

平成 30・令和元年度

地域包括ケアシステム構築検討委員会答申

「これからの福岡県における終末期医療のあり方」

令和 2 年 6 月

福岡県医師会地域包括ケアシステム構築検討委員会

令和2年6月11日

福岡県医師会

会長 松田峻一様

地域包括ケアシステム構築検討委員会

委員長 矢津 剛

答 申

地域包括ケアシステム構築検討委員会では、貴職からの諮問「これからの福岡県における終末期医療のあり方」について鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を取りまとめたので答申いたします。

地域包括ケアシステム構築検討委員会

委員長 矢津 剛

委員 青木 穂高

委員 青柳 明彦

委員 伊藤 純

委員 伊藤 大樹

委員 岩田 定幸

委員 梶間 晃道

委員 菊池 仁志

委員 桑野 恭行

委員 古閑 雅博

委員 権頭 聖

委員 佐伯 俊資

委員 高橋 由美

委員 田中 克尚

委員 辻 裕二

委員 寺澤 正壽

委員 成松 宏

委員 原 祐一

委員 戸次 鎮史

委員 松浦 尚志

委員 松田 晋哉

委員 村松 圭司

(五十音順)

目 次

I	はじめに・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	1
II	終末期医療における患者の意思決定支援・・・・・・・・	2
III	福岡県における終末期医療での問題点とこれからのあり方・・・・・・・・	10
	（１）終末期及び地域の問題点とこれからのあり方・・・・・・・・	10
	（２）難病の問題点とこれからのあり方・・・・・・・・	12
	（３）福岡県における訪問診療の現況・・・・・・・・	15
	（４）高齢者施設における終末期医療・・・・・・・・	16
	（５）救急現場から見た終末期医療の問題点とこれからのあり方・・・・・・・・	21
IV	終末期医療におけるかかりつけ医の役割・・・・・・・・	25
V	多職種（チーム）で取り組む終末期医療・・・・・・・・	28
VI	終末期医療ととびうめネット・・・・・・・・	31
VII	福岡県行政における終末期の取り組み・・・・・・・・	36
VIII	おわりに・・・・・・・・	37
【参考資料】		
参考 1	令和元年度福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況・・・・・・・・	47
参考 2	日本医師会「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP） から考える」・・・・・・・・	64
参考 3	厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関する ガイドライン」・・・・・・・・	68

I はじめに

医学・医療の進歩により、日本は超高齢社会となり、今や人生 100 年時代を迎えようとしている。しかしながら、平均寿命と健康寿命の間には約 10 年の隔たりがあり、この中には本人や家族等が望まないのにも拘わらず、延命治療を受けている方も少なからずおられる。また、高齢者のみならず、がん末期など回復が望めない疾患の終末期でも同様の問題が指摘されている。さらには、福岡県でも高齢者の増加に伴い自宅や高齢者施設で訪問診療を受け終末期を迎える患者さんが増え続けている中、望まない救急搬送も増えており、救急医療現場に過大な負担を強いている。これらの問題を解決するため、過去には事前指示（advance directive、AD や living will、LW）も導入されたが、人の意志は変化することから、その発祥の地でもあるアメリカでさえこれが十分な解決策にはなっていないとの調査結果もみられている。近年は、これらの問題点を解決するためアドバンス・ケア・プランニング（Advance care planning、人生会議（以下「ACP」という））の考え方が導入され、国、日本医師会、各種学会がその普及に努めているところであるが、ACP そのものもまだ進化中であり、医療・ケア現場での実施に際し問題点も多く残されている。実際、本委員会開催期間中にも他県で人工透析中止に関し臨床倫理上の問題も起こっており、終末期医療現場の困難さを物語っている。

今回、松田会長より「これからの福岡県における終末期医療」との諮問がなされた。この諮問に向け本委員会では 2018 年度（平成 30 年度）より、終末期の定義^{注）}から始まり、福岡県における終末期医療の問題点、終末期医療・ケアに関する日本医師会作成ガイドライン¹⁾、厚生労働省作成ガイドライン²⁾の検討、救急医療からみた高齢者の終末期医療、終末期医療におけるかかりつけ医の役割、多職種連携、ICT 等、外部講師も招聘し鋭意議論を重ねてきた。その結果、本答申の中で述べられているように、福岡県でも多くの問題が浮かび上がり、それに対し可能な範囲で解決に向けての提言も行った。

日本では超高齢社会の急速な進行で多死社会が目の前に迫っており、今後は尊厳ある終末期を迎えるためにも、終末期医療から見た医療体制、地域包括ケアシステムの構築が大変重要である。前述のように、現在国は厚生労働省作成ガイドラインを基に「意思決定支援教育プログラム（E-FIELD: Education For Implementing End-of-Life Discussion）」を各地で開催して ACP の普及を図っており、日本医師会も 2019 年度（令和元年度）「終末期医療に関するガイドライン」の改訂版を作成中である。これらも参考にしながら、今後の福岡県における終末期医療を考え、地域に合った医療・ケア体制を整備して行く上で、本答申が一助になれば幸いである。

注)「終末期」の定義に関してその期間など様々な議論があったが、日本医師会の終末期医療のガイドライン 2009³⁾、第 X、XⅢ次生命倫理懇談会答申^{4) 5)}、厚生労働省の人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編⁶⁾等でも述べられているように、「終末期」といっても疾患や状態により「多様」であるため、本稿では基本的に日本医師会作成の終末期医療のガイドライン 2009 に掲載されている下記の定義に従った。

「終末期」とは

(1) 広義の「終末期」(単に「終末期」と表現するときは、これを指す)

担当医を含む複数の医療関係者が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等が「終末期」であることを十分に理解したものと担当医が判断した時点から死亡まで。

(2) 狭義の終末期(臨死状態)

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

参考文献

- 1) 日本医師会作成ガイドライン、第 X V 次生命倫理懇談会 日本医師会 2017 年
- 2) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 厚生労働省 2018 年
- 3) グランドデザイン 2009 日本医師会 2009 年
- 4) 日本医師会第 X 次生命倫理懇談会答申(終末期医療に関するガイドラインについて) 日本医師会 2008 年
- 5) 日本医師会 XⅢ次生命倫理懇談会答申 日本医師会 2014 年
- 6) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編 厚生労働省 2018 年

Ⅱ 終末期医療における患者の意思決定支援

終末期において約 70%の患者で意思決定が不可能になることが知られている。¹⁾ 終末期医療における意思決定支援の方法は、生命医学(医療)倫理学、臨床倫理学、緩和医療学、さらに法律や判例解釈などが体系化され、研究・検証を経て変遷をしながら現在の ACP に至っている。ここでは、医療倫理学、臨床倫理学、患者の意思決定能力の判定基準、事前指定、代理意思決定者など意思決定支援

を理解し実践するために必要な基礎知識を先に説明し、その上で厚生労働省による「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」の要点を紹介したい。

(1) 医療倫理 4 原則と臨床倫理 4 分割法

以下に示す医療倫理の 4 原則は、トム・L・ビーチャムとジェイムズ・F・チルドレスが「生命医学倫理の諸原則」で提唱したもので、医療従事者が倫理的な問題に直面したときにどのように解決すべきかを判断する指針となっている。²⁾

- 1) 自律性尊重原則 respect for autonomy
- 2) 無危害原則 non-maleficence
- 3) 善行原則 beneficence
- 4) 公正原則・正義 justice

自律尊重原則とは意思決定能力のある人については本人の自由意志による決定を尊重することである。この中にはインフォームドコンセント(説明と同意)や守秘義務も含まれる。無危害原則には危害を加えない責務だけでなく、危害のリスクを負わせない責務も含まれている。善行原則では患者の価値観にあった利益のために行うべきとされる。公正原則には医療資源の公正な分配や被害を受けた人に対する正当な補償が含まれる。

この医療倫理 4 原則をもっと実際の臨床現場で使いやすいようにするための工夫として、ワシントン大学の Albert R. Jonsen 博士らによって提唱された臨床倫理 4 分割法がある(図 1 参照)。³⁾「医学的適応」の有無は極めて大切であるが、医学的適応があっても他の 3 項目を無視してよいわけではない。逆に、医学的適応のない治療を患者が希望した場合、医師はこれに応じる義務はないと考えられている。「患者の意向」は医療倫理 4 原則における自律尊重原則にあたる。医師が一方的に医学的に最善を尽くすことを患者が望むはずだと思いこんだり、逆に患者が医師に医学的に最善を尽くしてもらえばよいと思いこむ態度は、パターナリズム(父親的温情主義)と呼ばれ、古い意思決定のやり方と考えられている。「生活の質 Quality of Life (QOL)」は非常に主観的なものであり、特に医師という社会的に有利な立場にある者は、その判断に慎重でなければならない。たとえば医学的に対応能力がないと思われていた脳梗塞の患者が家族と面会した際に涙を流すということはよく経験するし、そのような患者は家族との触れ合いに喜びを感じているかもしれない。第三者の QOL を客観的に判断することは、患者が医学的に明らかな持続的植物状態である場合を除いて非常に困難である。「周囲の状況」の周囲とは、その国の文化・制度・法律、医師・患者以外の利害関係者(患者の家族、病院経営者、医療保険会社)、医療経済というマクロ、有限の医療資源などを指している。

Jonsenの4分割法 Clinical Ethics, AR Jonsen, et al.

医学的適応 Medical Indication (Beneficence, Nonmaleficence) 治療の目標は？ 治療成功の確率は？ 利益と害はどれくらいか？	患者の意向 Patient Preference (Autonomy) 意思決定能力はあるか？ 適切な代行判断者は？ 事前の意向は？ 患者の選択権は最大限に尊重されているか？
QOL Quality of Life (Autonomy, Beneficence, Nonmaleficence) 治療の有無による通常生活への復帰の見込みは？ 治療者のQOLに対する医療者の偏見は？	周囲の状況 Contextual Features (Justice・Equality) 家族や経済的要因は？ 宗教・文化的要因は？ 資源配分の問題は？ 法律上の問題は？ 施設の方針は？

Jonsen AR, et al. *Clinical Ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 6th ed. New York: McGraw-Hill, 2010

図 1

(2) 患者の意思決定能力 Decision Making Capacity

本人の意思決定能力 Decision Making Capacity は以下の 4 項目によって構成される。

- 1) 理解する力 Understanding: 医師の説明を理解できること
- 2) 認識する力 Recognition: 現状と起こりえる結果を認識できること
- 3) 論理的に考える力 Reasoning: 患者個人の価値観に基づいた理由のある決定ができること

4) 選択を表明できる力 Expression: 自分の選択を伝えることができること

認知症、統合失調症といった診断名で患者に意思決定能力がないと判断してはならない。また、3) で述べているように、個人の価値観に基づいた決定であれば医師にとって妥当 (reasonable) である必要はない。よって、立証されていない治療法、特異な宗教など一般社会に広く受け入れられていない信念を持ち続けることは意思決定能力の欠如とはならない。ここでいう意思決定能力とは、法的対応能力を指す適性・判断能力 (competence) とは区別される。

(3) 事前指定 Advance Directive と代理意思決定者 Surrogate Decision Maker

自分が受ける医療について重大な決定をしなければならない時には、もはやその決定に加われない状態になっていることは稀ではない。これに対する解決策の 1 つとして、①事前指示と②代理意思決定者による決定がある。①事前指示とは自分が life-threatening condition となった時にどのような医療・ケアを受けたいかを医療ケアチームに対し事前に指示しておくことである。また、

患者は自分の意思決定能力がなくなった場合に本人に代わって医療に関わる決定を行う②代理意思決定者を事前に指名しておくことができる。事前指定書には①事前指示と②代理意思決定者の2つが文書化されている必要がある。

代理意思決定者による決定は「代理の原則」に従い患者の幸福につながるものでなければならない。代理の原則には下の2つが含まれる。

- 1) 過去に患者が意向を述べていた場合、代理意思決定者は患者の意向についての知識、あるいは少なくとも患者の価値観に基づいて決定しなければならない。
- 2) 患者の意向がわからない、または明らかでない場合、代理意思決定者は患者の最善の利益 best interest を考慮しなければならない。

(4) 効果のない治療 Futility

Jonsen 博士らは、その著書 Clinical Ethics の中で、医療の目標として次の7つを挙げている。³⁾

- 1) 健康を増進し病気を予防すること
- 2) 症状・痛み・苦しみを緩和すること
- 3) 病気を治療すること
- 4) 予期しない死亡を防ぐこと
- 5) 機能の改善あるいは一応安定している患者を教育し相談にのること
- 6) ケアを受けている患者に害がおよばないようにすること

Futility (無益性) は現代臨床倫理学の大切なキーワードであり、上記の医療目標を達成することのできない治療・介入と定義される。

心肺蘇生術 CardioPulmonary Resuscitation (CPR) は急性心停止または心肺停止の緊急事態において行われるテクニックである。「Do Not Attempt Resuscitate」は略して DNAR と呼ばれ、単に DNAR という場合正式には「Do Not Attempt Resuscitate if it is futile.」を意味している。即ち、DNAR であっても必要があれば患者は集中治療室で治療を受けることができるし、気管内挿管することで回復する可能性があれば行うべきかもしれない。DNAR は心肺蘇生術を行うかどうかの決定であり、治療やケアの方針に何ら影響を与えてはならない。

(5) 治療の中止 Withdrawing Medical Treatment と治療の差し控え Withholding Medical Treatment

「治療の中止」とは、いったん始めた治療を途中で中止することである。例えば、カテコラミン持続静注の中止、人工呼吸器換気の中止、人工透析の中止などがこれにあたる。「治療の差し控え」とは、現在の治療は継続するが、それ

以上の追加治療は行わないことである。例えば、低血圧であってもカテコラミン静注を開始しない、高度呼吸不全であっても人工呼吸器換気は行わない、末期腎不全による尿毒症であっても人工透析を行わないなどがこれにあたる。治療の差し控えに比べ、いったん始めた治療を中止することは医療ケアチームにとって心理的ハードルが高いが、臨床倫理学では治療の中止と治療の差し控えの倫理的意義は全く同等とされている。治療の中止はケアの中止を意味しない。治療中止後はむしろ症状緩和に重点をおいたケアが集中的に行われるべきである。⁴⁾

(6) 二重効果 Double Effect

進行性で不可逆性の疾患を有する患者が、これ以上根治を目的とした治療を行わないという決定を行った場合、疼痛治療や緩和ケアがケアの中心となる。激しい疼痛のために大量の麻薬性鎮痛薬の投与や鎮静剤による症状緩和目的鎮静を必要とする場合、呼吸抑制など致死的作用が問題となることがある。このように、患者の利益のために行った医療行為が逆に意図しない不利益を生じることが二重効果と呼ぶ。臨床倫理学では、その治療がたとえ患者の死を早めたとしても、死を意図せず患者の症状緩和を目的とした治療であるかぎり、それは倫理的に正当化されると考えられている。³⁾

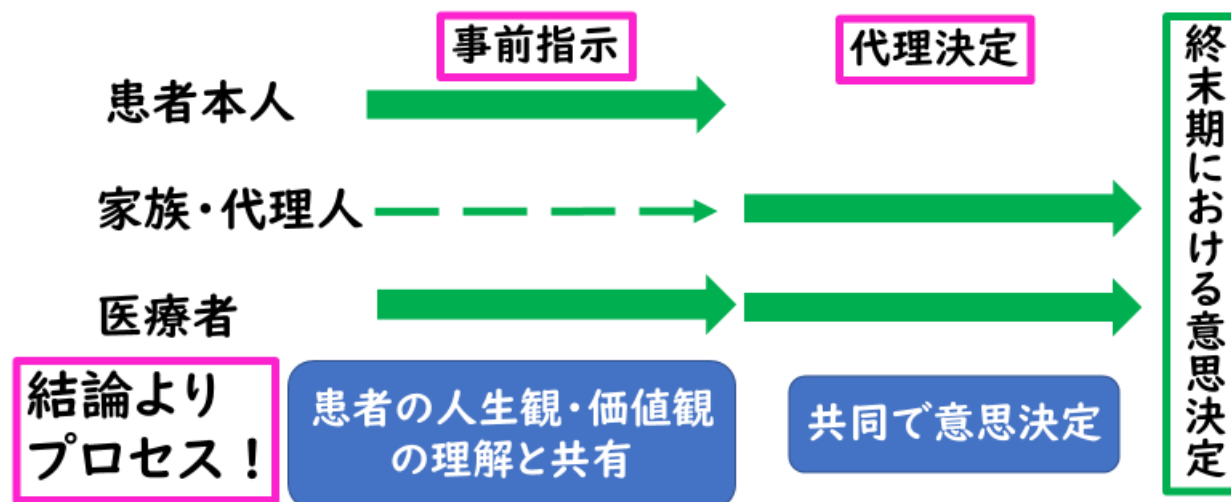
(7) アドバンス・ケア・プランニング Advance Care Planning (ACP) (愛称：人生会議)

ACPには世界的に統一された定義はない。「人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドライン・解説編」では「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義されている。⁵⁾ ACPは患者自身が「自発的」に行うべきプロセスであり、死を前提としたものではなく、あらゆる年齢や健康状態の人が対象となる。^{6) 7)} その内容は身体的なことにとどまらず、心理的、社会的、スピリチュアルな側面を含む。また、医療・ケアの選好や代理意思決定者の選定を文書化してもよい。⁸⁾

図2にACPのイメージ図を示している。患者が一方的に一人で事前指定書を作成したり、患者と家族の間だけで話しをするのは古いACPのやり方である。現代のACPでは、患者にまだ意思決定能力がある状態のうちに患者、家族等と医療ケアチームの3者が患者の意向や価値観を共有することが大切である。また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

Advance Care Planning 事前ケア計画

人生の最終段階で最善の決定を行うための準備・話し合い



Redefining the Planning in Advance Care Planning : Preparing for End-of-Life Decision Making Ann Intern Med 2010;153:256-61

図 2

ACP はタイミングを逃さずに実施することが必要である。早すぎる ACP では、意向は曖昧で、そのたびに変わり、遠い未来に対する仮の選択になってしまう。⁹⁾ ¹⁰⁾ ACP が遅すぎると、実際に生命の危機に直面している患者は話し合うことを避ける傾向（否認）があり、行われなことが多い。¹¹⁾ また、話し合いが行われても、行われる医療行為をするかしないかに限られ、その背景にある価値観や目標が探索されない。¹²⁾

（８）人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン「人生の最終段階における医療ケアの決定プロセスに関するガイドライン」では、以下の４点が強調されている。¹³⁾

- １）医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種 of 医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
- ２）人生の最終段階のいける医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ３）医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ４）生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象

としない。

ガイドラインでは具体的な医療・ケアの方針の決定手続きとして、①本人の意思が確認できる場合と②本人の意思が確認できない場合の2つに分け、さらに②本人の意思が確認できない場合を（②－1）家族等が本人の意思を推定できる場合と（②－2）推定できない場合に分けて図3に示すように記載している。また、合意が得られた場合でも、本人の意思が変化するのを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要である。

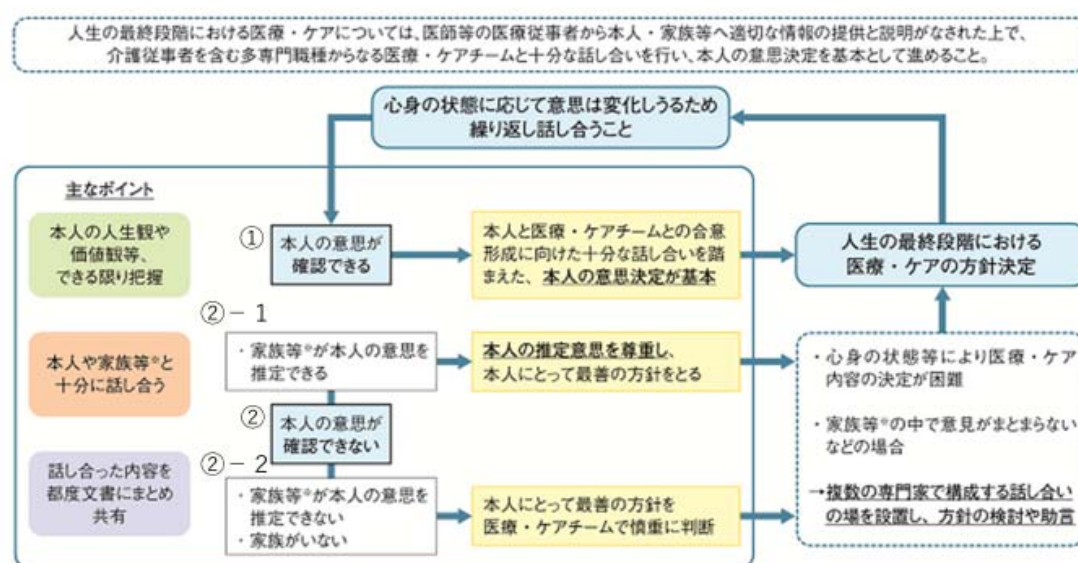


図3

（9）認知症のある人の意思決定能力 Decision Making Capacity への配慮

以下に厚生労働省が出した「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」の要点をまとめる。¹⁴⁾

- 1) 認知症の症状にかかわらず、本人には意思があり、意思決定能力を有することを前提にして、意思決定支援をする。
- 2) 本人の示した意思は、それが他者を害する場合や、本人にとって見過ごすことのできない重大な影響が生じる場合でない限り、尊重される。
- 3) 意思決定能力は、あるかないかという二者択一的ではなく（連続量）、段階的・漸次的に低減・喪失されていく。
- 4) 意思決定能力は、認知症の状態だけではなく、社会的心理的・環境的・医学身体的・精神的・神経学的状態によって変化するので、より認知症の人が決めることができるように、残存能力への配慮が必要となる。
- 5) 本人の意思決定能力は本人の個別能力だけではなく、意思決定支援者の支援力によって変化することに注意すべきである。

