました。
- ・ 歯科医師会、栗原正彦先生の講演が最も印象深く、拝聴した。在宅歯科医療の大切さが映像を交えてわかりやすく教えて頂きありがとうございました。
- ・ 在宅歯科治療の話、在宅歯科医療連携室の利用。
- ・ 在宅歯科の先生の話が参考になりよかった。
- ・ 母も歯をきれいにしたらとても喜んでいたので思い出します。
- ・ 口をきれいにしなければならぬことが分かりました。
- ・ 訪問歯科のこと。
- ・ 訪問歯科の選び方
- ・ 歯科治療の必要性が理解出来た。
- ・ 在宅生活の中で終末期でも歯の大切さが良く理解できた。
- ・ 口腔ケアの大切さ。

- ・ 口の中というものも大切なのだと思いました。
- ・ 口腔内のケアをすることで、本人の食事も楽しめるようになったり、誤嚥性肺炎の予防だったり、本人にとって良い点であると思います。また、口腔内のケアにより、話すことへの楽しみが増え、嚥下障害への予防となるのではないかと考え、大変参考になりました
- ・ 口腔ケアの必要性もよく分かりました。
- ・ 口腔ケアの訪問診療の話など。
- ・ 死を考える事は生を考える事。生きる事は食べる事。口腔内の清潔の大切さ。
- ・ 看取り歯科・・・あの笑顔がすてきでした。

#### 【看取りの現場から（訪問薬剤管理指導について）】

- ・ 薬剤師との関わりについて。
- ・ 薬剤師さんの話も参考になりました。
- ・ 薬剤師の眞鍋先生のお話しが興味深かったです。副作用はやはり怖いです。両親も心臓の薬やら血圧、脂質の薬など10種類近く飲みますが、「薬のせいでかえって悪くなる。金もうけもあるのでは？」などの疑念を持っています。

#### 【自分らしい「お迎え」を考える】

- ・ 清水教授の講演は分かり易い。紙ベースの資料がいただきたかった。
- ・ 清水先生の良い人生の目的について分かり易い説明が参考になりました。
- ・ 本人にとってどうして欲しいのか、清水先生のお話、とても考えさせられました。
- ・ 大岩先生に木更津で会えたこと、感謝します。(ケアマネ研修で勉強します。)意志を書きとめたいと思いました。折々変わっていくようにも思いました。前を向いて生きようと思います。先に死ぬのはくやしいらるうが、食べて、前を向いて消えるまで。
- ・ 具体的な話(庄司先生、藤田先生)はとても参考になりました。
- ・ 藤田先生が最初に言った「助言ができていますか？」という問いかけが心に残ります。自分の仕事を見つめ直そうと思いました。この一言で来てよかったと思います。
- ・ 弁護士の先生の声でお話しが聞けて良かった。
- ・ 自分で看取りの大切さ。
- ・ 自分の生き方をきちんと決め、医師に相談していくことが大切だと思いました。
- ・ 自分の生き方(お迎え)をしっかり考えよう！
- ・ 自分の最期は自分で決めるということ深く考えました。
- ・ 自分の老後を考える機会となった。
- ・ 自分らしく生きる事について考える機会となった。居たい場所で最後を迎えることができるように、生きたい。
- ・ 自分の生き方の延長線上に自分の死があることを認識する機会となりました。ありがとうございました。
- ・ 自分のことがわかってもらえないことが一番つらいということ。
- ・ あらためて「自分らしく」とはどんなものか・・・自分らしいってどんな状態か、考える参考になりました。自分らしさを見つけたとしても、それを通す為には多くの人(家族を含め)の手をかりる事になります。「だから自分は最期はこうしてほしい」というのも、自分らしさとして、あり、かなあと思いました。
- ・ 自分らしい「お迎え」は生きかたそのものですね。最後までわがままが言えるといいですね。
- ・ 介護される側、する側、どちらになっても、また、そうなる前から、「自分らしく」という今日のテーマを胸に刻み、お互いの精神的、肉体的負担が少なくなる様(最大限に)、「こうでなくてはいけない」ではなく、「これで良い」という考え方に世間一般を変えていきたいし、していく必要があると思いました。
- ・ 在宅のケアマネジャーの仕事をしています。「その人らしく、自分らしく」を目指して支援していくことが重要だと改めて感じた。
- ・ 最期まで自分らしく生きることができる(サポートする)体制が整ってきているとはいえませんが、そういう状況を作ろうとしている方(専門家)が増えていることを実感できた。
- ・ アドバンスケアプランニングの話がためになりました。

#### 【在宅医療について】

- ・ 往診医の選び方
- ・ 在宅医療の現状が少しわかって良かったです。
- ・ 在宅ことかなりわかりました。ただ、もっと広めてほしい。
- ・ 在宅医療を実現するには、サポート体制の充実と看取りへの理解が不可欠だと感じました。このような機会をいただき、考えるきっかけになりました。
- ・ 在宅介護の大変さを改めて認識した。
- ・ また在宅生活ではチームで支援していく必要性を認識することができた。
- ・ 在宅診療(医療・歯科)が使えることは在宅介護が介護者にとってある程度の負担軽減、安心感につながると思える。
- ・ 在宅の重要性、緊急性を再確認できた。
- ・ 在宅介護・医療の重要性を改めて考えることができた。
- ・ 在宅看護の具体的な支援をきけて良かったです。患者様の思いにそって、家族と協力して支援していく。できる限り応えていく。とても素晴らしいと思いました。心に届く支援です。

#### 【胃ろうについて】

- ・ 胃ろうについて誤解していて、清水先生のお話は聞きやすく耳によく入ってきた。
- ・ 胃ろうについて分かり易く説明を頂きありがとうございます。自分のこれからの人生に自信を持って、残り少ない人生を送りたいです。
- ・ 胃ろう自体はよくも悪くもない。目的と手段を近藤しないこと、との清水先生の話も同様。

#### 【リビングウィルについて】

- ・ リビングウィルを残すことで、自分の意思を伝えることができる。
- ・ リビングウィルに関して、具体的に細かく考えておく必要があるということがわかりました。最後の関屋先生のお話よかったです。
- ・ 意思表示が大切という事が良くわかりました。(リビングウィルは知ってはいましたが、中々表示していないので早速書いておこうと思う)
- ・ リビングウィルが必要なことが分かった。
- ・ 医療は同意権がない。元気なうちに本人と良く話し合っ、本人のかわりに意識を大切に示して表示する事ができるリビングウィルを書いておく事も必要と考える。
- ・ 昨年母親を 88 歳で看取りましたが、兄弟では緩和ケアを考えましたが、本人の意思で「終末は家で」を実行しました。約 3 ヶ月 4 人が交代で 24 時間体制で対応しましたが、ある意味この 3 ヶ月が限界でした。今回講話を聞き、母にとっては最良な終末だったと思います。
- ・ 医師、病床の不足に伴う死亡場所、方法について。口から食べられなくなったらどうするか。本人の意思、希望。
- ・ 講師の話が理解できた。
- ・ 意思表示の大切さ。
- ・ 自分の意思の書面化の必要性。
- ・ 自分の事は自分で決める。意思決定権をはっきりさせる。本人が何を考えているか話し合うことが大事。
- ・ 意思表明についての関心が持てた。
- ・ 最期の時まで自分の意思が尊重されることは、とても幸せな事であると思う。
- ・ 意思表示をすることが大切だと思いました。
- ・ 年齢的にも身辺整理をしなければと最近では思いつつ先延ばしにしておりましたが、今日参加させて頂いて、最急に終末ノートに意思表示をしておかなければと特に思いました。
- ・ 事前指示書はとても理解しやすかった。
- ・ 診療に関する希望書をいただいて感謝です。
- ・ ホームでは延命治療について DNAR という言葉を使っているが、分かりにくいと思っていた。「私の診療に関する希望書 (事前指示書)」を活用させて頂きます。
- ・ 私の診療に関する希望書
- ・ 希望書 (事前指示書)、在宅で暮らす訪問看護のメリット。
- ・ 事前指示書は大変参考になった。自己のその時を考えてはいても、どのような言葉を使えばよいかわからずいきました。
- ・ 事前指示書の内容が良い。今すぐ使える内容で、参考になった。
- ・ 具体的な事例が多く、イメージが付きやすかった。
- ・ 事前指示書。
- ・ 「もしもの時に役立つノート」是非、購入し記入しておきたいと思う。
- ・ わたしの診療に関する希望書を書いておいた方が良くわかりました。
- ・ 自分らしく生きる為に、死を迎えるにあたって、情報を幅広く見聞き、学び、遺言書を書いておきたいと思いました。
- ・ このことが事前指示書など県民の関心を高められる根拠になると思った。事前指示書を自分で判断して記入できるように知識を深めること、それを尊重されるよう周囲も理解できるよう多くの人に伝えていかなければならないと思った。
- ・ 診療に関する希望書は大変参考になりました。
- ・ 延命治療の考え方
- ・ 成年後見人に医療同意権がないと、どうやって医療を選んでいくのか考えさせられました。患者の最善の利益が第一だと思います。
- ・ 自分自身で事前にもしもの時にどうしたいかを記入しておくことは今現在まだできていない。簡単にかける用紙ができることによって記入できるのではと感じた。用紙を作成検討されているようなので早くできると良いと思う。

#### 【家族との話し合いについて】

- ・ 在宅での看取りの難しさを改めて意識することができた。子供は遠方に住んでおり、老々介護になることは必然であり、在宅は困難だと思う。
- ・ 自分、家族の最期について真剣に考えてみたいと思います。※2030年、心配ですね。
- ・ あらかじめ考えること、自分で選ぶことの重要性。本当に食べられないのか、胃ろうのことなど考えさせられました。

- ・ ケアマネジャーをやっています。在宅看取りを何人もやりましたが、うまくいくかいかないかは家族の介護力によるものと思います。それは遠方にいるとかそういうことではなく、皆がそういう思いにならないと無理なのではないかと思えます。
- ・ 在宅での看取りはまだまだ家族の不安が大きく少ないのが現実です。
- ・ 自分らしく生きる死の方について参考になった。自分や家族と最期はどんな死生観なのか希望を話しておきたかった。口腔ケア、食べることの大切さ。
- ・ 家族からの立場でなく、本人にとって何が良いかを考えることが大切であるということ。
- ・ 事例を通して家族の役割を再認識しました。
- ・ 家族の話し合いが大切。
- ・ 県立病院に勤務していた看護師です。患者を支える家族機能の減退に在宅医療指導に困難性を感じてきました。家族機能と呼びますことによって自宅での看取りも可能となる講演でした。
- ・ 終末期にわがままを言えたのは幸せだったという話が印象的でした。本人と家族の相談は大切なこと。
- ・ 家族の思いも大切だという事
- ・ 最期を迎えるにあたり、元気なうちから家族と話し合っておくことの大切さ
- ・ 普段から「最期について」の考えを家族と話しあっておくべきだと思った。
- ・ 死について家族ときちんと話していこうと思った。生を授かったら必ず死があるが、あまり考えたことがない。多くの人がきちんと考える世の中になるとよい。
- ・ 本人が決められない場合、家族で話し合いでも決められるという事。
- ・ もっと真剣に自分のこと、周りの家族のことを考えてゆこうと思った。
- ・ 自分の意志を良く家族と話し合うということが大切だと思いました。
- ・ 本日の講演を聞いて、家族に再度話をしようと思った。
- ・ 夫婦で話し合っておりますが、子ども達にもきちんと話しておくべきだと改めて思いました。
- ・ 子どもとは話しますが、話すだけで、その場で終わってしまいました。考えようと思います。
- ・ 夫婦では話し合っているも、子ども達と再度話し合う必要を感じた。
- ・ 家族と具合が悪くなった時の事について話し合ってみようと思う。
- ・ まだ自分としては、若いつもりでいたのでそろそろ家族と相談しなければいけない時期にきているかなと思いました。
- ・ 終末期について家族と話し合ってみたいと思う。
- ・ 最期を迎えるというこれからのことについて、家族や本人も含めて、意思表示し、決めていくことの必要性を学びました。普段から話し合っておくことが大切なんだと思いました。
- ・ 終末期について、家族と話すことが大切だということを知り、今まであまり触れなくなかったが話し合っていこうと思った。
- ・ 日頃より家族で意思を確認しあう事の大切さ。
- ・ 自宅で最期を迎えたいが、独居老人になっているので子供たちがどう思っているのかわからない。話し合いを持ちたいと思う。
- ・ 早い時期に子どもと話し合いをしておきたいと思います。

#### 【講演会に対する意見、その他】

- ・ 社会制度などは勉強になったが、最後をまるまる自分らしく結びつけたかは疑問。
- ・ せっかくの講演なので、土曜の午後などたくさんの県民が来ることができる時間で設定し、内容もビデオなどを使ってイメージしやすい方が良かった。弁護士さんの話をもっと聞きたかった。
- ・ 千葉市は参加者が多いが田舎の開催は参加者が少ない。人口も少ないが、関心も少ないのか？どうすれば参加者が増えるのか。
- ・ 終末期の延命治療について。公開講座のテーマが大きいですが、時間が短く内容が多すぎる。

## ② もっと知りたかった点（一部抜粋）

### 【全体の感想】

- ・ 土橋先生の話をもっと少し聞きたかった。
- ・ 土橋先生のお話は、もっと時間をかけて聞きたかったです。大里先生のお話しの中で、本人の意思が家族に伝わっていなかった問題に対して、どのような対策がありますか。
- ・ 全体的にもっと少し長く聞きたかったです。（別に実際終末期を迎える方の事例も色んな方向から知りたい感もありました）でも今後の参考にさせていただきます。どうも有難うございました。
- ・ 現状は良く理解できました。ならば今後どのようにしていったらいいのかのアドバイスをもう少し頂きたかった。
- ・ 事例をもっと知りたいと思いました。本日は有意義な内容でありありがとうございました。
- ・ 例をもっと多く、時間を設けて欲しかった。
- ・ それぞれのお立場のお話をもっと詳しくききたい。
- ・

### 【終末期医療・看取り全般について】

- ・ 終末期の定義
- ・ 「終末期」というものがどういうものかももう少しわかりやすく説明してほしい。
- ・ 終末期医療に関わる際のコミュニケーション（関わり方対応）のポイント等。
- ・ 終末期の具体的な状態について知りたい。
- ・ 看取りの現場報告。
- ・ 看取りの現場で、最期まで生きる意味を見いだせるような関わりについて。
- ・ 看取りの現場の話。家族等の精神面でのケアの話が聞きたかった。
- ・ 色々な看取りに関する事例を聞きたかった。看取り方法、考え方などを聞きたかった。
- ・ 在宅での看取り事例は理解しにくい。在宅で最期を迎えるための、医療、介護の不安な点について詳細な情報が欲しかったです。
- ・ 自宅で看取の際の資源。
- ・ 自宅等で亡くなる場合、多くは医師の診断書がない場合があり、警察当局の調査があり、家族にとっては大変である。対処方法は？
- ・ 在宅での死亡について警察が不審死との取扱いをするとの話が一般的に言われるのでその点についてはどう対応するのか。法整備の提言は？
- ・ 在宅での最期を迎える場合、トータルペインは在宅ではどこまで可能なのか？私は痛みさえなければ全てを受け入れていく最期を希望しているため、病院によってはまちまちでよく分かりません。
- ・ 病院、施設で死ぬということも事例（写真などだけでも）をあげた方がよいと思いました。
- ・ 医師からだけでなく、コメディカルケアの地域別の人数や移行等も知りたかった。在宅での看取りの例。
- ・ 病院で看取ったケースの体験の話をきいてみたいと思った。エンディングノートについてももっと詳しくききたいと思った。実際に使用されたケースや患者の家族がどうだったかをききたいと思った。
- ・ 家族がなく、みてくれる人がいない。どうせ助からないのに、助かって自分でも自分でできないならもういい。安楽死を認めてほしい。本人もまわりにとっても一番いい。苦しいだけの延命措置は不要です。死後の葬式、家の片付け、死後の支払い、遺産等、問題は多い。
- ・ 看取りの現場から在宅での看取りの事例をもっと聞きたいです。とても感動しています。

### 【独居の場合について】

- ・ 独居老人が増加していますので、このことに焦点を合わせた講座をこれから希望したいと思います。
- ・ 在宅での看取りができる家族がいれば良いが、一人暮らしの場合はどうなるのでしょうか。これからは増えると思います。

### 【訪問看護について】

- ・ 24時間対応の訪問看護ステーションはあるのか。
- ・ 訪問看護の利用
- ・ 訪問診療のことを詳しく知りたい。
- ・ 訪問看護の事例がもっと知りたかった。事例をたくさん知る事ができれば自分の周りに当てはまるケースが増え、導入しやすくなると思う。

### 【在宅医療について】

- ・ 在宅歯科医にしる“在宅実践”もっと知りたい。
- ・ 往診医の話も聞きたい。
- ・ 在宅医療サービスの充実、拡大により孤独死を防止してくれないか。
- ・ これからの治療は在宅が中心になっていくと思うが（病床の不足）、緊急の時の事を考えると少し不安に感じる。「地域のちから」を信じたい。
- ・ 在宅緩和ケアについて。

- ・ 特に在宅で終末を迎えるにあたっての準備。
- ・ もっと在宅医療を広げていけたら良いと思います。
- ・ 在宅でどこまで出来るということをもっと周知する必要があると思います。在宅が叫ばれてかなり経つが、身近に在宅にかかわっている方がわからない。

#### 【関連制度について】

- ・ 生活する上での経済的保障はどうするのか。
- ・ 終末期医療と医療費と国家財政
- ・ 地域の終末期における医療体制の現状について。
- ・ 成年後見人等の部分
- ・ 弁護士の方の終末期の法的な注意点。
- ・ 病院でも、在宅でも、死を迎えられない「難民」が多くなる可能性の話がありましたが、今後、その対策などのお話を伺えればと思いました。
- ・ 死亡場所別グラフの「その他」の約 47 万人の死亡場所について、今後の希望はあるのか。

#### 【リビングウィルについて】

- ・ リビングウィルについて、もっと詳細を知りたいです。
- ・ リビングウィルに基づいて処理した場合、過失責任は問われないか。
- ・ 意思表示について病院・医師の姿勢の方向は分かったが、現実をどうしているのか、アメリカは分かるが、日本は？千葉は？
- ・ 事前指示書をどこの医療機関に搬送されても参照してもらえるようにしてもらいたい。医療機関で共有する仕組みがあると良いと思いました。
- ・ 事前指示書の活用方法（記入したものをどこで保存、管理するか）や家族の意向と違った時にどのように対応がなされるのか。
- ・ （意見）「私の診療に関する希望書」の様式を義務化してはいかがでしょうか

