

## 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

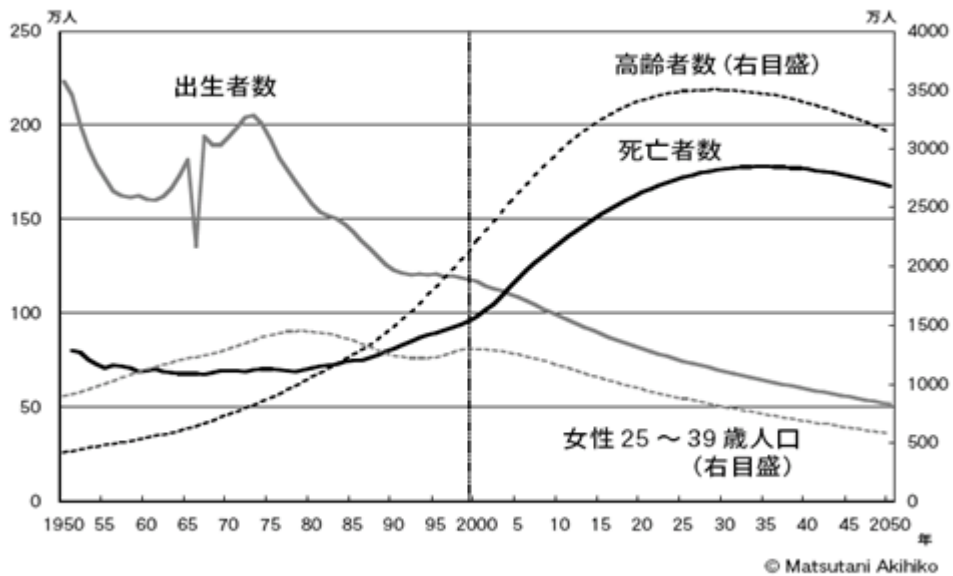
～あなたは、人生の終わりの時期をどのように過ごしたいですか～



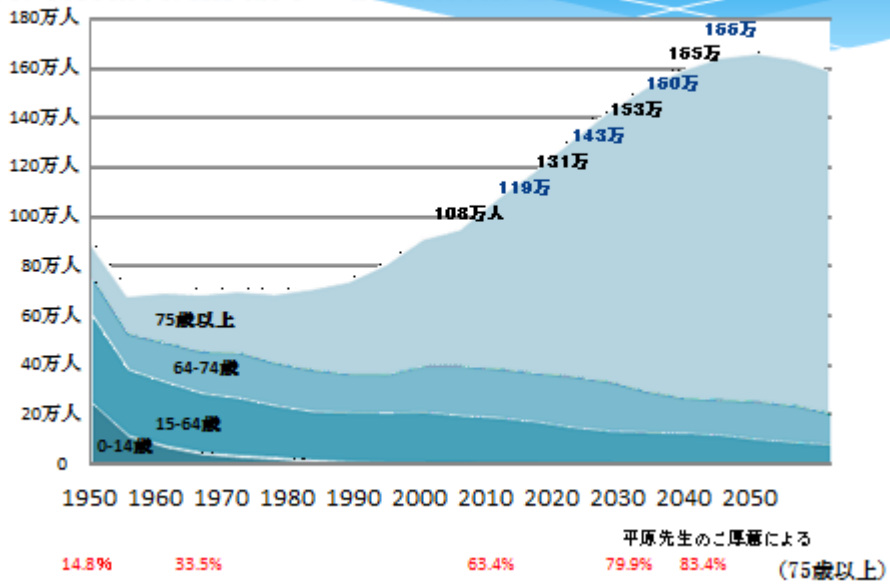
地域別公開講座&シンポジウム 基調講演資料

2013年9月18日(水)

