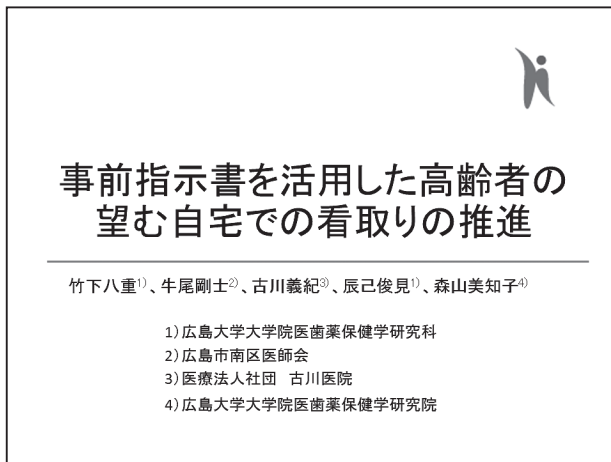



事前指示書を活用した高齢者の望む自宅での看取りの推進

竹下 八重

広島大学大学院医歯薬保健学研究科保健学専攻 博士課程後期

スライド-1



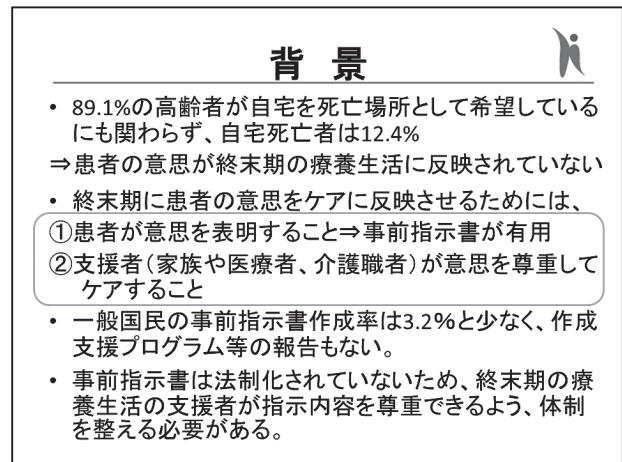


事前指示書を活用した高齢者の望む自宅での看取りの推進


竹下八重¹⁾、牛尾剛士²⁾、古川義紀³⁾、辰巳俊見¹⁾、森山美知子⁴⁾

1) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科
2) 広島市南区医師会
3) 医療法人社団 古川医院
4) 広島大学大学院医歯薬保健学研究科

スライド-2



背景



- 89.1%の高齢者が自宅を死亡場所として希望しているにもかかわらず、自宅死亡者は12.4%
- ⇒患者の意思が終末期の療養生活に反映されていない
- 終末期に患者の意思をケアに反映させるためには、
- ①患者が意思を表明すること⇒事前指示書が有用
- ②支援者(家族や医療者、介護職者)が意思を尊重してケアすること
- 一般国民の事前指示書作成率は3.2%と少なく、作成支援プログラム等の報告もない。
- 事前指示書は法制化されていないため、終末期の療養生活の支援者が指示内容を尊重できるよう、体制を整える必要がある。

【スライド-1, 2】

背景です。

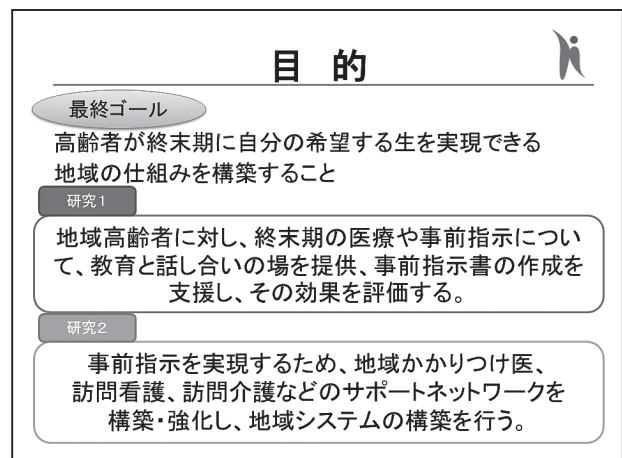
日本では89.1%の高齢者が、自宅を死亡場所として希望しているにもかかわらず、自宅の死亡者は12.4%と、患者の意思が終末期の療養生活に反映されていないという現状があります。終末期に患者の意思をケアに反映させるためには、患者が意思を表明すること、そして支援者が意思を尊重してケアすることが大切です。