6) 意思決定支援者は、意思決定を支援する際には、本人の意思決定能力を適切に評価しながら、以下の適切なプロセスを踏むことが重要である。

- ①本人が意思を形成することの支援（意思形成支援）
- ②本人が意思を表明することの支援（意思表明支援）
- ③本人が意思を実現することの支援（意思実現支援）

(10) まとめ

患者の意思決定支援は、患者の意向を尊重した質の高いケアを実践するために必要である。ACP は意思決定支援のための重要な手段であり、人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセスである。話し合いの結果は文書に残すことが望ましいが、文書化は必ずしも必要とされておらず、むしろ何度も繰り返し話し合うことが極めて大切である。

参考文献

- 1) Silveria MJ, NEJM 2011
- 2) 生命医倫理 トム・L・ビーチャム、ジェイムズ・F・チルドレス 成文堂
- 3) Albert RJ, et al. Clinical Ethics. A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical medicine. 4th Ed. McGraw Hill Health Professions Division, 1998
- 4) JIM Report 米国終末期医療現場からの報告 伊藤大樹、関根龍一 JIM vol 15 no 12 2005 1012-1018
- 5) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会 改訂 平成 30 年 3 月
- 6) www.ncpc.org.uk/sites/default/files/AdvanceCarePlanning.pdf
- 7) J Pain Symptom Manage. 2017 ; 53 (5) : 821-832.
- 8) Ritjens Lancet Oncol 2017
- 9) Bilngs JA, JAMA Intern Med 2014
- 10) Sudore RL, J Health Commun 2010
- 11) Heyland DK, JAMA Intern Med 2013
- 12) Anderson WG, J Gen Int Med, 2011
- 13) 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 厚生労働省 改訂 平成 30 年 3 月
- 14) 認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン 厚生労働省 平成 30 年 6 月

Ⅲ 福岡県における終末期医療での問題点とこれからのあり方

（１）終末期及び地域の問題点とこれからのあり方

この問題が論じなければならないそもそもの発端は日本全体で高齢者人口割合が増え、かつ人口は減少し、特に生産年齢人口、年少人口割合が小さくなるためである。特に 2040 年までは高齢者人口自体も増えると推計されており多死社会を迎えるための準備が急がれるからである。以前から「病院では死ねない時代が来る」といわれてきた。現実、都市部では火葬場もキャパシティを超えようとしている。病院で最後を迎えることができなくても家族に見守られながら自宅で最後を迎えることができればまだ幸せなほうで、いわゆる孤独死といわれる死後数日たって死亡が確認される人も増えている。これは検案事例の増加に現れるはずだが国はなぜか死亡診断書、死体検案書の精査、いわゆる死因調査を簡単には認めていない。ここで第一の問題点であるが、この地域住民の死亡診断書、死体検案書は市役所などの行政に届けているが、これらのデータ分析は自治体の首長から厚生労働大臣に利用申し出を行う必要があり、簡単には市町行政では地域の死因統計は調査できない。どこで最期を迎えたかは公表されているが、その看取られ方の詳細は分からない。医療介護の関与のもと最期を迎えたのか、関わりがあったにもかかわらず、死体検案事例になったのか、あるいは医療介護の関与がなく孤独死を迎え、警察官立会いのもと検死が行われたのか、または事件で死体検案書を発行されたのか詳細は分からない。現在それを知るには地域の看取り数の実態を積み上げ、検案書の数を警察に尋ねるしかないのだが、どれだけの人が医療介護を享受することなく亡くなっているのかが把握できない。これでは地域包括ケアシステムによる医療介護を必要として人数が把握できない。さらには実数の変化が分からなければ地域包括ケアシステム構築の成果があったのかも分からない。なぜ地域でこの多死社会をどう乗り切ろうかというときに正確な死因統計を行政のほうで用意できないのか不思議でならない。調査出来ている地域の報告もあるが、この調査は自治体首長が厚生労働大臣に申し出を行い、それなりの費用をかけて行わなければならない、行政に調査を依頼しても予算がないと断られたことがあり、なかなか簡単なことではない。

第二の問題点は地域医療構想が医療費削減を第一の目的としているのではないかという疑念である。統合再編を含め、全体の病床の推移をみることもなく強引に画一的に進められようとしている。地域医療構想は単に人口減少に応じた必要病床数にあわせるだけでなく、終末期医療に大きな役割を果たしていた療養病床の入院をなくし、その役割を在宅医療あるいは施設入所に移行させようとしていることである。住み慣れた場所で暮らし続け、最期は自宅で迎えた

いのが多くの一の望みであるとされているが、詳細に検討すれば家族の介護あるいは地域包括ケアシステムが充実し、安心して最期を迎えることができるという前提条件つきである。しかし、地域包括ケアシステムがそれなりに充実しても付きっきりの介護ができるわけではなく、一人一人の希望に十分応えることができないのではないのか。介護する側の若年者人口が減るなか、在宅あるいは施設で最期を迎えるよりも医師の常駐する病院で最期を迎えるほうが家族も含め看取る側の負担は少なく、言葉は悪いが「効率的」ではなかろうか。

第三の問題は施設においては受ける医療に限られることである。感染症、慢性心不全であれば適切な医療を行えば回復も期待できるがその診断が遅れると予期せぬ急変につながりかねない。介護施設も増え、認知症患者の受け入れには問題はあるもののその数はほぼ充足してきた。しかし予想されたことではあるが、今度は介護する人手不足のため施設の運営もままならず、小規模の施設は廃止になるところも出てきた。この人手不足を解消するべく外国人労働者の受け入れも検討されている。しかし施設の事故（転倒事故など）による訴訟も問題となっており施設の対応が入居者の家族の期待に十分応えられないこともあると聞く。また施設での虐待報道などもあり、充分手を尽くしてくれていないのではないのかという不信感を抱かれやすいのではなかろうか。このために施設で最期を迎えることに抵抗感をもつ家族も少なからずおり、終末期になって病院への搬送を希望する事例が地域課題の一つとなっている。

第四に身寄りのない人の入院、看取りのケースにどう対処すればいいのかということである。この問題は多職種連携の研修会、協議会、地域連携室の協議会で毎年のように地域課題として議論されており、なかなかこれといった解決策が見出せない。身寄りのない人あるいは家族がいても疎遠で連絡が取れない人の急変時には、隣人あるいは民生委員が救急車を呼び病院に搬送することがある。しかし身元引受人がいない場合、病院が受入に難色を示し、キーパーソンが見つかるまで善意の同行者を病院に留め置く事例もある。本人の意志決定が困難な場合も問題であり、さらには亡くなった場合に病院のソーシャルワーカーが市役所に連絡してもすぐに動けず、代わりに民生委員が後見人でもないのに死亡診断書料、火葬の費用を立替え、埋葬まで代行した事例もあった。生活保護を受けている人であればケースワーカーが動くことになるが、そうでない場合はだれがどう動くべきか明快に説明できる人がいなかった。

2019年（令和元年）5月に「身寄りのない人の入院及び医療にかかる意思決定が困難な人の支援に関するガイドライン」が「医療現場における成年後見制度への理解及び病院が身元保証人に求める役割等の実態把握に関する研究」班により発表された。支援の対象は身寄りのない人に加え、家族や親類に連絡のつかない状況にある人、家族の支援が得られない人とされ、医療機関が求める

身元保証、身元引受等の機能、役割は1) 緊急の連絡先に関すること、2) 入院計画書に関すること、3) 入院中に必要な物品の準備に関すること、4) 入院費等に関すること、5) 退院支援に関すること、6) 死亡時の遺体・遺品の引き取り、葬儀に関することが考えられる。このガイドラインでは具体的対応を本人の判断能力が十分な場合、判断能力は不十分で成年後見制度を利用している場合、判断能力が不十分で成年後見制度を利用していない場合の三つのケースを想定して述べている。私たちの多職種による協議の場で問題になるのはこれらのケースであるが、このガイドラインに従っても迅速に対応できない場合や、公的支援を得るまでに時間がかかることがあるとされている。しかしこのガイドラインを多職種で共有し、それぞれの役割を熟知すれば身寄りがないことを理由に入院を拒否し、死亡時に右往左往することはなくなるであろう。またこうした事例の相談窓口を一本化する必要があり、行政や地域包括支援センターがその役割を担うべきではなかろうか。行政の管轄する民生委員は地域内の要支援者を事前に把握している。民生委員のもつ情報を多職種のネットワークで共有することができればいいのだが、彼らにも守秘義務があり前もっての情報共有は条例の変更が必要とのことである。しかしこの情報をもとに、事前にガイドラインに示されているような6項目の身元保証や身元引受人等に求められている機能役割を明記した支援シートのようなものがあればいざというときに役立つのではないだろうか。

以上これまで飯塚医療圏で行われてきた多職種による協議会で提起された問題を列記したがこの他にいろいろと挙げられている。職種間の誤解等による連携の齟齬や不備は繰り返し行われてきたグループワークで解決されたが、ここに挙げた問題は現場だけでは解決できないことであり、法的整備も含め上のレベルで検討を要するものと考ええる。

(2) 難病の問題点とこれからのあり方

1) 難病における終末期医療の考え方

難病(本項では主に神経難病を示す)は、治療困難で進行性に増悪し、死に至る病が少なくない。このような疾患は、終末期の定義が明確でなく、病名の診断がついた時点より、終末期医療を観点に置きながら、その対応を行っていく必要がある。治療は困難であっても、対症療法やケアによってQOLを少しでも高めていく努力が必要となる。一般的には、終末期の緩和ケアには、予後予測、意思決定支援、対症療法による緩和措置などを考えていく必要があるが、難病の場合もがんの緩和医療と共通した考え方が必要である。

とりわけ、難病の長期にわたる臨床経過では、支援していく時期「支援期」とターミナルの時期「終末期」に分けての対応が必要となるが、その時期的な

区分けは容易ではない。しかしながら、どの時期においても「緩和ケア」という発想の下での対応は必要であろう。「維持期」においては、機能維持と不快からの救済が主になり、その後の「終末期」に向かってできる限りの QOL の向上に努めていくことが大切である。特に最近では、ALS（筋萎縮性側索硬化症）などの非がん患者に対する緩和ケアは重要視されている。難病の「終末期」においては、医療処置の選択に関する意思決定の確認が重要であり、長期にわたる病気のプロセスの中で段階的に意思決定支援を進めていくことが大切であろう。

2) 難病診療における在宅医療の必要性

難病は、予後不良で、緩徐進行性で経過が長く、受け入れ施設や病院が少なく、必然的に在宅療養を強いられる場合が多い。さらに、患者本人も在宅療養を望むケースが多く QOL の維持のためにも在宅療養が望ましいと考えられる。しかしながら、現実には介護の困難さや人工呼吸器装着による医学管理の問題などより厳しい在宅療養を強いられる場合が多く、その療養環境は改善されてきているとはいえ未だに様々な問題がある。その疾患の特殊性より、特に問題になることとしては、①身近に相談相手がない、②専門医や専門ナースが不足している、③急変時の受け入れ先の確保が困難、④医療度が高いため高度な介護技術が必要、⑤主たる介護者は、家族となる場合が多い、⑥介護者の休息がとりにくい状況にある、⑦無理な介護・介護の長期化による在宅破綻の可能性がある、⑧ALS 患者等の長期入院受け入れ可能な施設が少ないこと、などが挙げられる。一口に在宅療養といってもその介護者の多くは配偶者や子供などの家族による介護となる場合が多く、喀痰吸引などのケアの手技や医療材料や介護のための費用の問題、心理的・精神的負担の問題など自らが解決して行かなければならない問題が山積されている。そのため、難病患者の在宅療養には、患者のみならず介護者のケアが必須である。そして、在宅療養における包括的ケアを円滑に推進するためには、専門的医療、在宅往診医、訪問看護師、後方支援病院・レスパイト入院施設の確保、長期療養先の確保などが重要になる。そして、それらを十分に機能させるためにはなにより、各体制の円滑な連携が必要である。専門医療としては、在宅療養の中では、喀痰吸引、人工呼吸器、酸素療法、胃瘻などによる栄養管理、持続導尿や自己導尿などの医療行為が必要となる。そのため、訪問看護ステーションやヘルパーなどによる 24 時間体制での支援が必要となる場合が多い。さらに、在宅療養に関しては、医療のみならず介護保険によるサービスを理解しておく必要がある。

3) 難病の終末期における諸問題の解決策

①多職種連携によるチーム医療

難病医療の場においては、医師、看護師のみならず、リハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカー、薬剤師、歯科医、ケアマネジャー、訪問介護などさまざまな専門職種による包括的チーム医療が必要とされる。さらに、疾患が長期にわたるため介護者、ならびに患者自身の協力も必要となる。

②緩和ケア

難病の中でも ALS を中心とした神経難病の緩和ケアは重要視されている。病状が進行する中で胃瘻や人工呼吸器の装着などの医療処置の選択および終末期ケアに対する対応が必要となり、医療処置の選択に関する意思決定の確認が重要である。その上で、患者自身の十分の理解の下、呼吸苦や疼痛、不穏などの苦痛症状を積極的に緩和することが必要である。苦痛の緩和には、非侵襲的人口換気（NIPPV）、在宅酸素療法や抗うつ薬、向精神薬、さらにはオピオイドも使用される。特に在宅での終末期ケアに関しては、随時の往診、訪問看護による患者・家族の精神的負担の軽減が必要となる。

③レスパイトケア

難病患者の在宅療養には、一時的な入院、入所により介護負担軽減や患者の全身状態を観察するためのレスパイトケアが必要である。レスパイトケアを円滑に行うためには、医療・介護・福祉機関の円滑な連携と多専門職種によるチーム医療体制が必要である。

④在宅療養難病患者の急変時受け入れ体制の構築

在宅療養患者の場合、誤嚥性肺炎や尿路感染症、呼吸不全など様々な合併症に見舞われる場合が多いが、急変時における後方支援病院の確保は必要である。できれば病院専門医との併診により、日頃より病状を評価しておくことが望ましい。

⑤病診、病病連携

難病はその疾患の特異性より、大学病院などの専門病院で診断される場合が多く、長期的なフォローに関しては地域の支援病院が行う場合が多い。特に病状が進行した場合、通院が困難となるケースが少なくない。長期的な医療支援では専門病院から地域の病院、診療所への円滑な移行がその後の在宅療養を行う上で重要である。さらに、在宅療養が困難な場合は、長期的に療養できる病院・病床の確保が必要となる。

⑥医療介護連携

サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどの介護施設も在宅療養の在り方の一つである。この場合介護施設と訪問診療医、支援病院間との連携が必要となる。

⑦地域支援ネットワーク

難病患者を在宅で長期にケアできるかの最大のポイントは、地域支援ネットワークと在宅ケアシステムの構築である。在宅診療を円滑に行うためには、一人の患者を包括的にみるために患者を取り巻く在宅での医療・介護の連携ネットワークが大切になってくる。

4) まとめ

難病患者の終末期医療を支えるためには、在宅医療を視野に入れた、病院や介護施設間でのネットワークによる円滑な連携診療が必要である。また、多専門職種でのチーム医療による総合的支援や在宅介護者の救済や患者病状評価のために短期入院、入所であるレスパイトケアを有効に行うことも望ましい。難病は、難治性進行性であり、病初期から延命処置の選択の問題、心理的サポートや緩和ケアという考え方を念頭にした診療を行っていくことが必要である。そしてさらに、行政機関、保健所、福祉事業所などの公的機関との円滑な連携による広域な在宅神経難病患者支援ネットワーク体制を構築していく努力をしていかなければならない。また、在宅医療が困難な場合のために療養型病院や対応可能な介護施設などでの長期療養も検討する必要がある。

参考文献

- 1) Ian Maddocks, et al: 神経内科の緩和ケア - 神経筋疾患患者への包括的緩和アプローチの導入 - .メディカルレビュー社: 2007 年
- 2) 菊池仁志. 在宅療養の現状はどのようになっていますか? 運動ニューロン疾患 青木正志編. 中外医学社 p149-155, 2017

(3) 福岡県における訪問診療の現況

福岡県では、2012 年度（平成 24 年度）より福岡県保健医療計画における在宅医療分野を実行する際の基礎データとすることと、過去の調査結果と比較し取り組み状況等の変化を把握するため、県下の在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）に対し調査を行っており、2017 年度（平成 29 年度）からは本会と合同で在宅時医学総合管理料（在医総管）・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）届出施設まで対象を広げ調査を行った（参考資料参照）。

その結果、2019 年度（令和元年度）7 月 1 か月の訪問診療を受けた患者数は約 34,000 人であり、毎年 1,000 人を超える患者数増加を示している。これと、国が地域医療構想策定に際し示した、2013 年度（平成 25 年度）の NDB からの訪問診療数推定値 27,679 人およびその後の人口推計から算出された 2025 年度（令和 7 年度）の推計値 41,825 人を参考とした推計値を比較すると、福岡県では国

が示した数字にほぼ一致する形で訪問診療が広がっていることが示された。そしてその中身を見てみると、在宅医療＝自宅と思われがちであるが、自宅での訪問診療は全体の約 1 / 4 であり、年々その割合は下降してきている。代わりに老人ホーム等の高齢者用住居、介護保険施設（特別養護老人ホーム）での訪問診療が徐々に増え現在は全体の 3 / 4 となっており、福岡県における在宅医療の首座は高齢者関連施設となっている。在宅看取りも訪問診療の拡大に伴い確実に増えてきているが、2018 年度（平成 30 年度）調査より高齢者関連施設での看取りが、自宅での看取りを追い越した。国は国民の多くが最後まで自宅で過ごしたいと願っているとおり、病院で亡くなるのはあたかもその人の尊厳が損なわれるかのように言われる。しかしながら、福岡県民へのモニター調査でも、約 6 割弱の人が、自宅で亡くなりたいと思っているが、そのうち約 6 割弱の県民は、経済力や介護力不足で実現は困難と考えており、現在の訪問診療の場所の広がり方もこの思いに沿ったものと考えられる。ただ、本委員会でも議論され、福岡県以外でも問題となっている「望まない医療」の高齢者施設での増加、さらには介護職不足が急速な進行で、箱物ができてもしっかりに質が担保されない高齢者施設が増え、場合によっては倒産・閉鎖により高齢者が行き場を失うなど問題も山積しており、在宅医療は地域医療構想ともしっかり連動して整備していくべきである。

一方、地域別の訪問診療の実情を見てみると、福岡、北九州、筑豊、筑後各地方の中心地周辺の医療圏での訪問診療増加が目立ち、逆にその周辺地域では国の予想よりその伸びは緩やかであるなど地域差が目立っていた。その理由は、今回の調査で明らかになったことであるが、医師や医療機関の偏在はもとより、高齢者施設の整備状況、地理的要因など複数の要因により、いわゆる「住み慣れた地域」外の医師による訪問診療や、住所はそのまま患者が「住み慣れた地域」外へ移転して訪問診療を受けている患者が全体の約 14% に上っているための結果であり、今後の整備計画に反映される必要があると考える。さらに、2018 年（平成 30 年）の福岡県内の人口移動状況を見てみると、特に福岡都市圏で 65 歳以上の人口流入超過、逆に他の地域では流出超過となっている。このことは、高齢者がまさに「住み慣れた地域を」福岡都市圏に移していることを示しており、高齢者の地域包括ケアシステムの整備は、町づくり計画と一体となって考えなくてはならないことを示唆している。

（４）高齢者施設における終末期医療

１）高齢者の住まいについて

高齢者が終末期を過ごす住まいは自宅以外にも多様な場所がある。医師が常勤している介護医療院から自立型の健康型有料老人ホームまで医療必要度や・

要介護度・経済的負担能力に応じて選択されている。

県内の居住系の高齢者向け住まいは 58,275 室でサービス付き高齢者住宅と住宅型有料老人ホームが増加している。介護保険施設は 42,125 床で特別養護老人ホーム（以下特養）は増加しているが療養型病床は減少している。（2019 年（令和元年））

介護療養型病床や介護老人保健施設、介護医療院は医師が常勤しているため医療的には一般病床に準じている。この稿では医師が配置されていない特養や認知症対応型グループホーム（以下グループホーム）、有料老人ホーム、サービス付き高齢者住宅等を想定して記述する。特養やグループホームの入居者の平均年齢は 80 歳代後半である所が多い。