第1図 出生者数と死亡者数

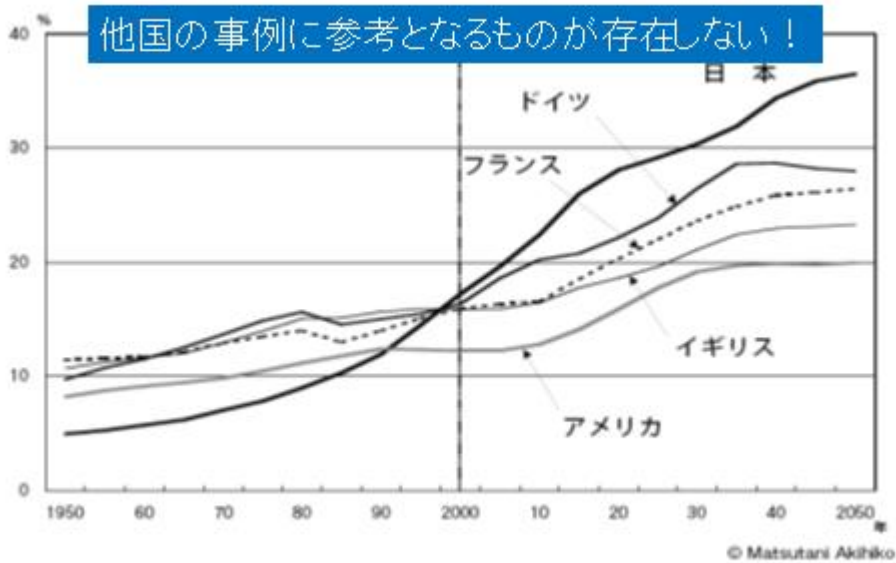


## 年代別年間死亡者数の推移



3

第3図 主要先進国の高齢化率



4

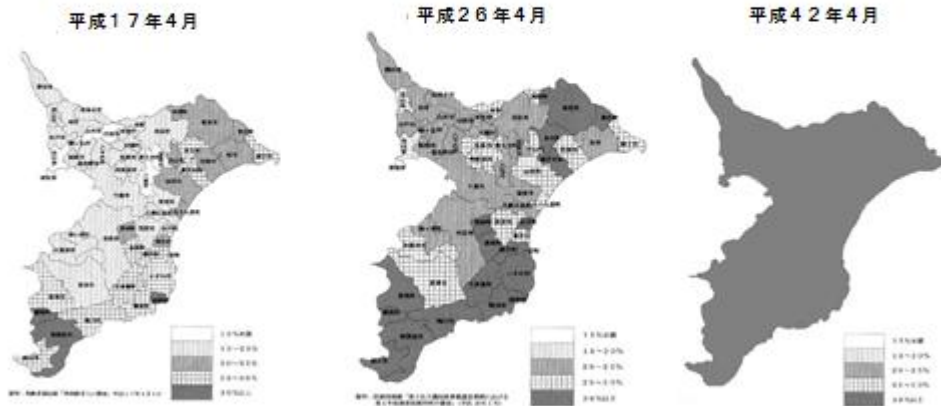


## 日本の高齢化社会の特性

- 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

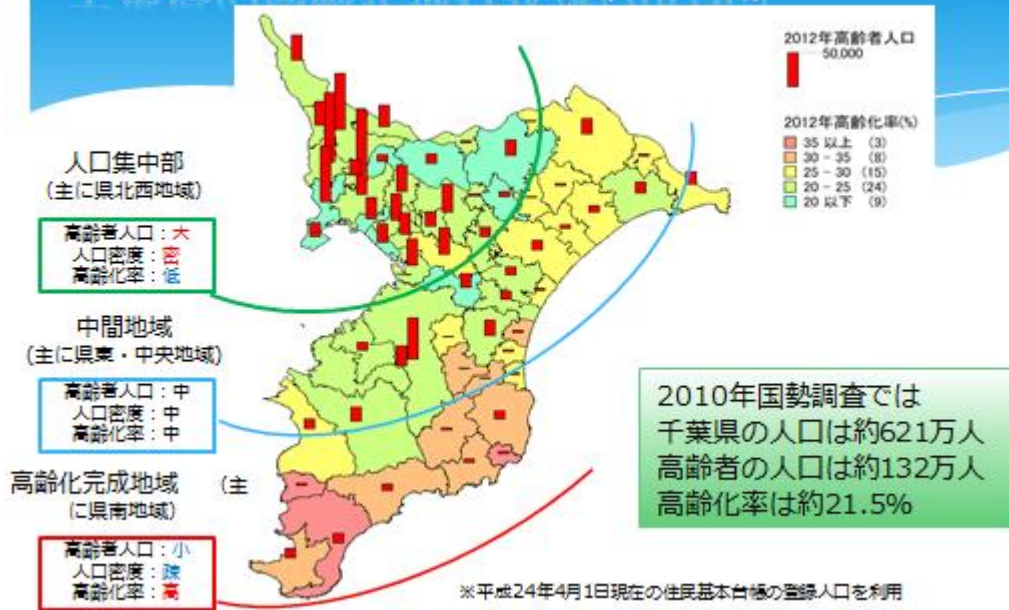
5

## 高齢化大波の到達予測

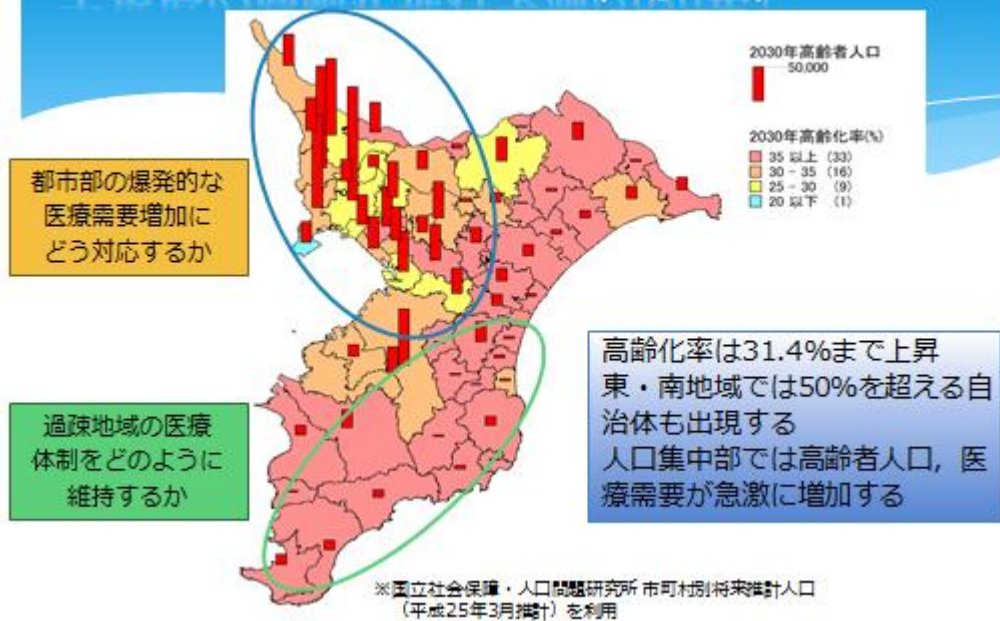


(出典 「千葉県高齢者保健福祉計画(平成18年度～平成20年度)」)

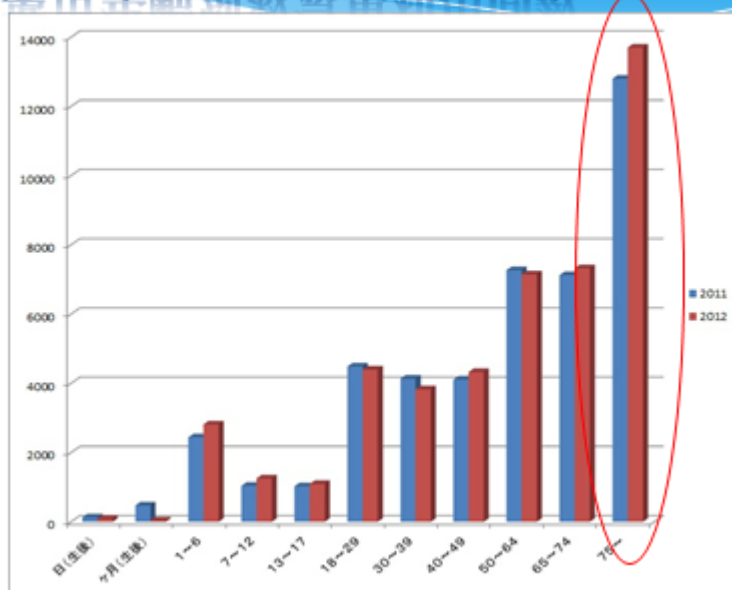
## 千葉県の高齢化進行状況(2012年)