#### 【宗教との関係について】

- ・ 医療と宗教のコンビネーションは考えられていないのでしょうか。安らかな最期は気持ちの持ち方が重要だと思う。
- ・ 宗教との関連。
- ・ スピリチュアルケアについて
- ・ 終末期と宗教（死生観）の接点、関わり方。
- ・ 会場の質問、心のケアに対する加藤院長先生のご説明、宗教観の重要性をお話し頂き、感心したが、もう少し詳しく知りたかった。

#### 【意思決定について】

- ・ 一人ひとりが自分の最期を考える重要さはもちろんですが、遺族が選択肢を知っていること、看取することを考えることも重要だと思います。今回のテーマが自分なので、仕方ありませんが若者（医療者以外）にどのように伝えていくか？難しいテーマだと思いますがどのようなツールで伝えていくのでしょうか。今回の話が楽しかったので、興味と期待があります。
- ・ どうしたらの話し合い参加者の結果を聞きたかった。
- ・ 家族の理解を深めるにはどうしていけばいいのか。
- ・ 家族、医療関係者と話し合っていく過程の事例を聞きたい。
- ・ 患者本人と家族の介護力のすりあわせ方法について。患者は在宅へ戻りたくでも介護力不足で病院で最期を迎えることが多いので・・・。
- ・ 本人の判断ができない場合、法則で罰せられることが生ずる場合もある傷害、死、盗難詐欺、他の事例を聞きますが？」
- ・ 医療を受ける時、事前にどのような医療を受けるのか決める事は大変困難と考えます。「決めること」に対してのアドバイスが欲しい。

#### 【地域のサポートについて】

- ・ 患者と家族をサポートする体制として地域の中にどんな事、どんな場、人があるのか具体的に知りたいと思った。
- ・ いざという時、（自分が介護する時、家族を自宅で介護する時）支援を受けられる所、相談できる所のリストが欲しい。
- ・ 市原市の介護施設の現状について
- ・ 市原市の状況やどう死を迎えるか、それらの制度をつかっていたいかなど、生の声
- ・ 今、千葉県での医療と介護の連携ネットワークがどれだけ構築されているか？他県の人は聞きますが。
- ・ 君津医療圏に、在宅医療や看取りをしてくれる開業の先生がどのくらいいるのか？具体的な数値を知りたい。「ちば医療ナビ」のデータと実態は一致していない。HPでは「在宅、往診可能」となっているが、実際にTELすると「やっていない」と。

#### 【胃ろうについて】

- ・ 胃ろうで生きられても、手段としての胃ろうで死ぬ自由が奪われる場合もあるのではないのでしょうか。
- ・ 胃ろうについて
- ・ 胃ろうの問題は身近に困っている方が多いです。胃ろうにしても在宅で見てあげられるなら選択のひとつです。でもやめどきが難しいです。

#### 【講演会に対する意見、その他】

- ・ 具体的な口腔ケアの方法。
- ・ 「2. 看取りの現場から」の講演については、何らかの資料があればより理解できたと思います。
- ・ こんな機会をもっともって欲しい。
- ・ 3名の先生の話のレジュメのようなものが欲しいです。スライドの下1/3位が前の席の方々に隠れて見えなかった。
- ・ この講座の目的は啓発（気付かない人に教え示すこと）だということで、キャラバンされていると思う。県民でこの講座を聞いた人は数千人しかない。この先、県民に啓発されるのはどういうしくみでやられるのか？講座を受けた人はよいが、少しでもそれに似た体験が出来るように。県のHPにこの講演の動画をのせてほしい。友人に動画を見るようすすめることが出来る。
- ・ 講義のあり方と現況について
- ・ チラシについて、場所が分かるように会場地図だけでなく電話番号載せてください。
- ・ なぜもっとこの講演会をPRしなかったのか。人数が少なすぎます。玄々堂から関係者9名できました。悩んでいる患者様家族もおさそいしてきました
- ・ こんなに良い講座に出席者が少なく、残念でたまりませんでした。私も2日前に偶然、声をかけられ、仕事が休みで、聴きに来ることができて本当に良かった。そして聴いてもらって考えてもらいたい方がいたのになあと思いました。もっと早くしっかりPRしてほしかったです。
- ・ 第2、第3部と資料があると参考になりました。
- ・ もっと知りたかったアピールして、みなさんにきいてほしいと思いました。わたしは市民ですが、こういう会があるとは知りませんでしたので。
- ・ 広報について関心の無い人たちへの広め方についてどうすれば良いのかを知りたい。
- ・ 「最期まで自分らしく生きる」というタイトルから「自分らしく」という事に興味を持っていたが、終末期をどこでどう迎える、、、に終始していたと思う。もっと自分らしくの事例を知りたい。
- ・ 命についてどう考えるか。
- ・ 問とは異なるかもしれませんが、上記の経験を含め自分におきかえるという意識。
- ・ 介護者の現実について（厳しさ）
- ・ 個人によりケースバイケースが複雑なので、さらに関係先を調べ勉強してまいります。有難うございました。（安楽死を強く希望している人を看ています。入院中）
- ・ 関係機関にどんなものがあるのか、どうしたら利用できるのかをもっと具体的に伺いたかったです。このような会をもっと開いてほしいし、もっと宣伝してほしい。（私はたまたまチラシを見ただけだったので）
- ・ 来年度もやって頂きたいです。単発はもったいない、広報に力を入れないと絶対に広がらない。
- ・ 「自然な死とは」については、もう少しわかりやすく話していただきたかったです。雑談になりすぎていた感じがして、わかりづらく、聞きづらかったです。勉強をしたくて思いをくんでいただけたらと感じてしまいました。看取りと病院内で取り入れていくために必要なことを知りたかったです。

## ③ 啓発プログラムの感想（シンポジウムのみ）（一部抜粋）

## 【全体の感想】

- ・ わかり易くてとても良かった。自身のこととして受け止めたい。
- ・ DVD とてもよかった。自分が先の場合は心配です。
- ・ 家族へ、家族で医療者との話し合いが Key というのが、よく理解できた DVD。
- ・ 内容が豊富でとてもよかった。ありがとうございました。
- ・ 弁護士の先生のアドバイスが参考になった。
- ・ 今後、家族の最期をみとる場合の考える土台として、よくできていると思います。
- ・ 一般の方にもわかりやすいビデオでした。
- ・ 色々と考えさせられました。この講演を聞き、ちゃんと考えたいと思いました。
- ・ 在宅医療・介護をしたい時に相談する先があること、検討できるようなサービスがあることがわかった。
- ・ 家族の会議場面など終末期のあり方の課題がよく分かった。
- ・ 具体的に考え始めると時間が足りないことをつきつけられ、今話を伺ってよかったと思います。
- ・ 本人が望む最後を家族や医療・介護サービスのスタッフで共に支える在宅での理想的な形であったと思います。また決断をする際に必要な情報も盛り込まれており、わかりやすかったと思います。
- ・ これからも機会を求めて勉強をする努力をしたいと考えました。
- ・ 話し合いのタイミングは非常に難しいと感じました。実際やってるのが介護看護で参考になりました。

## 【ドラマ設定について】

- ・ DVD の内容が一般市民を良い形で引きこむものではない。みた人にどういふ反応をさせたくて作成したのか。内容が甘いと思う。
- ・ 事前指示書普及、家族の話し合い、自分がどう最期を迎えるかを考え、話し合うのが一番なので、やや在宅での看取りをすすめている DVD にみえる。
- ・ ドラマが良くなかった。音楽・全体の流れも悪い印象。お1人お1人の先生方それぞれのお話は良いので残念な印象を受けました。正直な感想を失礼いたします。
- ・ もっといろいろな事例をいれた「ドラマ」にしてほしい。独居の場合など…
- ・ 奥様がいて御主人が先に死ぬという主題になっているが、残った奥様の今後はどうなるのでしょうか。続編をお願いします。
- ・ 本当はドラマの様に自宅で最期をすごしたいと思いますが、看護介護システムがまだ整備不十分なのは？終末期医療についての宣言書は書いてありますが、内容をもう一度検討してみます。

## 【啓発プログラムに対する意見】

- ・ もう少し、在宅サービスの利用を盛り込んでも良いかと思いました。
- ・ 在宅看取りを決定してから、亡くなるまでの苦勞・メリット・デメリットが現れていた方が良かった。
- ・ 自宅で受けられる訪問〇〇等のところを冊子にして頂けると、より理解しやすいのではないかと。
- ・ 自宅での療養生活の事は、説明や体験者の話に終わっているの、実際はどんなふう毎日過ごすのか（それぞれ違うと思うのですが）イメージしかない。その為の不安がいっぱいある。その不安にこたえていくには、1人ひとりの療養生活をつみかさねていくしかないのかと思う。
- ・ ディスカッションを聞いて安心して自宅療養ができるように感じますが、皆が自宅療養にさっとうしたら、手がまわるでしょうか？制度があっても利用したい人がいても、それにかかわる人が本当にいらっしゃるのでしょうか？心配です。
- ・ 家族で見守ろうというのはわかるが、すでに1人世帯が多い（家族がいない）。独り身で死んでいくプログラムを（地域で見守るシステム）作るべきである。
- ・ 特養介護職員です。（個室の場合）ご家族の泊まり込みも出来ますし、なじみの職員の介護を受け、安らかに最期を迎える入居者も多いです。病院対自宅だけでなく、こおような亡くなり方もある事も伝えて頂けたら…。井上先生が少しふれていましたが。

## 【今後の展開について】

- ・ 町内で紹介したい。
- ・ もう少し日常的な話題になるように、テレビ・ラジオ等で国民の目にふれるようにした方が良い。
- ・ 船橋市で生涯学習のお手伝いをしている。公民館レベル（40～100人）でこのような講座を試みたい。
- ・ 広く多くの人々に聞いてもらいたい。今回のこのようなプログラムは PR が少なかったのでは！市民会館大ホールに入りきれない程の人を集めることは PR 次第と思うが。
- ・ 県民に対して理解が深まる内容であり、今後も続けて頂きたいと思う。
- ・ プログラムをみて、在宅を希望する人が増えたとしても、サポートする在宅の医師、看護師が少ない現状がある。訪問看護師としてももっともっと頑張らないとならないと感じた。また国・行政も支えて欲しいと感じた。
- ・ 介護保険についてもよく分かっていない高齢者も多い。在宅療養の支援がいろいろあることを、より多くの人達に知ってもらうことが必要だと思う。（末期がんと、早急に対応（決断）しなくてはいけないので、事前の知識が必要）

#### 【その他】

- ・ 家族の看取りは病院でと思っていましたが、本人が最後まで自分らしく生きるために、自宅で最期を迎えたいと考えをかえました。とても感動的で涙が出ました。
- ・ 自分の最期について息子と良く話し合いたい。
- ・ 家庭/家内と終末医療について話し合う必要性を強く感じた。自分が家内の終末医療が出来るか？不安である。
- ・ 一番かわる人が、しっかりした考えを持つ事が大事。(私の場合は、自分と長男)
- ・ 周囲の者との話し合いがもっとも大切であると思いました。
- ・ 1人でみるのは大変なこと。若い人や家族が協力する事が大切だと思う。
- ・ 家族会議なども開いて、とても優しい対応に感心する。(あなた任せが多く責任のがれが多いと感じるし、協力を仰ぐのは必要と思う) 近親者には日頃よい対応をして好意的関係を保っておく必要。
- ・ 本人の意志を尊重する必要もあるが、身内の負担も考える必要もあり、又、できれば、長く生きられるなら生きてほしい、というのがあります。
- ・ 中心静脈点滴で 50 日間母は苦しみ亡くなったが、家に帰りたがっていました。もっと早く医療の現状を知っていればと悔やみます。母の死を自分に生かしたいと思う。
- ・ 生きる権利はありで死ぬ権利もある。十分生きた。70 歳以上を機械をつけて生かす必要ナシ (本人が充分という意志がある場合)
- ・ 現実的に最期 (10 年も) に渡る時の費用と人手はどうなるのか？
- ・ 病院の入院の場所がなく、家で最期を迎えることがわかった。訪問診療の方が医師の人手も多くいると思いました。ので救急車もきてもらえる医療の手が差し伸べられることのないまま自宅で死を迎えるのだと思いました。
- ・ まだ希望書を書いていない。終末期は在宅を希望している。自分なりにまとめて考え、書きたいと感じている。
- ・ 在宅で歯科医の治療が受けられることを識った。
- ・ かかりつけ医を見つけることは困難だと思う。

## ④ 講演会で参考になった点（シンポジウム）（一部抜粋）

## 【全体の感想】

- ・ 全体に参考になりました。これからの自分の最期の時のために。
- ・ ビデオを通じて自分のこれからの人生家族でしっかり取り組んでいきたい参考になりました。
- ・ パネルディスカッションでの各先生の具体的なお話がとても参考になりました。漠然と考えていたので、具体的にエンディングに向きたい。

## 【基調講演について】

- ・ 現状がよくわかった。
- ・ 今後老人は増え、病院は足りなくなるという不安が大きい。
- ・ 高林先生のデータに基づいてお話下さった事、とても判りやすく参考になりました。
- ・ 最期の現状と希望する最後に差があるが、高林先生の経験談は参考になった。
- ・ あと 15 年で「都内では、自宅から 1 時間以内の病院で入院出来る所が殆どない」ことまでは考え及ばなかった!!また、千葉県では??

## 【リビングウィルについて】

- ・ リビングウィルは大切だと思いますが、本人の気持ちの変化にも留意していく必要があると思います。「リビングウィル」早速書いて置くようにしようと思う。
- ・ 「リビングウィル」の法律的内容について参考になった。
- ・ 終末期自分への医療について文書で残すこと（リビングウィル）。家族でよく話し合っておく事。自宅介護についての家族会議で、それまでかかわりの少なかった方の発言、希望をどこまで尊重するかなど気にかかった。
- ・ かかりつけ医の役割、地域包括ケア、リビングウィルと意志表明。
- ・ 在宅で受けられるサービスについて、リビングウィルについて。
- ・ 早速リビングウィルは書こうと思いました。
- ・ 土橋先生のパネルディスカッションで示されたリビングウィルの具体的事例が参考になった。
- ・ 土橋先生の例、手紙は自分の望みです。リビングウィルということばははじめての名称です。勉強したいと思います。
- ・ リビングウィルについて、非常に重要なことなどが理解出来た。
- ・ 意志表示の表があるのは、あまり知りませんでした。本人・家族・医療・福祉関係者による連携が必要と改めて思いました。
- ・ 事前指示書が重要であること。作成・開示の時期をもっと知りたい。

## 【家族との話し合いについて】

- ・ あいまいな考え方が、より現実的に深く考える必要があると感じました。自分の事はもちろん、家族の事も気になりました。
- ・ 本人が何も云えない・用意もない時など、やはり妻（長年の連れ合いで事情をよく知っている・介護が長い）の決断が重要であると思いました。

## 【在宅医療について】

- ・ 歯科医師、薬剤師の在宅療養での具体的な実践が参考になりました。
- ・ 在宅医療の事も少しわかりました。
- ・ 家族が在宅診療を受けています。千葉大で在宅の研修のお話、これからの医師は頼もしい。在宅に関わる専門職の連携がうまく進むことに期待したいです。
- ・ 在宅医療か医療機関か常日頃家族とよく話し合っている事の大切さ。
- ・ 在宅医療でほとんどの治療が可能になっていると知り、とても心強く思った。
- ・ 在宅でこれを考えてみます。
- ・ 在宅を支えるために、多職種が連携していることの重要性を改めて感じました。
- ・ 訪問歯科の存在ははじめて知りました。
- ・ 訪問医療があることに力強く感じた。
- ・ 訪問看護などでの利用で自宅で最期が可能だと言っていました、今一人暮らしですので本当にできるのかまだ不安が残りました。
- ・ 終末期は在宅サービスに頼らざるを得ない時代かなと思った。

## 【終末期に関してあらかじめ考えることの重要性について】

- ・ 自分の意志も病状、家族とのかかわりにより、変化していくであろうと思いました。たくさんのサービスがあり、利用する選択も大いに参考になりました。
- ・ 自分の考えと同じ人がいるので安心した。終末の取り組み方を子供達とその都度、意識のある時々話し合いたい。
- ・ 自分はどう生きたい、どういう最期を迎えたいのかを決めることの重要性がわかった。
- ・ 人生最期の事は、早目にきちんと準備すること。医療関係の方と相談を納得行く迄する。

- ・ 正解はないのが分かりました。自分で考えることがとても大切だと感じました。
- ・ 最期一病院か在宅かを自分で考えたり、家族と話し合うのではなく、「最期まで自分らしく生きる」ことを考え、話し合う事が先であることを市民に啓発し、その上で自宅だと6割が望んでいることを実現出来るよう、それぞれの家庭のハードルを越える手段の情報を伝えたい。
- ・ 健全な状態の時期に明確に意志表示することの必要性を確認できた。
- ・ この問題は大変むずかしい。行政も医療の現状の問題を解決することはむずかしい、というのを再認識したこと。結局自分で情報をとり、自分で考えるしかない。できなくなったら最後は一人。上野さんのお一人様の老後を参考にしたい。

#### 【講演会に対する意見、その他】

- ・ 「最期まで自分らしく生きる」のプログラムが4月から公開されることを知ったこと。参考にしたいです。
- ・ 最期をどこで迎えたいか。本人の意志疎通ができない場合、誰の意見を尊重したら良いか。
- ・ これから自分も看護師として知識と技術を身につけ、訪問看護師として病院勤務から訪問看護師へと方向転換したいと思いました。

## シンポジウム

### ⑤ もっと知りたかった点（シンポジウム）（一部抜粋）

#### 【全体の感想】

- ・ 将来（2050年）の問題でなく現実視したことを論じていただきたかった。
- ・ 自分の身にひきつけて考えるため、事例をもっと多く知りたいと感じます。（リビングウィルの事例、家族の意志決定の事例等）。
- ・ 寝たきりとなってしまったら、褥創の問題、感染の問題、排泄の問題、大変なことがたくさんあります。訪問看護、医師の訪問だけではまかなえないものが多々あります。きれいにまとめすぎたようにも思えます。もっと大変なことについてこのかかわりをどのようにしたのかを知りたいと思います。

#### 【終末期医療・看取り全般について】

- ・ 終末期における家族との関わり方について。
- ・ 家族・病院（医療）関係者・ケアマネジャーとの話し合いが大切との事だが、もうすこし具体例をあげて話をききたかった。
- ・ 家族を頼りに出来ない場合、やはり病院か。