患者が意思を表明するためには、事前指示書が有用だといわれています。しかし一般国民の事前指示書作成率は3.2%と少なく、作成支援プログラム等の報告もありません。また事前指示書は法制化されていないため、終末期の療養生活の支援者が指示内容を尊重できるよう、体制を整える必要があります。


【スライド-3】

そこで本研究では、高齢者が終末期に自分の希望する生を実現できる地域の仕組みを構築することを最終ゴールとし、研究1として、地域高齢者に対し、終末期の医療や事前指示について、教育と話し合いの場を提供し、事前指示書の作成を支援して、その効果を評価する。研究2として、事前指示を実現するため、地域かかりつけ医、訪問看護、訪問介護などのサポートネットワークを構築・強化し、地域システムの構築を行う。

スライド-3



目的



最終ゴール

高齢者が終末期に自分の希望する生を実現できる地域の仕組みを構築すること

研究1

地域高齢者に対し、終末期の医療や事前指示について、教育と話し合いの場を提供、事前指示書の作成を支援し、その効果を評価する。

研究2

事前指示を実現するため、地域かかりつけ医、訪問看護、訪問介護などのサポートネットワークを構築・強化し、地域システムの構築を行う。

りつけ医、訪問看護、訪問介護などのサポートネットワークを構築強化し、地域システムの構築を行うことを目的としました。

【スライド-4】

研究方法です。

地域にある資源の中で現場の状況の改善を目指したことから、住民や地域の支援者が協働し、実践するアクションリサーチ法を選択しました。

その中で、地域住民に対して終末期の準備の促進をし、地域の支援者…かかりつけ医とか薬剤師、ケアマネジャーです…の方々に対しては、ケア会議を立ち上げ、地域システムの強化をすることで、高齢者が終末期において希望する生を実現できる、つまり希望するケアを受けることができる地域を目指しました。

住民と支援者の両方にアプローチしていくことが、大きな特徴となっています。

【スライド-5】

倫理的配慮はスライドをご参照ください。

【スライド-6】

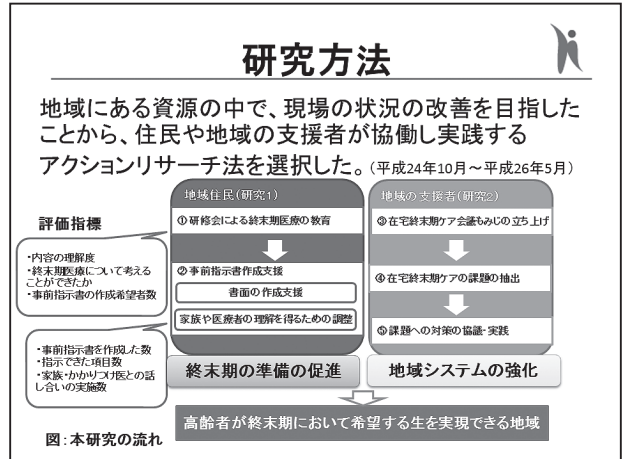
地域高齢者に対する終末期医療の教育と事前指示書の作成支援について、ご報告します。