## 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

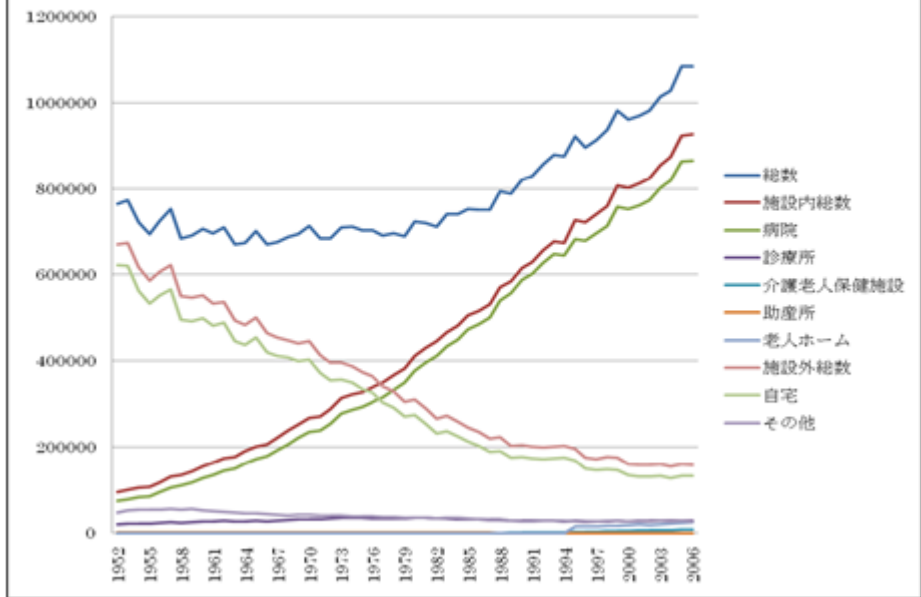


9

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

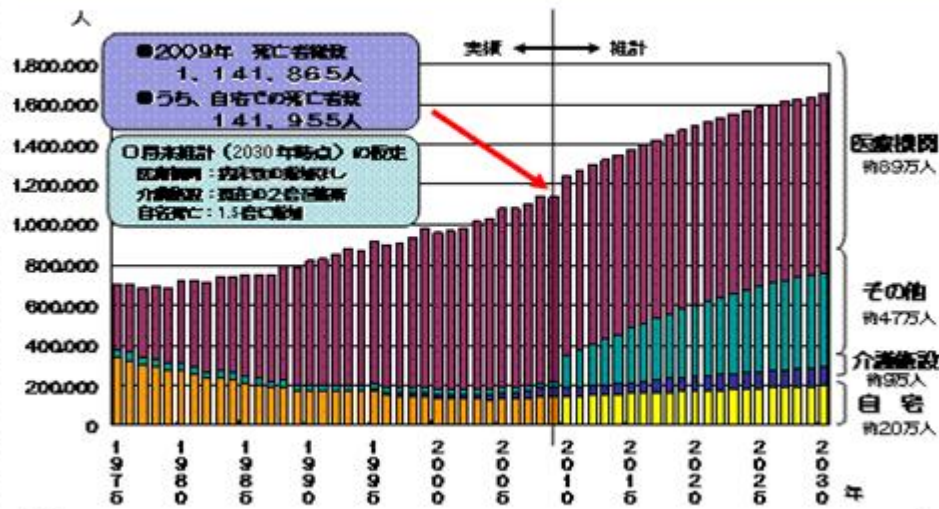
### 死亡の場所の推移



11



## 死亡場所別、死亡者数の年次推移と将来推計



## 県民意識調査の概要

### ■ 終末期医療に関する県民意識調査

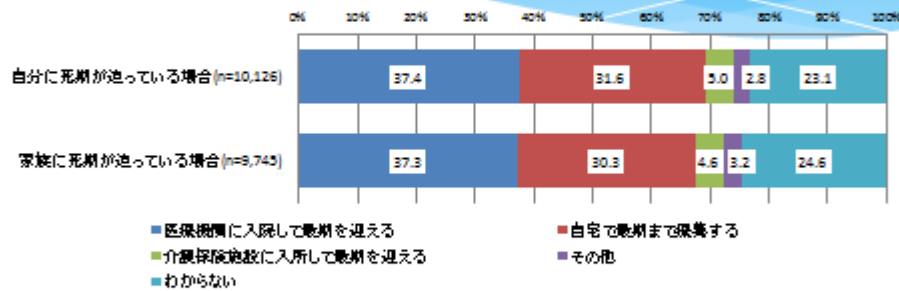
看取りに関する希望や延命治療など終末期医療の意識確認を行う方法のあり方を検討することを目的として平成25年2月に実施。

- 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

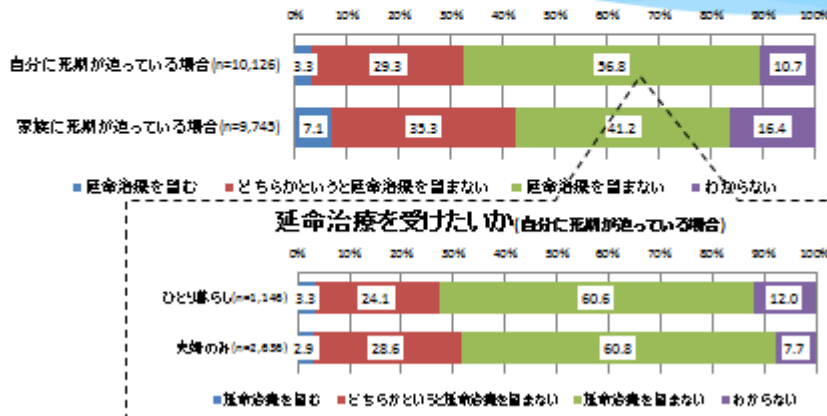
出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