#### 【独居の場合について】

- ・ 老々介護、独居の時の在宅終末の事例を知りたい。
- ・ 一人暮らしで最期迄自宅ですごすことが可能か？
- ・ 一人暮らしで最期を自宅ですごすとどのくらいのコストがかかるのか。夫婦なら片方が介護すればいいが、残った人はどうするのか。
- ・ 一人暮らしで自宅での看取りを希望する場合、後見人などが必要になっていくのではないかと思う。今後、身寄りのない一人暮らしの方も増えていくので具体的に詳しく知りたかった。
- ・ 1人の最期について。
- ・ 今後も増加していく独居老人の介護と看取りについて。
- ・ 子供はいるが、仕事から協力（介護）出来ない状況。現在独居である。現状の訪問看護あっても不安。
- ・ 自宅で死んだ…となると警察へ言われたいようにする方法は？もっとしっかり教えて欲しい。医師からも忙しいから警察へと言われる仕末だ。

#### 【訪問看護について】

- ・ 訪問（在宅）看護について、時間をもっとかけて説明が欲しかった。

#### 【在宅医療について】

- ・ 地域の具体的な訪問医のリストが欲しい。どれだけの医師がいるのか？医療費も具体的な金額（例に応じて）が知りたかった。リビングウィルを受け入れてくれる確率が高い病院はどこなのか？現状もあいまいでもどかしい。
- ・ 訪問看護師「かかりつけ医」のシステムを医者もたくさんかかわっていただければ、本当に在宅医療も安心です。
- ・ 在宅の医療・介護・その他の受けられるサービスについてもっと知りたい。

#### 【関連制度について】

- ・ 是非介護者を休めるシステムの構築をお願いします。

#### 【宗教との関係について】

- ・ 死生観についてもっと組んでほしい。医療介護職者しか上手く伝わりにくい内容だったのではないか。

**【地域・行政のサポートについて】**

- ・ 公的なバックアップ体制を構築するための方向づけを知りたい。
- ・ 今後の行政として（県、市）、どんなスケジュールで対処しようとしているのか。
- ・ 行政としての今後の展望・取組みなどを知りたかった。

**【今後の展開について】**

- ・ 今日見た DVD や土橋先生への手紙など夫に見せたいと思った場合どうしたらよいか。再度学ぶにはどうしたらよいか？各市の広報を利用して下さい。

**【講演会に対する意見、その他】**

- ・ 健康寿命を延ばし医療を出来るだけ使わない為に、筑波大の久野譜也先生の筋力アップのための個人プログラムを是非考えて欲しい（自宅でも一人で会場まで通わずに出来るかがカギ）。
- ・ カリフォルニア娘症候群の話は参考になったが、結論はどうすればよかったのか知りたい。参考になる本があれば読みたい。
- ・ 献体について。本人は気が付かない恐れもあるし言わない。たくさん症例をもっていて、中肉中背良い人材。家族は提供したいと思っている。
- ・ 概要の手書き字幕を書かれる方が大変そうに思いました。



## 參考資料



**【 1. 地域別公開講座・シンポジウム 講演資料】**



# 1 基調講演



# 最期まで自分らしく生きる

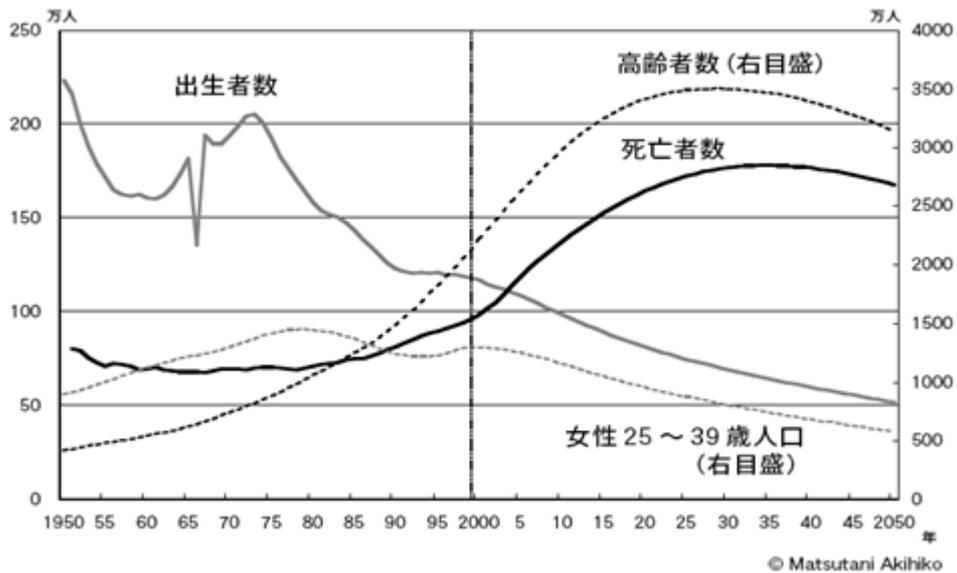
～あなたは、人生の終わりの時期をどのように過ごしたいですか～



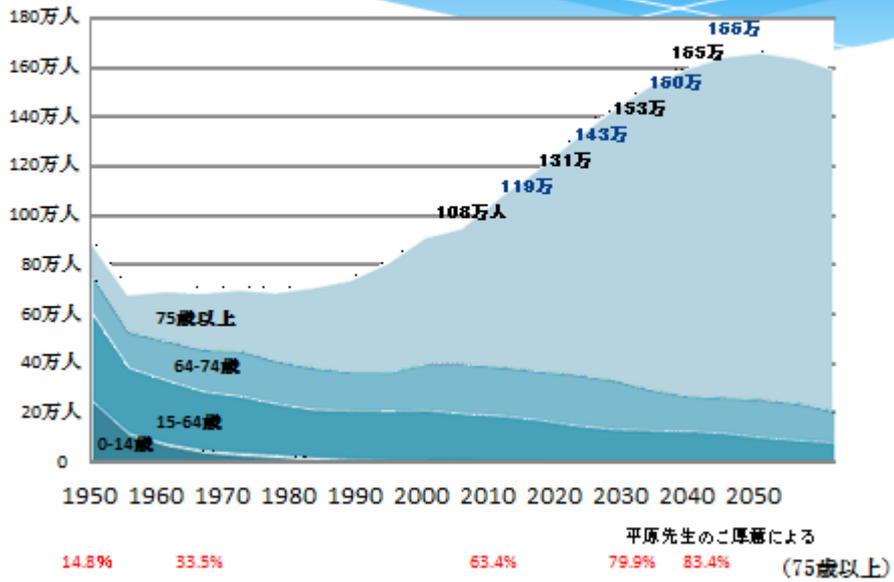
地域別公開講座&シンポジウム 基調講演資料

2013年9月18日(水)

第1図 出生者数と死亡者数

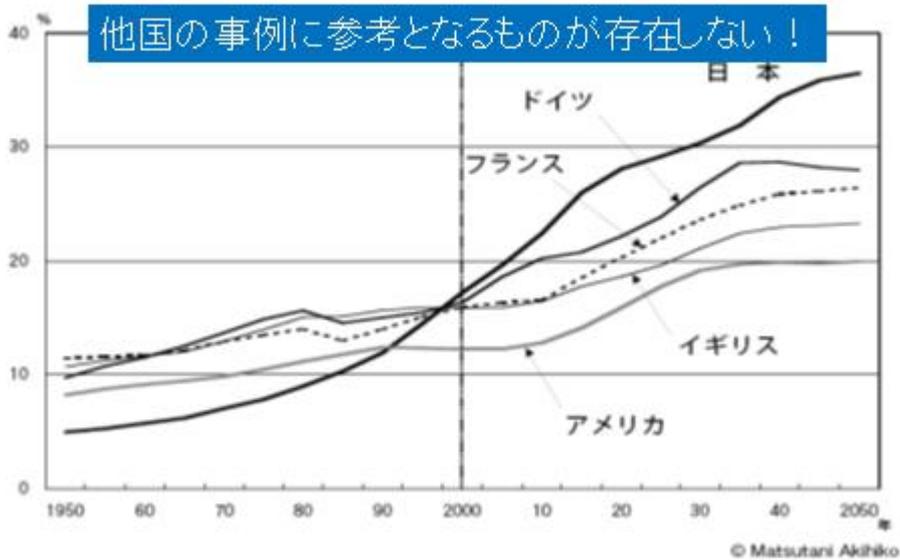


## 年代別年間死亡者数の推移



3

第3図 主要先進国の高齢化率



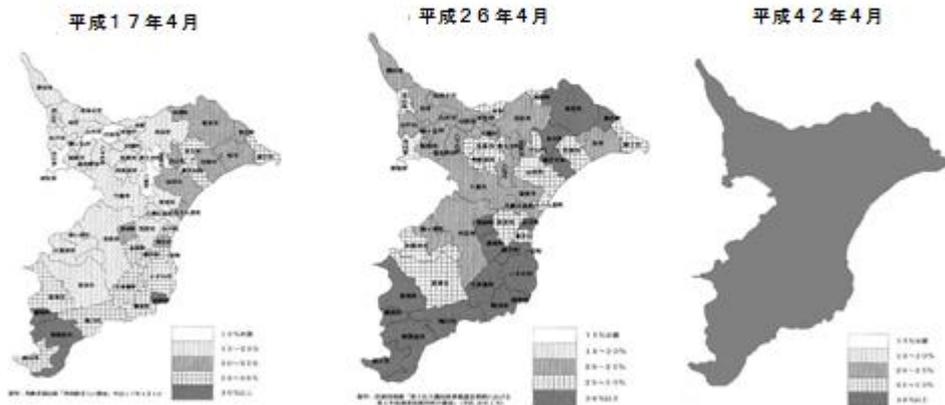
4

## 日本の高齢化社会の特性

- 人類史上例のない急速なスピードで高齢化社会を迎える
- 千葉県を含めた首都圏は其中でとくに例外的に高齢化が進む

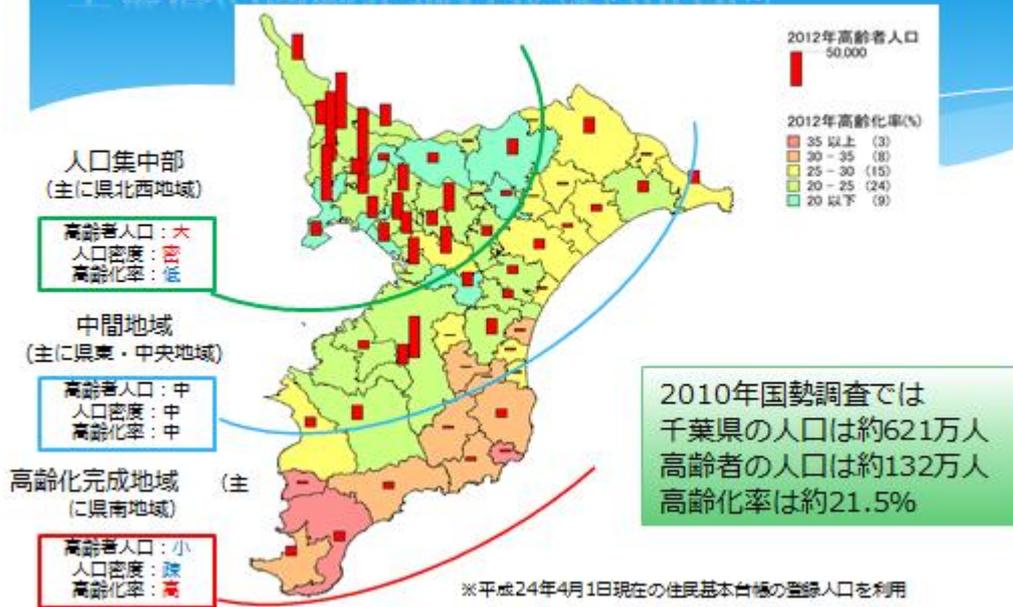
5

## 高齢化大波の到達予測

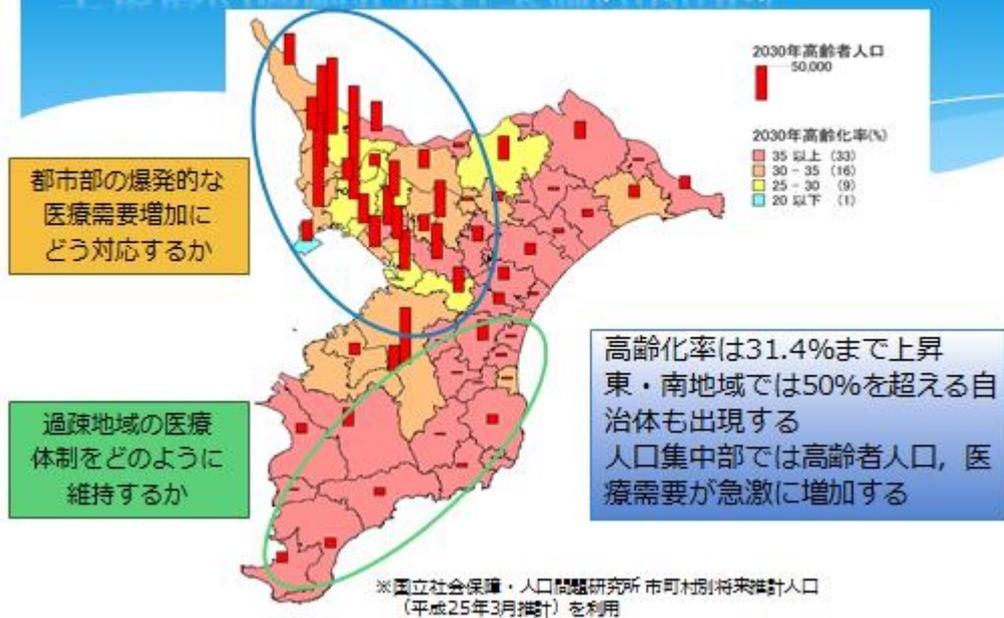


(出典 「千葉県高齢者保健福祉計画(平成18年度～平成20年度)」)

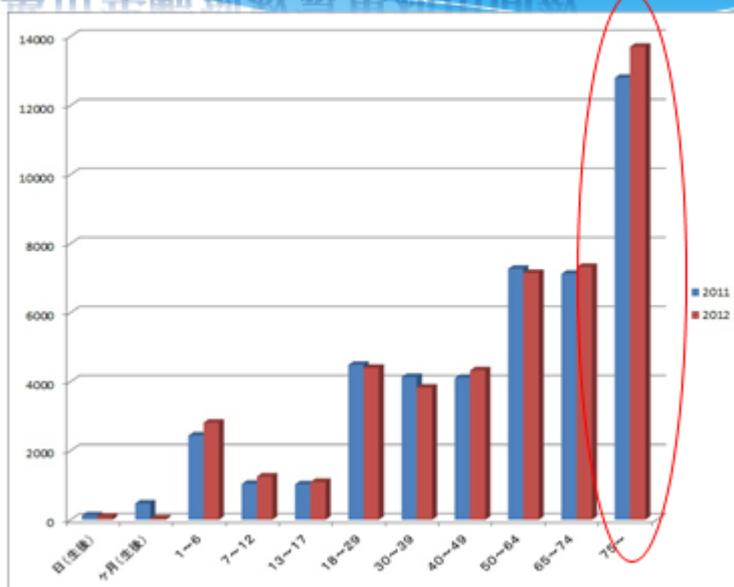
## 千葉県の高齢化進行状況(2012年)