2) ACP などの意思決定について

福岡県訪問診療調査では、ACP を実施している医療機関が 54%（546/1,010 医療機関）である。厚労省調査では特養では 38.7%で ACP が実施されている。ACP の実践は手間がかかり、新しい概念でもあるため回答者が理解したうえで実行されているのか検証が必要と思われる。

特養の入所条件は原則として要介護 3 以上であり、身体的には車椅子レベルで自操自走ができない状態である。認知症では行動心理症状があり意思の疎通に支障をきたしていることが多い状態である。

入所時点での意思決定が可能であるかどうか重要であるが、特養に入居時にはかかりつけ医から配置医師へ主治医が変わる。そのほかの高齢者の住まいも入居と同時に主治医が変わることが多い。そのため、外来初診時の初対面で患者や家族と ACP を開始するのは容易ではない。しかしながら、「この患者が 1 年以内に亡くなっても私は驚かない」状態であるので、本来は ACP を開始すべき時期ではある。入所後に肺炎などの感染症、骨折・心不全増悪などで入院となり、回復し帰設した時が ACP 開始の時期として受け入れ易い。しかしながら施設からの最初の入院で死亡するようときもあるため、入所時に事前指示書の提出を求める施設が増加している。特養では 1～2 週毎に配置医師が訪問する程度である。安定期の ACP には医師以外の施設の看護・介護スタッフに関わることが多く、医師が直接 ACP に関わることはまれである。全身状態が悪くなるなどで延命治療の判断が必要な時や入院治療の判断をするための病状の説明が必要な時に医師の出番になることが多い。

3) 終末期までに受ける医療

国の統計では特養の平均在所日数は 1,475 日（約 4 年）で、63.7%は特養で亡くなる。

その間に受ける医療は服薬管理 58%（看取り期 45%）、以下%を略す、経管

栄養 6（5） たんの吸引 21（45） 酸素療法 6.4（20.8） 点滴 13.4（33.4）である。しかしながら、自然にまかせて経管栄養や点滴を差し控えることによって、吸引の回数が減らすことができ不要になることもある。新たな酸素療法は有用ではないことは看取りの経験の多い医師の間では共有されていることである。

答申に向けての議論の中で、症例が提示された。90 歳代の認知症患者が急性期病院で心筋梗塞治療後に食事をしなくなったため経鼻経管栄養となった。チューブを抜き暴れるため抑制をされていたのを、患者家族の要請（患者は以前より延命処置を望んでいなかった）に応じて元の施設主治医が、経管栄養を中止し、施設に戻し、自然の飲食に任せ 2 週間後に看取りをしたことを報告した。施設に戻ってからは暴れることもなく穏やかに最期の日々を家族とともに過ごした。このケースに対して、ある委員から「安楽死ではないか」との意見が出たが、患者・家族が事前に希望していたことであり、ACP の実践として施設での主治医として当然の役割とも考えられる。延命治療の中止や差し控えに関しては医師の間でも意見の相違があることは事実である。「安楽死」「尊厳死」などの定義の共有も不十分である。

4）看取りについて

県内における訪問診療は高齢者住宅 65.4%、自宅 25.2%、介護施設 9.2% に対して行われている（2019 年（令和元年））。県内の在宅看取りの総数（3,897 人）のうち、看取りの場所について回答のあった 3,867 人についてみると、場所は高齢者住宅 42%、自宅 46% 介護施設 13% である（2019 年（令和元年））。2012 年（平成 24 年）の 1,721 人に比し倍増している。高齢者住宅と特養が増加していることから、高齢者施設が今後の終末期医療や看取りの場所の中心となっていくことが推測される。2012 年（平成 24 年）の国の統計では 100 床当たりの年間看取り数では、医療療養病床 47、介護療養病床 23、老健 5.8、特養 9.9。2016 年（平成 28 年）の高齢者施設での死亡率は全国平均 8.6% であるが、福岡県は 5.5% である（自宅は全国 12.7%、県 9%）。県内の病床数は人口 10 万人当たり 1,744 床（全国 1,268 床）であり、病院死が多い一因と思われる。

厚生労働省が提出した「2015 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」によると、特別養護老人ホームの 76.1%、老人保健施設の 64.0%、介護療養型医療施設の 81.9% が「終末期に入った入居者に対して看取りを行っている」と回答している。2016 年（平成 28 年）本会の調査では特養での看取りは 67% で全国に比し少ない。配置医師等が施設での看取りに協力的ではないために看取り搬送をしている施設もあり、医師に対する看取りの啓発や診療体制の調査および改善が必要と思われる。

5) 救急搬送

施設で急変が起こった場合に介護スタッフが初動にあたるのがほとんどである。呼吸停止は見た目でも判断可能かもしれないが、心停止の判断は困難である。

DNAR 指示は、日本集中治療医学会の「Do Not Attempt Resuscitation (DNAR) 指示のあり方についての勧告」によると「DNAR 指示は心停止時のみに有効である。心肺蘇生不開始以外は集中治療室入室を含めて通常の医療・看護については別に議論すべきである」と記載されている。また、「DNAR 指示のもとに心肺蘇生以外の酸素投与、気管挿管、人工呼吸器、補助循環装置、血液浄化法、昇圧薬、抗不整脈薬、抗菌薬、輸液、栄養、鎮痛・鎮静、ICU 入室など、通常の医療・看護行為の不開始、差し控え、中止を自動的に行ってはいけない。」と記載されている。事前に ACP から DNAR を指示されていたとしても急変時に心肺停止を施設スタッフが判定し、蘇生をしないことを選択することは難しい。蘇生をしながら家族や主治医に連絡して、家族が同意して主治医が死亡診断するまでは蘇生を継続せざるを得ない。主治医が来設できない場合は救急搬送となる。

ある事例が提示された。特養において急変事に事前意思がはっきりしないために施設職員が蘇生を試みたが不能で主治医が来設後に死亡を確認した例において、事後に患者家族から救急搬送をしなかったことに対してのクレームから訴訟を起こされた。若年人口が減り、介護職員のなり手が減少している中で、クレーム対応や訴訟対応は離職に繋がるため介護現場は疲弊し崩壊の危機にある。

救急搬送に関しては「予測できる終末の状態で、DNAR であり、救急搬送は望まない」ことが判明していなければ、心肺停止のような状態を発見した場合に施設側は救急搬送を依頼せざるを得ない。

県訪調査で「訪問医師の看取り意向に反して望まない救急搬送をされた」回答が 119 人の訪問医師から報告されたが、上記のようなことも考慮される。

委員会において産業医大救急医学の真弓俊彦教授より高齢者の救急搬送についての報告があった。DNAR の意思確認は特養や老人ホームにおいて約 90% が確認されているが、ショートステイやデイサービスにおいては約 90% が確認されていない。DNAR が確認されていても心肺停止時には特養 20%、老人ホーム 60%、ショートステイ 80%、デイサービス 80% が救急車を呼んでいる。終末期類似状態（がんや臓器不全の末期、寝たきり、意思疎通不能、胃ろう等の重度フレイル）では救急搬送後に自己心拍再開が得られても全例 9 日以内に死亡していた。

6) 特別養護老人ホームの配置医師について

2015 年（平成 27 年）に本会により介護老人福祉施設（特養）における医療体制アンケートが行われ、配置医師 519 人に送付され 213 人（41%）が回答した。

特養は 1963 年（昭和 38 年）に制度化された。当初は自立に近い方が多く入所しており、医学的にも安定し手のかからない状態での診療として配置医師制度もスタートした。2000 年（平成 2 年）に介護保険が施行されたことに伴い要介護 1 以上、2014 年（平成 26 年）より原則要介護 3 以上しか入所できなくなった。2011 年（平成 23 年）の入所者の平均要介護度は 3.89 まで上昇している。要介護度 3 以上ともなると医師に 24 時間 365 日の対応が求められる。

しかしながら、配置医師は初診料・再診料・指導料・管理料・往診料は算定できず、処方箋料のみの算定しかできない。担っている医療行為は在宅医療における「施設入居時等総合管理の 10 人以上の状態」となると遜色は無い。

アンケートの結果では県内の特養 205 施設中、往診 158 看取り 137 夜間休日電話相談 173 の施設で配置医師が対応している。

現状では配置医師は特養とは常勤 9%非常勤職員 73%医療機関単位 15%の雇用関係で給与として包括払いの形となっている。原資は特養を運営する社会福祉法人の介護保険収入である。

年齢と月額契約金額は月当たり 20 万円代が最も多く、ついで 20 万円以下となっている。年齢的には 60 代が最も多く、ついで 50 代、40 代となっている。まとめると、多くは 40～60 代の医師に 20 万円前後の支払いの状況であった。

1 週間の訪問回数は週 2 回の訪問がもっとも多く、ついで 1 回の訪問であった。年齢階級別に見ても各年代とも週 2 回の訪問が最も多かった。中には週 5 回以上の訪問を行うケースも見られた。

もしも特養への訪問診療が医療保険請求できるとしたら、在宅療養支援診療所（強化型ではない）の医師が行う在宅医療では、月 2 回の訪問診療を行っている場合の単一建物診療患者が 10 人以上の場合は一人 1,000 点と、在宅患者訪問診療料（同一建物居住者 213 点）が算定されるので、一人当たり月に 1,426 点の請求ができるはずである。

各施設での入所者数が不明なので一人当たりの報酬を出すことはできないが、最も定員が少ない地域密着型（定員 29 人）が 39 施設、より定員が多い広域型が 166 施設であることを考慮すると、かなり低額の報酬で契約されている実態がある。在宅医療と同等の対応を要求されている現代においては契約の見直しが必要と考えられる。

7) まとめ

独居や高齢者のみの世帯が増加する中で、高齢者施設が終の棲家として増加している。

施設での終末期医療をより充実させるためには、救急対応・看取りマニュアルの普及・施設職員の教育・配置医師等の待遇の改善と看取りへの協力の促進などが必要と思われる。

(5) 救急現場から見た終末期医療の問題点とこれからのあり方

1) 救急の現状

この10年の全国レベルでの救急車出動件数は毎年右肩上がりが増えてきている。しかも搬送される人数の大半は65歳以上の高齢者で占められており、重症度でみると中等症（3週間以内の入院を要するもの）、軽症（入院加療を必要としないもの）の増加が顕著である。この要因は高齢者人口の増加のみならず、核家族化による高齢者福祉施設入所者の増加に加え高齢者福祉施設からの搬送要請が増加しているためと考えられている。福岡県における消防本部別の搬送件数の動向でも搬送件数増加に関しては同様のことがいえる（図4）。2016年（平成28年）の救急搬送件数は23万人でこの10年で4万2千件増加している。とくに都市部での搬送件数が増加しており、福岡市で2万2千件、北九州市で約1万件と、この4万件のうち3万件がこの2大都市の搬送件数増加に拠っている。救急搬送における高齢者の割合増加傾向は飯塚医療圏（飯塚市、嘉麻市、桂川町）においても同様で、1999年（平成11年）を境に65歳以上の搬送件数が65歳未満の成人の搬送件数を超えている。2018年（平成30年）の集計では実に66.3%が65歳以上の高齢者であった。しかし、搬送件数は限界といわれていた1万件を何とか超えない状況がこの数年続いている（図5）。ただ、飯塚医療圏においても高齢者人口実数はまだ減少局面にはなく、その主因は65歳未満の若年者人口が減少しているためと考えられる。次に施設からの搬送や看取りのための搬送が果たして増えているのかについて注目してみた。当初、飯塚医療圏においても看取りのために高齢者福祉施設からの搬送が増えているのではないかと考えられたが、死亡重症の搬送件数は増えておらず、むしろ減少傾向にある（図6）。これはこの地域では看取りのために施設から搬送される件数は意外に少なく、施設内での看取りが増えていることが伺える。実際、介護福祉施設からの搬送件数は増えているものの全体を押し上げるほどの増加は見られていない。増加する高齢者救急においては中等症の搬送が大部分を占めるが、その要請元は高齢者施設よりも病院、診療所が多く、医療施設からの転院搬送増加が主因となっている（飯塚消防本部調べ）。これは飯塚病院救命救急センターにおいて紹介状のない患者からは選定療養費をとるよう

になったためではないだろうか。入院を要するような救急患者であっても救急車を呼ばずに、まずは一般病院、あるいはかかりつけ医を受診し、その病院、かかりつけ医でトリアージが行われ、高次病院への転院搬送が要請されているか、救急隊の判断で他の救急告示病院等に一旦搬送したものの高次病院搬送が必要と判断された場合が考えられる。救急搬送件数増加に応じて救急車の台数、救急隊員の増員を行えばいいようなものだが、救急に従事する若年者人口の減少などもありことは簡単ではない。救急車の適正利用という観点から、終末期の救急搬送にも不要な要請があるのではないかということが、終末期医療における救急の課題のひとつとなっている。

2) 救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討

救急要請があり病院搬送に際して心肺蘇生が必要な場合は、救急隊は在宅の高齢者であれ施設にいる高齢者であれ、ためらうことなく心肺蘇生を行い病院に搬送する。あきらかに死亡しているときは搬送せず警察に連絡することになっているが、問題は患者が心肺蘇生を望んでいないことをまわりに伝えていたにも関わらず、家族あるいは介護職員に病院搬送を要請された場合である。この場合いくつかのケースが考えられる。

① かかりつけ医等に連絡がとれず家族、施設の職員の判断で二次、三次救急病院へ看取りのために搬送を要請する場合

かかりつけ医に連絡がとれたとしても

② かかりつけ医である入院機能を有する主治医の指示で自院への搬送を要請する場合

③ かかりつけ医等の家族、施設の職員への指示で他の救急病院へ搬送を要請する場合

④ 家族、施設の職員が救急搬送を要請したあとに主治医に連絡がとれ、看取りに行くから搬送をやめるよう指示がある場合

現場での心肺蘇生実施の問題に関して消防庁の検討報告（平成 30 年度救急業務のあり方に関する検討会報告書）が発表された。報告書の中では、この問題はすでに地域課題として各地で検討されており、平成 30 年（2018 年）7 月時点で全国 728 消防本部のうち 332 消防で対応方針を定めていることが記載されている。そのうち 60%は心肺蘇生を拒否する意思表示が伝えられても心肺蘇生を実施しながら医療機関に搬送する対応方針としており、30%は④のような場合、医師の指示で心肺蘇生を実施しない、または中止する対応方針としている。この対応が分かれる要因として、救急隊は救命を役割としており、死亡確認あるいは看取りのための搬送は救急業務外であるという考えが基本的認識とされているが、近年の ACP において本人の終末期に対する考え方は尊重

されるべきという認識も広がっていることが挙げられる。

ただ、心肺蘇生をしないケースにおいてもいろいろ解決すべき課題が浮上している。まず、誰が心肺蘇生中止あるいは実施しないことを指示するのかということで、かかりつけ医の指示であるとしても、そのかかりつけ医が人生の最終段階における医療ケアに携わっている主治医なのかどうかの判断はどうするのか。その終末期にかかわっているかかりつけ医と連絡が取れない場合メディカルコントロール協議会で定められた救急隊に指示をする医師（MC 医師）にその判断が可能なのか。次に指示を出すべきかかりつけ医等に連絡が取れてもその医師の到着に時間がかかる場合に救急隊は待つのか、あるいは患者をそのままにして退去するのか。不測の急変時に、終末期だから心肺蘇生は不要という到着前の主治医の判断が正しい判断なのか。心肺蘇生をおこなわないまま搬送する場合、看取りは搬送先の初見の医師が行えるのか。これらの問題は施設における救急または看取り体制の整備や、かつ地域のメディカルコントロール協議会、地域包括ケアシステム協議会あるいは医療介護連携のための協議の場でのコンセンサスを得ることが必要であり意見交換を通じて対応方針を決めていくことが重要となるとされている。

3) 病院の救急車受入体制

病院の救急車受入体制にも問題が噴出している。まず地域医療構想による病床数削減と二次輪番制の形骸化である。地域医療構想についての問題は別項に譲る。

飯塚医療圏において夜間の二次救急は本来二次輪番に当たった病院が入院医療の必要な救急患者を受けるように制度設計されていた。しかし、飯塚病院の救命救急センターが軽症患者から救急車受け入れをほとんど全部受けるようになり、やがて二次輪番制は形骸化し、その本来の役割がほとんど忘れられ、二次救急患者の救急車の受け入れは飯塚病院救命救急センターか二次輪番とは関係のない病院が随時受けるようになっていった。しかし、最近高齢者の搬送が増えていることと、働き方改革によりマンパワーが不足してきたことで飯塚病院の救命救急センターの受け入れ能力は限界を迎えており、一次から高次までの地域の救急体制の見直しが迫られている。

夜間の軽症患者は飯塚医師会運営の急患センター（平日 19 時から 21 時まで、土日休日は 18 時から 20 時まで）か、救急告示病院などの受け入れ可能な病院受診あるいは翌朝の受診を勧め、二次救急は二次輪番病院を含む他の病院で受け入れるような制度の復活、および調整を医師会に要請されている。地域の医療体制を劣化させないためには新たな救急体制の確立が必要であり、現在飯塚圏域では現行の二次輪番制度の見直し、連携の在り方の見直しについて地

域の全病院関係者、消防、行政で協議している。

現時点では二次輪番病院がいきなり救急車搬送を受け入れることはマンパワー、医療設備からみて困難であり、また、高次病院への搬送を希望する家族も多く、ほとんどの二次輪番病院は直接受け入れを躊躇している。しかし、救命救急センターで診察、諸検査を行ったうえで重症度の判断をし、他の病院での入院が妥当と思われる患者を二次輪番あるいは救急告示病院に「下り搬送」するシステムなら、二次輪番病院等にも受け入れられるのではないか。また、救急隊にとっても本来の業務ではないとされる「下り搬送」を行うことで受け入れ先を探す手間が省け、搬送時間も短縮されるのではないだろうか。

また、終末期医療において問題の在宅医療、施設入所者については、飯塚医療圏では5つのブロックに地域を分割し、それぞれに医療介護の連携拠点病院たる地域包括ケアシステム拠点病院を配置しており、この拠点病院がその受け入れ病院として機能を発揮するようになれば二次救急の救命救急センターへの集中も解決していくと考える。