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

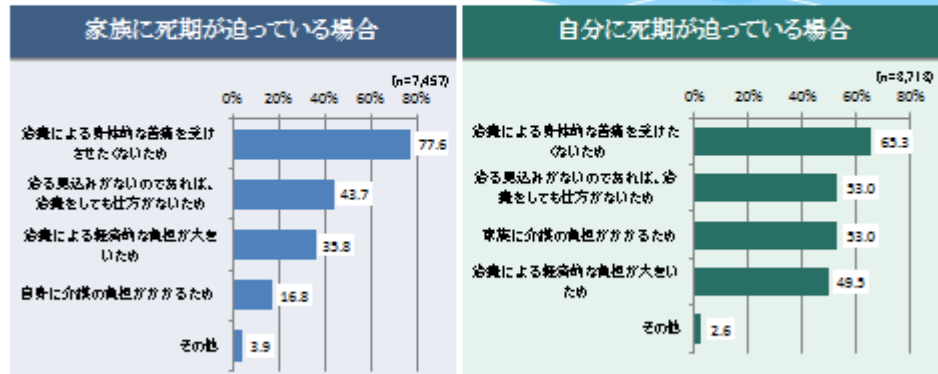


出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

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。

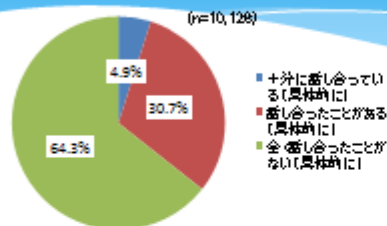


出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

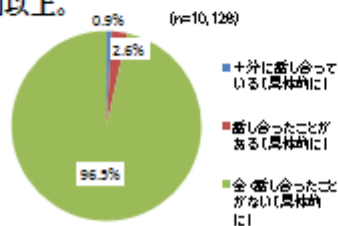
17

## 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。

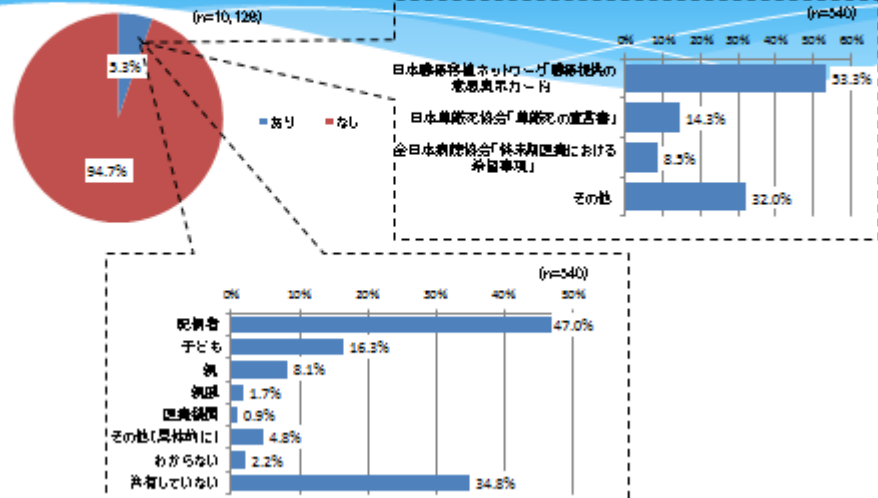


出所) 終末期医療に関する国民意識アンケート調査

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。

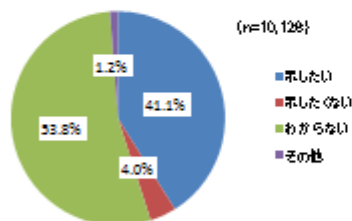


出所) 終末期医療に関する国民意識のアンケート調査

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



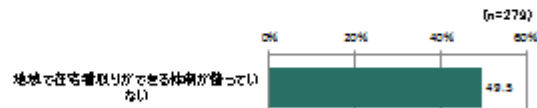
## 医療・介護の現場における課題

- 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 (医療機関等調査)

21

## 寿命の変化と生命観の変化

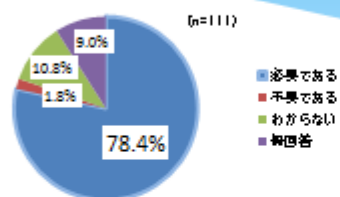
1913年 40～50歳代で比較的急に死亡  
→医療者は救命第一

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.....?

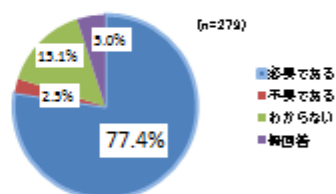
## 医療に関する意思の書面の必要性

- 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。

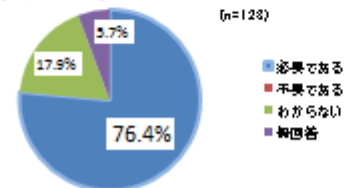
【病院】



【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。

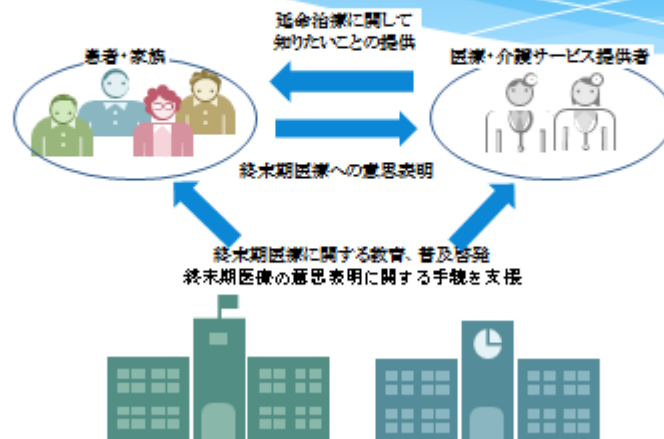
挿管とは呼吸ができるように細長い管をのどから気管まで入れることをいいます。人工呼吸器は接続することで呼吸が停止しても自動的に呼吸を続けることができます。いったん接続すると患者さんの呼吸状態が回復しない限りこの接続をはずすことは許されません。