## 千葉県の高齢化進行予測(2030年)



## 千葉市年齢別救急車利用回数

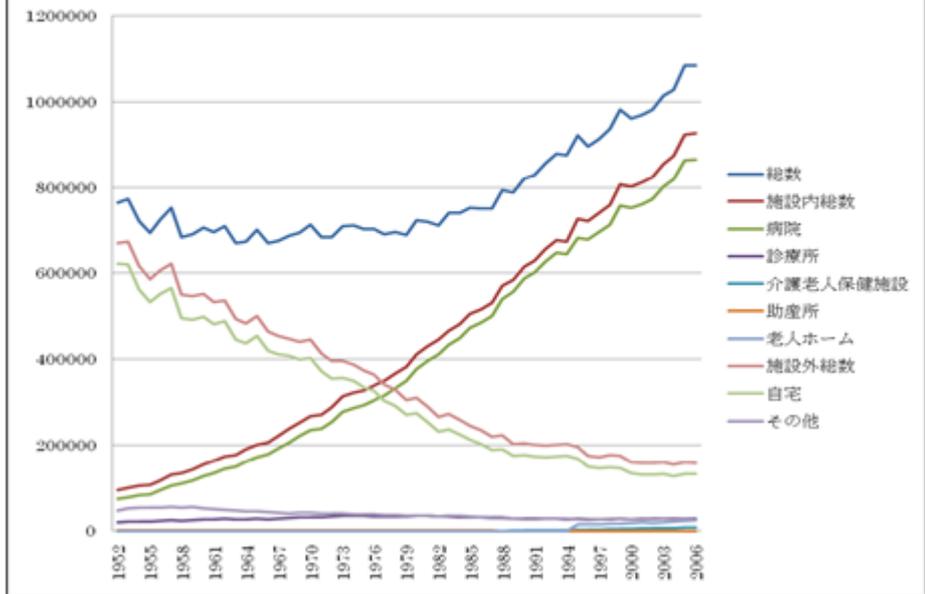


9

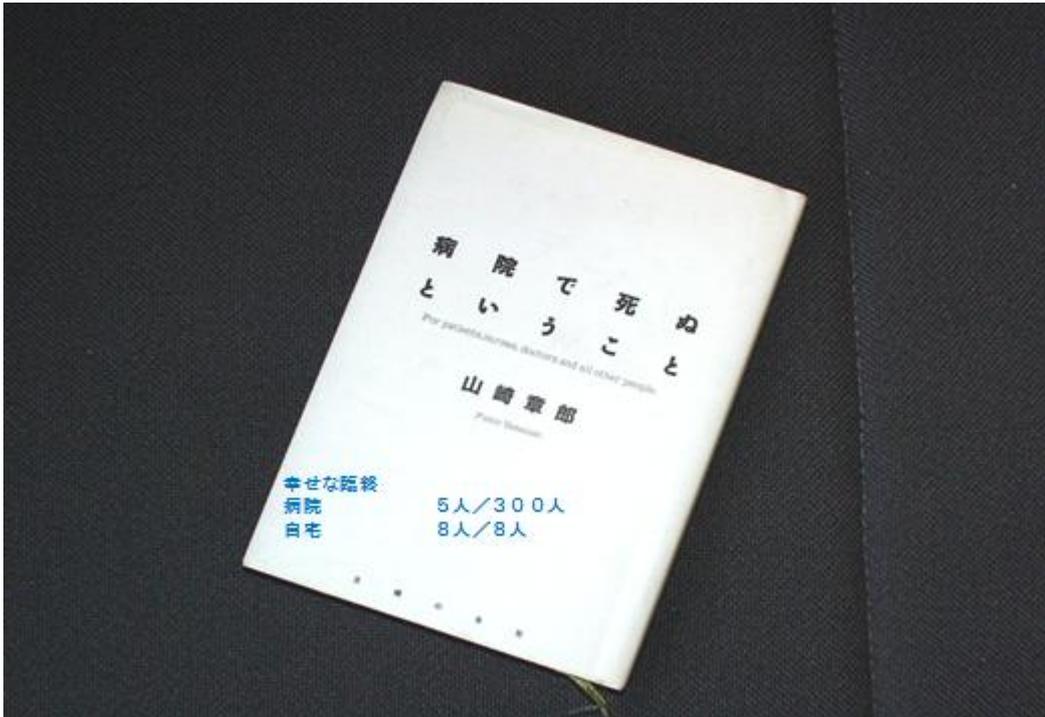
これからの時代、高齢者は如何に最期を生きるべきか？

超高齢社会    これからはお年寄りだらけ  
 入院する病院さえ探すのが大変  
 救急車、医師、看護師不足

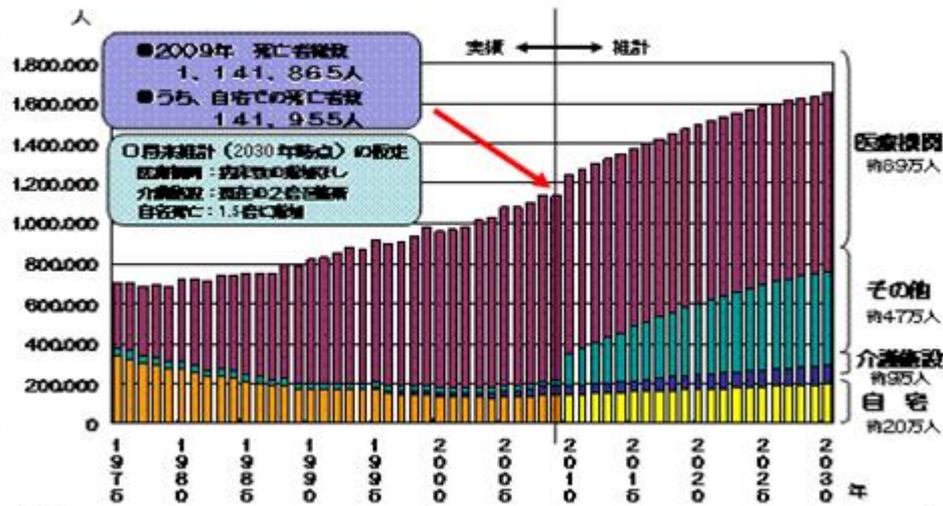
### 死亡の場所の推移



11



## 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



【資料】  
2010年(平成22年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」  
2010年(平成22年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年推計)」から推定

※介護施設は右値、老人ホーム

4

## 県民意識調査の概要

### ■ 終末期医療に関する県民意識調査

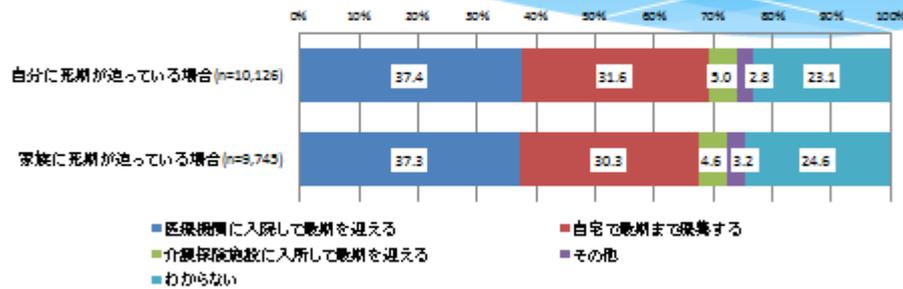
看取りに関する希望や延命治療など終末期医療の意識確認を行う方法のあり方を検討することを目的として平成25年2月に実施。

- 調査対象 満40歳以上の千葉県民
- 調査方法 ネットモニターを活用したインターネット調査
- 回収数 10,126人
- 調査項目 基本属性(性、年齢、居住地、職業、家族形態、死別の経験等)、終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心、終末期における意思の表示方法等
- 調査結果 以下で公表。  
<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/shuumatsuki/keihatupuroguramu.html>

## 最期を迎える場所にどこを選びますか？

- 「自分に死期が迫っている場合」「家族に死期が迫っている場合」、ともに「医療機関に入院して最期を迎える」が約3割、「自宅で最期まで療養する」が約3割。

最期を迎える場所



### <主な理由>

- \* 医療機関: 医療従事者が常にいる安心感があるから、終末期に家族に迷惑をかけたくないから
- \* 自宅: 常に家族がいてくれる安心感があるから、気を遣わず自由でいられるから
- \* 介護施設: 常に介護が受けられるから、介護ができる家族がいないから

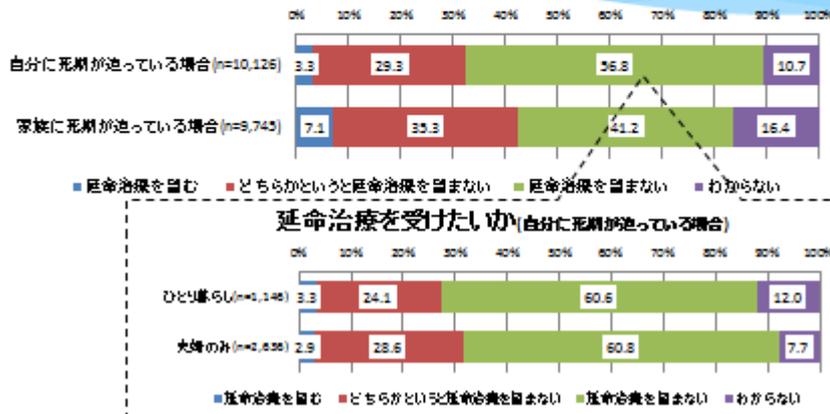
出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

15

## 終末期の延命治療を望みますか？

- 自分の延命治療に関しては、家族の場合と比較して、延命治療を望まない割合が高い。
- ひとり暮らしや夫婦のみで住んでいる人は、延命治療を望まない割合が高い。

延命治療を受けたいか

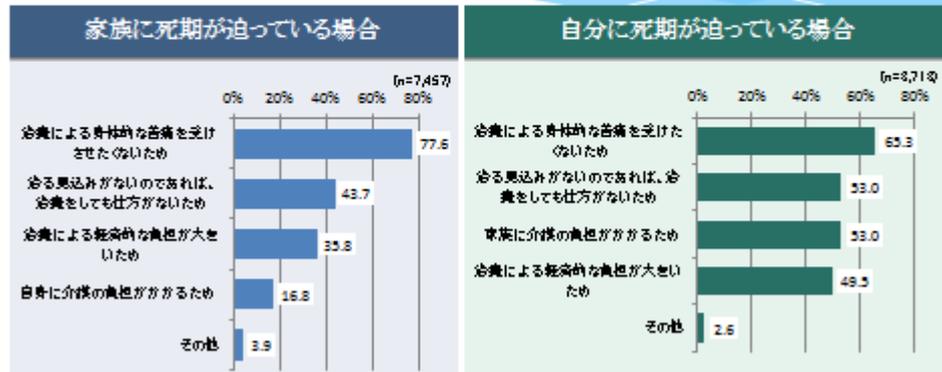


出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

16

## 延命治療を望まないのはなぜですか？

- 家族、自分の延命治療に関して、ともに「身体的な苦痛を避けたい」が最も多い。
- 自分の延命治療については、「家族に介護の負担がかかる」という理由が多い。

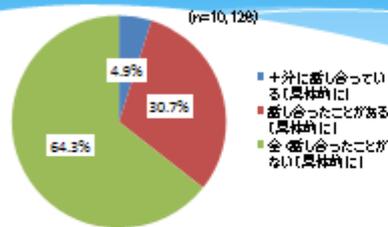


出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

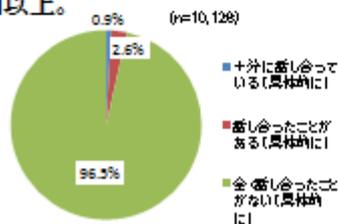
17

## 延命治療について話し合ったことはありますか？

- 延命治療について「家族と全く話し合ったことがない」人が6割以上。
- 家族と話し合いを十分にしている人は、「延命治療を望まない」人の割合が高い。



- 延命治療を受けたいかどうかについて「医療従事者と全く話し合ったことがない」人が9割以上。

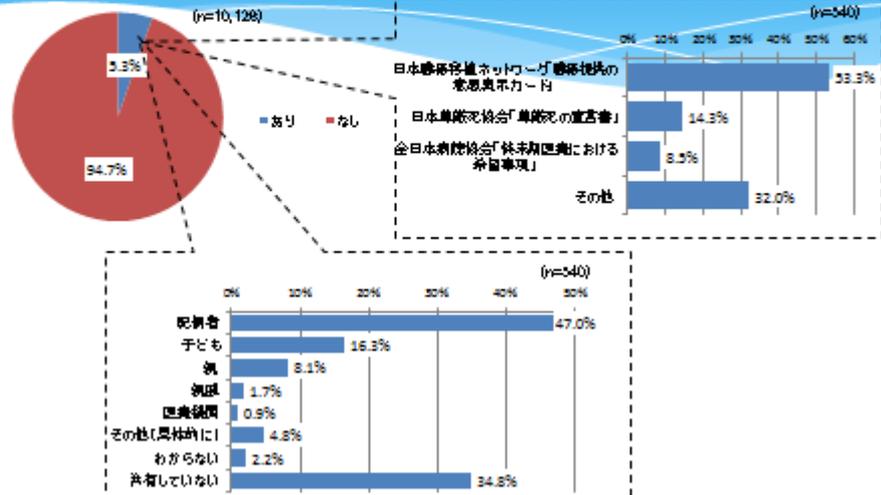


出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

18

## 終末期に関する意思表示を書面でしていますか？

- 9割以上の方が終末期医療に関する意思表示を書面で示していない。
- 意思表示をしている人の中でも、1/3の人は内容を他者と共有していない。

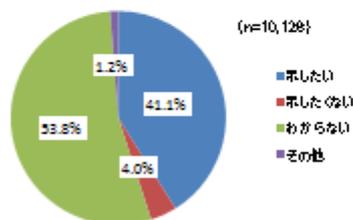


出所) 終末期医療に関する国民意識のアンケート調査

19

## 医療に関する意思を書面で示したいですか？

- 半分以上の人が医療に関する意思を示したいかについて「わからない」と回答。
- リビングウィル等の要否については「必要である」人が7割以上。



### \* 意思を書面で示したくない・わからない理由

- その都度希望が変わるかもしれないから
- そのような制度がはじめてであることを知ったから
- 現時点では考えられないから
- 考えたことがないから
- どんな内容を残せばいいかわからないから
- あまり考えたくないから



出所) 終末期医療に関する国民意識のアンケート調査

20

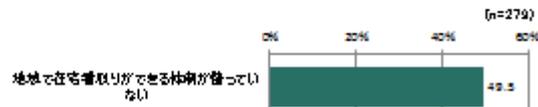
## 医療・介護の現場における課題

- 在宅で看取りができる体制が不十分
- 医療機関の資源を終末期に用いることに限界

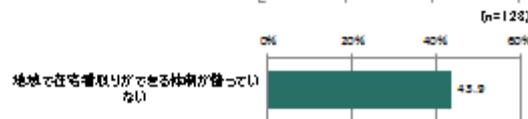
### 【病院】



### 【診療所】



### 【訪問看護ステーション】



出所) 終末期医療に関する調査 (医療機関編調査)

21

## 寿命の変化と生命観の変化

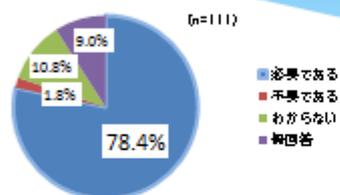
1913年 40～50歳代で比較的急に死亡  
→医療者は救命第一

2013年 80歳代まで多くが生きていて  
慢性疾患で死亡  
→医療者は.....?

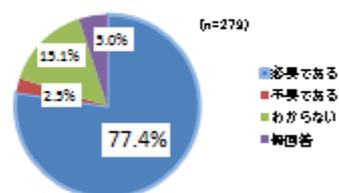
## 医療に関する意思の書面の必要性

- リビングウィル等の要否については「必要である」と回答する医療機関が7割以上。

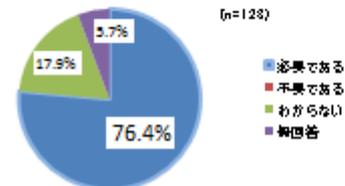
【病院】



【診療所】



【訪問看護ステーション】



出所) 終末期医療に関する調査(医療機関等調査)

23

## 患者・家族への意識啓発

- 患者・家族と、医療従事者両方への教育が必要とされている。

### <現在医療機関で行っている取組例>

#### ● 患者・家族への意識啓発

- ・ 入院時に「わたくしの診療に関する希望書」に記入してもらい、ある程度終末期に対する考えを把握する様にしている。
- ・ 常に選択肢を用意し、家族の間でのコンセンサスをとり治療に入るようにしている。
- ・ キーパーソンの方と密に話をすることで死をきちんと受容してもらう。

#### ● 医療従事者への教育

- ・ 毎週1回終末期医療に関して倫理カンファレンスをして、研修医への教育を行っている。
- ・ 医療者へ緩和ケアチームによる院内研修を行っている。

出所) 終末期医療に関する調査(医療機関等調査)

24

### わたしの診療に関する希望書（事前指示書）

私および私の家族は、私の具合が悪くなり、もし自分で意思判断ができなくなったときには、以下のように考えていただくようお願いいたします。ただしここに書かれたことは今現在私が考えていることであり、今後必ずしも変わらないことではなく、いつでも変更することがあります。

病院にて治療されるときは医療者には以下の項目を尊重していただきたく思います。

避けられない死が近いときには

- 1) 絶対に家で最後を迎えたい。
- 2) できれば家で最後を迎えたい。
- 3) できれば病院で最後を迎えたい。
- 4) 絶対病院で最後を迎えたい。
- 5) 医師の判断に委ねます。
- 6) わかりません。
- 7) その他

心肺蘇生（心臓マッサージなど）

- 1) 心臓や呼吸が停止したときに蘇生措置（心臓マッサージや挿管措置）をしないで下さい。
- 2) 心臓マッサージはしても挿管措置はしないで下さい。
- 3) 心臓マッサージや救急蘇生はしても人工呼吸器にはつながないで下さい。
- 4) 必要なら人工呼吸器を使用して下さい。
- 5) 医師の判断に委ねます。
- 6) わかりません。
- 7) その他

蘇生措置：心臓マッサージや口や鼻などから肺に管をいれて人工呼吸をすることをいいます。心臓マッサージとは仰向けに寝た患者さんの胸骨部を外から両手で縦向きに強く押して心臓を動かすことをいいます。

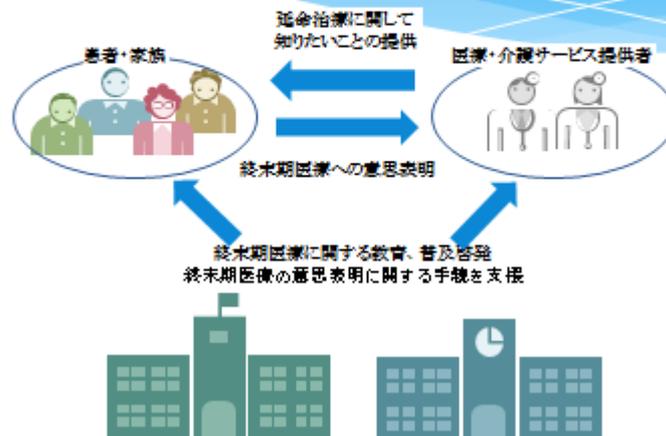
挿管とは呼吸ができるように細長い管をのどから気管まで入れることをいいます。人工呼吸器は接続することで呼吸が停止しても自動的に呼吸を続けることができます。いったん接続すると患者さんの呼吸状態が回復しない限りこの機械をはずすことは許されません。

（注意）歯や食べ物が詰まって呼吸ができなくなったときなど、急に起こった窒息などの際は上記の1)、2)を選ばれていても、患者さんの救命のため、これらの措置を施すことがあります。



## まとめ

- 最期の迎え方について考えるきっかけ作りの重要性
- 高齢者の住まいの多様化に伴う対応
- 患者・家族、医療機関、双方へ看取りに関する教育、意識啓発の重要性



27

ご清聴ありがとうございました

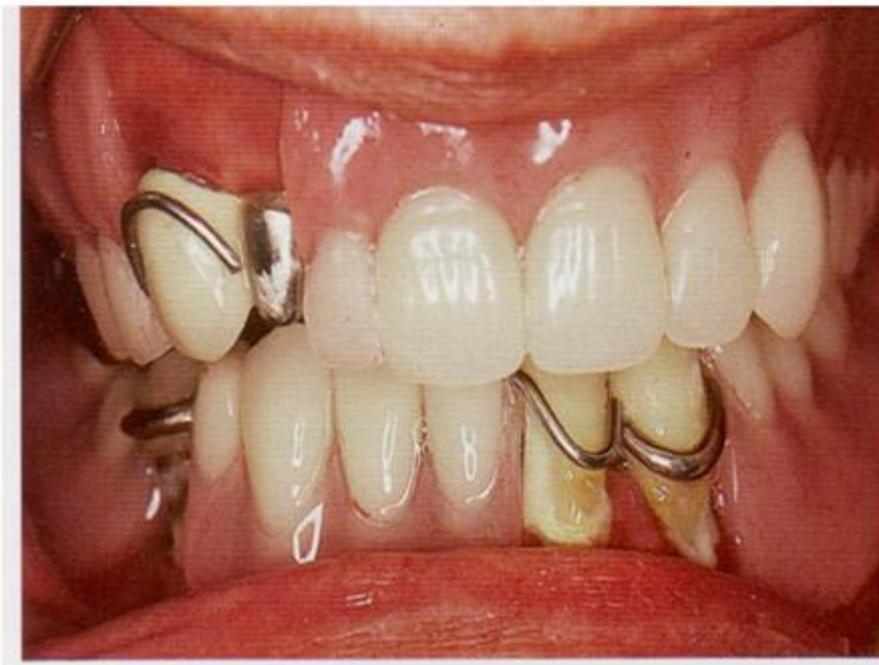


## 2 看取りの現場から





歯科訪問診療には多くの器具、機材が必要ではあるが、最近では患者の生活の場での診療を可能にするコンパクトなものがある。また、患者の全身状態を把握しながら口腔内の処置を行うことになる。



