

人生の最終段階における医療・ケアの 決定プロセスについての医学生の意識調査研究

柴田内科循環器科クリニック 柴田 健彦

<はじめに>

超高齢社会、多死社会という時代を見据え、我が国は地域包括ケアシステムを構築し、在宅医療を推進してきた。そして、人生の最終段階における患者の意向を尊重した医療・ケアの意思決定支援を行う上で、厚生労働省は『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』を2018年3月に改訂した¹⁾。人生の最終段階における患者の意向を尊重した医療・ケアの意思決定支援のためには医療介護従事者、本人、家族の人生観や死生観が影響する 경우가少なくない。これまで一般住民（非医療者）、医療関係者、医療介護施設を対象に人生の最終段階における医療・ケア、看取り、死生観等について実態調査を報告してきた^{2)~5)}。本研究では人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスについて、将来の医療の担い手となる医学生の意識調査を行い、超高齢社会が進行する我が国の医師養成課程の医学教育に寄与することを目的とする。

<方法>

2021年6月1日、山形大学医学部医学科4年生への「地域医療と医師会活動、在宅医療」の講義（山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学・衛生学講座）の際に、模擬症例（6例）等を用いて、人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセス時の医学生の意識調査のアンケートを同講義の出席者に実施した。本アンケート用紙は個人情報保護、匿名化、本調査研究に同意の有無の記載欄を有しており、92名から回答があった。回収したアンケートのうち、本調査研究に同意を得た88名のアンケートのデータを研究の材料とし、Microsoft® EXCEL®2019に入力し、データを解析した。その後、医療従事者や非医療従事者を対象とした他の文献データ²⁾とを比較し、医学生における人生の最終段階における医療・ケアの考えについての実態を考察した。

尚、本研究は2021年5月31日に一般社団法人山形県医師会倫理審査委員会で承認された。

「地域医療と医師会活動、在宅医療」の講義アンケート用紙

年齢（ ）歳、性別（男・女）

質問回答欄（あなたの考えに該当するものをひとつ選び、○で囲んで下さい。）

<質問1> (1・2・3・4) <質問7> (1・2・3・4)

<質問2> (1・2・3・4) <質問8> (1・2・3・4)

<質問3> (1・2・3・4) <質問9> (1・2・3・4)

<質問4> (1・2・3・4) <質問10> (1・2・3・4)

<質問5> (1・2・3・4) <質問11> (1・2・3・4)

<質問6> (1・2・3・4)

<質問12> あなたは自身の死が近い場合に受けた医療、受けない医療について、家族と話し合ったことがありますか？（ある・ない）

<質問13> あなたは自身の死が近い場合にどこで最期を迎えたいですか？（医療施設・介護施設・自宅・その他）

<質問14> 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」を御存知ですか？（知っている・知らない）

<質問15> 意思表示書面を作成していますか？（はい・いいえ）

<質問16> リビングウィルを残しておくことについてどう思いますか？（賛成・反対）

「地域医療と医師会活動、在宅医療」の講義についての御意見・御感想、御要望などお気づきのことがありましたら自由にお書き下さい。

アンケートに御協力下さり、誠にありがとうございました。

尚、このアンケート調査結果は、個人情報保護法に従い、また、個人・法人が特定できないように統計処理して利用する場合がありますことを御了承下さい。

本調査結果の利用(学会発表、論文等)に同意できない場合には下記の□内にXを御記入下さい。Xのチェックがない場合には同意したものと数します。 □

<結果>

研究対象者背景

本調査研究に同意を得たアンケートの研究対象となった医学生88名の平均年齢は22.3歳（男性50名、女性36名、性別記載なし2名）であった。

「リビングウィル」について

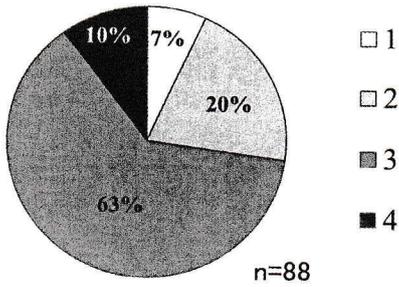
<質問1> (図<質問1>)

<質問1>

「リビングウィル」という言葉・内容を知っていますか？

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

図 <質問1>



「リビングウィル」という言葉や内容の認知度を問う質問である。

「リビングウィルという言葉も内容も少し知っている」が63%と一番多く、「言葉も内容もまったく知らない」が7%、「言葉も内容もよく知っている」が10%であった。

平穏な看取りの障害となるもの

平穏な看取りの障害となるものの模擬症例 A～Fの6例の対処について質問をした。

模擬症例 A 退院から在宅加療移行までの準備

<質問2> (図<質問2>)

<模擬症例A> 90歳、男性
(臨床診断)

1) 胃癌 2) 多発性肝転移
(既往歴) 高血圧症、高脂血症、狭心症
(家族歴) 特記事項なし
(現病歴) 2年前に胃癌のため総合病院で内視鏡治療(ESD)を実施された。非治癒切除のため追加手術を必要としたが、本人、家族は希望せず、経過観察となっていた。その後、多発性肝転移のため食欲不振、倦怠感が出現し、ターミナルケアのため同院から在宅加療目的で開業医に紹介。
(経過) 本人にはすでに告知され、在宅加療のため介護保険も申請中であった。高齢の妻と他家に嫁いだ娘が介護していたが倦怠感(「こわい」)、食欲不振が持続。在宅での介護が予想以上に大変であることを知り、在宅加療開始の6日目に総合病院への入院を希望した。