（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

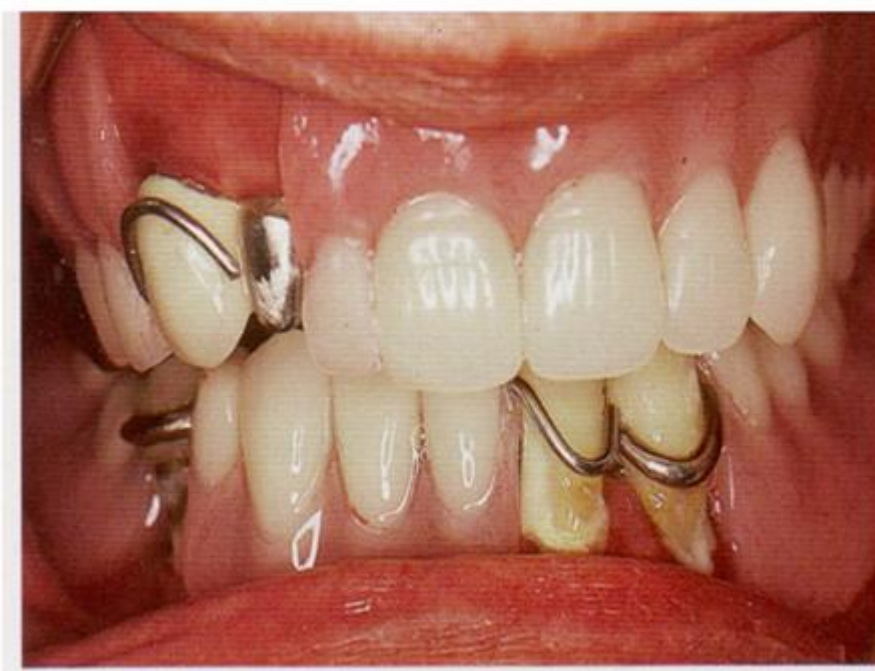


## 2 看取りの現場から





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何の薬が理解していない為、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

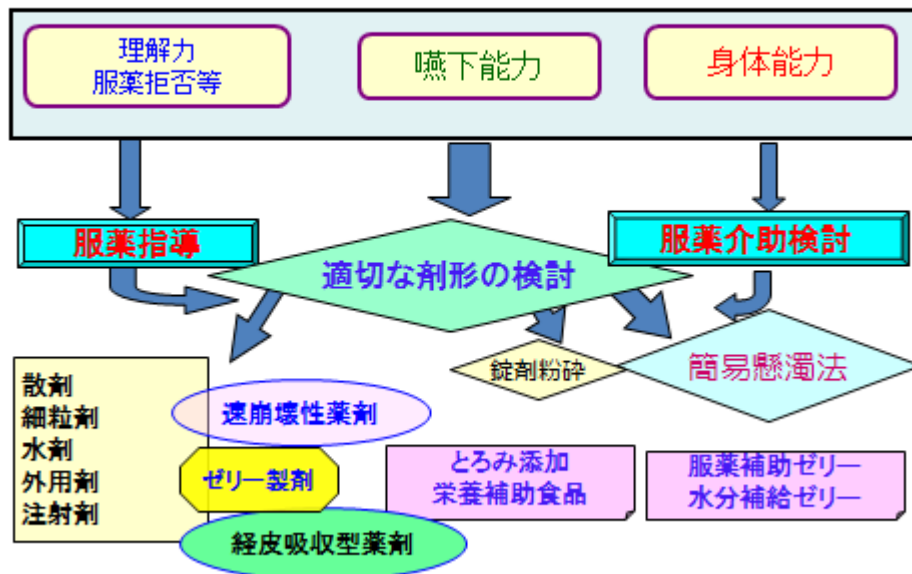
対応策

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。

⑤錠剤、カプセル、又は粉薬が飲めない場合

対応策

服薬に関する因子を評価し、患者ごとの適切な服用形態の選択と医師への提案する。嚥下ゼリー、オブラート、簡易懸濁法などの導入も検討課題となる。



## 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？

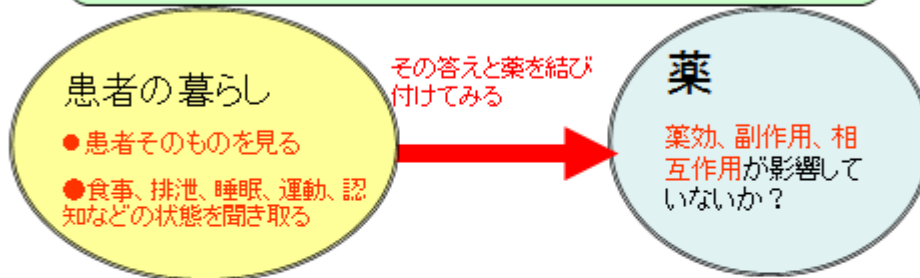
- 服薬の介助者は？
  - －何時なら介助ができるか？
  - －介助内容に合わせた調剤方法は？
- 服用の回数を減らせないか？
  - －介助に合わせて服用できないか？
  - －回数を減らす事で介護の手間が減る
- 薬剤数・錠数を減らせないか？
  - －力価の高いものを使用する
  - －合剤の使用を検討する
  - －薬その物を減らせないか検討する