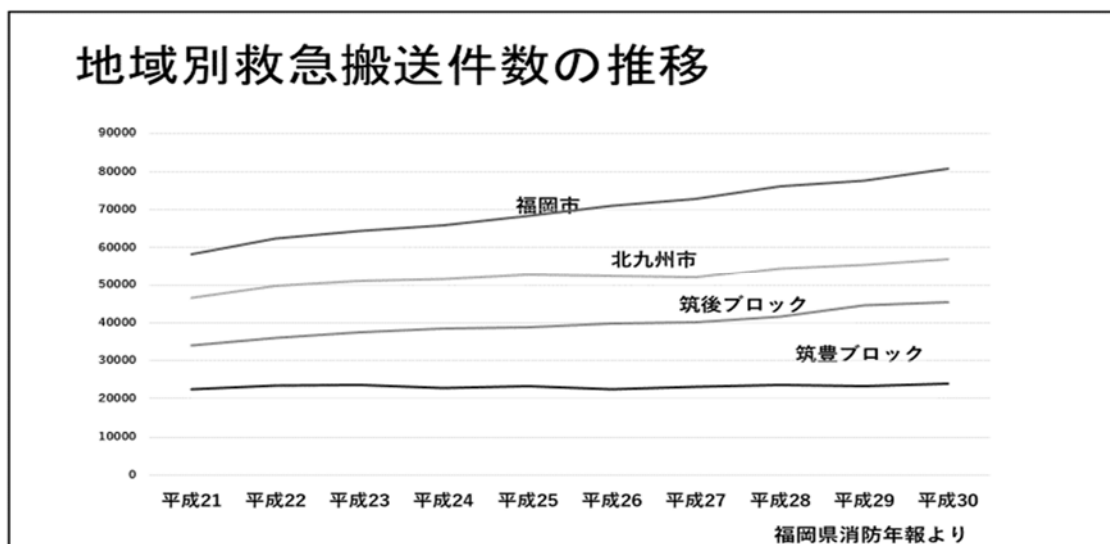


図 4

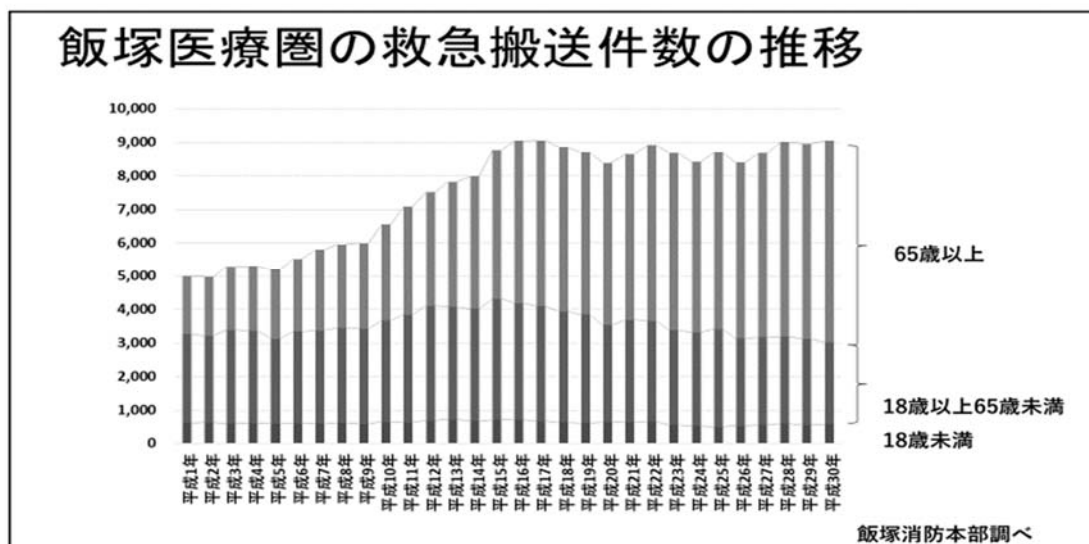


図 5

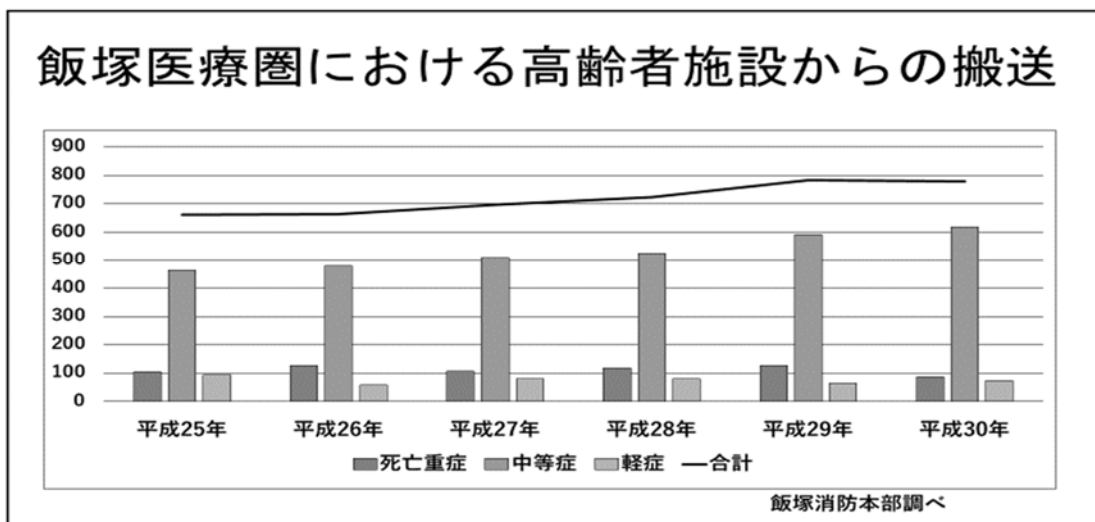


図 6

Ⅳ 終末期医療におけるかかりつけ医の役割

近年、医療・介護が進化し、地域包括ケアシステムが充実すればするほど、かかりつけ医の役割は益々重要性を増し、今やかかりつけ医は出生から終末期まで人の一生に関わり、人生の様々なステージで中心的役割を担う医師であることが求められている。その中でも終末期におけるかかりつけ医の役割は極めて重要で、関わり方を間違えるとそれまで培ってきた患者・家族との信頼関係が大きく損なわれ、結果として最も重要視される患者の尊厳までも傷つけ、残された家族の心にも大きな傷を残しかねない。

このような状況を鑑み、日本医師会は第XV次生命倫理懇談会の報告書の中で、以下のような「意思決定支援におけるかかりつけ医の役割」を示している（図7）。

意思決定支援における“かかりつけ医”の役割

- ① 何かあった時に救急車を呼ぶのではなく、かかりつけ医とどうやって連絡をとるか。かかりつけ医に連絡がとれなかった時にどうするかといったシステムづくりをしておくことが必要である。
- ② 意思決定能力を失った独居高齢者については、かかりつけ医となる医師が、その人の人生観なども意識しながら、これまでの治療の選択の歴史を遡り、本人の気持ちを探るための努力が重要である。
- ③ QODの実現（死に向かう患者への医療の質を高めることにより、患者の満足を実現すること）のためにも、高齢者には「私の心づもり」などの作成に対する啓発と、（気軽に）相談できる体制が必要である。
- ④ 併せて、今後の問題や周りの支援体制等も含めて、ライフプランニングを行い、継続的に見なおしていくことが望ましい。たとえば、一種の第二成人式のようなものを設けたり、健診時に、リビングウィルを含めたACPの啓発を行うことなども考えられる。
- ⑤ 高齢多死社会での量的対応を迫られる中では、地域で関わる生活相談員や老人会役員などが、まとめ役として活躍することも求められる。（こうした研修には地域医師会が指導的役割を果たすべきである。）

図 7

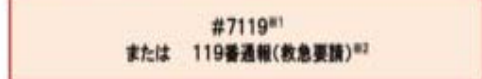
これら 5 項目はどれも大変重要な役割であるが、その中でも喫緊の課題は、①の急変時のシステムづくりである。実際、在宅医療の拡大と並行して、望まない救急搬送や、看取り目的のみの救急搬送増加が問題となっており、別章で述べられているように福岡県も例外ではない。今後、日本はさらなる多死社会を迎えるが、最も基本的なかかりつけ医との連携が欠如しては、それまで行われてきた②～⑤の努力が実を結ばない。さらには救急医療、救急搬送業務はもちろん、死体検案業務までも崩壊へ導きかねない。

特に、近年は在宅医療といっても、多くは高齢者施設での在宅医療が主となってきており、福岡県では約 7 割が高齢者施設で訪問診療受けている（参考資料）。これに伴い在宅看取りも、施設での在宅看取りが増加しており、福岡県でも 2018 年度（平成 30 年度）より施設での看取り数が、自宅での看取り数より多くなってきた（参考資料参照）。施設での在宅医療、看取りが増えることは、今後の多死社会を考えれば歓迎すべきことではあるが、問題は多くの高齢者施設において医師は常駐ではなく、入居者の急変時は施設の職員が初期対応しなければならないこと、そしてその職員の多くが医療職ではないことである。当然、非医療職に急変時の対応を医師や看護師並みに期待することは無理である。また、主治医が施設の嘱託である場合なども、患者やその家族等と十分なコミュニケーションや ACP が行われていない場合はやはり対応に苦慮し、結果的に不必要な救急搬送になってしまう。図 8 は東京消防庁作成の施設での救急対応手順、図 9 は 2016 年度（平成 28 年）度消防庁消防防災科学技術推進制度「地域包括ケアシステムにおける高齢者救急搬送の適正化及び DNAR 対応に関する研究」が作成した介護施設における心肺停止時の DNAR 対応マニュアルである。いずれも、かかりつけ医へ連絡がつかなければ、本人、家族が望んでいなくても、現時点では制度上、救命措置、救急搬送がされてしまうのは避けられない。自宅はもちろん、高齢者施設が今後「終の棲家」となりえるためには ACP を含めかかりつけ医がしっかりと終末期に関わっていかなければならないのである。

救急対応手順（フロー図）



◎かかりつけ医と連絡を取れない場合



※1 救急車を呼びべきかどうか迷ったときは、

電話 ⇒ #7119(東京消防庁救急相談センターにおける毎日24時間受付の救急電話相談)

インターネット ⇒ 東京都救急受診ガイド(「#7119」で検索)

※2 明らかに緊急性ありと判断される場合は、すぐに119番通報してください。

図8

DNAR事前指示書の有無別 心肺停止時の対応フロー

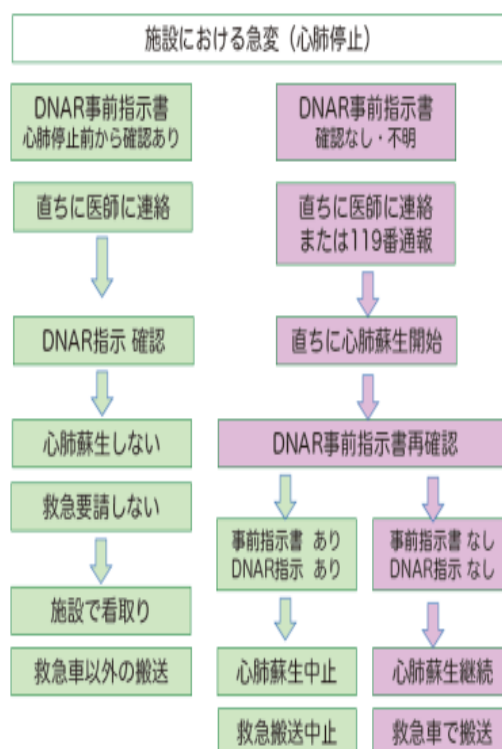


図9

このように終末期においてもかかりつけ医の役割は極めて重要であるが、一方で、かかりつけ医一人では日本医師会の報告書にあるような多岐にわたる役割を多忙な日常診療の中ですべてこなすことは不可能に近い。報告書で述べられているように、かかりつけ医がその役割をしっかりと果たせるためには、やはり地域医師会の力添えは欠かせない。かかりつけ医をバックアップする医療連携、多職種連携の環境整備、ICTの普及（福岡県では「とびうめネット」）など、終末期においてかかりつけ医を孤立させないよう、地域医師会、さらには行政にも課せられた責任は大変重いと考える。

前述の通り、終末期におけるかかりつけ医の役割には直接的な臨床業務だけでなく、ACPを考え始めるきっかけづくりやQOL・QODを上げるための社会資源へ紹介することのような「社会的処方」も含まれる。

社会的処方は、NHSの定義では一般医（GP）などの地域医療機関が、ニーズのある人々をリンクワーカーに紹介する行為であるとされている。リンクワーカーは、「患者本人にとって重要なこと」に焦点を当て、人々の健康と福祉に対して総合的なアプローチをとる役割を指し、具体的には行政職員や地域の保健師等がそれらを担っている。リンクワーカーは実践的、感情的な支援のためのコ

コミュニティグループと法定サービスに結びつける活動を行う。具体的には、アルツハイマー型認知症に罹患している独居老人を診察している GP が、当該患者が診療日以外は自宅に閉じこもりがちであり、それが心身の状況に悪影響を及ぼしていると診断した場合、リンクワーカーに「日中の居場所確保および日常生活支援の必要性」を「処方」し、その総合的な対応を図るといった例が考えられる。社会的処方の効果も検証されており、メンタルヘルスや社会的疎外などの問題を抱えた 1,607 人の患者に社会的処方を実施した結果、入院、外来、救急医療の利用が約 20% 減少し、80% 以上の患者の主観的健康感が向上したことが明らかとなっている。

我が国では介護を必要とする者の多くは介護保険サービスを利用するが、要介護認定を受けるために必要な主治医意見書も社会的処方的一种と考えることができる。具体的には、主治医意見書にある「今後起こりうる病態」について記載を充実させ、それを基にケアマネジャーが身体的のみならず、精神的・社会的に必要なサービスをケアプランに組み込むといった取組が考えられる。高齢化のさらなる高度化により、我が国では医療と介護ニーズの複合化がさらに進むと考えられる。また、介護保険の制度設計上、65 歳以上であればどのような原因であっても介護保険を使うことができるため、質・量ともに医療・介護ニーズは変化することが予想される。特に 85 歳以上の単独女性世帯が増加するため、医療・介護・予防・生活支援・住まいの総合的な支援が必要になってくるであろう。

かかりつけ医は自身も医療を提供する臨床家であるため、マネジメント業務を兼ねることには相当の負担が伴う。自身が提供できない領域については、適切な社会資源につなぐ役割が今後重要になると考えられる。

V 多職種（チーム）で取り組む終末期医療

在宅ケアにおいて、介護保険の場合は多職種による在宅ケアチームが構成されるが、介護保険の対象外や若年の場合は関わる職種が医師と訪問看護師のみというケースもある。いずれの場合でも療養者を中心に、かかりつけ医が医療、訪問看護等が医療系サービス、訪問介護が介護サービスを提供している。

在宅ケアチームの中では訪問看護師やケアマネジャーがメッセンジャー的役割を担い、療養者が安心して過ごせることを第一に、状況を漏れなくメンバーに伝え連携に努めている。

がん終末期で看取りが予測される、中重度の療養者やその家族がどこまでどのような医療を受けるか？どこで最期を迎えたいと思っているのか？等につい

て医療者が聞き取るが、ある時点で終末期や延命処置について明確な意思を示していても、苦しさを体感すると延命治療はしないと意思が変わることがある。事前の指示は一度決定して終わりではなく、死亡直前まで何度も変わるため、その都度確認が必要である。

意思決定には信頼するかかりつけ医と関係者で合意形成するための会議があるが、会議開催に要する時間と労力は膨大である。また、多職種が日々の業務で得る療養者と家族の情報について、適時に正しく受け止め、変化を把握し、かかりつけ医を始めとするメンバーにどれだけの確に伝達できているだろうかと感じている。

(1) 訪問看護師とケアマネジャーの両方の視点から療養者と家族を見た時に、

1) 「死」をタブー視

…「死」を現実として受け止めきれず、タブー化して避けており、退院前の病状説明を理解していないことがある。

2) 終末期医療、延命処置への知識不足

…単にチューブは入れない等、漠然としたとらえ方をしている。

3) 親族間の思い、感情のずれ

…本人の意思が確認できない場合の方針が決まっておらず、代理決定者が不在。

4) 大病院志向

…かかりつけ医が決まっても病院を受診する等。

以上の状況が見受けられる。

(2) ケアマネジャーとしての視点からは、

1) かかりつけ医が不明確

…療養者が入院先の主治医を求め、主となる、かかりつけ医が明確でない場合がある。

2) かかりつけ医への連絡不備

…かかりつけ医に対して時間的、時には心情的（苦手意識）なハードルをつくり連絡を躊躇することがある。

3) 療養者・家族の理解不足

…本人・家族に対し病状、予後が説明されていなかったり、時には理解できていない場合があり、他の支援者と終末期の対応について具体的な話し合いができない。

4) ケアマネジャーの医療的知識不足

…ケアマネジャーの医療的知識が不十分で病状変化の予測ができず、かか

りつけ医へ適時に情報提供ができない。

5) 担当者会議の調整困難

…かかりつけ医をはじめ、各職種が多忙なためにサービス担当者会議開催の調整が難しい。

6) かかりつけ医への連絡負担

…訪問看護を利用していないと、かかりつけ医との連絡に負担感がある。

以上の点があげられる。

(3) 訪問看護師としての視点からは、

1) 救急搬送の依頼

…自宅での看取りの準備を整え、十分に受容できていると思われた家族でも気が動転し、訪問看護師への連絡前に救急搬送を依頼するケースがある。

2) 家族からの非難

…家族にとって予期しない症状で、在宅で看取った場合、死後時間において看護師が非難される。例えば「延命処置はしなかったが、この症状に関して言った記憶はない」等。

3) かかりつけ医との関係

…療養者本人・家族とかかりつけ医と時間的な関係性が浅い場合、看取りについて詳細な話し合いが為されていないことがある。

4) ケアマネジャーの医療的知識不足

…ケアマネジャーの医療知識が乏しかったり、迅速に行動しない場合、療養環境の整備とサービス導入が遅れ、安心・安楽な環境が看取りの直前まで整わない場合がある。

5) 施設入所

…施設入所の場合、看取りに関する職員の意識、介護力に差があり、看取りをすると掲げていても入院となるケースがある。

(4) 以上を課題としてまとめると、

1) 情報不足

…終末期医療、延命治療に関する情報が市民やサービスを提供する支援者に届いていない。

2) 話し合い不足

…合意形成に至るための話し合いを繰り返し行う必要があるが、かかりつけ医やケアスタッフは業務多忙により集まり難い。

3) ケアマネジャーの医療的知識

…ケアマネジャーにより医療知識の差があり、予後予測が困難の場合は態

勢が遅れてしまう。

4) 療養者・家族の意思確認

…療養者・家族の決定事項は変わっていくもので、死亡直前まで確認作業が必要だが役割が明確でない。

(5) 以上4点が考えられ、有効と思われる対策として、

1) 情報発信

…市民に向けた終末期医療、延命治療、ACPについての講演会開催

2) 研修会開催

…医師、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問介護がともに受ける研修会の開催

3) 情報共有

…終末期医療について、療養者・家族が参加して話し合った内容とその時点で決定したことを記録に残し、在宅ケアチーム全員が見ることができる体制を整える。

4) チェックリスト活用

…説明すべきことを予めチェックリスト形式でまとめたシートを作成し、活用する。

5) マニュアル常備。

…サービス提供中の急変に速やか且つ適切に行動するため、マニュアルを療養者宅に備える。

以上5点が必要と考える。

療養者が自らの最期のあり方を考え、延命治療について希望を伝えることは、望まない治療を避けるために重要であり、決定する為にはかかりつけ医への厚い信頼が欠かせない。また、訪問看護師、ケアマネジャー等の多職種もケアを通して療養者・家族から得た情報を速やかに正しく伝える役割があることを常に意識しながら支援しなければならないと考える。

VI 終末期医療ととびうめネット

在宅や医療機関でない施設（高齢者福祉施設）での終末期医療において大きな問題の1つとして本人の意思とは違う医療、延命措置をほどこされるいわゆる『望まない医療』についての対処があげられる。

2018年度（平成30年度）の福岡県における訪問診療の現場での調査でも望まない医療があったとの回答が約260件あったとの報告がある。

その内訳としては、かかりつけ医を呼ぶ前に救急要請 31.8%、看取りに同意していた家族とは別の家族が救急要請 10.7%、施設内で看取りを行う予定であったが救急搬送 45.6%である。DNAR の事前確認があるにもかかわらず、救急要請してしまうという現状がある。

現状では、救急要請があれば救急隊は救命措置を講じなければならない、本人の事前の意思確認が困難であれば、本人の意思に関わらず延命措置がなされ、最終的に病院でなくなるという状況になる事が多いのが現状である。

これらの事を防ぐ為には本人の DNAR の事前確認を含めた ACP の構築が必須であると思われる。

ACP は、本人を主体に、家族、友人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い将来に対しての意志決定を支援するプロセスであり、その本質はコミュニケーションであると言える。すなわち、本人、家族をはじめとして携る医療・ケアチームのコミュニケーションが重要である。

終末期医療においては、これら多職種間の連携を充分なものとするコミュニケーションツールの確立が必要である。

本会では、2014 年（平成 26 年）より独自の医療連携システムの福岡県医師会診療情報ネットワーク「とびうめネット」を導入している。



図 10

とびうめネットには大きく 3 つの機能がある。

(1) 救急医療支援システム

患者の病歴や服薬歴などをデータ登録しておき、緊急時に搬送された病院とかかりつけ医とが情報を共有できるシステム。

(2) 多職種連携システム

かかりつけ医と看護師、薬剤師など在宅医療にかかわる多職種と連携できるシステム。

（３）災害時バックアップシステム

大規模災害時に、各医療機関で保存されている電子カルテや電子レセプトなどのデータをバックアップ保管するシステム。

この、救急医療支援システムと多職種連携システムを利用することで、ACPの土台作りが出来ると考える。

現在、とびうめネットは登録患者数 8,886 人、参加医療機関数 750 件と、まだ登録数が少ない状況ではあるが各医師会の努力で、その認知度と登録患者数も増加傾向にある。

とびうめネットは、当初は救急医療支援システムとしてスタートしたが、現在は多職種連携システムの支援ツールとしての活用が、各医師会で行われている。

浮羽医師会においては、平成 28 年度より、１）在宅療養患者の医療連携と緊急時搬送体制の強化、２）多職種との垣根を越えた連携、３）地域医療支援病院との連携強化、４）在宅医療の技術の向上と治療の標準化、５）多職種への最新の医療情報提供を目的としてとびうめネットを在宅医療連携ネットワークに活用している。



図 11

実際には、とびうめネットに登録した在宅患者を中心に、医師、訪問看護師、訪問リハスタッフ、訪問薬剤師、救急隊、地域包括支援センターがチームを形成しチーム登録を行う。そのチーム内でタブレット端末を利用して、在宅 SNS 機能を利用して各職種間でリアルタイムに患者情報の共有が行われている。

これにより、実際の患者情報がデータだけでなく、画像によってもリアルタイムに多職種と共有でき、より専門的な意見や助言を得られ効率的な医療・介護サービスの実践に役立っている。



図 12

また、従来の救急支援システムを利用することにより、救急隊がすみやかに患者登録の基本情報を確認し、搬送先の決定から、既往症、病歴を確認し搬送先の病院へ情報を伝達することによりスムーズな検査、診断、治療が行われている。



図 13

また、その他の地区に於いては基幹病院の電子カルテ情報を診療所と共有する『オンプレミス型』と呼ばれる情報開示システム（福岡県では大牟田市立病院が行っている『ありあけネット』や久留米地域で行われている『アザレアネット』）との接続も可能となっているところである。