事前指示書は終末期に至る前の元気な段階で作成することが望ましいため、今回は団地に在住する65歳以上の高齢者を対象としました。

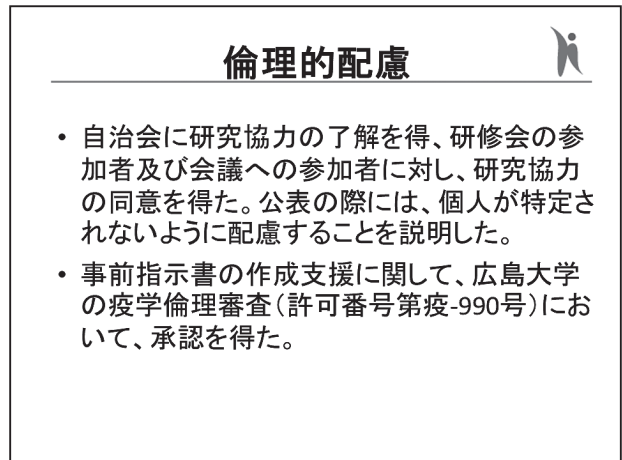
実施手順です。

団地で終末期医療に関する研修会を実施し、事前指示書の作成希望者を募りました。そして代諾者の指名、延命治療をするか否かを決める、終末期を快適に過ごすために望むこと

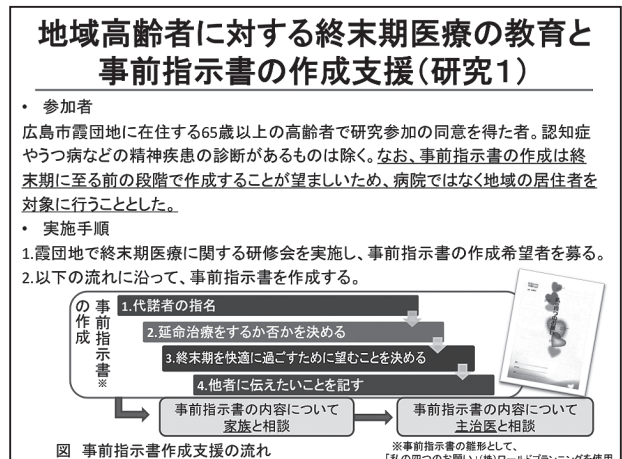
スライド-4



スライド-5



スライド-6



を決める、他者に伝えたいことを記す、という流れで事前指示書を作成し、その内容について家族と相談、また主治医と相談しました。

【スライド-7】

研修会は計4回実施し、参加者は延43名でした。90から100%が「終末期医療について理解した」、そして85%が「医療処置に関する意思について考えることができた」と回答しました。

また、参加者のうち4名が事前指示書の作成を希望し、全員が作成を終了しています。

代諾者の指名をしたのは2名でした。2名は指名しなかったのですが、その理由として、「誰にも迷惑

をかけたくない」ということを挙げました。また、代諾者…医療を決めてもらう人をお願いした2名も、「指名された者に負担をかける」という認識を持っていました。

「延命治療を受けたいか否か」…終末期を快適に過ごすための指示については、4名全員が大きく悩むことなく指示をしています。療養場所に関しては、「自宅で死にたい」と指示したのは3名で、いずれも「可能であれば」ということを強調していました。

これらの内容について4名全員が家族と相談し、了承を得ました。このうち3名は、「終末期の過ごし方について家族と話し合ったのは初めてだ」と言っています。また、4名中2名が主治医に意思を伝え、了承を得ています。

【スライド-8】

考察です。

死をタブー視する日本の文化の中では、「縁起でもない」と、終末期について言及しにくい風潮がありますが、事前指示の必要性を感じている住民はいました。終末期でない状況にある地域住民でも、医療者が支援することで事前指示書の作成は可能でした。事前指示書の作成支援は家族や主治医との終末期に関するコミュニケーションを図るきっかけとなったと思います。

【スライド-9】

次に、事前指示の実現を目的とした地域システムの構築について、ご

スライド-7

地域高齢者に対する終末期医療の教育と事前指示書の作成支援一結果 (平成26年5月現在)

- 研修会は計4回実施、参加者は延べ43名。90~100%が終末期医療について理解した。85%が医療処置に関する意思について考えることができたと回答した。
- 4名が事前指示書の作成を希望、全員が作成した。

意思を問うた項目	A氏 70歳代、 同居者あり	B氏 70歳代、独居だが近 所に家族がいる	C氏 80歳代、 独居	D氏 80歳代、 独居
1.代諾者の指名	○	○	×	×
2.延命治療を受けるといふ	○	○	○	○
3.終末期を快適に過ごすための指示	○	○	○	○
4.他者に伝えたいこと(感謝の言葉等)	○	○	×	×

「誰にも迷惑をかけない」と「選択できてよかった。」

- 自宅で死にたいと指示したのは3名で、「可能であれば」を強調した。
- 4名全員の家族がこの意思を了承した。3名は指示書の作成時に初めて終末期の過ごし方について家族と話し合った。
- 2名が主治医に意思を伝えた。1名は確認中。1名は受診をしていない。

スライド-8

地域高齢者に対する終末期医療の教育と事前指示書作成支援一考察

- 死をタブー視する日本の文化の中では、「縁起でもない」と終末期について言及しにくい風潮があるが、事前指示の必要性を感じている住民はいる。
- 終末期でない状況にある地域住民でも、医療者が支援することで事前指示書の作成は可能だった。
- 事前指示書の作成支援は、家族や主治医との終末期に関するコミュニケーションを図るきっかけとなる。

事前指示の実現を目的とした 地域システムの構築(研究2)

- 参加機関の募集
- ①霞団地の住民が利用する地域の支援機関※)
- ②終末期医療に携わる意思のある事業所
(診療所、訪問介護事業所にアンケートを実施)