## 【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)

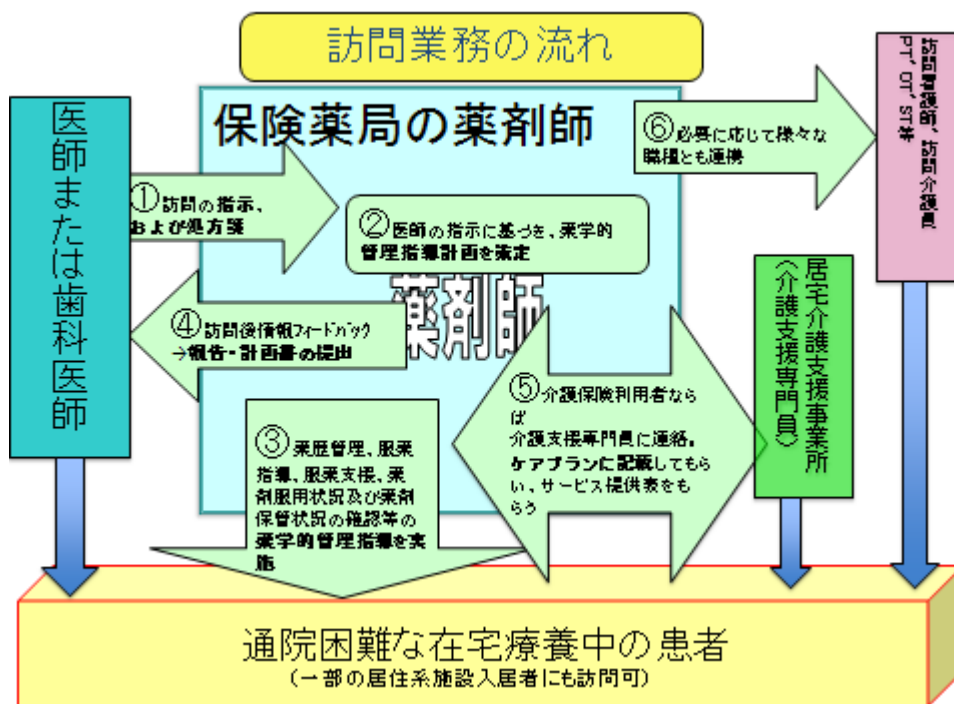
在宅や多職種との連携で求められる思考回路  
「暮らし」が先に来る思考回路



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"> <tr> <td>【ご本人の気持ち】</td> <td>【入院時のメリット】</td> </tr> <tr> <td>◆ 部屋がわからない</td> <td>◆ 痛いときにNSに薬飲ませてもらえる</td> </tr> <tr> <td>◆ 迷子になる</td> <td>◆ 浣腸もいつでもしてもらえる</td> </tr> <tr> <td>◆ 点滴は嫌だ</td> <td>◆ 何かあればNSがすぐ対応してくれる</td> </tr> <tr> <td>◆ 食べられないなんてひどい</td> <td></td> </tr> <tr> <td>◆ やっぱり家がいい</td> <td></td> </tr> </table> <p>→<u>どうしても明日帰る!</u></p>	【ご本人の気持ち】	【入院時のメリット】	◆ 部屋がわからない	◆ 痛いときにNSに薬飲ませてもらえる	◆ 迷子になる	◆ 浣腸もいつでもしてもらえる	◆ 点滴は嫌だ	◆ 何かあればNSがすぐ対応してくれる	◆ 食べられないなんてひどい		◆ やっぱり家がいい					
【ご本人の気持ち】	【入院時のメリット】																
◆ 部屋がわからない	◆ 痛いときにNSに薬飲ませてもらえる																
◆ 迷子になる	◆ 浣腸もいつでもしてもらえる																
◆ 点滴は嫌だ	◆ 何かあればNSがすぐ対応してくれる																
◆ 食べられないなんてひどい																	
◆ やっぱり家がいい																	
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"> <tr> <td>【ご本人の気持ち】</td> <td>【医学的見地】</td> </tr> <tr> <td>◆ 痛い</td> <td>◆ 腸閉そくなので</td> </tr> <tr> <td>◆ 眠れない</td> <td>◆ 絶食が必要→点滴</td> </tr> <tr> <td>◆ 絶食なんてひどい</td> <td>◆ 眠れるよう援助</td> </tr> <tr> <td>◆ 点滴は疲れた</td> <td>◆ 転倒の予防</td> </tr> <tr> <td>◆ もう嫌だ</td> <td>◆ 気持ちを傾聴</td> </tr> <tr> <td>◆ 家に帰りたい</td> <td></td> </tr> <tr> <td>◆ 注射 1 本で永眠させてもらいたい</td> <td></td> </tr> </table> <p>→<u>どうしても家に帰る!</u></p>	【ご本人の気持ち】	【医学的見地】	◆ 痛い	◆ 腸閉そくなので	◆ 眠れない	◆ 絶食が必要→点滴	◆ 絶食なんてひどい	◆ 眠れるよう援助	◆ 点滴は疲れた	◆ 転倒の予防	◆ もう嫌だ	◆ 気持ちを傾聴	◆ 家に帰りたい		◆ 注射 1 本で永眠させてもらいたい	
【ご本人の気持ち】	【医学的見地】																
◆ 痛い	◆ 腸閉そくなので																
◆ 眠れない	◆ 絶食が必要→点滴																
◆ 絶食なんてひどい	◆ 眠れるよう援助																
◆ 点滴は疲れた	◆ 転倒の予防																
◆ もう嫌だ	◆ 気持ちを傾聴																
◆ 家に帰りたい																	
◆ 注射 1 本で永眠させてもらいたい																	



	<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	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>
9月5日	主治医訪問診療 <u>在宅死希望</u>
9月6日	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
9月7日	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
9月9日	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>

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	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;">ご本人) 癌による強い痛みあり</td> <td style="vertical-align: top;">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』</td> </tr> </table>	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』
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】 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】 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看てもらえないか</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？



# 医師は詳しく説明し

口から食べられなくなった時、おなかの外から胃に小さな穴を開け、栄養剤を入れる「胃ろう」について取り上げた「胃ろうを考える」シリーズ（10月25日、11月2日掲載）には、長文の手紙やファックスを含め、多くの反響が寄せられた。

## 自責の念

横浜市の女性（83）は「夫を胃ろうにした自責の念にさいなまれていきます」と話す。グループホームに入居していた夫（85）は、昨年12月、肺炎の疑いで病院に運ばれた。以前にも同じことがあり、点滴が終わり次第連れて帰ろうとすると、「検査入院をしてみよう」と言われた。