さらに、北九州市においては国保連のレセプトデータベース（KDB）を患者基本情報として登録する取組み（とびうめ@きたきゅう）が始動している。とびうめネットは、かかりつけ医が患者基本情報を作成するのを基本としているが、

作成に当たっては患者からの同意及び情報の入力が必要であることから、それが負担となり患者登録数が増えないという課題があった。北九州市においては、市内の医療機関に加えて、介護保険申請時に行政窓口より登録説明及び同意取得を行うなど、同意取得の窓口を広げることで、より幅広く住民からの同意取得が得られること、並びに患者の基本的な医療・介護・健診情報が KDB よりとびうめネットに取り込まれることから、かかりつけ医の登録の負担が軽減されることにより先述の課題が解消され、患者登録数の増加が見込まれる。

これらの取組みが進めば、とびうめネットの登録数も増え、多職種での情報共有がリアルタイムにスムーズに行われることとなる。

この、とびうめネットの有用性を多職種間のコミュニケーションツールとして ACP の確立に役立てる事が出来ると考える。

現在、とびうめネットの基本情報は、既往症、病歴、処方内容や緊急事搬送希望病院などに限られている。この基本情報に、日常の在宅 SNS 機能での多職種間でのコミュニケーションから得られた患者の価値観や医療に関する希望などの項目を加える事により、緊急時の対応、DNAR の確認にも大きく活用出来ると考える。

さらには、終末期医療に関しては ACP の導入のタイミングが難しいことがあるが、とびうめネット導入のタイミングで ACP についての対話を進めることが出来れば良い機会になりうると考える。

ACP をとびうめネットに導入することによる問題点としては、これまで以上に、患者本人のみならず、家族や意思決定にかかわる人々の同意が重要であることがある。また、その入力情報の更新も逐次必要であり、その入力内容にすべての治療が左右される事がないよう慎重にならなければならない。

今後は、先ずはとびうめネットに登録の際に、ACP について話を進め、とびうめネットの情報を更新する毎にその話をしていくというきっかけ作りから利用していくことから始めていく事が重要と考える。

さらには、とびうめネットの登録基本情報に ACP に関する情報の登録を行い、とびうめネットの基本情報更新に応じてその内容も更新していく事で、よりダイナミックなコミュニケーションができ ACP の構築がはかれると考える。

とびうめネットは、リアルタイムに行われる情報共有の特性を活かす事によって刻々と変化する患者情報や、本人の意思確認が可能となり ACP の土台作りに有用なツールとなり得ると考える。

Ⅶ 福岡県行政における終末期の取り組み

福岡県では、誰もが安心して望む場所で療養できる地域づくりを目指しており、医療や介護が必要になっても住み慣れた地域で最後まで自分らしく生活できるように、在宅医療の体制整備に取り組んでいる。

終末期に関する取り組みとしては、小児・AYA世代がん患者への支援を行うとともに、人生の最終段階において本人が希望する医療・ケアが受けられるよう、介護施設関係者を対象としたセミナーの開催や在宅ホスピスフェスタなどによる県民への啓発を行っている。

（１）小児・AYA世代がん患者への支援について

第３期福岡県がん対策推進計画では、がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現を目指し、必要な支援を受けることができる環境整備に取り組んでいる。

がん患者で４０歳未満については、公的な介護支援制度がなく、家族の負担が大きいことから、訪問介護等の療養費を補助する「福岡県小児・AYA世代がん患者在宅療養生活支援事業」を２０１９年（令和元年）８月から開始し、実施主体としている市町村に対し、取り組みの働きかけを行っている。

（２）施設看取りへの対応について

介護施設関係者の看取りに係る理解を深め、ノウハウの修得を支援することで、看取りを行う介護施設を増やすため、介護施設の施設長、管理者、介護・医療職員を対象にセミナーを開催している。

また、施設看取りを進める上では家族の理解が重要となるため、入所者本人や家族が少しでも安心し、心の準備を進めることができるよう家族向けのパンフレットを作成し、各施設への配付と県のホームページへの掲載を行っている。

加えて、２０１９年度（令和元年度）は新たに、介護職員が施設での看取りについて、家族に説明するときに必要な知識や心構えを記載した介護スタッフ用のパンフレットを作成している。

（３）県民への啓発について

最後まで住み慣れた自宅や施設で過ごしたいと希望され、在宅療養を続けている患者さんやご家族を支えるためには、医師や訪問看護師等医療的支援のほか、見守りや傾聴など多様な支援が求められている。そこで、県ではその役割を担うボランティアの養成と活動の支援を行っている。

具体的には、在宅ホスピスボランティアを育成する「在宅ホスピスボランティア養成講座」を開講するとともに、その養成講座を修了し各地域で活動している在宅ホスピスボランティアが集まり情報交換を行う「在宅ホスピスボランティア交流会」を開催している。

また、地域で住民が死生観を語る「在宅ホスピスを語る会」を開催するとともに、例年３月に開催している「在宅ホスピスフェスタ」においては、講演会のほかパネル展示、相談コーナーなどにより、県民に在宅ホスピスに関する啓発を行っている。

Ⅷ おわりに

今回、松田会長より「これからの福岡県における終末期医療」との諮問がなされ、本委員会の委員の方々から示唆に富む答申がなされた。QOD（Quality of death・・・その指標の意味は死の直前にある者が尊厳を守られ、残された家族や地域の人々にも安らぎがもたらされること）という考え方は一般医療者にとっても共感できる概念であろう。ただし、安楽死問題・終末期の医療の在り方は古くから議論の多い分野であり、さらに近代の医療の発展のもとで死を語ること自体が後ろ向きであり、死が医療の敗北であるという時代もあったことも事実である。我が国がすでに迎えている超高齢社会、働き手である若年層の減少がもたらす社会保障制度維持への危惧は今後先進国のみならず多くの国々が今後迎える課題になっている。終末期の医療やケアの充実や改革の必要性がそのような背景により浮き彫りにされ、医療者・介護関係者・行政のみならず地域社会と共に真剣に議論しなければならない時代になってきた。

地域包括ケアの概念は住み慣れた地域で病院や在宅医療を含めた医療と看護・介護ケアが密に連携し、住民の意思と納得の上、自宅だけでない様々な住まいの形態も模索しながら、QODを高めるものとなる。その概念の中にはそれぞれの地域で、その地域の医療福祉資源に合わせたケアの形があることや、地域住民の意識啓発の必要性や街づくりにも通じることが示唆されている。福岡県においても人口が増加している福岡市周辺の都市部と、人口が減少しつつある北九州市周辺の都市部、広域で医療資源の比較的少ない過疎地区など様々な地域がある。そのような意味で地域包括ケアと地域医療構想が連携しながら地域の事情に即した終末期医療の形を模索する必要がある。

（１）--意思決定支援について--

この数年、もっとも重視されているのはACPであり、2018年（平成30年）に

その愛称が「人生会議」として 11 月 30 日「いい看取りの日」に厚労省班会議で発案されたもので、当初はあまり一般市民や報道で取り上げられることはなかったが、2019 年（令和元年）の毒々しいポスターにより、図らずも報道に上がるようになった。そのポスターではあたかも ACP をしないと、終末期に恐ろしいことになるような恐怖感をそそるものであったが、本来は「もしものこと」を想定し、本人のことを気遣う家族や医療チームが信頼関係を構築するために、繰り返し行う話し合いであり、より良い着地点を模索するすり合わせと理解すべきであろう。現実的には、医師（かかりつけ医）を中心にカルテへの記載など簡潔な記録を残しながら行う。ポイントは 1）医師の多忙な時間に合わせるだけでなく、看護師やケアマネジャー、経験のある介護職員が中心に行っても良い。2）繰り返し行われること。3）たとえば家族の中に反対の方向を主張する方がいてまともになくてもかまわない。結論ありきではない。4）途中で意思が変わってもかまわない。5）それぞれの ACP を行う時期や ACP を行うことで精神的苦痛が生じないかどうか考慮する。6）医療者などの倫理観や生命観をおしつけないことであろう。例えば医師と謂えども、在宅医療の経験がない医師が行う ACP と経験がある医師が行う ACP には違いが生じる可能性がある。また終末期になって病院から家に帰る場合も、患者は家で必ずしも死にたいわけではなく、ただ単純に家に帰りたいだけの場合もある。そのような場合急変時の対応だけは質問しておく必要がある。また看取り経験のある家族や本人と看取り経験のない場合では、想像力に差が出ることは明らかである。7）本人の意思決定を最優先に行う。ただし、面倒をかける家族への気兼ねから本音を言わないこともあるので、言葉面だけを真に受けてもいけない。このような意思決定事項における法的な裏付けは今後の問題であり、誠意をもって丹念に記録（カルテ記載）する限り、問題を生じることは少ないように思われる。

（２）--福岡県の現状--

福岡県は他県に比べ、病床数や在宅療養支援診療所数など比較的恵まれた環境にある。在宅看取り率は全国平均より低いが、今後増加していく見込みもある。県民調査における自宅死希望 6 割、困難であると思う 6 割というデータのミスマッチは、全国データと同様であり、核家族化・老々世帯・単身世帯化・共働き世帯の増加などから容易に説明できる。したがって、高齢者施設への在宅診療の増加や高齢者施設での看取りの増加は必然的な傾向と思われる。ただし、高齢者施設はケアの質の標準化がなされておらず、多くの高齢者施設が管理者や現場介護職の方針として施設看取りをしないなど、玉石混交の状態である。また、病院における緩和ケア教育の差も病院によってさまざまであり、末期における過剰医療をふくめ医療者に対する PEACE 研修会や ELNEC 研修会参加など

緩和ケア教育の充実が望まれる。一方、先進医療は日進月歩であり、高額のがん免疫療法や心不全治療薬が保険適応となっている。奏効率はかならずしも高くはないにもかかわらず、希望を失いたくない患者にとっても医療者にとっても余命予測が困難であり、どこからが終末期と言えるのかが明確にならないという、状態も起こりつつあり悩ましい。

さらに地域格差も顕著になっている。地域包括ケアの概念から外れていくような、住みやすい都市部や高齢者施設を求めての他地域への人口移動がすでに始まっている。人口減少が進み、団塊の世代 Jr が高齢者となる 2040 年に向けて医療と介護の再構築が街づくりと連動して行われる必要がある。

（３）--終末期及び地域の問題点とこれからの在り方--

医療費削減のための地域医療構想や地域包括ケアになってはならない。今後の地域別の実数予測を作る必要がある。在宅死についても福岡市のデータで自宅死の半数が孤立死であったというデータを認める。今後団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年（令和 7 年）以降、自宅に孤立する高齢者が急増する可能性がある。在宅死の比率が増加しても、孤立死が増加しないように、ケアを求めながらも孤立する住民についてもその実数を把握する必要がある。傾向としては男性が 7 ～ 8 割、介護保険申請がなされていない 70 歳前後あるいは経済的に困窮している壮年期の地域で孤立しやすい住民である。地域行政にもその把握は限界があり、県単位での警察や消防、国の協力を得ながら地域構想を練る必要がある。介護医療院や療養病床、在宅療養支援病院の在宅医療支援も今後の課題になる。共通して言えるのは都市部以外の医療者・介護関係者のマンパワー不足であり、ある程度の行政支援やコントロールは必要になると思われる。

また、独居者の増加は後見人や代理意思決定者のシステムの一本化や相談窓口機能・民生委員制度のなど地域包括支援センターの充実や行政システムの再構築・民間 NPO 組織の活用などが求められる。この点においても、マンパワー不足が指摘されるため、縦割り行政を排除する包括的な行政改革が必要である。

（４）--難病における終末期医療--

地域包括ケアは同時に地域共生社会の構築を目標としている。ただし難病は様々な疾患・病態・経過があり、終末期の定義がさらに困難である。神経難病を例にとると歩行困難・経口摂取困難・呼吸困難という段階があり、胃瘻や気管切開、人工呼吸器装着の段階と様々な段階で意思決定が求められる。救急医療現場における終末期状態の定義とは別に、延命拒否という自己決定がなされることもあり、画一的な終末期状態は想定できない。一度行われた延命中止行為が、本人の意思で覆されるケースもあり、きめの細かい具体的な情報提供と相

談支援を伴う ACP が医療ケアチームに求められる。

難病患者にとって、在宅医療を選択するには、緊急時対応をしてもらえる医療・介護チームと家族のレスパイトケアを保証してもらえる安心が必要であり、それが保証できなければ、延命を拒否するケースもありうる。障がい者や介護する家族も高齢化しつつあり、在宅医療・保健所を中心にした行政、レスパイト入院施設の確保や市町村における介護保険・障がい者自立支援制度を活用したサポート体制の充実と障がい者に対する緩和ケアスキルの習得が地域での終末期ケアを現実にとできると考えられる。

さて、東京都の公立福生病院で 2018 年（平成 30 年）、人工透析をやめると申し出た腎臓病の患者が中止後に死亡した問題で、日本透析医学会は 2020 年（令和 2 年）1 月、末期がんなど「人生の最終段階」にある患者ではなくても、一定の条件を満たせば申し出を受けた透析中止は許容されるなどとした提言案を公表した。このことは今後議論があるものと思われるが、終末期医療の枠組みにとられず、生命維持に対し本人や家族の意思が最優先されるという医療倫理の基本理念に沿ったものであろう。

（５）--高齢者施設における終末期医療--

高齢者施設における終末期ケアの質はその施設によって様々であることはすでに述べた通りである。医療機関扱いとなる老健や嘱託医が存在する特養ホームとその他の高齢者施設では多少考え方が異なるが、高齢者施設での看取りが急増していくことは必然的と言えよう。すでに 90 歳以上の入居者は珍しくなく、その子供も 70 歳前後となっている現在、老衰という状態を認める状況や平穏死を求める社会のコンセンサスは徐々に進みつつある。しかしながら、現場で働く介護職の多くは医療的な知識に乏しく、看取り経験も少ないことが多いため、精神的負担が大きくそのサポートが重要である。

対策として、１）地域の高齢者施設配置医師も高齢化しており、穏やかな老衰死の場合など家族の了解が得られれば深夜帯の死亡診断を日勤帯に行うことなど制度化すること。配置医師が必要な高齢者施設に於いても地域医師会と協働し、複数医師による輪番制度を確立することにより安易な救急搬送を減少させる。２）夜勤帯に看護師が常駐しない高齢者施設に 24 時間体制の訪問看護ステーションが介入することを促進すること。看取り経験と緩和ケアを習得した訪問看護師が対応することで、看取り目的の夜間緊急搬送が改善される。３）すべての介護職に対する看取り教育の充実が求められる。

（６）--救急現場から見た終末期医療の問題点とこれからのあり方--

救急搬送数は搬送数および 65 歳以上の高齢者割合が増加しており、今後も増

加の傾向にあり、救急現場での混乱が予想される。一般に救急隊や救急救命科においては消防法上蘇生救命を行うことが法的に義務付けられており、現場では患者の背景が不明のことが多く、どこまでの救命措置が必要なのかという判断が困難である。高齢者の家族の中には、無理な蘇生は望まないが救急救命科には搬送をお願いしたいなど、一見矛盾した方針を立てる方もいる。

飯塚地域ではかかりつけ医や一般病院の協力のもと救急の適正利用が進み、看取りのための救急搬送が減少傾向であるという報告があった。また 2019 年（令和元年）12 月東京消防庁では、蘇生を望まない本人の意思を家族やかかりつけ医から確認できれば、救急隊員は現場で処置しないことが可能となった。総務省消防庁においても法的に問題がないかなどを部会で議論し、医師の判断があれば蘇生をやめても問題ないとする報告書の内容を全国の消防本部に通知している。このような取り組みは、福岡県においても今後医師会、県行政、市町村行政とともに方針の統一化を早急に示す必要がある。

（７）--終末期におけるかかりつけ医の役割--

今までの議論でかかりつけ医の役割の重要性はますます大きなものになっている。しかしながら、地域のかかりつけ医は高齢化しており在宅医療への参加や 24 時間 365 日体制の構築はハードルの高いものとなっている。現在行われている多職種連携の強化や ICT ネットワークシステムの普及は大きな手助けになる。またすでに郡市医師会では時間外の輪番制在宅当番医制度の試みも始まっている。今後医療法や療養担当規則とのすり合わせが必要であり、どのような情報提供でどの程度の患者に対し個人情報共有できるのか県医師会において「かかりつけ医バックアップシステム」のとりまとめが早急に求められている。その一方で、かかりつけ医は今後「社会的処方」も考慮する必要がある。先に述べられたリンクワーカー制度は我が国にはまだ整備されていないが、終末期医療に関わる全人的な配慮はメンタルヘルスやソーシャルワークとして重要である。我が国では包括支援センターやケアマネジャー制度があり、2018 年（平成 30 年）4 月からはケアマネジャーに対するターミナルマネージメント加算等も新設されたが、算定実績は少なく、感情的支援や全人的支援という段階までは成熟していない。今後医療の介護の複合化複雑化とともに、メンタルヘルスや社会的支援を含めたトータルヘルスケアを実践できるようなケアマネジャーの育成とかかりつけ医の協働がさらに求められる。

（８）--多職種チームで取り組む終末期医療--

現状としては医師が動かなければすべてが始まらないのは当然である。そのうえですべてを医師が責任を負うことも現実的ではない。終末期医療がケアを

含めた包括的な取り組みである以上、いろいろな職種が関わることで終末期患者のニーズに対応することが可能であり、マンパワーを充実させることで医師の負担軽減させることも可能である。そのためには 1) それぞれの職種の終末期ケアに対するスキルの標準化、2) 情報の共有化、3) それぞれの職種がバックアップでき共有化できるスキルの充実があげられる。それぞれの個人で死生観や医療理念、介護理念には齟齬が生じやすいが ACP の話し合いなどを通じ、理念の共有化は可能と思われる。在宅医療ではある意味家族もチームの一員でもあり、ACP の話し合いにおいてよりよい QOD の理念共有は可能と思われる。

なかでも医療と介護の掛橋的な存在である 24 時間体制訪問看護ステーションの充実、生活のマネジメントとしてのケアマネジャーの迅速な働きは非常に重要である。

介護職の医療ケア（特定行為）も痰吸引行為、胃瘻からの栄養管理など在宅復帰での家族を支える役目として重要であり、地域包括ケアを進めるうえでも制度の整備や認定の迅速化が求められる。

（９）--終末期医療ととびうめネット-

かかりつけ医と救急隊・救急病院との連携、かかりつけ医と多職種チームとの連携において、情報共有はもっとも大事な事項であり、ACP の情報共有も可能である。終末期において ACP は状態の変化に伴い急激な変化が予測され、会議の開催は現実的ではない。とびうめネットの ICT 活用は、医師・多職種チームのみならず、救急隊や地域包括支援センターのどの行政も取り込み発展することで、地域住民の方の終末期も支えるシステムとなりうる。今後改善すべき点は、基本情報の記載や更新の手間であるが、北九州市におけるレセプト情報の共有化などの取り組みなどが注目される。さらに参加医師の増加が進まない点も、今後解決すべき課題である。

（10）--行政の取り組み-

福岡県行政では「終末期医療対策協議会」「在宅医療推進協議会」などにおいて、長年終末期ケアの取り組みがなされ、地域保健所においても地域在宅医療支援センターにおいて在宅終末期医療の推進を支援してきた。行政への期待は医療保険・介護保険制度に入らないインフォーマルな支援、多職種を対象とした研修認定システム、終末期医療で欠かすことができない一般市民の啓発などであろう。すでに 10 年を経過している在宅ホスピスフェスタや在宅ホスピスボランティア事業など NPO と協働した活動は今後も期待される。新しい取り組みとしては、施設看取りの促進事業としての「介護職や家族を対象にした施設看取りパンフレット」の作成も大変重要な取り組みと思われる。また小児 AYA 世

代末期がん患者への生活支援については画期的な取り組みである。2019年（令和元年）に新設されたばかりで事業主体が市町村であるために周知徹底がなされていない、あるいは議会の承認が必要ということであるが、患者あるいは家族本位で広報がなされることを期待したい。いずれにしても、福岡県の終末期医療をどうするかにおいては、地域住民の理解と協力が不可欠であり、行政としての広報活動を進めていただきたいと考える。

結語

今回、福岡県における終末期医療についてという大変重たいテーマの諮問をいただき、超高齢社会および人口減少時代を等しく迎える我が国において、終末期医療のあるべき姿を模索した。課題は多彩であり医療のみならず介護・住まい・地域コミュニティーまでおよぶ包括的な取り組みが求められる。終末期医療は生活を支える医療に、介護福祉は「いのち」を支える介護福祉へとパラダイムシフトが急がれる。時代は急激に移り変わりつつあり、とびうめネットを代表とするICTの利用はさらに進む可能性がある。さらに働き方改革が進む中、ますますマンパワーは限られてきており、救急医療や地域医療構想と密接に関連することが示唆された。そのなかで全人的な姿勢を求められる医療者や介護職・行政職種に及ぼす精神的肉体的負担は多大であろう。基本は患者や家族との相互理解を築くことであり、緩和ケアのさらなる普及が求められるとともに、ACPを代表とする意思決定支援をチームとして実行することと思われる。我々への期待は大きく、信頼関係の構築が医療者としての達成感をもたらすことは間違いない。