上記の条件を満たす支援機関(99事業所)のうち、在宅終末期ケア会議への参加の意思を示した42事業所(42.4%)を参加機関とした。

※)支援機関:診療所、薬局、訪問看護事業所、訪問介護事業所、居宅介護事業所、介護予防支援事業所

地域システムの構築—結果(平成26年5月現在)

計3回の会議でグループワークやアンケートを実施、課題の抽出と対策の協議を行った。
語られた内容を質的に分析し、カテゴリー化を行った。

在宅ケアの問題点及び検討したいこと

カテゴリー	内容
医療制度や医療の現状に関すること	人員不足で緊急時の対応が難しい
社会的背景や患者・家族に関すること	患者・家族の在宅医療に関する理解が十分でない 在宅での看取りが一般的でない
連携に関すること	ケアマネジャーがすべて調整するのは限界がある、 介護職が医療者と話しにくい
知識・技術に関すること	在宅での治療技術を高める研修を多職種でしたい 成功事例の検討がしたい
各職種での役割遂行に関すること	最期までみてもらえる診療所がわからない

報告します。

本研究の参加機関は霞団地の住民が利用する地域の支援機関であること、終末期医療に携わる意思のある事業所であることという条件を満たす支援機関のうち、会議への参加の意思を示した42事業所としました。

【スライド-10】

計3回の会議で、グループワークやアンケートを実施し、課題の抽出と対策の協議を行いました。その結果、在宅ケアの問題点として、スライドのように5つのカテゴリーが抽出されています。

参加者は在宅医療の推進には意欲的でしたが、人員不足で緊急時の対応が難しいことや、患者家族の在宅医療に関する理解が十分でないなどの理由で、在宅医療の実施に困難さを感じていました。

この状況に対し、連携の体制づくりを願う声が多かったのですけれども、同時に薬剤師がカンファレンスに呼んでももらえない、ケアマネジャーが全て調整するのは限界がある、介護職が医療者と話しにくいなど、連携のしにくさに関する問題も多く挙げられています。

また現実的には、在宅での看取りは一般的でないことから、在宅での終末期に向けて、患者や家族、ケア関係者の意識が薄いという問題が挙げられ、先行事例の検討や研修などで知識、技術を得たいという意見も多く挙げられました。

【スライド-11】

連携に関する具体的な問題点としては、情報共有の困難さ、特に介護職者と医療者との情報の共有が難しいということが挙げられています。また、医師の敷居が高い、ケアマネ

地域システムの構築—結果(平成26年5月現在)

連携に関する具体的な問題点と対策

カテゴリー	内容
情報共有の困難さ	職種間、特に介護職者と医療職者との情報の共有が難しい
他職種で連携することの困難さ	医師との連携は敷居が高い ケアマネジャーが医療職でない場合の医療・介護連携が難しい
ケア実施に必要なこと	後方支援病院の確保が困難

↓

1. ケアカンファレンスの開催方法の検討
2. 利用に適した連携ノートの紹介
3. 医師への連絡方法を記載したファイルの作成

ジャーが医療職でない場合の連携が難しいなど、多職種で連携することの困難さも挙げられました。

これに対して、ケアカンファレンスの開催方法の検討、利用に適した連携ノートの紹介、医師への連絡方法を記載したファイルの作成など、対策を行っています。

【スライド-12】

考察です。

今回、霞団地の住民を支援する機関を対象としたところ、対象の選定までに多くの時間を要しました。この要因として、日本の医療、介護は自由診療、個人契約というシステムであり、特定の地域に対応する支援機関は多様にあることが挙げられます。特定の地域住民に変化を促しても、支援機関が連動して変化していくことは困難な状況となっています。

住民が希望するケアを受けることができる地域づくりのためには、支援機関同士がつながりを強化しながら、地域のニーズに敏感に対応していくことが必要だと考えます。

また、会議での協議を通じて、終末期の在宅ケアの問題点は多岐にわたることが明らかとなりましたが、問題点を可視化し、共有、対処していくことで、解決に向けて協働していくことができました。

今回、多職種が集う機会として在宅ケア会議を立ち上げたことにより、新たな支援者間の関係性を築くことができたと考えます。

【スライド-13】

まとめです。

課題の多い終末期の在宅医療の推進のためには、現場の改善を意図したアクションリサーチが有効だと考えます。

住民に対する教育、住民の意思を可能にする支援体制の構築を2本の柱とし、それぞれの実情に合った方向性を探り統合していくことで、より実現可能でニーズに合った地域包括ケアシステムの構築が可能になると考えます。