夫は、鼻から栄養チューブを入れ、チューブを抜くのを防ぐために手パット（手当て）を貼った。胃ろうを介して、口から食べられなくなった。女性には障害があり、自宅での介護はできない。長男が「胃ろうにすれば転院で済む」と医師に説得され、やむなく同意した。女性には「胃ろうが夫にとって一番いいことなんですか」と医師に聞いたら、黙り込んで、「（長期入院させないのは）国の方針だから、（転院のために胃ろうを介して）手紙も複数



だ。は、でも、一に、療、う、と、か、い

# しく説明して



「回復すれば外せますから」と病院で勧められ、認ったが、急激に状態が悪化して亡くなった。妻は「胃ろうが夫に悪いことなんですか」と医師に聞いたら、黙り込んで、「（長期入院させないのは）国の方針だから、（転院のために胃ろうを介して）手紙も複数寄せられた。」

## 命永らえ

一方、埼玉県草加市の女性からは、「脳卒中で寝たきりの夫は胃ろうをつくり、気管切開もしているが、自宅で介護できている。胃ろうのおかげで命を永らえ、口からプリンなどを楽に飲み、食べている。胃ろうだから家に帰れないと思っは、ほしくない」との意見も頂いた。

胃ろうは優れた栄養法で、この女性の夫のように、経口摂取と併用できるなどの利点もある。ただし、胃ろうにしても状態が改善しない人が少なくないことは、認識しておく必要がある。

「胃ろうで良い方向に進んだ人もいます。でも夫は何一つ良くなりませんでした。胃ろうにした後のこと、最悪の場合はどうなるのか、医師は患者・家族にもっと詳しく説明してほしい」（奈良県大和郡山市の女性）。胃ろうに携わる医療者には、こうした声があることを知っておいてほしいと思う。（針原陽子）（次は「がん共生時代 生活の質」です）

## 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

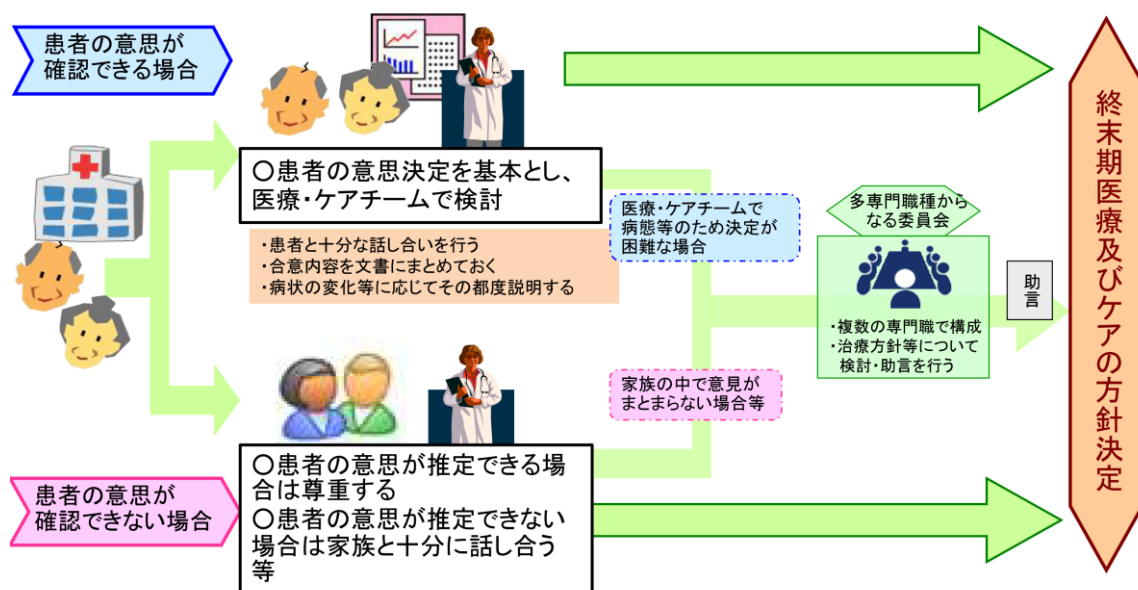
本人の状態	身体機能（自立度）／認知機能 生活における可能な活動 周囲とのコミュニケーション
方針	何を目的とする治療を受けるか ① 人生をより長く ② 快適な日々を ①+②が目指せるか？ ② だけか？
治療による辛さ	どこまで許容するか
受けない治療	もたらす効果にかかわらず、そこまではしない治療

## 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

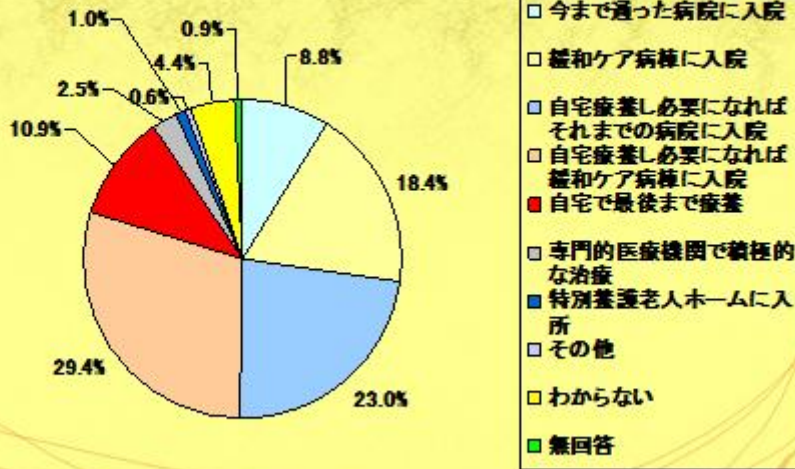
「病気を患い、障害をもったとき、人は生きる  
選択を自ら選ぶことができるのでしょうか？  
人間として尊厳ある生活を送りたい、住み慣れた  
地域の中で家族や友人に囲まれた生き方をしたい、  
そう誰もが願っています。  
でも、病気や障害は、ある日突然、あなたを襲い  
ます。そのとき、医療・福祉・保健をになう人達は  
あなたに最善の道を選ぶための情報を与えてくれる  
でしょうか」