最後まで自分らしく生きるためには、噛み合わせを確保することが重要であり、口腔の機能をきちんと管理することにより、生活の質を向上させることができる。

## 在宅における薬剤師の役割

千葉県薬剤師会

眞鍋 知史

### 在宅における薬剤師の役割

薬剤師が関与し、  
患者にきちんと服用していただくことにより  
患者の病状、ADL、そしてQOLを  
改善または維持する。

そのために行うこと

【1】服用状況が悪い場合、その理由を探り、改善  
対策を行う。(服薬支援)

【2】患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影  
響をアセスメントする。

## 【1】服用状況が悪い主な理由と その対応策

飲まない(飲めない)理由	対応策
①残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない。服用を忘れてしまう。	残薬を重複や相互作用、併用禁忌などに留意しながら整理する。
②何の薬か理解していない為、飲まない。	薬効を理解できるまで説明。またその理解を助けるための服薬支援する。
③薬の副作用が怖い為、飲まない	副作用について、恐怖心をとりつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。
④特に体調が悪くない為、飲まない。(自己調整)	基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。
⑤錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない。	患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入提案。

① 残薬や併用薬が多くなりすぎ整理がつかなくなった為、飲めない場合 服用を忘れてしまう場合

対応策

### まずは残薬整理

#### 残薬整理における留意事項

- 薬の重複、相互作用、併用禁忌、一包化した場合の吸湿性の有無をチェック。
- 直射日光、高温、多湿を避けるなど保管場所、保管方法の適切化。
- 患者の状態と能力に応じた管理方法を模索。

## ②何の薬か理解していない為、飲まない場合

対応策

薬効を理解できるまで説明、およびその理解を助けるための服薬支援をする。  
理解して飲むほうが絶対よく効くし、服用状況もよくなる。  
コンプライアンスの向上というよりもアドヒアランス※の向上を意識する。

※アドヒアランスとは、患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けることを意味する。

従来、医療者は「医療者の指示に患者がどの程度従うか」というコンプライアンス概念のもと患者を評価してきた。したがってその評価は医療者側に偏り、医薬品の服用を規則正しく守らない「ノンコンプライアンス」の問題は患者側にあると強調されていた。

しかし実際の医療現場では、コンプライアンス概念で乗り越えられない治療成功への壁が存在した。そこで、患者自身の治療への積極的な参加(執着心: adherence)が治療成功の鍵であるとの考え、つまり「患者は治療に従順であるべき」という患者像から脱するアドヒアランス概念が生まれた。このアドヒアランスを規定するものは治療内容、患者側因子、医療者側因子、患者・医療者の相互関係という点でコンプライアンスとは大きく異なる。例えば服薬アドヒアランスを良好に維持するためには、その治療法は患者にとって実行可能か、服薬を妨げる因子があるとするばそれは何か、それを解決するためには何が必要かなどを医療者が患者とともに考え、相談の上決定していく必要がある。(2007 日本薬学会HPより)

## ③薬の副作用が怖い為、飲まない場合

対応策

副作用について、恐怖心を取りつつ対応策を話し合い、納得して服薬できるようにする。

## ④特に体調が悪くない為飲まない、という自己調整の場合

対応策

基本的な病識や薬識を再度説明し、服用意義を理解していただく。



## ⑥一包化に関する課題

### 患者の理解不足／患者のコンプライアンス低下

一包化すると一包の中に何種類か錠剤が入っているため薬情と照らし合わせても患者自身はわからないことが多い。  
その都度説明はしているが納得しているかどうか確認できない。

患者個々が持つ能力、意識、生活等に合わせて支援方法を考えなければ逆効果になることもある

## 服薬の介助は？

- 服薬の介助者は？
  - －何時なら介助ができるか？
  - －介助内容に合わせた調剤方法は？
- 服用の回数を減らせないか？
  - －介助に合わせて服用できないか？
  - －回数を減らす事で介護の手間が減る
- 薬剤数・錠数を減らせないか？
  - －力価の高いものを使用する
  - －合剤の使用を検討する
  - －薬その物を減らせないか検討する

## 【2】患者の病状、ADL、そしてQOLに薬が与える影響をアセスメントする。

患者の体調や状態(数値データ+食事・排泄・睡眠・運動・認知症様症状などの情報)を得る  
↓  
これらの情報と薬がそれらに与える影響を、薬物動態学や薬理学などをフルに使いアセスメントする  
↓  
そのアセスメントを医師、看護師、介護支援専門員らにフィードバック

「体調チェックフローチャート」の活用(日本薬剤師会)

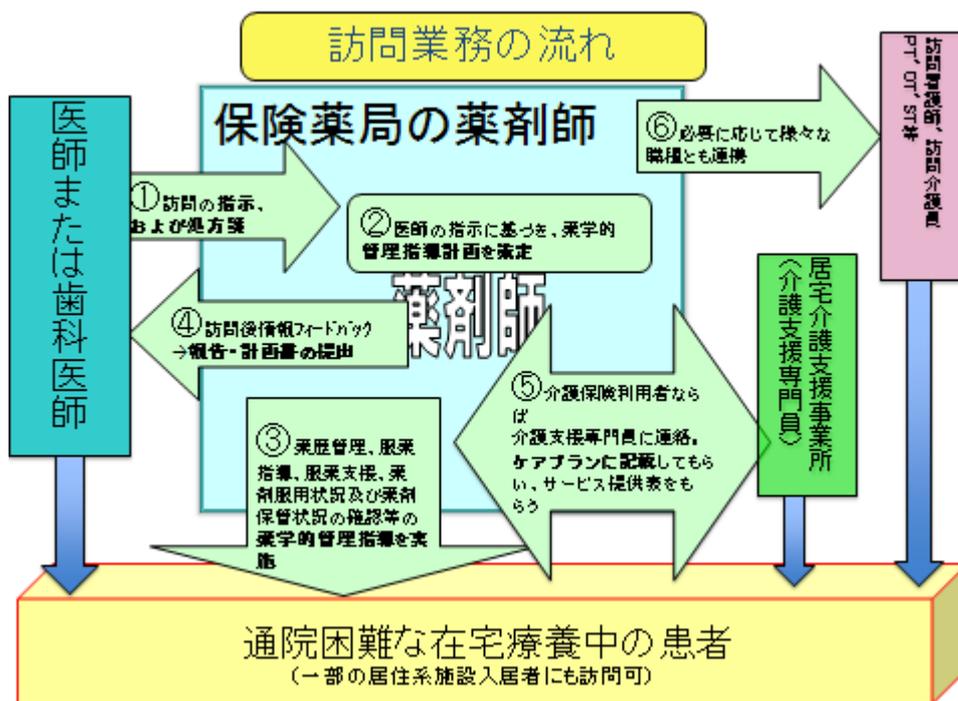
在宅や多職種との連携で求められる思考回路  
「暮らし」が先に来る思考回路



日常の暮らしの言葉から、  
①患者の暮らしの質(QOL)が守られているか  
②薬の副作用などで暮らしが悪影響を受けていないかを確認する。  
また、薬以外にも様々な課題があると判明したときは、**多職種と連携**を図り課題に対して取り組んでみる。

※「薬剤師による食事・排泄・睡眠・運動を通した体調チェックフローチャート～解説と活用～」より

日本薬剤師会／高齢者・介護保険専攻校討会作成



【訪問看護ステーション（事例）】

事例 1			
性別	男性		
サービス利用時の年齢	90 歳代		
要介護度	介護保険申請中		
家族構成	独居（妻は既に他界） キーパーソン：息子夫婦		
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護		
主な疾患・既往歴	病名：すい臓がん・がん性腹膜炎 病識：告知はしたがどのように認識したかは曖昧 予後予測：3 ヶ月もたないだろう 訪問期間：20××年 4 月 15 日～5 月 18 日 入院：20××年 4 月 26 日～5 月 1 日・5 月 5 日～5 月 7 日		
その他	趣味：太極拳		
看取りまでのプロセス			
X-1 年 11 月	腸閉塞で手術		
X 年 3 月頃	食欲不振 受診。すい臓がんで手術はできないと言われた事はとてもショックだ。→手術して治療すれば治ると希望を持っていた。		
4 月 10 日	<u>訪問看護導入(医師に勧められて)</u> 内服がきちんとできないため痛みが出現		
1 回目の入院 4 月 26 日～5 月 1 日	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>【ご本人の気持ち】</b>                      ◆ 部屋がわからない                      ◆ 迷子になる                      ◆ 点滴は嫌だ                      ◆ 食べられないなんてひどい                      ◆ やっぱり家がいい                      →<u>どうしても明日帰る!</u> </td> <td style="vertical-align: top;"> <b>【入院時のメリット】</b>                      ◆ 痛いときにNSに薬飲ませてもらえる                      ◆ 浣腸もいつでもしてもらえる                      ◆ 何かあればNSがすぐ対応してくれる                 </td> </tr> </table>	<b>【ご本人の気持ち】</b> ◆ 部屋がわからない ◆ 迷子になる ◆ 点滴は嫌だ ◆ 食べられないなんてひどい ◆ やっぱり家がいい → <u>どうしても明日帰る!</u>	<b>【入院時のメリット】</b> ◆ 痛いときにNSに薬飲ませてもらえる ◆ 浣腸もいつでもしてもらえる ◆ 何かあればNSがすぐ対応してくれる
<b>【ご本人の気持ち】</b> ◆ 部屋がわからない ◆ 迷子になる ◆ 点滴は嫌だ ◆ 食べられないなんてひどい ◆ やっぱり家がいい → <u>どうしても明日帰る!</u>	<b>【入院時のメリット】</b> ◆ 痛いときにNSに薬飲ませてもらえる ◆ 浣腸もいつでもしてもらえる ◆ 何かあればNSがすぐ対応してくれる		
2 回目の入院（息子が救急車を呼び入院） 5 月 5 日～5 月 7 日	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <b>【ご本人の気持ち】</b>                      ◆ 痛い                      ◆ 眠れない                      ◆ 絶食なんてひどい                      ◆ 点滴は疲れた                      ◆ もう嫌だ                      ◆ 家に帰りたい                      ◆ 注射 1 本で永眠させてもらいたい                      →<u>どうしても家に帰る!</u> </td> <td style="vertical-align: top;"> <b>【医学的見地】</b>                      ◆ 腸閉そくなので                      ◆ 絶食が必要→点滴                      ◆ 眠れるよう援助                      ◆ 転倒の予防                      ◆ 気持ちを傾聴                 </td> </tr> </table>	<b>【ご本人の気持ち】</b> ◆ 痛い ◆ 眠れない ◆ 絶食なんてひどい ◆ 点滴は疲れた ◆ もう嫌だ ◆ 家に帰りたい ◆ 注射 1 本で永眠させてもらいたい → <u>どうしても家に帰る!</u>	<b>【医学的見地】</b> ◆ 腸閉そくなので ◆ 絶食が必要→点滴 ◆ 眠れるよう援助 ◆ 転倒の予防 ◆ 気持ちを傾聴
<b>【ご本人の気持ち】</b> ◆ 痛い ◆ 眠れない ◆ 絶食なんてひどい ◆ 点滴は疲れた ◆ もう嫌だ ◆ 家に帰りたい ◆ 注射 1 本で永眠させてもらいたい → <u>どうしても家に帰る!</u>	<b>【医学的見地】</b> ◆ 腸閉そくなので ◆ 絶食が必要→点滴 ◆ 眠れるよう援助 ◆ 転倒の予防 ◆ 気持ちを傾聴		

	<p><b>【ご家族の結束】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ つらくなったらいつでも入院OK</li> <li>◆ 緊急対応のボタン設置</li> <li>◆ 薬カレンダーに薬を分けて設置</li> <li>◆ 薬局と時間を合わせて薬の内服指導</li> <li>◆ 息子さん夫婦、孫さんたちのスケジュールを作り当番制</li> <li>◆ 電話で毎日家族と連絡</li> </ul>	<p><b>【訪問看護】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 毎日訪問</li> <li>◆ NSと家族の密接な電話連絡により状態の確認</li> <li>◆ 内服やフェントスの貼り方、飲み方のアドバイス</li> <li>◆ 食事形態の指導</li> <li>◆ 緊急ボタンの設置</li> </ul>
<p>訪問看護導入中 2回の入院を経て、家族に看取られ自宅で永眠</p>		

事例 2	
性別	男性
サービス利用時の年齢	72歳
要介護度	要介護4
家族構成	妻（介護者）、長男夫婦、孫2人と同居
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護 他
主な疾患・既往歴	<p>疾患名は多発性骨髄腫（疾患の告知は本人へ済み）</p> <p>57歳 膀胱癌（小腸膀胱ろう造設） A病院</p> <p>60歳 左乳癌（リンパ節郭清） B病院</p> <p>67歳 左乳癌胸骨転移 抗癌治療 B病院</p> <p>71歳 腎不全にて4か月透析施行・多発性骨髄腫 C病院</p> <p>H25、1～3月 リハビリ目的で併設病院入院</p> <p>5月 尿路感染にて 併設病院入院 3日間</p> <p>7月 貧血（輸血）、脱水にて 併設病院入院 7日間</p> <p>7～8月 多発性骨髄腫進行、脱水、尿路感染にて入院 8日間</p> <p>8月12日～9月2日 食事摂取量低下し入院 （この間多発性骨髄腫はC病院へ通院していた）</p>
看取りまでのプロセス	
8月12日	2日前より下肢筋力低下、脱力ありトイレにて尻もちをつく 下肢のしびれと浮腫、食事摂取量低下あり、貧血あり血小板減少あり、腰痛あり 炎症反応数値上昇
8月20日	C病院 血液内科受診 貧血、感染、高カルシウム血症、腎不全進行 多発性骨髄腫進行し終末期状態、予後は短いと診断
8月24日	併設病院主治医より上記内容を家族に伝え、対症療法 疼痛・症状緩和治療し、自宅退院を目標とする話し合いがされた
8月30日	疼痛はフェトステープでコントロール、食事取れないためIVH施行し、在宅療養の提案が主治医よりあったが本人は「これ以上色々やりたくない」と意思表示あり <u>8月30日話し合いの後、本人の「家に帰りたい」の希望に添い9月1日、1泊2日の外泊となる</u>
9月2日	帰院希望されず電話で病棟Ns、主治医と話し退院となる。

9月4日	<p>担当ケアマネージャー自宅訪問、状態悪く今後どうするか          病院へ連絡し相談するよう促され連絡          本人には病院入院希望せず          病棟、主治医より連絡あり訪問看護の導入  <u>同日夕 初回訪問となる</u>  <u>訪問看護、訪問診療の制度等説明</u>  <u>本人、家族に療養場所、死を迎えたい場所の確認</u></p>
9月5日	<p>主治医訪問診療 <u>在宅死希望</u></p>
9月6日	<p>血圧68～40、食事1口位つつ摂取          水分400ml/日          体の疼痛あり、痛み止めテープと内服薬</p>
9月7日	<p>体の疼痛あり臨時の痛み止め5包内服/日          主治医報告、指示ありテープ1→2mg増</p>
9月9日	<p>意識ぼんやり、血圧72～40          経口摂取不可          22時12分 <u>家族に看取られ永眠</u></p>

事例 3-1	
性別	女性
サービス利用時の年齢	90代前半
要介護度	転んで寝たきり(要介護5)
家族構成	息子(キーパーソン)・娘(主にケアを行う)
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護 他
主な疾患・既往歴	膝関節症 ・ 不整脈
看取りまでのプロセス	
A氏の思い	A氏がかねがね家族に対し言っていたこと 『家に居て、子供達と過ごしたい』『痛いことはイヤ』
家族の思い	お母さんが望んだようにしたい →『このままの状態家で看取りをする』と覚悟した。 → <u>訪問看護利用開始 (Ns・リハビリスタッフ介入)</u>
安楽に自宅で最期を迎えるために	痛みの性質や苦痛の原因を探った →①口の乾燥②関節拘縮、床ずれの痛み
①口の乾燥	空パックを使用し加湿器に！ →少しずつ食べられるようになった。義歯も入り、会話がスムーズになった。
②関節拘縮、床ずれの痛み	『痛がるから、動かさない』寝たきり状態 →楽な臥位を工夫・オムツ交換時の動かし方工夫 →体がほぐれ、動かしても痛くない →可動域UP！床ずれ悪化なし。
ご本人の変化	<u>寝たきりの状態は変わらないが、生活の質が向上</u>
看取り時のご家族の様子	『最期まで家で過ごしたい』という本人の願い叶えたい →自然の呼吸変化にも動揺することなくしっかり看取られる
介護を通してご家族は	・本人の願いを叶えられた『達成感』 ・自分たちの力を引き出されたのでは。

事例 3-2	
性別	女性
サービス利用時の年齢	60代後半
要介護度	要介護 5
家族構成	ご主人と二人暮らし
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護 他
主な疾患・既往歴	乳がん末期(入退院を繰り返す)
看取りまでのプロセス	
ご主人の思い	『ずっと共にいたい』→在宅看取りを決意 X年〇月 在宅医に往診を依頼する。 <b>X年12月 訪問看護開始</b>
訪問看護開始当初	ご本人) 癌による強い痛みあり ご主人) ◆ 痛みを取ってあげたいが、痛み止め(麻薬)を使うことで死期が早まるのでは・・・との不安が強い。 ◆ 本人の眠りのペースを尊重し、自分で介護したい。 →時に無理な介護になることも・・・ →『愛しい関係ならではの気持ちのゆらぎ』
訪問看護師の関わり	薬の作用の仕方の説明/薬の飲み方のアドバイス ご本人) 動く時の痛みが減り、表情も和らいできた ご主人) 少しでも本人の楽な時間が増えて嬉しい
終末期を迎える	X+1年4月 衰弱が進み眠りの時間が多いが、痛みの訴えなく穏やかに過ごされていることを看護師と共に振り返り、ご主人も徐々に死を受け入れ、落ち着いて看取りをされた。