【参 考 資 料】

福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況
平成 30 年度・令和元年度版

令和 2 年 2 月

福岡県医師会 常任理事 辻 裕二

I はじめに

福岡県では平成 24 年度（2012 年度）より福岡県保健医療計画における在宅医療分野を実行する際の基礎データとすることと、過去の調査結果と比較し取り組み状況等の推移を把握するため、県下の在宅療養支援診療所（在支診）・在宅療養支援病院（在支病）に対し調査を行っており、平成 28 年度からは福岡県医師会と合同で在宅時医学総合管理料（在医総管）・施設入居時等医学総合管理料（施設総管）届出施設まで対象を広げ調査を行った。その結果は既に報告し、福岡県の第 7 次保健医療計画にも掲載されている。その後平成 30 年度、令和元年度にも継続して調査が行われたので両年度の結果を合わせてその概略を報告する。

II 対象施設数および調査内容

1) 対象施設

各年度とも 7 月 1 日時点で九州厚生局に届出がされている

	平成 30 年度	令和元年度
在支診	794 か所	792 か所
在支病	82 か所	80 か所
在医総管・施設総管	427 か所	438 か所
合計	1,304 か所	1,310 か所

2) 調査内容

- (1) 各年度とも 7 月 1 か月間の訪問診療を行った人数（頭数、レセプト数）。
- (2) 訪問診療の場所は、自宅、居住系高齢者施設（有料老人ホーム、グループホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅（サ高住））、介護保険施設（特別養護老人ホーム）に分け調査。
- (3) ほかに、主たる診療科、訪問可能エリア、訪問診療に携わる医師数・年齢、訪問回数、往診回数、課題など。
- (4) 医療圏を越えた訪問診療の現況。
- (5) 平成 30 年度は、終末期医療の現況。
- (6) 看取りは平成 30 年度の調査では平成 29 年 4 月 1 日～平成 30 年 3 月 31 日、令和元年度は平成 30 年 4 月 1 日～平成 31 年 3 月 31 日の 1 年間の実数を調査した。

III 集計結果

1) 訪問診療の人数・場所 図表 p 2 ～ 8

訪問診療の人数は、平成 30 年度は実数で 31,095 人、全数推計で 33,217

人、令和元年度は実数で 32,609 人、全数推計で 34,843 人であった。国の需要予測と比較しても、ほぼ予測値に近い形で増加していた。

訪問診療の場所は平成 30 年度で自宅が 26.8%、高齢者施設が 70.3%、介護保険施設 3.1%であった。令和元年度は自宅が 25.2%、高齢者施設が 65.4%、介護保険施設 9.2%であり、自宅率がさらに低下していた。

2) 訪問診療担当医の年齢 図表 p 9

福岡県全体では 30～60 歳台が訪問診療を支えている。ただ、地方では担当医の主力が 60～70 歳台の地域もみられ、今後医師の高齢化による担当医不足が懸念される。

3) 訪問診療の地域差 図表 p 2、3、10～13

本県における訪問診療は、国の予想に近い形で整備が進んでいる。ただ、前回の調査時から問題となっていたが、医療圏ごとに国の予測値と比較すると地域ごとに大きな隔たりがみられる。この格差の問題点を探るべく、平成 30 年度は、医療圏内外への主治医や患者の動向を調査した。その結果、県下 4 ブロック（福岡・北九州・筑豊・筑後）の括りで見えてみると、各ブロックの中心医療圏の人数が国の予測値より同じかそれより多く、周囲の医療圏が予測値より低くなっている。これは、医療圏内 65 歳以上人口対でみた訪問診療数や各医療圏の自己完結率（圏内の医師が圏内住所の患者訪問診療している率）としてみた結果に表れている。その原因は地理的要因、医師の偏在、高齢者施設の偏在等々の要因が考えられる。また、県内の人口動態を見ても、福岡医療圏周辺以外の地方では 65 歳以上の県民の流出超過となっており、今後の整備計画上も注目すべきことである。なお、主治医、患者の医療圏を超えた移動は、令和元年度の調査でそのほとんどが近隣の医療圏であった。

4) 在宅看取り 図表 p14

平成 29 年 4 月～平成 30 年 3 月の実数で 3,684 人、割戻し推計で 3,917 人、平成 30 年 4 月～平成 31 年 3 月は実数で 3,897 人、推計で 4,117 人であり、訪問診療の拡大に伴い順調に増加している。看取りの場所は自宅とそれ以外に分けてみると、平成 28 年度の調査でほぼ同数であったが、昨年度の調査より、自宅以外での看取りが多くなっている。

5) 終末期医療の実態 図表 p15～19

(1) 終末期医療におけるガイドライン

終末期医療においてガイドラインを参考にしていると回答があったのは 45%で、ほとんどが日本医師会および厚生労働省作成のガイドラインを参考にしていた。

(2) ACP (Advanced care planning、人生会議)

終末期に ACP を行っているとの回答は約半数であった。ACP において同意書をかわしているとの回答は約 4 割であった。また、そのタイミングは在宅医療開始時のみとの回答が約 4 割であった。

(3) 望まない医療

終末期における望まない医療は 1 年間で 260 人で、そのほとんどは急変時の救急搬送に関する事項であった。

(4) 緊急時の入院先

全体の約 7 割が救急病院に搬送されていた。

(5) 終末期医療における SNS の利用状況

300 弱の施設でとびうめネットが利用されており、それ以外の SNS は 52 施設で利用されていた。

IV 福岡県における高齢者関連施設数 図表 p20～23

平成 30 年 5 月時点での、福岡県下における高齢者関連施設数である。高齢者向け居住施設は福岡県内に約 58,000 戸を超えて整備されているが、このうち約 22,000～23,000 人の方が訪問診療を受け、1 年間に 1,600 人を超える方が看取りをされていることになる。

また、平成 30 年度より新福岡県高齢者居住安定確保計画がスタートしているが、今回の計画の特徴は、これまでの在宅医療調査結果を反映した内容になっており、今後は「終の棲家」としての役割を担える高齢者住居を整備することの内容を含んだ計画となっていることである。

V 福岡県在宅医療充実強化に係る事業 図表 p24

平成 30 年度より標記事業が福岡県、市区町村、各医師会との共同で行われており、令和 2 年度まで継続される予定である。

1) 地域支援事業（実施主体：市町村）

平成 26～29 年度まで地域医療介護総合確保基金（医療分）を活用し、郡市区医師会において実施された「在宅医療連携拠点整備事業」について、平成 30 年度から介護保険を財源として実施。

2) 在宅医療提供体制充実強化事業（郡市区医師会）

地域医療介護総合確保基金（医療分）を財源として、各医師会にて休日夜間や容体急変時の対応及び主治医・副主治医制などに関するルール策定、医

療従事者に対する研修及びその他在宅医療提供体制充実強化に資する事業。

3) 在宅医療充実強化支援事業（福岡県医師会）

福岡県からの委託事業として県医師会が実施する。郡市区医師会が地域支援事業や在宅医療提供体制充実強化事業において実施する協議の場や研修会及び地域医療構想調整会議等において県医師会役員等が出席・助言を行うなど、各地域の在宅医療提供体制の充実に向け支援を行う。

Ⅵ 出展、参考資料

- 1) 福岡県地域医療構想 平成 29 年 3 月
- 2) 平成 24～27 年度福岡県在宅療養支援診療所・在宅療養支援病院施設調査結果
- 3) 平成 28 年度・29 年度福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況
- 4) 住民基本台帳
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所 市区町村別将来人口推計
- 6) 福岡県第 7 次保健医療計画

福岡県における在宅医療（訪問診療）の現況 平成30年度・令和元年度

令和2年2月

公益社団法人 福岡県医師会

1

平成30年度 福岡県における在宅医療（訪問診療）調査 概要

医療圏	在支診・在支病院・在医総管等			医師（常勤換算）			訪問診療（1か月間）			在宅看取り（1年間）			回答率
	医療機関数	人口	圏域内人口比率（対10万人）	常勤換算	全数推計	圏域内人口比率（対10万人）	患者数	全数推計	圏域内人口比率（対10万人）	患者数	全数推計	圏域内人口比率（対10万人）	
福岡・糸島	371	1,629,790	22.8	538	572	35.1	12,165	12,739	781.6	1,240	1,287	79.0	92.7%
粕屋	46	289,936	15.9	100	103	35.4	996	1,032	356.0	103	108	37.1	95.7%
宗像	33	160,396	20.6	47	49	30.8	878	936	583.7	126	132	82.3	93.9%
筑紫	62	439,530	14.1	118	141	32.0	1,382	1,607	365.6	204	234	53.3	88.7%
朝倉	34	85,928	39.6	43	43	49.5	504	504	586.5	38	38	44.2	100.0%
久留米	168	461,120	36.4	221	235	51.0	2,593	2,873	623.0	450	504	109.3	92.9%
八女・筑後	46	133,784	34.4	64	65	48.8	604	615	459.7	187	189	141.0	97.8%
有明	75	221,812	33.8	116	121	54.5	1,173	1,217	548.9	148	154	69.3	94.7%
飯塚	41	182,649	22.4	79	80	43.9	1,615	1,620	887.2	255	255	139.7	97.6%
直方・鞍手	35	109,660	31.9	52	52	47.5	775	775	706.7	48	48	43.8	100.0%
田川	28	128,106	21.9	36	37	28.9	577	584	455.5	53	54	42.0	96.4%
北九州	322	1,097,814	29.3	416	460	41.9	6,988	7,815	711.8	680	757	68.9	90.1%
京築	42	190,248	22.1	75	79	41.3	845	900	472.9	152	158	82.9	92.9%
福岡県	1,303	5,130,773	25.4	1,905	2,036	39.7	31,095	33,217	647.4	3,684	3,917	76.3	92.9%

※人口は、「住民基本台帳（H30.1.1現在）」によるもの

2

令和元年度 福岡県における在宅医療(訪問診療)調査 概要

医療圏	在支診・在支病院・在医総管等			医師数(常勤換算)			訪問診療患者数(1か月間)			在宅看取り患者数(1年間)			回収率
	医療機関数	人口	圏域内人口比率(対10万人)	医師数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	患者数	全数推計	圏域内人口比率(対10万人)	
福岡・糸島	376	1,642,581	22.9	495	537	32.7	12,100	12,774	777.7	1,206	1,264	77.0	91.8%
粕屋	46	292,062	15.8	70	74	25.3	1,023	1,064	364.3	131	135	46.2	93.5%
宗像	35	161,865	21.6	43	47	29.0	1,032	1,062	656.1	170	170	105.0	97.1%
筑紫	60	440,221	13.6	74	81	18.4	2,205	2,309	524.5	210	217	49.3	90.0%
朝倉	34	85,334	39.8	42	42	49.2	405	405	474.6	28	28	32.8	100.0%
久留米	167	459,875	36.3	237	252	54.8	2,870	3,220	700.2	513	582	126.6	92.8%
八女・筑後	46	132,746	34.7	61	63	47.5	578	582	438.4	134	134	100.9	95.7%
有明	75	219,385	34.2	106	106	48.3	1,197	1,197	545.6	144	144	65.6	100.0%
飯塚	41	180,908	22.7	71	71	39.2	1,556	1,556	860.1	294	294	162.5	100.0%
直方・鞍手	35	108,765	32.2	41	43	39.5	723	763	701.5	29	31	28.5	94.3%
田川	27	126,354	21.4	34	35	27.7	634	641	507.3	68	70	55.4	96.3%
北九州	326	1,091,587	29.9	369	412	37.7	7,442	8,354	765.3	788	888	81.3	89.3%
京築	42	189,622	22.1	56	58	30.6	844	916	483.1	182	219	115.5	95.2%
福岡県	1,310	5,131,305	25.5	1,699	1,823	35.5	32,609	34,843	679.0	3,897	4,177	81.4	92.7%

※人口は、「住民基本台帳(H31.1.1現在)」によるもの

3

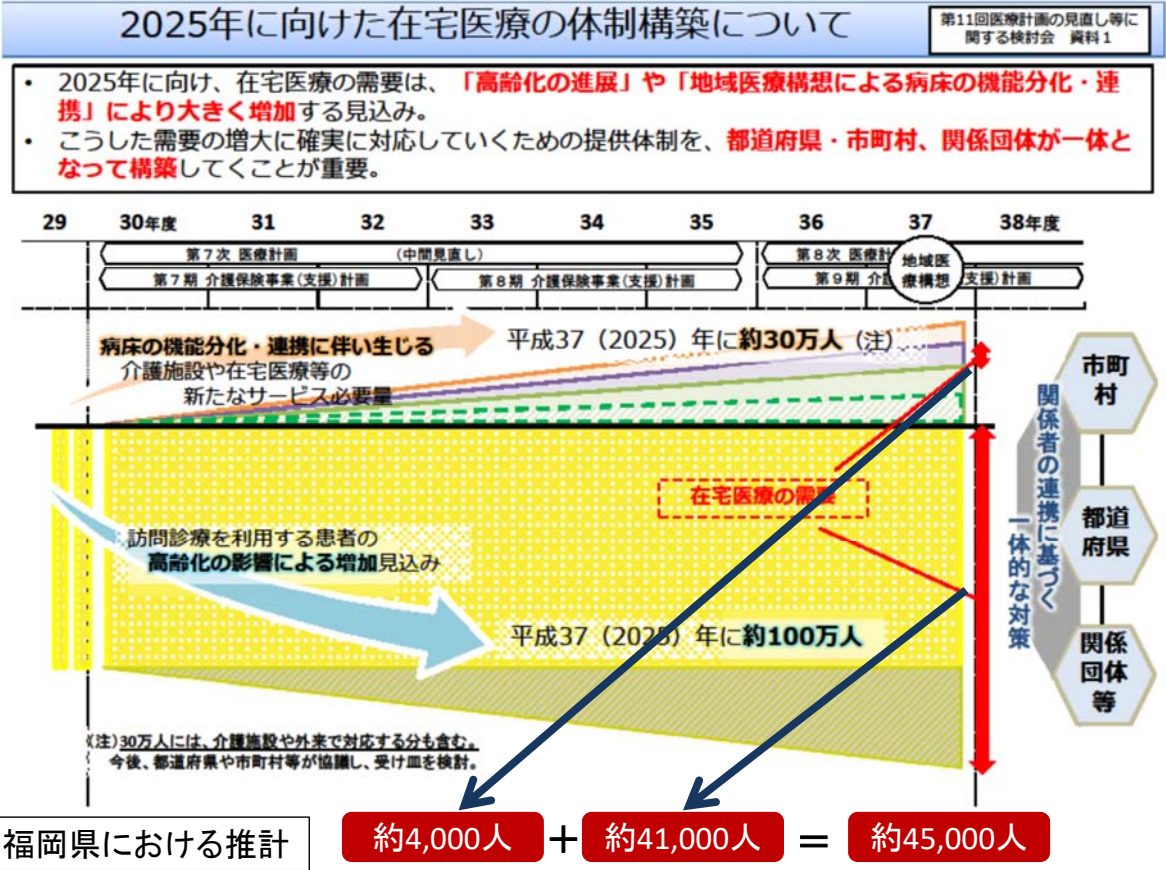
平成29・平成30・令和元年度 福岡県における在宅医療(訪問診療)調査 概要

医療圏	平成29年度	平成30年度					令和元年度				
	患者数(割戻し推計)	患者数(割戻し推計)	65歳以上人口比率(対1万人)	自宅(%)	高齢者住宅(%)	介護保険施設(%)	患者数(割戻し推計)	65歳以上人口比率(対1万人)	自宅(%)	高齢者住宅(%)	介護保険施設(%)
福岡・糸島	12,351	12,739	360	29.9%	69.2%	1.5%	12,774	355	28.5%	62.0%	9.2%
粕屋	883	1,032	156	42.3%	56.5%	1.2%	1,064	158	38.7%	57.6%	3.7%
宗像	861	936	208	40.4%	59.6%	0.0%	1,062	232	37.0%	59.0%	4.0%
筑紫	1,716	1,607	160	27.7%	67.6%	4.7%	2,309	226	22.7%	67.5%	9.8%
朝倉	524	504	185	27.2%	53.6%	19.2%	405	147	31.4%	57.5%	11.1%
久留米	2,457	2,873	228	26.3%	67.7%	5.9%	3,220	253	26.0%	61.3%	11.7%
八女・筑後	673	615	152	29.0%	57.4%	8.0%	582	143	19.4%	56.4%	24.2%
有明	1,183	1,217	159	24.7%	70.0%	5.2%	1,197	156	24.2%	68.2%	7.5%
飯塚	1,464	1,620	277	31.5%	67.0%	1.5%	1,556	264	31.0%	65.4%	3.6%
直方・鞍手	530	775	210	10.8%	88.9%	0.0%	763	205	6.5%	78.3%	15.2%
田川	566	584	132	22.5%	76.1%	1.4%	641	144	20.0%	53.5%	26.5%
北九州	6,905	7,815	235	18.8%	77.2%	4.0%	8,354	250	18.1%	73.7%	8.2%
京築	923	900	155	25.1%	73.6%	1.3%	916	157	24.8%	70.8%	4.3%
福岡県	31,034	33,217	243	26.8%	70.3%	3.1%	34,843	252	25.2%	65.4%	9.2%

4

平成29・30・令和元年度 福岡県訪問診療調査比較

平成29年度(6月1ヶ月間)					平成30年度(7月1ヶ月間)					令和元年度(7月1ヶ月間)				
回収率 1,137/1,293 87.9%					回収率 1,211/1,303 92.9%					回収率 1,215/1,310 92.7%				
訪問診療数(実数)	診療所	小計	24,411	率	小計	27,170	率	小計	27,424	率				
		自宅	6,555	27.0%	自宅	7,377	27.4%	自宅	7,154	26.1%				
		高齢者向け住居等	16,512	67.9%	高齢者向け住居等	18,665	69.3%	高齢者向け住居等	17,604	64.2%				
		介護施設	1,239	5.1%	介護施設	913	3.4%	介護施設	2,609	9.5%				
	病院	小計	3,590		小計	3,925		小計	4,486					
		自宅	857	23.9%	自宅	872	22.2%	自宅	884	19.7%				
		高齢者向け住居等	2,680	74.6%	高齢者向け住居等	3,017	76.9%	高齢者向け住居等	3,274	73.0%				
		介護施設	53	1.5%	介護施設	32	0.8%	介護施設	329	7.3%				
	合計	合計	28,001		合計	31,095		合計	32,594					
		自宅	7,412	26.6%	自宅	8,249	26.7%	自宅	8,038	25.2%				
		高齢者向け住居等	19,192	68.8%	高齢者向け住居等	21,682	70.3%	高齢者向け住居等	20,878	65.4%				
		介護施設	1,292	4.6%	介護施設	945	3.1%	介護施設	2,938	9.2%				
	全数推計 31,034				全数推計 33,217				全数推計 34,843					



福岡県における訪問診療の現況推計と需要予測

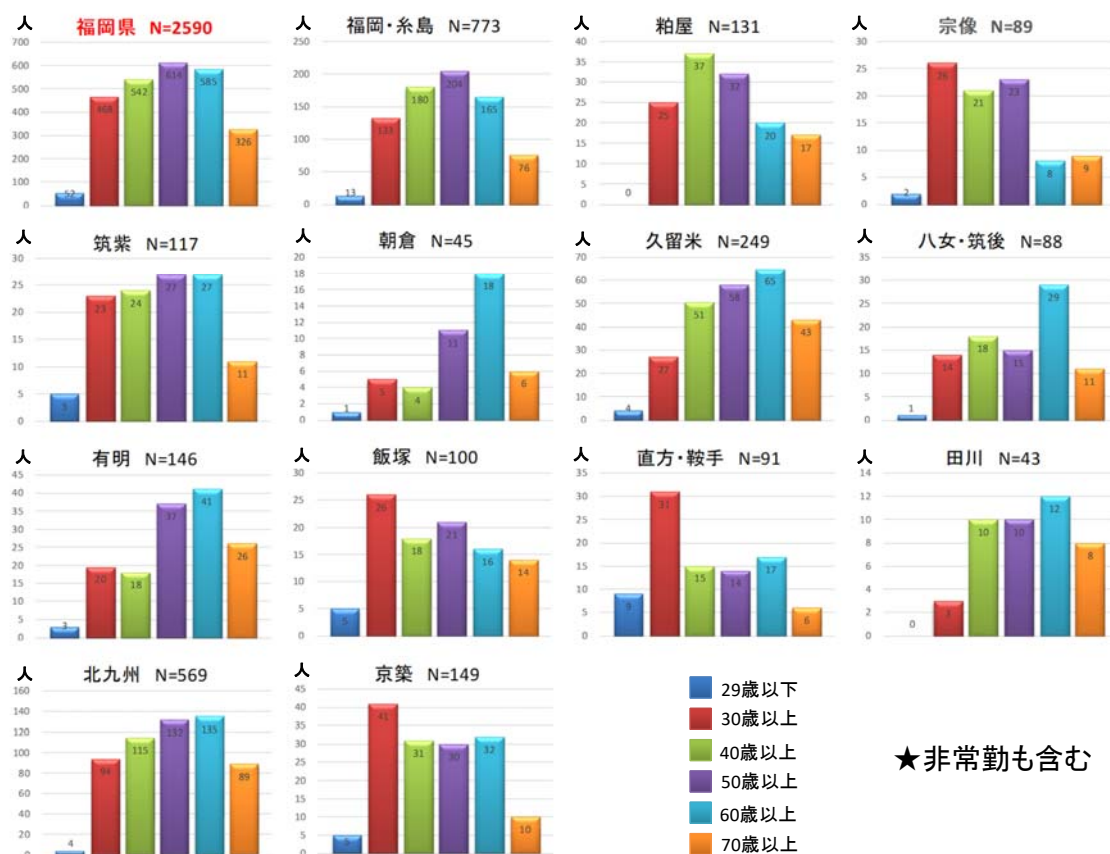
	平成25年度	平成29年度	平成30年度	令和元年度	令和7年度
国試算	28,679 a NDB	33,061 b29	34,156 b30	35,252 b1	41,825 c NDBより 国が予測
		$b29 \cdot 30 \cdot 1 = a + \{(c-a) \div 12 \times 4(b29) \cdot 5(b30) \cdot 6(b1)\}$			
県医試算	(22,775)	31,034 B	33,217	34,843	約40,000
	平成25年度 現況調査	平成29年度 現況調査	平成30年度 現況調査	令和元年度 現況調査	Bに要介護認定 予想増加率を 乗じた