©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 Aizuko Fujita 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 Aizuko Fujita 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

## 「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

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 ビュア

## 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 ビュア

# 父を支えた地域のチカラ



©2013 Atsuko Fujita NPOピユア

14



充実した人生の最期のために

©2013 Atsuko Fujita NPOピユア

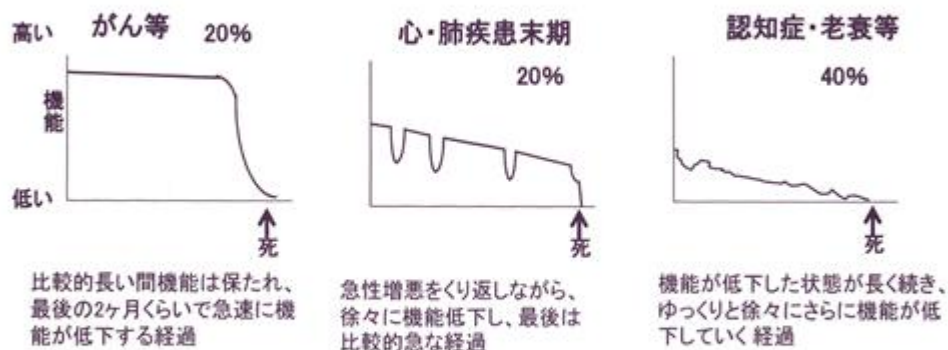
# NHKニュースウォッチ11月12日放映 「がんで、よかった」



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

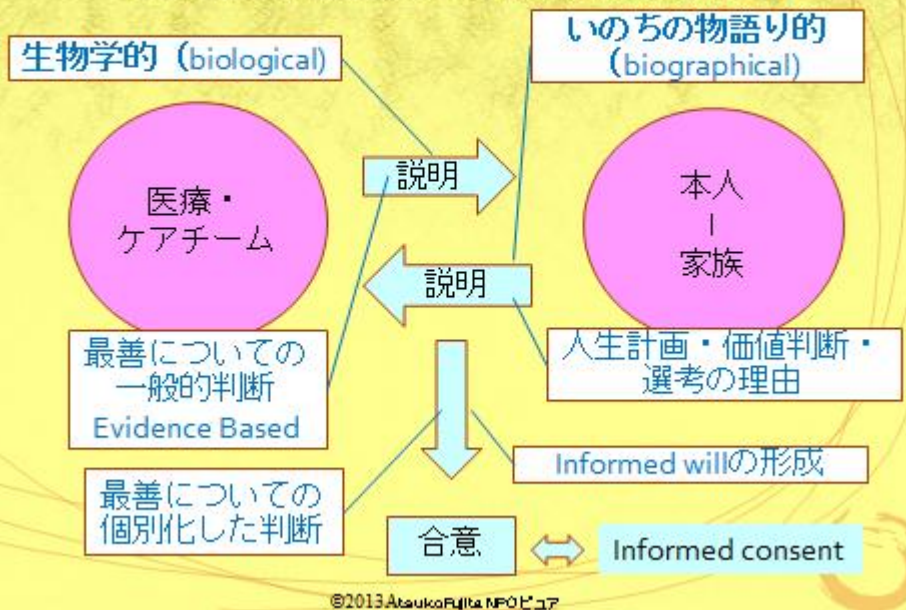
## がんの軌道と非がん疾患の軌道は異なる 疾患群別予後予測モデル



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ピユア



## 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, MPOC 17

## 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, MPOC 17

## がん緩和ケア Q&A

住み慣れた家で  
安心して過ごせるように

### 緩和ケアの利用に向けての チェックリスト

○主な病名・主治医名、病院名

○今はどこにおられますか？  
病院、自宅、施設、その他( )

○がんで介護保険を使えることを知っていますか？  
知っている、使用中( )、知らない

○ご本人が心配に思っていることは？  
不安、痛み、便秘、食欲低下、息苦しき、費財  
仕事、家族への負担、その他( )

○ご家族が心配に思っていることは？  
病状の変化時の対応、費用、家庭内問題  
往診頻、生活変化(掃除・食事・入浴・  
その他( )

○ご本人はどこでずっと過ごしたいですか？  
自宅、病院、緩和ケア病棟  
その他( )

○そこでずっと過ごす時の心配はありますか？

○今一番大事にしたいことは何ですか？

©2013 Aizuko Fujita NPO法人代表

① 具体的に自宅で生活準備をするために相談にのってくれる機関はありますか？

② 千葉県在宅緩和ケア支援センターまたは現在入院や通院をされている病院の医療相談室やがん診療連携拠点病院の相談支援センター、在宅緩和ケアを推進している病院等がありますので、相談をしてみましょう。特殊ながん治療(手術、抗がん剤など)を行うのであれば、症状コントロールなど、入院でも、自宅でも行う事に変わりはありません。具体的な準備はご本人の年齢や状態、自宅の状況にあわせて決まります。介護保険を扱う場合、認定に時間がかかりますので入院時から動くようにしましょう。

#### 病院から在宅への流れ

を受けながら、自分らしい生活をずっと続けるように、徐々に制度が変わって

## 日本人にとっての望ましい死

### 日本人の多くが共通して、大切にしていること

苦痛がない	望んだ場所で過ごす	希望や楽しみがある
医師や看護師を信頼できる	負担にならない	家族や友人とよい関係でいる
自立している	落ち着いた環境で過ごす	人として大切にされる
人生を全うしたと 感じる		

Miyashita M, sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative Study. Ann Oncol 18:1090-1097, 2007

©2013 Aizuko Fujita NPO法人代表

## 【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（ 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 チーパくん

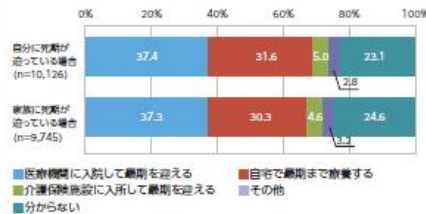
### 1 千葉県の現状について 教えてください。

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/keihatupuroguram.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姿勢について、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制作し、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