事例 4		
性別	女性	
サービス利用時の年齢	90 歳代	
要介護度	介護保険申請中	
家族構成	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 移動が困難となったことをきっかけに娘夫婦・孫と同居する。</li> <li>● 主介護者は長女（70 歳代）。</li> <li>● 長女の夫は家事などの協力はあるが、介護に関する協力は少ない。</li> <li>● 孫は、マッサージクリームや下肢保温の為に靴下などを仕事帰りなどに購入してきてくれる。</li> </ul>	
医療・介護保険サービスの利用状況	200×年より嚥下機能低下がみられ、訪問診療 訪問看護サービス開始	
主な疾患・既往歴	クモ膜下出血（70 歳） 脳梗塞（72 歳） 胸椎圧迫骨折（90 歳）	
看取りまでのプロセス		
時期など	本人	家族【長女】
訪問後サービス利用開始	移動：室外車椅子 室内後方を支えられながら歩行可能 食事：セッティングにてペースト食を自己摂取 清潔ケア：ディケアにて入浴 排泄：ポータブルトイレやトイレ使用 コミュニケーション：発語少ないが、問いかけ等により会話成立する  <b>【訪問看護ケア内容】</b> 状態観察、介護指導（主に排便コントロール）、リハビリ、フットケア	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A 氏の意向に添いながら出来ないことを介助し心地よく生活できるようにしていきたい。</li> <li>● デイサービスなどで刺激を受けたり、医療面の訪問サービスでサポートを受けたいと考えている（病は特にないが、時折血圧が高くなるため）</li> </ul>
訪問開始 1 年 6 ヶ月経過	1 日の中で入眠している時間が長くなる。経口摂取量が減少してくる。 訪問看護師は A 氏の状態が終末期開始期であると判断。	「食事の途中で口を閉じて食べなくなるの。」と母親の状態の変化を心配する。
終末期開始期から安定期の訪問看護の関わり	可能な限り身体的苦痛の軽減、残存機能を保持できるよう支援していく。 <b>【ケア内容】</b> ディケアなど他職種との連携（スキントラブルや排便コントロールなど）、車椅子乗車時の歩行訓練の中止、栄養補助食品の紹介、フットケアの継続	A 氏の状態が終末期であることを理解し受け入れられるよう支援。介護者ができていることは認めつつ介護負担を見定める。 <b>【ケア内容】</b> 訪問診療との情報共有 食事時の体位や介助方法の説明、指導、栄養補助食品の紹介

訪問開始 1 年 3 ヶ月経過	トイレにて排便時や朝に、突然の意識低下あり。自宅や緊急搬送先の病院で外来または入院し、点滴治療を受ける。その後意識回復する。	訪問診療医や入院中の主治医より A 氏の死が間近に迫っていることを説明。親戚に A 氏の状態を連絡。
不安定期の 訪問看護の 関わり	<p>苦痛症状の軽減や ADL 低下を予測した日常生活を行えるよう支援する。</p> <p>【ケア内容】</p> <p>ポータブルトイレ設置位置変更、車いす乗車しフットケア施行かまたはベッド上でのマッサージ、スキントラブルの処置</p>	<p>介護者の意向を尊重し、A 氏の状態の変化を理解、受け止められるよう支援する。</p> <p>【ケア内容】</p> <p>看取りについて介護者の意向を再確認する。(在宅か 病院か 医療処置はどのようなことを希望されるかなど)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 24 時間いつでも相談、必要時応じ訪問が可能であることを再度説明する。</li> <li>● A 氏の状態と、今後予測される状態について、状態に合わせた介護方法や対処方法も含めて説明する。</li> <li>● 介護負担感の確認やねぎらいの言葉がけ、訴えの傾聴。</li> <li>● 死亡後の連絡方法について確認、訪問診療所やケアマネジャーなど他職種との情報共有を密に取る。</li> </ul>	
訪問開始 2 年	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族（長女 長女の夫 孫）に見守られ、永眠される。</li> <li>● 訪問看護師が訪問し、A 氏と家族の労をねぎらう。</li> <li>● エンゼルケアを確認するが希望されず、訪問診療医の死亡確認を同席し退室する。</li> </ul>	訪問診療所と訪問看護ステーションに、A 氏が呼吸停止したことを電話連絡。

事例 5 - 1	
基本情報	
性別	女性
年齢	50 歳代
要介護度	—
家族構成	夫、次女、長男の四人暮らし。 長女は結婚し県内在住、3 歳の子供あり、看護師として病院で働いている。
医療・介護保険サービスの利用状況	高カロリー輸液、尿カテーテル、モルヒネの持続皮下注射
主な疾患・既往歴	十二指腸乳頭部癌末期
看取りまでのプロセス	
20〇〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 体調不良、腹痛もあり入院、十二指腸乳頭部癌診断される。抗がん剤治療や、黄疸をとるための処置がなされたが、胸水や腹水の貯留あり身体苦痛が強くなり麻薬の貼付剤が開始された。</li> <li>● 長女が付き添いたいとの希望あり、勤務先の病院に転院したが回復の見込みなし。</li> <li>● 「母の居場所である自宅で看取ってあげたい」との思いで退院となる。</li> </ul>
退院にむけて	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 入院先のケースワーカーより依頼。</li> <li>● 余命 1 週間だったため、介護保険申請せず福祉用具は自費でレンタル（長女が手配）。</li> <li>● 在宅看取りに関しては、訪問診療先を探したが間に合わないと判断、入院先の医師が往診することになった。</li> <li>● 高カロリー輸液や尿カテーテルやモルヒネの持続皮下注射など医療依存度も高く、在宅で不足のないように事前に電話等で物品を確認。</li> <li>● 退院日に「退院支援加算」にて訪問看護を行い、長女と医療機器の確認をし、在宅療養を全面的にフォローできること、一人で抱え込まないように精神面での支援を行った。</li> </ul>
看取りまで	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院時より意識は混濁状態だったが、声かけに開眼しうなずきや簡単な返答は聞かれていた。</li> <li>● 看護師である長女が中心となり長女の夫、孫、A さんの実母を含め家族全員が協力していた。</li> <li>● 3 回／週訪問看護実施、A さんのお母さんや長女と一緒に話しをしながらお世話をすることで、長女自身も母との別れの準備が少しずつできていったようである。</li> <li>● 退院後 2 週間自宅で家族全員の時間が持て、不安ながらも穏やかな最期を迎えることができた。長女で看護師というプレッシャーを感じていた様子だったが、母親を立派に看取ることができたと思う。</li> <li>● 最期は A さんの好きなワンピースを着て旅立たれた。</li> </ul>

事例 5-2

基本情報	
性別	男性
年齢	70 歳代
要介護度	要介護 4
家族構成	妻、長男夫婦、孫との五人暮らし。 長男夫婦、孫は仕事のため日中は殆ど妻と二人。
医療・介護保険サービスの利用状況	退院後、福祉用具のレンタル、訪問入浴、訪問介護 訪問診療、訪問薬剤指導、訪問看護
主な疾患・既往歴	膵臓癌末期、既往：数年前早期胃癌にて膵頭十二指腸切除術を受け軽快する。
看取りまでのプロセス	
20〇〇年〇月	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 手術 1 年後より腹水貯留あり、癌性腹膜炎によるもの、また低栄養も認められたため高カロリー輸液実施されたが、歩行できなくなりほぼ寝たきり状態、尿カテーテルも挿入されており、予後は数ヶ月と説明された。</li> <li>● 妻が病院に行く度に「早く連れて帰れ」と訴えていた様子で、在宅の意向がとても強かった。</li> <li>● 痛みや苦痛の訴えはなく、麻薬等の痛み止めは使用していない。</li> </ul>
退院にむけて	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 病院にて退院前カンファレンスが開催（参加者：妻、長男夫婦、主治医、受け持ち看護師、病棟師長、退院支援看護師、訪問薬剤師、ケアマネ、訪問看護師）、主治医と病棟スタッフより病状と日常生活動作等の状況が説明された。</li> <li>● 退院後は通院予定だったが、主治医より訪問診療の説明がなされ、急遽在宅医を依頼することになった。</li> <li>● 退院に向けて介護保険で福祉用具のレンタル、訪問入浴、訪問介護を準備、訪問診療、訪問薬剤指導、訪問看護を整備し在宅での療養を支えることとなった。</li> <li>● 発熱のため一度延期になったが 4 日後に無事退院、退院当初、特に長男は何かあったらすぐ入院との意向が強かった。</li> </ul>
退院後	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院前カンファレンス時には傾眠気味で活気がなかったが、退院後は見違えるように元気になった。毎日新聞に目を通し食事も摂れるようになり、ヘルパーさんが訪問した時には車椅子に乘車し廊下で庭を眺めることもできた。</li> <li>● 高カロリー輸液は中止し尿カテーテルも抜去、ポータブルトイレを使用することができた。</li> <li>● 退院し 2 ヶ月過ぎた頃から徐々に腹水や手足のむくみが出現し状態が悪化してきた。緊急電話も度々入るようになり時には緊急訪問し対応に努めた。</li> <li>● 訪問時にできるだけ妻の話を傾聴した。訪問薬剤時に薬剤師が、訪問診療時に主治医が、看護師がそれぞれの立場で家族の不安の軽減に努めた。Bさんは「家にいたい」と言い続けた</li> </ul>

看取りまで	<ul style="list-style-type: none"><li>● 状態が悪くなっていく中で、発熱、食事が摂れない、元気がない等々、家族に心配なことが増えてきた。</li><li>● 親戚からはお見舞いの度に「入院しなくていいのか」「点滴しなくていいのか」と言われるため、本人の意思を尊重したいという思いが揺らぐことが多かった。</li><li>● 主治医からはBさんの症状における今の状況を文章で渡された。</li><li>● 不安は尽きなかったが、妻は受け入れようとしていた。</li><li>● 「様子が変わる」との電話で訪問、意識はかろうじてあったが、呼吸状態悪いため長男に急遽電話連絡を取り帰宅後間もなく息を引き取った。「誰も見ていない時に亡くなるのはやはり心配だ」と言っていた妻の言葉を分かっていたかのようなようだった。</li><li>● 病気による痛みや苦痛は全く訴えず、眠るような最期だった。</li></ul>
-------	---

事例 6 - 1	
基本情報	
性別	男性
年齢	86 歳
要介護度	
家族構成	妻・三女一家と同居
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護
主な疾患・既往歴	(老衰)
看取りまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 食事が摂れなくなったことで病院に入院。</li> <li>● 本人の強い希望で退院となり訪問看護の依頼があった。</li> <li>● 「自宅で死ぬのが自分の希望」「自分は永くないのはわかっている。自分に医療費を使うのはもったいないからその分を妻に使って欲しい」</li> <li>● 点滴台を自分で作成。自分の葬儀を生前にプロデュースし、料金の支払いも済ませていた。</li> </ul>

事例 6 - 2	
基本情報	
性別	男性
年齢	75 歳
要介護度	
家族構成	
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護、訪問入浴
主な疾患・既往歴	骨髄線維症
看取りまでのプロセス	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 退院後 1 週間ほどしてから訪問看護に相談。</li> <li>● 脾臓・肝臓の腫大で大量の腹水。</li> <li>● 意識は混濁し、顔をしかめて苦しそうな表情で、「あ～ う～」と言いながら室内をゴロゴロと転がっている。</li> <li>● 麻薬を使用しながら苦痛のコントロールを行った。</li> <li>● 入浴がとても好きな方とのことで、家族と話し合いをし訪問入浴を行う。</li> <li>● 入浴中に穏やかな表情で亡くなった。</li> </ul>

事例 8-1	
性別	女性
サービス利用時の年齢	90 歳
要介護度	要介護 4
訪問期間	5 か月
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護、訪問入浴介護、福祉用具
主な疾患・既往歴	食道がん
経緯	がんが発見された時はすでに末期の状態。食事が摂取できなくなったため TPN を開始。楽しみ程度に流動食も摂取できた。始まりが在宅だったため自然に看取りを選択

事例 8-2	
性別	男性
サービス利用時の年齢	60 歳
要介護度	要介護 4
訪問期間	1 日
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護、ホームヘルプサービス、福祉用具
主な疾患・既往歴	難病
経緯	難病で入退院を繰り返し治療に疲れ、このまま病院にいても治らない、せめて在宅で死にたいと退院。すでに末期状態。退院して 3 日後に家族に見守られて最期を迎える。退院日に「ビールを飲んで良くなって言われたんです。今夜さっそく飲みます。」と言われていたのが印象的です。

事例 8-3	
性別	男性
サービス利用時の年齢	60 歳
要介護度	要介護 4
訪問期間	3 ヶ月
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護、ホームヘルプサービス、福祉用具
主な疾患・既往歴	大腸がん
経緯	がんが皮膚に転移し傷の手当てが必要でほぼ毎日訪問。病院だと 1 日スケジュールがいっぱいで（食事、検温、処置、消灯時間など）自分の好きにできる在宅を選択した。

事例 8 - 4	
性別	女性
サービス利用時の年齢	70 歳
要介護度	要介護 5
訪問期間	11 年
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護、訪問入浴介護、ホームヘルプサービス、福祉用具
主な疾患・既往歴	食道がん
経緯	長い介護歴があり、療養中肺炎で入院したことはありましたが、ほぼ安定した状態が続きました。最期は老衰。「長く見てきたから、最期も家で」介護者は 80 代夫。

事例 9	
性別	男性
サービス利用時の年齢	70 代後半
要介護度	要介護 4
家族構成	妻（介護者）
医療・介護保険サービスの利用状況	訪問看護、訪問介護、訪問入浴介護 他
主な疾患・既往歴	・右大腿部横紋筋肉腫 ・糖尿病、インスリン治療中
その他	本人や家族には病状についての説明があり、死への恐怖があるとともに、動けなくなった自分の体に憤りを感じ、妻に怒りをぶつけている。
看取りまでのプロセス	
3 月 29 日	<p>本人の希望を叶えるための話し合いを実施</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>本人：家に帰りたい 妻：本人が希望しているなら、家に連れて帰る。 長女、長男：父の気持ちは叶えてあげたいけど、母のことが心配なので、出来ればこのまま病院で見てもらえないか</p> </div> <p>→主治医が「病院はいつでも受け入れ準備を整えているので、少しでも帰宅してはどうか」との意見 →1 週間を目標に自宅への退院が決定した。</p>
4 月 1 日	<p>療養環境の準備：関係者が自宅を訪問 ※ケアマネジャー、福祉用具専門相談員、理学療法士、訪問看護師</p>
4 月 10 日	<p>退院後のサービス利用状況 →訪問看護、訪問介護の同行訪問 週 3 回 (病状の観察、清潔ケア、排泄ケア、介護相談、家族支援)</p>
4 月 29 日	<p>介護者（妻）が「自分ひとりでは何もできない、できると思っていたけどできない」。 →サービス内容を再検討し、訪問介護を増加。</p>
4 月 30 日	<p>最終意向決定 妻：このまま病院に戻らず、最期まで家で見てあげたい 長女：お母さんの事を考えると、家に帰って来ることは不安だったけど、今の両親の姿を見ていると穏やかだし、私たちもできる範囲で協力していきたい</p>
5 月 1 日	<p>サービス担当者会議において、最後まで自宅療養することを決定。 →訪問入浴介護、訪問介護、訪問看護を導入</p>
5 月 10 日	<p>本人が寝ているだけの療養生活にストレスがたまり、介護者である妻は夫のいらだちから再び不安が強くなる。</p>
5 月 15 日	<p>80 歳の誕生日会の開催を企画</p>
5 月 16 日	<p>低血糖となり（血糖値 27）救急車で搬送される。ブドウ糖の点滴を受け帰宅したが、食事は数口程度しかとれず、飲み込む力弱くむせてしまう状況。</p>

5月17日	80歳の誕生会を開催 →主治医、ケアマネジャー、理学療法士、ヘルパー、福祉用具専門相談員、訪問看護師も参加、見守る。
5月26日	家族に見守られながら永眠
看取りを通して	布団の上でただ死期を待つのではなく、自分たちが気づきあげてきた我が家で精いっぱい生きてきた人生を家族とともに振り返る大切な時間として過ごした。



### 3 自分らしい「お迎え」を考える



【自分らしい「お迎え」を考える】

(東京大学大学院人文社会系研究科 特任教授 清水哲郎先生)

2013年11月2日

地域別公開講座「最期まで自分らしく生きる」  
プログラム3 自分らしい「お迎え」を考える

## 今から考えておくこと

東京大学大学院人文社会系研究科  
死生学・応用倫理センター 上廣講座  
清水 哲郎

## 今から考えておくこと

- ・ お迎えはまだまだ先のことでしょうか？
- ・ そろそろでしょうか？
- ・ 身体および精神の状態によって、
  - 何かあった時にどこまで治療するか、
  - どういうことなら、どこまで我慢できるかは違ってきます。
- ・ ここでは、どう考えたらよいかを、二つの例を通して見てみます。

## 口から食べられなくなった時

### (例) 口から食べられなくなった時：友人Kの場合

- ・ 母親が誤嚥性肺炎を繰り返すようになる
- ・ 主治医の説明：胃ろうにすれば、まだしばらくはもちます（例えば2年くらいとか）。点滴だと、1月半くらいで終わりになるでしょう

医師の説明が不十分

- ・ Kが考えたこと

- 胃ろうはよくないらしい/やめておこう

目的と手段を混同

- でも、このまま終わらせるには忍びない

本人の人生<家族の情

→ 経鼻経管栄養法を選ぼう 以来8か月…

栄養補給をするなら胃ろうがベター

- ・ 結果として、最悪の選択になってしまった 何故？



## 医療側の説明不足

- ・ 胃ろうにすれば、まだしばらくはもちます (例えば2年くらいとか)。点滴だと、1月半くらいで終わりになるでしょう ???
  - 「あとどれくらいか」という長さだけしか説明されていない
  - 長さだけ比べたら、長いほうを選ぶべきではないかと思ってしまう
  - 説明不足 どちらを選んでも、後悔したり、「こんなはずじゃなかった」と思ったりするおそれがある

## ところがK君は・・・胃ろうをめぐる誤解

K君:「胃ろうはよくないらしい/やめておこう」??  
.....  
「経鼻経管にしよう」 ???