7

福岡県における訪問診療の推計および需要予測

	平成25年	平成29年度推計		平成30年度推計		令和元年度推計		令和7年需要予測	
	国NDB	県医	国	県医	国	県医	国	県医	国
医療圏	平成25年	平成29年 推計	平成29年 推計	平成30年 推計	平成30年 推計	令和元年 推計	令和元年 推計	令和7年 自然増 のみ	令和7年 自然増 のみ
福岡・糸島	8,830	12,492	10,868	12,739	11,378	12,774	11,887	16,704	14,944
粕屋	1,106	883	1,318	1032	1,371	1,064	1,424	1,152	1,742
宗像	751	879	852	936	877	1,062	903	1,098	1,054
筑紫	2,057	1,724	2,490	1,607	2,598	2,309	2,706	2,303	3,355
朝倉	455	524	483	504	490	405	497	598	539
久留米	2,422	2,497	2,704	2,873	2,775	3,220	2,845	3,036	3,268
八女・筑後	591	674	628	615	637	582	647	766	702
有明	1,372	1,195	1,418	1,217	1,430	1,197	1,441	1,312	1,510
飯塚	1,272	1,471	1,339	1,620	1,355	1,556	1,372	1,668	1,472
直方・鞍手	1,046	530	1,111	775	1,127	763	1,144	603	1,241
田川	666	566	688	584	693	641	699	618	731
北九州	6,761	6,899	7,690	7,815	7,923	8,354	8,155	8,508	9,549
京築	1,350	923	1,473	900	1,503	916	1,534	1,082	1,718
福岡県	28,679	31,034	33,061	33,217	34,157	34,843	35,252	39,446	41,825

平成30年度 福岡県訪問診療調査 医療圏別在宅担当医年齢分布



9

平成30年度訪問診療調査における医療圏別の医療圏内外患者数(実数)

医療圏	自宅(実数)				自宅以外(実数)				合計(実数)		
	医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		合計 (A)	圏内 住所 合計 (B)	B/A
	圏内 住所	圏外 住所	圏外 住所	圏内 住所	圏内 住所	圏外 住所	圏外 住所	圏内 住所			
福岡・糸島	2,940	260	190	8	6,662	447	688	59	11,254	9,669	85.9%
粕屋	287	75	41	2	300	90	169	1	965	590	61.1%
宗像	306	7	48	0	417	59	46	1	884	724	82.3%
筑紫	302	3	58	1	797	85	127	0	1,373	1,100	80.1%
朝倉	135	1	6	0	291	36	26	10	505	436	86.3%
久留米	569	19	22	4	1,680	59	125	2	2,480	2,255	90.9%
八女・筑後	166	6	2	0	380	36	11	0	601	546	90.8%
有明	222	47	9	4	641	134	18	10	1,085	877	80.8%
飯塚	374	20	115	0	796	74	126	6	1,511	1,176	77.8%
直方・鞍手	81	0	3	0	463	34	169	0	750	544	72.5%
田川	108	17	0	0	406	6	0	0	537	514	95.7%
北九州	1,228	67	11	0	5,060	285	227	9	6,887	6,297	91.4%
京築	191	21	0	0	573	19	11	29	844	793	94.0%
福岡県	6,909	543	505	19	18,466	1,364	1,743	127	29,643	25,521	86.1%

令和元年度訪問診療調査における医療圏別の医療圏内外患者数(実数)

医療圏	自宅(実数)				高齢者施設(実数)				介護保険施設(実数)				合計(実数)		
	医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		医療圏内で訪問		医療圏外へ訪問		合計 (A)	圏内 住所 合計 (B)	B/A
	圏内 住所	圏外 住所	圏外 住所	圏内 住所	圏内 住所	圏外 住所	圏外 住所	圏内 住所	圏内 住所	圏外 住所	圏外 住所	圏内 住所			
福岡・糸島	2,781	30	125	21	5,192	424	268	30	691	48	47	8	9,665	8,723	90.3%
粕屋	270	30	95	0	362	108	86	1	37	1	2	0	992	670	67.5%
宗像	324	9	58	0	497	26	107	0	38	3	0	0	1,062	859	82.3%
筑紫	448	2	60	2	1,259	44	117	6	218	7	3	0	2,166	1,933	89.2%
朝倉	126	0	1	0	173	17	29	14	43	2	0	0	405	356	87.9%
久留米	629	7	39	1	1,217	72	44	3	273	12	19	1	2,317	2,124	91.7%
八女・筑後	109	0	4	0	276	34	18	0	116	19	1	0	577	501	86.8%
有明	277	1	3	0	757	40	0	1	88	2	0	0	1,169	1,123	96.1%
飯塚	365	24	84	0	694	97	86	16	52	3	1	0	1,422	1,127	79.3%
直方・鞍手	52	8	0	0	278	43	158	17	59	33	8	1	657	407	61.9%
田川	111	18	0	0	201	68	0	0	192	17	17	0	624	504	80.8%
北九州	1,284	23	6	2	4,959	116	208	19	630	15	0	0	7,262	6,894	94.9%
京築	184	2	5	0	500	38	14	5	21	5	0	0	774	710	91.7%
福岡県	6,960	154	480	26	16,365	1,127	1,135	112	2,468	167	98	10	29,092	25,941	89.2%

11

平成30年度訪問診療調査からみた医療圏別の訪問患者推計非完結率

医療圏	患者数 (実数)	圏域内で 完結され ている 患者数 (実数)	圏域内 患者割合 (A)	患者数 (推計値) (B)	圏域内 患者数 (推計値) B * A (C)	NDBからの 平成30年 訪問診療推計 住所地ベース (D)	NDBからの 圏域内推計値 D * 33217/34157 (E)	E-C (F)	推計 非完結率 F/E
福岡・糸島	12,165	9,669	85.9%	12,739	10,945	11,378	11,064	120	1.1%
粕屋	996	590	61.1%	1,032	631	1,371	1,333	702	52.7%
宗像	878	724	82.3%	936	770	877	853	83	9.7%
筑紫	1,382	1,100	80.1%	1,607	1,287	2,598	2,526	1,239	49.0%
朝倉	504	436	86.3%	504	435	490	477	41	8.7%
久留米	2,593	2,255	90.9%	2,873	2,612	2,775	2,698	86	3.2%
八女・筑後	604	546	90.8%	615	559	637	620	61	9.8%
有明	1,173	877	80.8%	1,217	984	1,430	1,390	406	29.2%
飯塚	1,615	1,176	77.8%	1,620	1,261	1,355	1,318	57	4.3%
直方・鞍手	775	544	72.5%	775	562	1,127	1,096	534	48.7%
田川	577	514	95.7%	584	559	693	674	115	17.1%
北九州	6,988	6,297	91.4%	7,815	7,145	7,923	7,705	559	7.3%
京築	845	793	94.0%	900	846	1,503	1,462	616	42.1%
福岡県	31,095	25,521	86.1%	33,217	28,598	34,157	33,217	4,619	13.9%

57

12

福岡県内の転入・転出超過数

市区町村	2018年	0～14歳	15～64	65歳以上	日本人のみ	市区町村	2018年	0～14歳	15～64	65歳以上	日本人のみ
県	2889	1267	968	655	6243	那珂川市	▲ 227	24	▲ 297	46	▲ 12
北九州市	▲ 2202	▲ 478	▲ 1482	▲ 241	▲ 1674	糟屋郡	1036	169	850	18	852
(門司区)	▲ 667	94	▲ 697	▲ 64	▲ 295	宇美町	▲ 67	84	▲ 127	▲ 24	▲ 82
(若松区)	25	125	▲ 80	▲ 20	▲ 36	篠栗町	▲ 96	▲ 22	▲ 61	▲ 13	▲ 105
(戸畑区)	▲ 89	▲ 40	26	▲ 75	▲ 78	志免町	211	33	169	10	160
(小倉北区)	464	▲ 196	619	42	883	須恵町	441	149	252	40	419
(小倉南区)	▲ 621	▲ 182	▲ 447	8	▲ 761	新宮町	119	21	47	51	140
(八幡東)	▲ 333	▲ 10	▲ 183	▲ 140	▲ 430	久山町	225	65	164	▲ 4	134
(八幡西区)	▲ 981	▲ 269	▲ 720	8	▲ 957	粕屋町	203	▲ 161	406	▲ 42	186
福岡市	6138	▲ 467	5822	783	8032	遠賀郡	▲ 220	74	▲ 265	▲ 29	▲ 313
(東区)	292	▲ 125	183	234	1078	芦屋町	▲ 120	▲ 20	▲ 94	▲ 6	▲ 122
(博多区)	1553	▲ 927	2481	▲ 1	1976	水巻町	▲ 213	▲ 28	▲ 137	▲ 48	▲ 221
(中央区)	1663	▲ 243	1871	35	1709	岡垣町	55	87	▲ 41	9	25
(南区)	1181	276	828	77	1591	遠賀町	58	35	7	16	5
(西区)	659	▲ 32	456	235	705	鞍手郡	▲ 37	24	▲ 75	14	▲ 80
(城南区)	640	131	395	114	663	小竹町	25	1	18	6	▲ 26
(早良区)	150	453	▲ 392	89	310	鞍手町	▲ 62	23	▲ 93	8	▲ 54
大牟田市	▲ 428	15	▲ 459	16	▲ 292	嘉穂郡	▲ 69	▲ 5	▲ 59	▲ 5	▲ 80
久留米市	▲ 247	▲ 108	▲ 230	91	▲ 124	桂川町	▲ 69	▲ 5	▲ 59	▲ 5	▲ 80
直方市	17	29	▲ 13	1	▲ 68	朝倉郡	74	39	15	20	64
飯塚市	▲ 324	▲ 20	▲ 240	▲ 64	▲ 230	筑前町	83	39	21	23	77
田川市	▲ 363	▲ 88	▲ 277	2	▲ 370	東峰村	▲ 9	0	▲ 6	▲ 3	▲ 13
柳川市	▲ 332	5	▲ 305	▲ 32	▲ 405	三井郡	122	6	105	11	55
八女市	▲ 721	26	▲ 728	▲ 19	▲ 401	大刀洗町	122	6	105	11	55
筑後市	▲ 163	29	▲ 184	▲ 8	81	三潁郡	▲ 19	19	▲ 24	▲ 14	▲ 35
大川市	▲ 195	▲ 16	▲ 178	▲ 1	▲ 224	大木町	▲ 19	19	▲ 24	▲ 14	▲ 35
行橋市	231	15	196	19	204	八女郡	▲ 95	▲ 24	▲ 63	▲ 8	▲ 102
豊前市	▲ 95	8	▲ 57	▲ 46	▲ 154	広川町	▲ 95	▲ 24	▲ 63	▲ 8	▲ 102
中間市	▲ 20	75	▲ 25	▲ 71	▲ 61	田川郡	▲ 229	66	▲ 407	112	▲ 257
小郡市	12	173	▲ 179	18	121	香春町	▲ 19	14	▲ 45	12	▲ 18
筑紫野市	100	10	61	29	85	添田町	▲ 128	▲ 28	▲ 96	▲ 4	▲ 126
春日市	▲ 2	342	▲ 269	▲ 75	▲ 41	糸田町	17	33	▲ 19	3	6
大野城市	▲ 573	▲ 14	▲ 527	▲ 32	▲ 36	川崎町	▲ 146	▲ 9	▲ 147	10	▲ 157
宗像市	▲ 29	67	▲ 133	37	▲ 52	大任町	122	58	29	35	121
太宰府市	13	9	21	▲ 17	▲ 8	赤村	▲ 13	3	▲ 20	4	▲ 14
古賀市	438	126	267	45	378	福智町	▲ 62	▲ 5	▲ 109	52	▲ 69
福津市	1677	503	1114	60	1627	京都郡	352	43	322	▲ 12	115
うきは市	▲ 229	▲ 32	▲ 183	▲ 14	▲ 291	苅田町	408	▲ 3	410	2	211
宮若市	21	43	▲ 45	23	▲ 38	みやこ町	▲ 56	46	▲ 88	▲ 14	▲ 96
嘉麻市	▲ 361	▲ 9	▲ 296	▲ 56	▲ 384	築上郡	▲ 1076	8	▲ 1104	20	▲ 137
朝倉市	▲ 226	41	▲ 226	▲ 41	▲ 396	吉富町	14	▲ 16	22	8	12
みやま市	▲ 5	114	▲ 103	▲ 16	▲ 59	上毛町	5	38	▲ 32	▲ 1	▲ 15
糸島市	1145	426	628	91	953	築上町	▲ 1095	▲ 14	▲ 1094	13	▲ 134

総務省 住民基本台帳人口移動報告 平成30年(2018年)結果より

13

福岡県における在宅看取りの現況(1年間)

医療圏	平成24年	平成27年	平成28年度	平成29年度	平成30年度
福岡・糸島	550	800	1,161	1,240	1,206
粕屋	70	98	95	103	131
宗像	83	119	140	126	170
筑紫	82	94	183	204	210
朝倉	43	23	34	38	28
久留米	194	389	466	450	513
八女・筑後	52	124	125	187	134
有明	77	91	132	148	144
飯塚	68	281	250	255	294
直方・鞍手	22	28	36	48	29
田川	26	20	39	53	68
北九州	305	443	482	680	788
京築	149	164	175	152	182
合計	1,721	2,674	3,318	3,684	3,897
	各年4月～7月の実数を割戻し		各年度4月～3月の実数		

自宅
高齢者施設
介護施設

1,614
1,366
332

1,762
1,542
416

1,776
1,605
486

14

福岡県における終末期医療におけるガイドラインの参照状況

終末期医療(ターミナルケア)を行うにあたり、
ガイドラインを参考にしていますか？(複数回答)

	(N=1,211)
1) 参考になっている	544 (45.4 %)
2) 参考にしていない	227 (18.7 %)
3) 独自に作成している	14 (1.2 %)
4) 終末期医療実施なし	287 (23.7 %)
5) 無回答	140 (11.6 %)
1)・3)の回答中参考にしているガイドライン(N=550)	
日本医師会作成のガイドライン	383 (69.7 %)
厚生労働省作成のガイドライン	269 (48.9 %)
その他	26 (4.7 %)

15

福岡県における終末期医療におけるACPの実施状況

I ACPを行っていますか？

1) ACPを行っている	546 (45.1 %)
2) ACPを行っていない	464 (38.3 %)
3) 無回答	201 (16.6 %)

II 同意書は交わしていますか？

1) 同意書交わしている	210 (17.3 %)
2) 交わすこともある	308 (25.4 %)
3) 交わしていない	473 (39.1 %)
4) 無回答	221 (18.2 %)

III 同意書をとるタイミングは？

1) 在宅医療開始時のみ	196 (37.9 %)
2) 定期的に交わす	268 (51.8 %)
3) その他	56 (10.8 %)
4) 無回答	17 (3.3 %)

16

福岡県における終末期医療の現況

望まない医療について
回答 1,120か所 261人

- 家族がかかりつけ医を呼ぶ前に救急車要請しCPR
83人(自宅43人、施設40人)(31.8 %)
- 看取りに同意していた家族とは別の家族が救急隊要請しCPR
28人(自宅11人、施設17人)(10.7 %)
- 施設内で看取りを行う予定であったが救急搬送された
119人 (45.6 %)
- その他 31人

17

福岡県における終末期医療の現況

緊急時の入院先
回答 1,120か所 7,194件

◆救急病院	4,989人 (69.3 %)
◆療養型病院	498人 (6.9 %)
◆地域包括ケア病床	437人 (6.1 %)
◆緩和ケア病棟・病床	272人 (3.8 %)
◆がん診療連携拠点病院	136人 (1.9 %)
◆その他	716人 (10.0 %)
◆不明	146人 (2.0 %)

18

福岡県における終末期医療の現況

とびうめネットの利用 回答 1,120か所

- 利用している 292か所 (24.1 %)
- 利用していない 797か所 (65.8 %)
- 回答無し 122か所 (10.1 %)

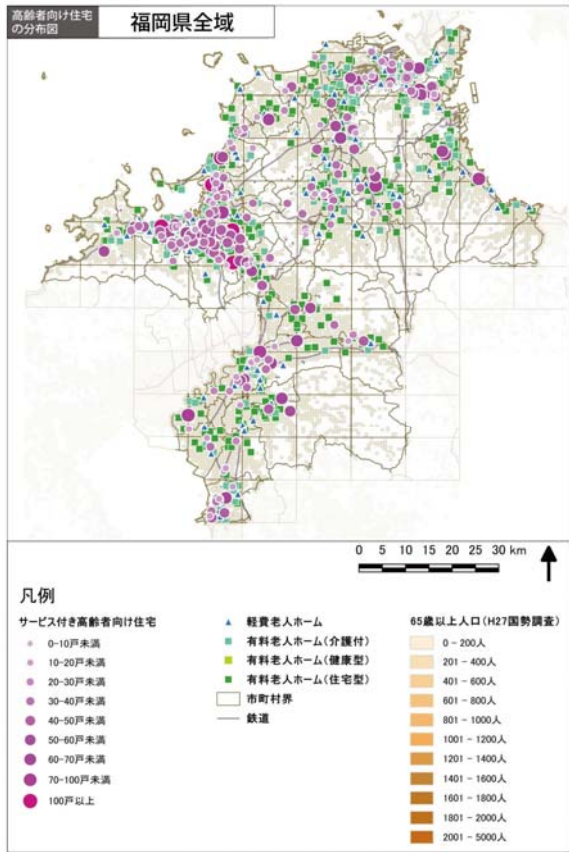
利用していないと回答した施設のうち

- とびうめネット以外のSNSを利用 52か所 (6.5 %)
- 他のSNSも利用していない 733か所 (92.0 %)
- 回答無し 12か所 (1.5 %)