スライド-12

地域システムの構築—考察

- 日本の医療・介護は自由診療・個人契約というシステム
⇒霞団地の住民に対応する支援機関は多様にある。

地域の中で住民に変化を促しても支援機関が連動して変化していくことは困難。

希望する生が可能となる地域づくりのためには、支援機関同士がつながりを強化しながら、地域のニーズに敏感に対応していくことが必要。

- 霞団地の終末期の在宅ケアの問題点は多岐に渡るが、問題点を可視化し、共有・対処していくことで、解決に向けて協働が可能となる。
- 多職種が集う機会として在宅ケア会議を立ち上げたことにより、新たな支援者間の関係性を築くことができた。

スライド-13

まとめ

- 課題の多い終末期の在宅医療の推進のためには、現場の改善を意図したアクションリサーチが有効。
- 住民に対する教育、支援体制の構築を2本の柱とし、それぞれの実情にあった方向性を探り統合していくことで、より実現可能でニーズに合った地域包括ケアシステムの構築が可能になると考える。

謝辞
本研究にあたり、多額の助成を頂いたファイザーヘルスリサーチ振興財団に感謝いたします。

本研究にあたり、多額の助成をいただいたファイザーヘルスリサーチ振興財団に、深謝致します。

質疑応答

会場： 3つ質問をしたいのですが、一つは、どこかモデルになったケースがあったのかということです。私はアメリカのほうの取り組みで、パリッシュ・ナーシングというのを知っているのですが、そういう、宗教をベースとしていろいろな方々の死をどうするかという、今ご発表されていたような内容のことを担当する専門の看護師さんがおられるのです。そういう方たちの活動をモデルにされたのかなと思いついて聞いていたのですが、その辺りがどうかというのが1点。もう一つ、一度相談したことをフィックスするのではなくて、恐らく何回かカウンセリングをしようと思うのです。本人も気持ちが変わってくるだろうし、ご家族の気持ちも変わってくると思うので、大体どれくらいするのが適当なのかなと。状況に応じて何回もカウンセリングをされていくのかどうかということです。最後に、誰が主導権を握ってコーディネーションをするのかということが分かりにくかったですけれども、それは看護職が行うということでもよろしいのでしょうか。この3点をお願いしたいと思います。

竹下： 1点目の、参考となったモデルがあるかどうかということですが、これはございません。日本では、終末期のことに言及するという風潮が未だなかなかなくて、実際これをやるにあたって、「無理だろう」と何度も言われたのです。私がこの霞団地でやらせていただいたのは、実際に住民の皆さまは、「終末期にこんなふうに過ごしたい」という希望をすごく持っておられるのですけれども、それがかなわないという状況を何度か、私自身が経験しているからです。それを何とかしたいという気持ちから始めたものでありまして、海外でやられていて、うまくいっている事例もあるとは思いますが、日本の社会的背景の中で、どのようにやっていけるかというのを考えていかなければならないなと思って、参考にしたモデルはございません。それから2点目の、考えが変わったときにどうするかということですが、それに関して、全く住民の方というのは知識を持っておられないので、まず自分が指示できるのかどうか、希望を表出することができるのかどうかということすらも知らないという状況でした。そういうことも含めて、「実はこういった方法で自分のケアを決めることができるし、なおかつ、そうした場合には必ず、状況が変わってもそれは反映可能であるし、自分の気持ちが変わったときには、必ずそれを書き直さないといけない」というところの教育も含めて、今回は作成支援を行って

おります。

3番目、看護師が主導していくのかということなのですが、私は看護師として地域の中でやらせていただいたのですけれども、今回は医師会の先生も一緒にやっていただいております。そこで、会議として地域の医療者・介護職者に声掛けをする際に「みんなが集まって会議をしたいと思っているけれども、一部の者が声をかけると、普段の関わりが薄い地域の方などは参加しにくいのではないかという意見もある」という話を伺っておりました。そしてまた、「患者さんと医師との間も話しづらい状況もある」ということで、「その間に立つ看護師が進めていくべきだ」というご意見もいただいておりますので、地域の医療者や介護職者などをつなげることができる、そして患者と医師の間で調整を行うことができる看護職が適していると考えています。

座長： 私も伺いたいことがたくさんあるのですが、時間の関係で、次のご発表に移りたいと思います。