〔手段〕 胃ろうは人工的栄養補給の手段です。

〔目的〕 胃ろうを選ぶことは、「人工的栄養補給をして、生命を維持する」という目的を選ぶことを意味します。

胃ろうにして後悔しているという場合の多くは、生命維持という目的の選択がまずかったと後悔しています。

人工的栄養補給をするなら、通常、胃ろうが最適の手段です。長期間になるなら経鼻経管よりずっといいのです。

## 医の専門家に何を説明してもらおうか

- ・ 確認: 本当に口からは食べられないか  
→工夫をすればまだ食べられる ⇒ 工夫をしましょう  
→食べられない ⇒  
→栄養補給をすれば、生命をしばらく維持することができますか？  
→できないでしょう ⇒ 栄養補給はやらない  
→できるでしょう ⇒ どういう生活になるでしょう？
  - どういうことができる・できない / どういう状態で過ごす
  - 本人に考えたり・感じたりする力があつたとしたら、満足する(生きていてよかったと思う)でしょうか？
- ・ 医学的情報は参考になります。しかしこれだけでは決まりません。

## 何を指すかを考えましょう

- ・ 《よい人生》: 本人が「生きててよかった」と満足できる  
(本人の人生に注目して、最善を考える)  
→人生を全うする  
→長生き= 目的①  
長ければ中身はどうでもいい? 否  
→快適な生活= 目的②
  - a. 苦痛がなく、楽に過ごせる
  - b. 残っている能力を発揮する機会がある
- ・ まずは目的②(快適)、  
さらに目的①(長生き)も加えられたらラッキー  
目的①+②にしますか それとも 目的②だけ？

### K君は:このまま終わらせるには忍びない (家族の情)

- 家族の気持ちや都合も大事ですが、本人にとってどうなのかがもっと大事です。
- 本人の人生にとって、どうするのが最善でしょうか
  - ・ 関係者皆で話し合っ**て**、**合意**を目指す
  - ・ **本人の意向と本人にとっての最善**を併せ考える
  - ・ 本人の最善の実現のために、**家族の負担にも配慮する**
- 本人にとっての最善をどう考えていくか →

### 目指すことがきまったら、具体的方法を考える

どの方法にしましょうか—それとも？

【**より長く+快適に**】 → 人工的栄養補給  
→ 胃ろう？それとも

【**快適に**】 → 人工的栄養補給はしない  
→ 水分補給は、快適のために必要ならする

? 何もしないというのはどうも・・・  
水分くらいは補給(=点滴)しなければ  
→ **本人にとってよりよいのはどちら？**

## 「一度選んだら終わり」ではありません

[長生き+快適] → 人工的栄養補給 → 胃ろう

となった場合でも

- ・口から食べられるようになった、ということがあるかも
- ・衰えが進んで、もう**栄養補給はしないほうが、本人の人生にとってよりよい**、という時期がくるかも

→ **胃ろう・人工的栄養補給の終了:**

○ **本人にとってそのほうが快適だからやめる**

× 「もう死なせよう」としてやめる

→ **本人の人生にとって最善になるように**

→ **《人生を全うする》を支える**

## 日本老年医学会のガイドライン

皆で一緒に  
決めましょう

人工的水分・栄養補給の導入を中心として

2012年版

社団法人 日本老年医学会 編

人生のために  
生命を支える

### 【構成】

第一部 医療・介護における  
意思決定プロセス

第二部 いのちについてどう  
考えるか

第三部 AHN導入に関する意  
思決定プロセスにおける留  
意点

- ・全文ダウンロード>学会HP
- ・書籍: 医学と看護社

本人・家族のための  
意思決定プロセスノート

## 高齢者ケアと 人工栄養を考える

清水哲郎・会田薫子



医学と看護社

☆本人・家族の選択を  
サポート

☆ガイドラインが提示  
する意思決定プロセ  
スを本人側から見る

☆人生にとっての最善  
> 生命の延長

医学と看護社

15

長生きできるなら、  
辛い毎日でも我慢しますか

## 根治手術が可能です。けれど・・・

- ・ (例) 嗄声が強くなり、調べたところ、喉頭がんがみつかりました
- ・ 治療法:
  - 根治手術(声帯をとる、永久気管孔)が可能 声を失って、首の穴で呼吸する生活に対応できるか?
    - ・ **生活する上でどういう困難があるでしょうか**
  - 放射線治療だけだと、治療の副作用があるかも、またやがてがん性腫瘍が大きくなって、呼吸困難などの症状がでるかも
  - 緩和的対応 嗄声の進行、呼吸困難となる
- ・ 根治手術を選ぶかどうか

☆ **Bさんの場合**: 89歳 男性 独り暮らし。子は3人、近くに住む。グラウンドゴルフが楽しみ。

→ 声を失い、つらいことがいろいろ生じる生活に慣れるのは無理だと判断し、[残りの人生を快適に]という目的で、手術はしないことにした

☆ **もっと若い人だったら** ⇒ 声帯を失い、永久気管孔の生活に適應できるようになれる ⇒ それなりに「生きていてよかった」と思える生活が可能なのでは？

- ・ 失声や気管孔を覚悟して手術を選ぶか、選ばないかの境目は???

- ・「失声・気管孔」に適應して、リハビリを経て人々の輪の中で、居心地良く生きられるかどうか
  - 別の仕方で声を出す訓練を受けられるか
  - 喉で呼吸ということがもたらすさまざまな不都合を克服できるか
- 体力、新しい環境への適應力、気力
- 辛い時期(適應するまで、リハビリ)を過ごしてあまりある、快適な時期が長続きする見込みかどうか？
- 不確定な要素が多いので、人生についての考え、価値観が大事となる

## 治療選択の目安

### ・考える枠組

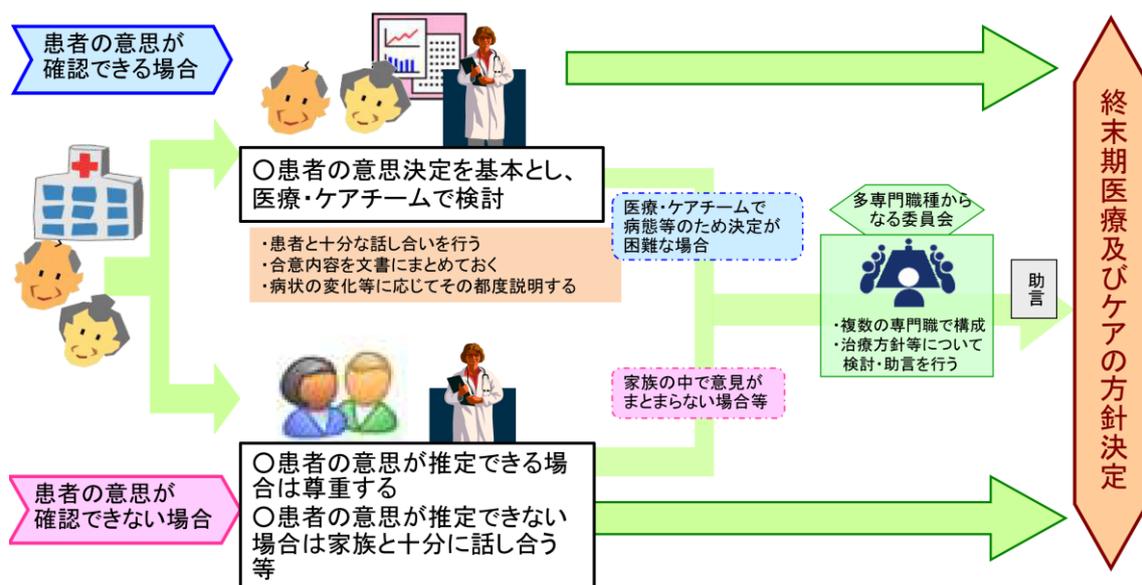
本人の状態	身体機能（自立度）／認知機能 生活における可能な活動 周囲とのコミュニケーション
方針	何を目的とする治療を受けるか ① 人生をより長く ② 快適な日々を ①+②が目指せるか？ ② だけか？
治療による辛さ	どこまで許容するか
受けない治療	もたらす効果にかかわらず、そこまではしない治療

## おわりに：《人生を全うする》 の実現のために

- ・ 人生の終わりの時期について考えておく
  - 家族で話し合う
  - 自分はどう生きたいのかをはっきりさせる
  - 関係者の合意を目指し、合意に基づき選択する
  
- ・ 少なくとも〔快適に〕を目指す／  
〔より長く〕は上乗せできればラッキー

- 自己紹介
- 問題提起～後見人に医療同意権がない
- 問題の所在～自己決定権
- では、どうするか？～  
平成 19 年厚労省終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン
- リビングウィルについて
- 私見
- 例 A さん
  - ・判断能力なし。
  - ・在宅療養中。改善を目指すなら、服薬、入院が必要。
  - ・弟である B さんによると、C 教を信仰している。

## 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」における手続きの流れ(イメージ図)



## 学会等による終末期医療に関するガイドラインについて①

	厚生労働省 (2007年5月)	日本救急医学会 (2007年11月)	日本医師会 (2008年2月)	全日本病院協会 (2009年5月)
名称	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	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)	終末期医療に関するガイドライン	終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～
終末期の定義	定義なし (どのような状態が終末期かは、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき)	突然発症した重篤な疾病や不慮の事故などに対して適切な医療の継続にもかかわらず死が間近に迫っている状態	定義なし (終末期は多様であり、患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームで判断すべき)	以下の3つの条件を満足 1)医師が客観的情報で治療により回復できないと判断 2)患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得 3)関係者が死を予測し対応を考える
終末期の判断	患者の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断による	主治医と主治医以外の複数の医師により客観的になされる必要がある	主治医を含む複数の医師を含む医療ケアチームによって行う	
方針の決定手続	・患者の意思の確認ができる場合には、患者の意思決定を基本とする ・患者の意思の確認ができない場合には、家族による患者の推定意思を尊重しつつ、慎重に判断	・事前指示を確認し、尊重 ・家族らの意向も踏まえ、医療チームが判断	・患者の意思が確認できる場合は患者の意思を基本とし、医療・ケアチームにより決定 ・患者の意思確認ができない場合は、有効な事前の意思表示書や家族による推定意思を尊重	・生前の意思表示がある場合にはその意思を尊重し対処 ・家族から患者の意思を聞く。意思表示が不明の場合には、他の医師、看護師等と家族を交えて話し合う
事前指示書	記載なし	本人の事前指示を確認し尊重	事前の文書による意思表示を確認することが重要	普段から病気の状況に合わせて事前に意思表明を明確にし、文書に残しておくべき
家族の定義	患者が信頼を寄せ、終末期の患者を支える存在。法的な親族の範囲より広い	家族らとして、家族や関係者を規定	法的な親族だけでなく、患者が信頼を寄せている人も含まれる	最近親者の意向を優先するが、機械的に決めるのは好ましくない
医療ケアチーム	一般的には、担当医師と看護師及びそれ以外の医療従事者	複数の医師、看護師らを含む	原則として担当医、担当医以外の医師、看護師、ソーシャルワーカー等の医療従事者	他の医師と看護師が含まれる
別途設置の委員会	複数の専門家から構成	院内の倫理委員会	複数の専門職より構成	第三者を含む倫理委員会等 5

## 学会等による終末期医療に関するガイドラインについて②

	日本学術会議 (2008年2月)	日本小児科学会 (2012年4月)	日本老年医学会 (2012年6月)
名称	終末期医療のあり方についてー亜急性型の終末期についてー	重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として
終末期の定義	・悪性腫瘍などに代表される消耗性疾患により、生命予後に関する予測が概ね6ヶ月以内	定義なし (子どもの疾患やその時々状態は個別性が強い。生命維持にかかわる治療の差し控え等に対する意見が多様)	※終末期に限定したガイドラインではない
終末期の判断	・医学的にみて病状の進行が確実	記載なし	※終末期に限定したガイドラインではない
方針の決定手続	・繰り返して本人の意思を確認の上、多職種医療チームによる判断を前提として、本人意思に従う ・患者本人の意思が確認できない場合には、「できるだけ長生きしたい」が多くの患者の希望であるという前提に立つ	子ども、父母と医療スタッフが十分な話し合いを持ち、共に子どもの最善の利益を考える	・本人の意思が確認できる場合には、本人を中心に話し合って合意を目指す ・本人の意思が確認できない場合には、家族と共に、本人の意思と最善について検討し、家族の事情も考え合わせながら合意を目指す ・本人の表明された意思にのみ依拠するのは危険
事前指示書	リビング・ウィルも含めて本人の意思を確認	記載なし	記載なし
家族の定義		父母(保護者)	本人の人生と深く関わり、生活を共にするなど、支え合いつつ生きている人々
医療ケアチーム	多職種	「関係する多くの医療スタッフ」と記載	医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、ケアマネジャー、介護福祉士など
別途設置の委員会	施設内倫理審査委員会等	当該施設の倫理委員会や倫理的問題を議論するケースカンファレンス、第三者機関等(倫理コンサルテーションサービスなど)	記載なし ※「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012も別途示している。

(出典)

2012年12月27日 第1回終末期医療に関する意識調査等検討会  
これまでの経緯と最近の動向 平成24年12月27日  
厚生労働省医政局指導課 「資料2」 p4～6

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002sarw-att/2r9852000002sawq.pdf#search=%E5%AD%A6%E4%BC%9A%E7%AD%89%E3%81%AB%E3%82%88%E3%82%8B%E7%B5%82%E6%9C%AB%E6%9C%9F%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6>

 H25年11月19日 1

千葉県地域別公開講座⑥「最期まで自分らしく生きる」

## 自分らしい「お迎え」を考える

NPO法人千葉・在宅ケア市民ネットワーク  
ピュア 代表 藤田敦子

©2013 Atsuko Fujita NPOピュア

2

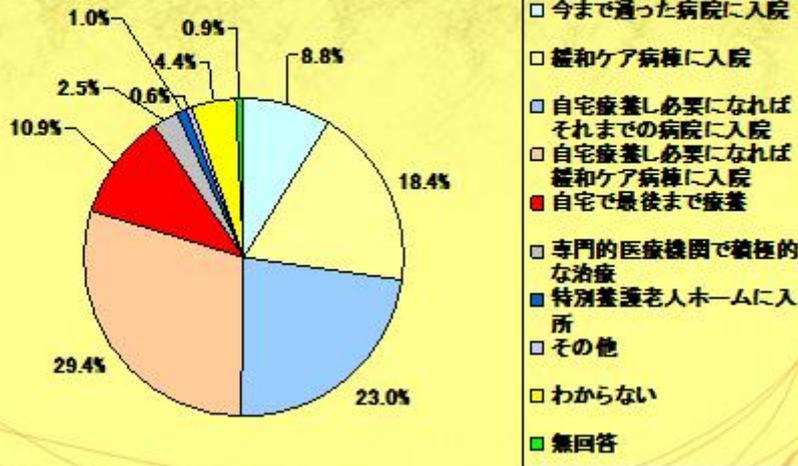
## ある思い

「病気を患い、障害をもったとき、人は生きる  
選択を自ら選ぶことができるのでしょうか？  
人間として尊厳ある生活を送りたい、住み慣れた  
地域の中で家族や友人に囲まれた生き方をしたい、  
そう誰もが願っています。  
でも、病気や障害は、ある日突然、あなたを襲い  
ます。そのとき、医療・福祉・保健をになう人達は  
あなたに最善の道を選ぶための情報を与えてくれる  
でしょうか」

©2013 Atsuko Fujita NPOピュア

## 痛みを伴う末期状態における療養生活の場所

○ 痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合、  
自宅療養は全体の60%。最期まで自宅は11%。最期を緩和ケア病棟は47.8%。



厚生省：終末期医療のあり方に関する懇談会報告書より(2010年)

©2013 AizukoFujita NPOピュア

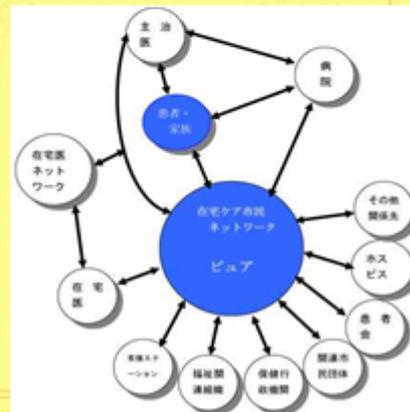
## 千葉大学福祉環境交流センターを拠点に

千葉大学福祉環境交流センターは、  
医療、福祉、高齢化社会、癒し、自然、環境、死生観、コミュニ  
ティなどのテーマに関し、下記の機能をもつ

- ①資料室・情報拠点 ②交流拠点 ③相談機能
- ④調査研究、提言機能

NPO法人ピュア 2001年誕生  
情報発信と地域ネットワークづくりを  
受け手である患者・家族も一緒に！  
「自分らしく最後まで  
生きたい、暮らしたい」

在宅ホスピス電話相談、フォーラム開催  
介護よろずカフェ、船橋がんサロン  
緩和ケア病棟ボランティア、ガイド発行など



©2013 AizukoFujita NPOピュア

## 今日、お話すること

- 父の穏やかな最期
- 充実した人生の最期のために

©2013 Atsuko Fujita MPO ビュー

## 父の穏やかな最期



©2013 Atsuko Fujita MPO ビュー

## 告知から最後の時まで

### 1. 病気発覚から在宅ケアへ

2003年9月 大腸がんと診断。手術。リンパ節転移の疑い  
12月 腰部脊柱管狭窄症の悪化。下肢麻痺。手術、リハビリ  
2004年8月 退院。介護保険申請 要介護4  
訪問医療・介護が開始。通所リハ・移送サービス

### 2. 転移から在宅緩和ケアへ

2005年5月 肺に転移。他院で定位放射線治療  
2006年1月 肺に再発  
2006年9月 腸閉塞で3週間入院。10月 骨転移に放射線治療

### 3. 最期を見つめた日々

2006年12月 呼吸困難 在宅酸素療法 食欲低下 褥瘡の悪化  
2007年 1月 腸閉塞で9日入院。残りわずかな命と家族が知る  
退院後、医師の訪問日を増やし、体制を整える  
2月 永眠

©2013 Atsuko Fujita MPOビューア

## 家に帰してあげたいが・・・

- 父の思い⇒「病院や施設に行きたくない」  
肺気腫があり、肺炎になったら死んでしまう
- 母の思い⇒「歩けない人を家で介護できない」
- 家族の思い⇒「父の願いを叶えたいが、仕事があり、母一人では無理かもしれない...」