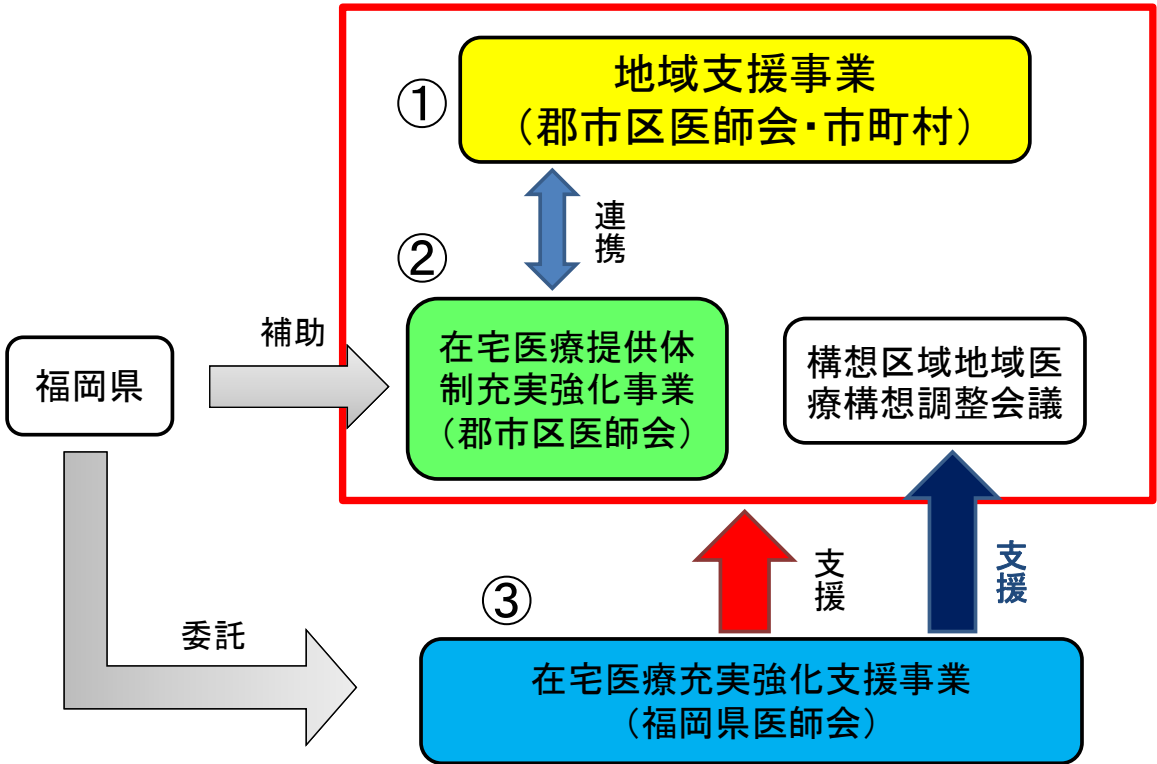
19

福岡県内高齢者関連施設（平成31年1月現在）（福岡県医師会集計）

医療圏	高齢者向け住まい(居住系施設)								介護保険施設						合計
	サ 高 住	軽 費 老 人 H (旧 A 型)	軽 費 老 人 H (ケ ア ハ ウ ス)	有 料 老 人 ホ ー ム (住 宅 型)	有 料 老 人 ホ ー ム (介 護 付)	有 料 老 人 ホ ー ム (健 康 型)	グ ル ー プ H	小 計	特 別 養 護 老 人 H	特 別 養 護 老 人 H (地 域 密 着 型)	介 護 老 人 保 健 施 設	介 護 療 養 型 医 療 施 設	介 護 医 療 院	小 計	
福岡・糸島	3,071	280	1,067	7,069	4,212	0	2,108	17,807	5,627	613	3,042	696	58	10,036	27,843
粕屋	358	0	177	1,183	449	0	333	2,500	670	49	585	362	60	1,726	4,226
宗像	228	0	159	775	326	0	189	1,677	594	87	350	188	0	1,219	2,896
筑紫	668	150	160	1,565	931	0	453	3,927	1,003	96	660	190	0	1,949	5,876
朝倉	169	50	80	379	43	0	126	847	630	0	548	0	0	1,178	2,025
久留米	690	50	405	2,111	553	0	1,341	5,150	1,310	479	1,270	330	0	3,389	8,539
八女・筑後	193	70	80	589	134	0	378	1,444	955	29	630	0	0	1,614	3,058
有明	432	130	180	819	351	0	504	2,416	1,260	46	1,118	230	0	2,654	5,070
飯塚	485	150	218	720	385	10	430	2,398	1,120	98	790	123	0	2,131	4,529
直方・鞍手	389	100	292	392	473	0	423	2,069	620	0	684	101	0	1,405	3,474
田川	244	0	209	706	312	0	792	2,263	1,530	0	760	67	0	2,357	4,620
北九州	1,446	450	968	5,079	2,926	0	2,366	13,235	5,639	652	3,519	560	0	10,370	23,605
京築	245	50	190	906	774	0	377	2,542	958	107	992	40	0	2,097	4,639
合計	8,618	1,480	4,185	22,293	11,869	10	9,820	58,275	21,916	2,256	14,948	2,887	118	42,125	100,400



平成30～令和2年度 福岡県在宅医療充実強化に係る事業



終末期医療

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。**
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君



日本医師会

＊ はじめに

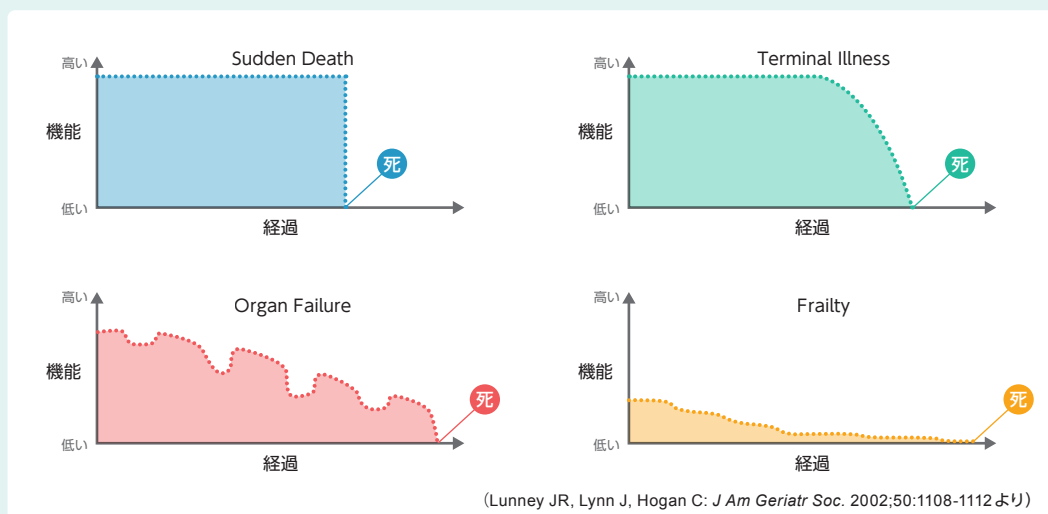
超高齢社会を迎え、患者さんの人生の締めくくりの時期に、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。

患者さん一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するためには、その意思を十分に尊重し、患者さんにとって最善となる医療及びケアをより一層充実させていくことが望めます。

しかしながら、人生の最期に至る軌跡は多様 (図) であり、患者さんの意思も変わることが考えられます。

かかりつけ医等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さん本人の意思を明らかにできるときから、患者さんやそのご家族等と医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行うことが重要です。孤立死・孤独死を防ぐことにもなります。

図 人生の最期に至る軌跡



■: 急性期医療等における急性型

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: 高齢者等の慢性型 (フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について. 2008 より)



超高齢社会を迎えたわが国の現状と将来推計

- 2016年時点における日本の高齢化率 (65歳以上人口の割合) は27.3%です。2035年には33.4%、2061年には40%に達すると見込まれています。
- また、75歳以上の人口の割合は、2015年時点で12% (1,612万人) ですが、2030年には20% (2,278万人) まで増加すると推計されています。
- 2030年の高齢者世帯に占める独居高齢者の割合は36.2%に達すると推計されています。数としても約130万世帯増加し、全世帯の14%が高齢単身世帯になる見込みです。

(東京大学高齢社会総合研究機構: 東大がつくった高齢社会の教科書. 東京大学出版会, 2017より)

❁ なぜACPのような工夫が必要なのですか？

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味**を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく**ことが重要です。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

❖ ACPの留意点はありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive；事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともあります。話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。



※ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりの時期に寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らし方はどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点がありますか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

※ ACPのまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有**することが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支える**という視点が重要です。

詳しくは、日本医師会のホームページをご覧ください
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html



人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

厚生労働省

改訂 平成30年3月

人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。
また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。
さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。
- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

- ① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。
そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

- ② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。
- ③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(2) 本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

(3) 複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記(1)及び(2)の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
 - ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
 - ・家族等の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- 等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスに関するガイドライン 解説編

人生の最終段階における医療の普及・啓発の
在り方に関する検討会
改訂 平成30年3月

人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン解説編

【平成19年版ガイドライン作成の経緯】

人生の最終段階における治療の開始・不開始及び中止等の医療のあり方の問題は、従来から医療現場で重要な課題となってきました。厚生労働省においても、人生の最終段階における医療のあり方については、昭和62年以来4回にわたって検討会を開催し、継続的に検討を重ねてきたところです。その中で行ってきた意識調査などにより、人生の最終段階における医療に関する国民の意識にも変化が見られることと、誰でもが迎える人生の最終段階とはいいいながらその態様や患者を取り巻く環境もさまざまなものがあることから、国が人生の最終段階における医療の内容について一律の定めを示すことが望ましいか否かについては慎重な態度がとられてきました。

しかしながら、人生の最終段階における医療のあり方について、患者・医療従事者ともに広くコンセンサスが得られる基本的な点について確認をし、それをガイドラインとして示すことが、よりよき人生の最終段階における医療の実現に資するとして、厚生労働省において、初めてガイドラインが策定されました。

本解説編は、厚生労働省において策定されたガイドラインを、より広く国民、患者及び医療従事者に理解いただけるよう、「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会」において議論された内容を取りまとめたものです。

国に対しては、本ガイドラインの普及を図るとともに、緩和ケアの充実など人生の最終段階を迎える患者及び家族を支えるため、その体制整備に積極的に取り組むことを要望します。

【平成30年版ガイドライン改訂の経緯】

平成27年3月には、「終末期医療に関する意識調査等検討会」において、最期まで本人の生き方（＝人生）を尊重し、医療・ケアの提供について検討することが重要であることから、「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」へ名称の変更を行いました。

今回の改訂は、ガイドライン策定から約10年の歳月を経た平成30年3月には、近年の高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケアシステムの構築が進められていることを踏まえ、また、近年、諸外国で普及しつつあるACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の概念を盛り込み、医療・介護の現場における普及を図ることを目的に「人生の最終段階における医療の普及・啓発に関する検討会」において、次の1）から3）までの観点から、文言変更や解釈の追加を行いました。

- 1）本人の意思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針についての話し合いは繰り返すことが重要であることを強調すること。
- 2）本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、その場合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合っておくことが重要であること。
- 3）病院だけでなく介護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとなるよう、配慮すること。

加えて、本ガイドラインについて、人生の最終段階における医療・ケアに従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を迎える本人及び家族等を支えるために活用するものであるという位置づけや、本人・家族等の意見を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるために人生の最終段階における医療・ケアを進めていくことが重要であることを改めて確認しました。

国に対しては、医療・介護従事者が、丁寧に本人・家族等の意思をくみ取り、関係者と共有する取組が進むよう、また年齢や心身の状態にかかわらず、家族等との繰り返しの話し合いを通じて本人の意思を確認しておくことの重要性が、広く国民、本人、医療・介護従事者に理解されるよう、改訂された本ガイドラインの普及を図ることを要望します。

【基本的な考え方】

- 1) このガイドラインは、人生の最終段階を迎えた本人・家族等と医師をはじめとする医療・介護従事者が、最善の医療・ケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。
- 2) そのためには担当の医師ばかりでなく、看護師やソーシャルワーカー、介護支援専門員等の介護従事者などの、医療・ケアチームで本人・家族等を支える体制を作ることが必要です。このことはいうまでもありませんが、特に人生の最終段階における医療・ケアにおいて重要なことです。
- 3) 人生の最終段階における医療・ケアにおいては、できる限り早期から肉体的な苦痛等を緩和するためのケアが行われることが重要です。緩和が十分に行われた上で、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケアの内容の変更、医療・ケア行為の中止等については、最も重要な本人の意思を確認する必要があります。確認にあたっては、適切な情報に基づく本人による意思決定（インフォームド・コンセント）が大切です。
- 4) 人生の最終段階における医療・ケアの提供にあたって、医療・ケアチームは、本人の意思を尊重するため、本人のこれまでの人生観や価値観、どのような生き方を望むかを含め、できる限り把握することが必要です。また、本人の意思は変化しうるものであることや、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、本人が家族等の信頼できる者を含めて話し合いが繰り返し行われることが重要です。
- 5) 本人の意思が明確でない場合には、家族等の役割がいっそう重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めている場合は、その者から十分な情報を得たうえで、本人が何を望むか、本人にとって何が最善かを、医療・ケアチームとの間で話し合う必要があります。
- 6) 本人、家族等、医療・ケアチームが合意に至るなら、それはその本人にとって最もよい人生の最終段階における医療・ケアだと考えられます。医療・ケアチームは、合意に基づく医療・ケアを実施しつつも、合意の根拠となった事実や状態の変化に応じて、本人の意思が変化しうるものであることを踏まえて、柔軟な姿勢で人生の最終段階における医療・ケアを継続すべきです。
- 7) 本人、家族等、医療・ケアチームの間で、話し合いを繰り返し行った場合においても、合意に至らない場合には、複数の専門家からなる話し合いの場を設置し、その助言により医療・ケアのあり方を見直し、合意形成に努めることが必要です。
- 8) このプロセスにおいて、話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくことが必要です。

1 人生の最終段階における医療・ケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて医療・ケアを受ける本人が多専門職種の医療・介護従事者から構成される医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人による意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることが最も重要な原則である。

また、本人の意思は変化しうるものであることを踏まえ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えられるような支援が医療・ケアチームにより行われ、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。

さらに、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等の信頼できる者も含めて、本人との話し合いが繰り返し行われることが重要である。この話し合いに先立ち、本人は特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことも重要である。

*注1 よりよい人生の最終段階における医療・ケアには、第一に十分な情報と説明（本人の心身の状態や社会的背景に鑑み、受ける医療・ケア、今後の心身の状態の変化の見通し、生活上の留意点等）を得たうえでの本人の決定こそが重要です。ただし、②で述べるように、人生の最終段階における医療・ケアとしての医学的妥当性・適切性が確保される必要のあることは当然です。

*注2 医療・ケアチームとはどのようなものかは、医療機関等の規模や人員によって変わり得るものです。一般的には、担当の医師と看護師及びそれ以外の医療・介護従事者というのが基本形ですが、例えばソーシャルワーカーなど社会的な側面に配慮する人が参加することも想定されます。また、在宅や施設においては、担当の医師と看護師のほか、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、ケアに関わる介護支援専門員、介護福祉士等の介護従事者のほか、他の関係者が加わることも想定されます。

*注3 医療・ケアチームは、丁寧に、本人の意思をくみ取り、関係者と共有する取組を進めることが重要です。また、本人の意思は、時間の経過や心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、大きく変化する可能性があることから、繰り返し話し合いを行うことが、本人の意思の尊重につながります。

- ② 人生の最終段階における医療・ケアについて、医療・ケア行為の開始・不開始、医療・ケア内容の変更、医療・ケア行為の中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。

*注4 人生の最終段階には、がんの末期のように、予後が数日から長くとも2～3ヶ月と予測が出来る場合、慢性疾患の急性増悪を繰り返し予後不良に陥る場合、脳血管疾患の後遺症や老衰など数ヶ月から数年にかけ死を迎える場合があります。どのような状態が人生の最終段階かは、本人の状態を踏まえて、医療・ケアチームの適切かつ妥当な判断によるべき事柄です。また、チームを形成する時間のない緊急時には、生命の尊重を基本として、医師が医学的妥当性と適切性を基に判断するほかありませんが、その後、医療・ケアチームによって改めてそれ以後の適切な医療・ケアの検討がなされることになります。

*注5 医療・ケアチームについては2つの懸念が想定されます。1つは、結局、強い医師の考えを追認するだけのものになるという懸念、もう1つは、逆に、責任の所在が曖昧になるという懸念です。しかし、前者に対しては、医療・介護従事者の協力関係のあり方が変化し、医師以外の医療・介護従事者がそれぞれの専門家として貢献することが認められるようになってきた現実をむしろ重視すること、後者に対しては、このガイドラインは、あくまでも人生の最終段階の本人に対し医療・ケアを行う立場から配慮するためのチーム形成を支援するためのものであり、それぞれが専門家としての責任を持って協力して支援する体制を作るため

のものであることを理解してもらいたいと考えています。特に刑事責任や医療従事者間の法的責任のあり方などの法的側面については、ガイドライン策定以降、このような側面から大きく報道されるような事態は生じていませんが、引き続き検討していく必要があります。

③ 医療・ケアチームにより、可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、本人・家族等の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療・ケアを行うことが必要である。

＊注6 緩和ケアの重要性に鑑み、2007年2月、厚生労働省は緩和ケアのための麻薬等の使用を従来よりも認める措置を行いました。

＊注7 人が人生の最終段階を迎える際には、疼痛緩和ばかりでなく、他の種類の精神的・社会的問題も発生します。可能であれば、医療・ケアチームには、ソーシャルワーカーなど、社会的側面に配慮する人やケアに関わる介護支援専門員などが参加することが望まれます。

④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

＊注8 疾患に伴う耐え難い苦痛は緩和ケアによって解決すべき課題です。積極的安楽死は判例その他で、きわめて限られた条件下で認めうる場合があるとされています。しかし、その前提には耐え難い肉体的苦痛が要件とされており、本ガイドラインでは、肉体的苦痛を緩和するケアの重要性を強調し、医療的な見地からは緩和ケアをいっそう充実させることが何よりも必要であるという立場をとっています。そのため、積極的安楽死とは何か、それが適法となる要件は何かという問題を、このガイドラインで明確にすることを目的としていません。

2 人生の最終段階における医療・ケアの方針の決定手続

人生の最終段階における医療・ケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 本人の意思の確認ができる場合

① 方針の決定は、本人の状態に応じた専門的な医学的検討を経て、医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされることが必要である。

そのうえで、本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた本人による意思決定を基本とし、多専門職種から構成される医療・ケアチームとして方針の決定を行う。

② 時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて本人の意思が変化しうるものであることから、医療・ケアチームにより、適切な情報の提供と説明がなされ、本人が自らの意思をその都度示し、伝えることができるような支援が行われることが必要である。この際、本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、家族等も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要である。

③ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

＊注9 話し合った内容を文書にまとめるにあたっては、医療・介護従事者からの押しつけにならないように配慮し、医療・ケアについての本人の意思が十分に示された上で、話し合われた内容を文書として残しておくことが大切です。

＊注10 よりよき人生の最終段階における医療・ケアの実現のためには、まず本人の意思が確認できる場合には本人の意思決定を基本とすべきこと、その際には十分な情報と説明が必要なこと、それが医療・ケアチームによる医学的妥当性・適切性の判断と一致したものであるこ

とが望ましく、そのためのプロセスを経ること、また合意が得られた場合でも、本人の意思が変化しうることを踏まえ、さらにそれを繰り返し行うことが重要だと考えられます。

＊注 1 1 話し合った内容については、文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

（２）本人の意思の確認ができない場合

本人の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族等が本人の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ② 家族等が本人の意思を推定できない場合には、本人にとって何が最善であるかについて、本人に代わる者として家族等と十分に話し合い、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。時間の経過、心身の状態の変化、医学的評価の変更等に応じて、このプロセスを繰り返し行う。
- ③ 家族等がいない場合及び家族等が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、本人にとっての最善の方針をとることを基本とする。
- ④ このプロセスにおいて話し合った内容は、その都度、文書にまとめておくものとする。

＊注 1 2 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨ですから、法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含みますし、複数人存在することも考えられます（このガイドラインの他の箇所でも使われている意味も同様です）。

＊注 1 3 本人の意思決定が確認できない場合には家族等の役割がますます重要になります。特に、本人が自らの意思を伝えられない状態になった場合に備えて、特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定め、その者を含めてこれまでの人生観や価値観、どのような生き方や医療・ケアを望むかを含め、日頃から繰り返し話し合っておくことにより、本人の意思が推定しやすくなります。その場合にも、本人が何を望むかを基本とし、それがどうしてもわからない場合には、本人の最善の利益が何であるかについて、家族等と医療・ケアチームが十分に話し合い、合意を形成することが必要です。

＊注 1 4 家族等がいない場合及び家族等が判断せず、決定を医療・ケアチームに委ねる場合には、医療・ケアチームが医療・ケアの妥当性・適切性を判断して、その本人にとって最善の医療・ケアを実施する必要があります。なお家族等が判断を委ねる場合にも、その決定内容を説明し十分に理解してもらうよう努める必要があります。

＊注 1 5 本人の意思が確認できない場合についても、本人の意思の推定や医療・ケアチームによる方針の決定がどのように行われたかのプロセスを文書にまとめておき、家族等と医療・ケアチームとの間で共有しておくことが、本人にとっての最善の医療・ケアの提供のためには重要です。

（３）複数の専門家からなる話し合いの場の設置

上記（１）及び（２）の場合において、方針の決定に際し、

- ・医療・ケアチームの中で心身の状態等により医療・ケアの内容の決定が困難な場合
- ・本人と医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合
- ・家族の中で意見がまとまらない場合や、医療・ケアチームとの話し合いの中で、妥当で適切な医療・ケアの内容についての合意が得られない場合

等については、複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置し、医療・ケアチーム以外の者を加えて、方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

＊注１６ 別途設置される話し合いの場は、あくまでも、本人、家族等、医療・ケアチームの間で、人生の最終段階における医療・ケアのためのプロセスを経ても合意に至らない場合、例外的に必要とされるものです。第三者である専門家からの検討・助言を受けて、あらためて本人、家族等、医療・ケアチームにおいて、ケア方法などを改善することを通じて、合意形成に至る努力をすることが必要です。第三者である専門家とは、例えば、医療倫理に精通した専門家や、国が行う「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」の修了者が想定されますが、本人の心身の状態や社会的背景に応じて、担当の医師や看護師以外の医療・介護従事者によるカンファレンス等を活用することも考えられます。