- 相談支援のチカラを借りる
- 父自身のチカラを引き出す
- 介護保険や福祉事業を使う

©2013 Atsuko Fujita MPOビューア

## いろいろなことがありました・・・

### ☆母の介護疲れがピーク。一番の危機

母の腰痛の悪化に気がつかなかった

ヘルパーの導入→保険外のたすけあい事業と併用  
自宅の2階をデイホスピスに→金婚式の準備に熱中

### ☆腸閉塞で吐いて、救急車で病院へ

医師や看護師に連絡が取れて、的確に対処

在宅療養を続けるために入院出来る所があると安心



○父の気持ちを再確認（自然のままに）

○病院へも自分の気持ちを伝えていた

©2013 Atsuko Fujita MPO ビュー

## 「家で最期を」と決めたきっかけ

1月3日に入院。11日に退院。2月20日永眠

入院3日目から、髪もそらず、話しかけても返事もしない

→ この状態で父とお別れしたくない。家に帰ろう！

	午前	午後
月	訪問看護	
火	訪問看護	訪問介護
水	訪問看護・訪問診療	訪問入浴
木	退院（1月11日）	鍼灸（2月は訪問看護）
金	訪問看護 臨時診療（1月12日）	訪問介護+たすけあい
土	訪問介護 訪問看護	長女（～月曜午前まで）

○在宅主治医の一言で、父が髪をそり、前向きに

○訪問看護師が毎日、状態をみて父や母に声かけを

○ヘルパーに母への感謝の言葉を。父を再発見

©2013 Atsuko Fujita MPO ビュー

朝食玉子かけで茶碗半分食べる。味噌汁は残す  
 排便なし、床づれ良くなっている。小食のためか  
 元気がない、眠ってばかりいる。昼食 ケーキパン  
 1/2 牛乳半分飲む 健康食品(ゼリー)食べる。  
 いつも通り元気に食べているので安心していました。  
 2時に訪問看護Yさんが見えて、マッサージ、排便、  
 床づれの手当てをして下さって、安心していました。  
 3時頃から元気がなくなってくる。眠ってばかりで話  
 かけに反応がなくなる。S先生4時頃診察に見える。  
 2時間ぐらいの生命といわれ、午後から眠ってばかり  
 いる時に、そろそろ最後の時が来た予感がしました。  
 静かに、静かに、眠るようで、安らかな死でよかった。

©2013 Atsuko Fujita MPOピュア

## 振り返って、今思うこと

☆父の願いや希望を叶えられて良かった

- 2005年夏 祖母の三十三回忌を菩提寺で  
 父自身が住職や伯父にお墓のことを相談  
 親戚に葬式を頼むと声をかける「いい人生だった」
- 2006年4月金婚式 親戚に形見の品を渡す  
 8月父：財産整理、家族へ説明、年賀状の整理  
 延命治療について

「ここには自分の大好きなものが  
 いっぱいある。死を考えると  
 胸がドキドキしてしまうけど、  
 ここにいと落ち着く」



©2013 Atsuko Fujita MPOピュア



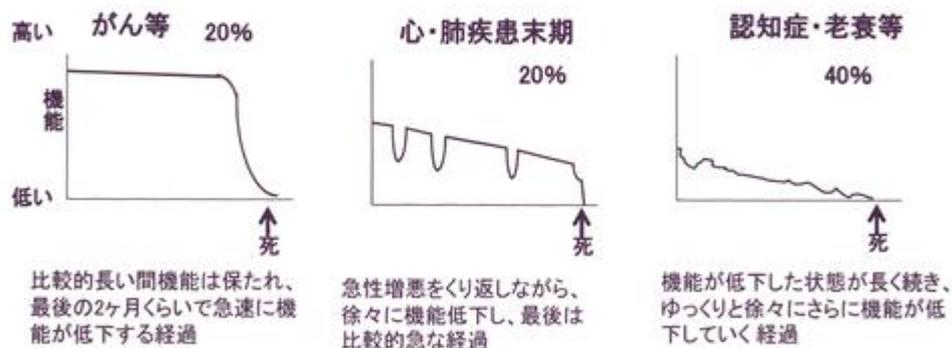
# NHKニュースウォッチ11月12日放映 「がんで、よかった」



空江進次さん「怖くないです。怖いってのは、不安があるからでしょ。不安はないです。幸せですよ。  
 質問「どうしてですか？」空江進次さん「充実してるからでしょ。上手な死に方っておかしいけど、  
 上手な生き方っていうんでしょうね。案外、がんはいいもんですね。」  
 息子 健さん「残された命を延ばすのではなく、時間を有効に使うのも生きるということ。1つの死に  
 方を見せてもらっていると思いました。」

©2013 Atsuko Fujita NPOピュア

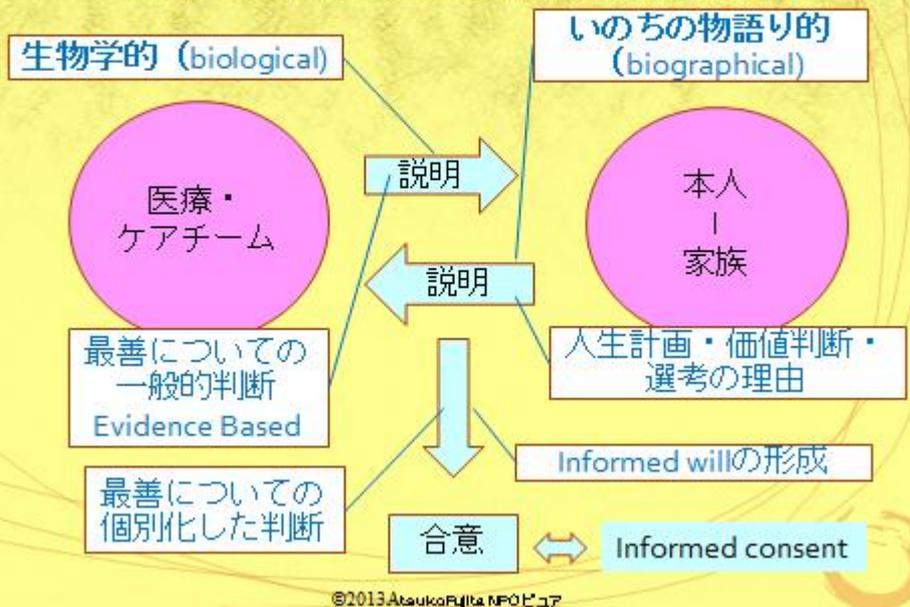
## がんの軌道と非がん疾患の軌道は異なる 疾患群別予後予測モデル



Lynn J. Serving patients who may die soon and their families. JAMA 285 7, 2001 (篠田知子訳)

## 情報共有—合意モデル 意思決定のプロセス

出典：清水哲郎+臨床倫理プロジェクト「臨床倫理」増刊



## アドバンス・ケア・プランニング 話し合う内容の一例

★死が避けられない状態時の治療について (選択)

★対話でまとめた希望 (記述の一例)

- ・患者の健康状態や病状への理解、過去の死別体験やその時にどう感じたか
- ・人生において最も大切にしている事、重大な出来事に直面した時に支えとなるもの
- ・受け入れがたいと思う今後の健康状態、今後起り得る可能性のある事への理解
- ・治療やケアに関して将来やりたいこと、したくないこと、緩和ケアについて
- ・個人の歴史、重要な記録など

©2013 Atsuko Fujita, NPO ビューア

意思決定プロセスの一例として

## アドバンス・ケア・プランニング

advance care planning: ACP

「患者の意思決定支援計画」と訳されている。  
人生の最期にどのような治療を望むかどうか、患者が医師・看護師らとの十分な対話を通して、自分の価値観に合った今後の治療やケアについてあらかじめ話し合うプロセスのこと。

患者本人の価値観や人生の目標を、家族ら関係者の間で共有する。

指示を単に記載することでなく、話し合いのプロセスを重視し、状態が安定している時や症状の変化があった時に行う点にある。

参照：朝日新聞2012.10.19、訪問看護と介護vol.17.No.11.2012、緩和ケアvol.22No5\_Sep.2012

©2013 Atsuko Fujita, MEd, MPH

## よい在宅ケアの選び方10か条

藤田敦子「がんを生きるガイド」日経BPから

1. まず患者さん自身の希望を確認しましょう
2. 家族の思いや不安をメモにしましょう
3. 患者さんの病歴、医療処置の内容、排泄時間  
(寝たきりの場合)も重要な情報です
4. 在宅ケアの準備は退院前から始めます(早めに動く)
5. 「24時間の安心」と「コミュニケーション」を基本に  
家族と医療者で良いチームを作ることが大切です。
6. 在宅ケアの情報は病院、役所、地域包括支援センター  
保健所、書籍、電話帳、インターネットから得ましょう
7. 「経験」「連携」「理念」がある事業所を選びましょう
8. 疼痛緩和の技術があり、臨時往診が可能な医師
9. 24時間の連絡体制や緊急時に訪問してくれる訪問看護師
10. 経験や実績のあるケアマネジャーを味方にしよう

©2013 Atsuko Fujita, MEd, MPH



## 【2. 地域別公開講座・シンポジウムアンケート】



# 最期まで自分らしく生きる

～あなたは、人生の終わりの時期をどのように過ごしたいですか？～

## ご来場者様アンケート

【問1】あなたの性別と年齢をお答えください。(〇は一つ)

性別：	1. 男性	2. 女性	
年齢：	1. 30歳未満	2. 30歳以上40歳未満	3. 40歳以上50歳未満
	4. 50歳以上60歳未満	5. 60歳以上65歳未満	6. 65歳以上70歳未満
	7. 70歳以上75歳未満	8. 75歳以上80歳未満	9. 80歳以上

【問2】あなたの居住地をお答えください。(〇は一つ)

居住地：	1. 千葉県	(※市区町村を記載)	)
	2. 千葉県以外		

【問3】本日の講演会はどこでお知りになりましたか？(〇はいくつでも)

1. チラシ	2. 千葉県のホームページ	3. 所属団体からのお知らせ ( )
4. 人から聞いて	5. その他 ( )	

【問4】あなたは以前から終末期医療の意思表示について関心がありましたか？(〇は一つ)

1. 関心があった	2. やや関心があった	3. どちらともいえない
4. あまり関心がなかった	5. 関心がなかった	

【問5】本日の講演会に参加して、その関心の度合いは変わりましたか？(〇は一つ)

1. 関心が深まった	2. やや関心が深まった	3. どちらともいえない
4. あまり関心がなくなった	5. 関心がなくなった	

【問6】あなたもしくはご家族が治る見込みがなく死期が迫っている場合、どこで最期を迎えたいですか？(〇は一つ)

自分の場合	1. 医療機関に入院して最期を迎えたい	2. 自宅で最期まで療養したい
	3. 介護保険施設などに入所して最期を迎えたい	
	4. その他 ( )	5. わからない
ご家族の場合	1. 医療機関に入院して最期を迎えたい	2. 自宅で最期まで療養したい
	3. 介護保険施設などに入所して最期を迎えたい	
	4. その他 ( )	5. わからない

【問7】本日の講演会の内容に満足されましたか？(〇は一つ)

1. 満足した	2. やや満足した	3. どちらともいえない
4. あまり満足できなかった	5. 不満だった	

【問8】本日の講演会で参考になった点について、自由にご記入ください。

--

【問9】もっと知りたかった点がありましたら、自由にご記入ください。

--

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

# 最期まで自分らしく生きる

～あなたは、人生の終わりの時期をどのように過ごしたいですか？～

## ご来場者様アンケート

【問1】あなたの性別と年齢をお答えください。(○は一つ)

性別：	1. 男性	2. 女性	
年齢：	1. 30歳未満	2. 30歳以上40歳未満	3. 40歳以上50歳未満
	4. 50歳以上60歳未満	5. 60歳以上65歳未満	
	6. 65歳以上70歳未満	7. 70歳以上75歳未満	
	8. 75歳以上80歳未満	9. 80歳以上	

【問2】あなたの居住地をお答えください。(○は一つ)

居住地：	1. 千葉県	(※市区町村を記載)	)
	2. 千葉県以外		

【問3】あなたのご職業についてお答え下さい。(○は一つ)

1. 医療関係 (ア. 医師	イ. 看護師	ウその他 (	)
2. 介護関係 (エ. ケアマネジャー	オ. 介護サービス (		)
3. 行政関係 (			)
4. その他 (			)
5. 仕事はしていない			

【問4】本日の講演会はどこでお知りになりましたか？(○はいくつでも)

1. 県民だより	2. チラシ	3. 千葉県のホームページ	
4. 所属団体からのお知らせ (			)
5. 人から聞いて	6. その他 (		)

【問5】あなたは以前から終末期医療の意思表示について関心がありましたか？

(○は一つ)

1. 関心があった	2. やや関心があった	3. どちらともいえない
4. あまり関心がなかった	5. 関心がなかった	

【問6】本日の講演会に参加して、その関心の度合いは変わりましたか？(○は一つ)

1. 関心が深まった	2. やや関心が深まった	3. どちらともいえない
4. あまり関心がなくなった	5. 関心がなくなった	

(裏面に続きます)

【問7】あなたもしくはご家族が治る見込みがなく死期が迫っている場合、どこで最期を迎えたいですか？（○は一つ）

自分の場合	1. 医療機関に入院して最期を迎えたい 2. 自宅で最期まで療養したい 3. 介護保険施設などに入所して最期を迎えたい 4. その他（ <span style="float: right;">)</span> 5. わからない
ご家族の場合	1. 医療機関に入院して最期を迎えたい 2. 自宅で最期まで療養したい 3. 介護保険施設などに入所して最期を迎えたい 4. その他（ <span style="float: right;">)</span> 5. わからない

【問8】本日の講演会の内容に満足されましたか？（○は一つ）

1. 満足した	2. やや満足した	3. どちらともいえない
4. あまり満足できなかった	5. 不満だった	

【問9】本日のシンポジウムでご紹介した啓発プログラムは参考になりましたか？  
（○は一つ）

1. 参考になった	2. やや参考になった	3. どちらともいえない
4. あまり参考にならなかった	5. 参考にならなかった	

啓発プログラムについての感想を、自由にご記入ください。

【問10】本日の講演会で参考になった点について、自由にご記入ください。

【問11】もっと知りたかった点がありましたら、自由にご記入ください。

質問は以上です。ご協力いただきまして誠にありがとうございました。

## ご来場者様 質問票

## ■ ご質問したい方に○を付けてください。(○は一つ)

- |         |         |          |
|---------|---------|----------|
| 1. 高林先生 | 2. 土橋先生 | 3. 井上先生  |
| 4. 権平先生 | 5. 栗原先生 | 6. 田中先生  |
| 7. 眞鍋先生 | 8. 千葉県  | 9. どなたでも |

## ■ ご質問内容をご記入下さい。

お時間の都合上、いただいたご質問にお答えすることができない場合があります。  
誠に恐れ入りますが、あらかじめご了承ください。

### 【3. 意思表示に関するリーフレット・ポスター】



## 日頃から 「考える」「話し合う」 「調べる」「整理する」

自分が最期までどのように生きていか、日ごろからよく考えておきましょう。そのことについて家族や周囲の人とよく話し合うこと、いろいろな情報を集めること、考えたことを整理することも重要です。自分自身や周囲の状況の変化とともに考え方が変わることもあります。いつでも、何度でも繰り返しましょう。

### Step4 整理する

最期の時期をどのように過ごしたいかについて、自分の意思を明確にし、周囲に依頼したいことを整理する。

意思  
表明

繰り返す

### Step3 調べる

最期を迎える場所の選択肢にはどのようなものがあるか、既存の意思表示様式など関連情報を収集する。

### Step2 話し合う

家族や兄弟、友人等の身近で信頼できる人やかかりつけ医などの医療関係者と話し合う。

### Step1 考える

自身の価値観や人生観、最期をどこでどのように過ごしたいか、などについて、まず自分で考えてみる。



平成24・25年度  
終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、実施事業

# 最期まで 自分らしく 生きる

あなたは、人生の終わりの時期を  
どのように過ごしたいですか？

監修

平成24・25年度

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、実施事業

有識者会議

千葉県 健康福祉部 健康福祉政策課  
TEL.043-223-2609



## あなたは、人生の終わりの時期をどのように過ごしたいですか？

誰もが皆、いつかは人生の終わりの時期を迎えます。その時をどのように過ごしたいか、あなたは考えたことがありますか？  
どのような最期を迎えたいのかを自分なりに考えておくこと、そしてそれを実現するために周りの大切な人、支えてくれる人とよく話し合い、自分の考えや思いを共有することはとても大切です。  
あなたも家族や大切な人達と一緒に考えてみましょう。



千葉県マスコットキャラクター チーバくん

### 1 千葉県の現状について教えて下さい。

千葉県では、死亡者のうち76%の方が病院で最期を迎えています。

【県民の死亡場所の内訳】



一方、どこで最期を迎えたいか、アンケート調査したところ、「自宅で最期まで療養したい」人が31.6%、「医療機関に入院して最期を迎えたい」人は37.4%でした。



### 2 なぜ事前に考えること、周囲に伝えることが重要なのでしょうか。

あなたが重病になったとき、高齢になり認知症になったとき、事故に遭って意識を失った時など、あなた自身が意思表示できない状況になったとき、どのような医療を受けるか、どこでどのように暮らし最期を迎えるかについて、**家族が重要な決断を迫られることがあります。**



最期まで自分らしく過ごすために、またもしもの時の家族の負担を減らすために、こうしたことをあらかじめ考え、家族や周囲の人たちと話し合っておくことはとても重要です。

### 3 どのようなことを考えればいいのでしょうか。考える上で参考となる教材はありますか。

日ごろから以下のようなことを考え、家族や周囲の人たちと話し合っておきましょう。

- 人生の終わりの時期をどこで、誰と、どんなふうにご過ごしたいか
- どのような場合にどのような医療を受けたいか（あるいは受けたくないか）
- 意思表示ができない状態になったとき、誰に判断をまかせたいか など

#### <参考教材>

千葉県では終末期医療を考えるためのプログラムを製作しました。ある家族のドラマや専門家の解説をまじえて、自分らしく最期を迎えるために知っておきたいこと、考えておきたいことをご紹介します。



<http://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/shuumatsuki/keihatupoguram.html>

千葉県 終末期



あなたは、人生の終わりの時期を  
どのように過ごしたいですか？

# 最期まで 自分らしく 生きる

自分らしい最期を考える・話し合う・整理する。

あなたが高齢者を迎え、最期になったとき、認知症になったときなど、あなた自身が意思表明できない状況になったとき、家族が重大な決断を迫られることがあります。人生の終わりの時期の過ごし方を受け取る状態について、あらかじめ考え、家族や周囲の人たちと話し合っておくことはとても重要です。千葉県では終末期医療を考えるためのプログラムを製作し、公表しています。自分らしく最期を迎えるために知っておきたいこと、考えておきたいことをご紹介します。 <http://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/shuumatsuki/keihatupuroguramu.html>





終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、実施事業  
報告書

---

---

平成 26 年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03 (6705) 6024 FAX 03 (5157) 2143

---

不許複製