<模擬症例A> 90歳、男性

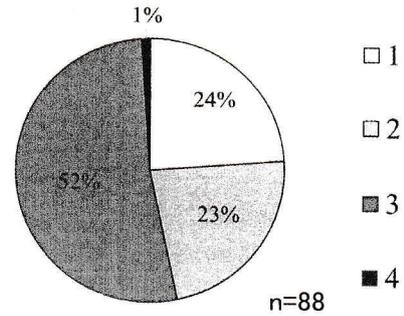
<質問2>

こんな時、あなたならどうする？

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

「行政(福祉課)もしくは地域包括支援センターに連絡する」が52%で一番多かった。

図 <質問2>



<質問3> (図<質問3>)

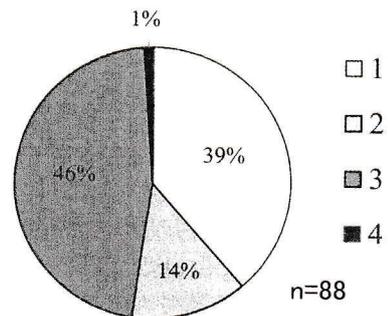
<模擬症例A> 90歳、男性

<質問3>

退院時にどこ(誰)に相談すればよかったのでしょうか？

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

図 <質問3>



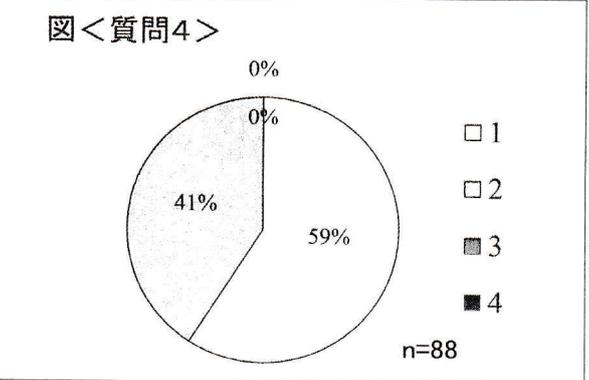
退院時の在宅療養を相談するのは「ケアマネージャー」が46%、次いで「病院の医療介護連携室」が39%であった。

模擬症例B 在宅看取り患者の急変時の対応
 <質問4> (図<質問4>)

<模擬症例B> 95歳、女性
 (臨床診断)
 1)脳梗塞後遺症 2)老年期認知症
 3)慢性心房細動 4)慢性気管支炎
 (既往歴)高血圧症(30年前)
 (現病歴)1年前に脳梗塞を発症し、右半身の麻痺、失語の後遺症が残り、寝たきり状態となった。在宅で訪問診療や訪問看護をうけ、加療している。
 (経過)臀部に2カ所の褥瘡、喀痰も多く、褥瘡処置、去痰剤、喀痰吸引で治療していた。在宅主治医は嚥下障害も出現してきたため、病院での治療を勧めたが、家族は高齢であり延命措置は希望せず、在宅での看取りを希望していた。

<模擬症例B> 95歳、女性
 (経過)
 しかしながら、夜11時30頃に突然、喀痰を出すのが困難となり、呼吸困難で苦しむようになった。

<模擬症例B> 95歳、女性
 <質問4>
 こんな時、あなたならどうする？
 1. 救急車を呼んですぐ病院に搬送する。
 2. 主治医や訪問看護師に連絡する。
 3. このまま朝まで様子を見る。
 4. その他



在宅療養時に夜間急変した時の家族の対応の質問である。「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」が59%、次いで「在宅主治医や訪問看護師に連絡

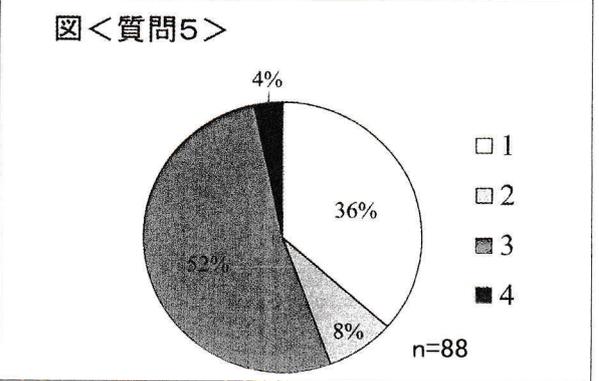
する」が41%であった。

<質問5> (図<質問5>)

<模擬症例B> 95歳、女性
 (経過)
 しかしながら、夜11時30頃に突然、喀痰を出すのが困難となり、呼吸困難で苦しむようになった。
 呼吸困難で苦しんでいる姿を見かねて救急車を呼んで総合病院に搬送した。

<模擬症例B> 95歳、女性
 (経過)
 救急車内では救急救命士は喀痰吸引や酸素投与をしながらの懸命の処置をして総合病院に搬送した。総合病院救急室に救急車が到着すると、直ちに点滴、採血、血液ガス分析、膀胱留置カテーテル挿入、酸素投与など救命処置が施された。搬送された総合病院救急室の救急担当医は酸素投与しても酸素飽和度82%のため、このままでは生命に危険があり、気管内挿管をし、人工呼吸器を装着しなければならない状態であることを家族に説明した。

<模擬症例B> 95歳、女性
 <質問5>
 説明を受けた家族の立場で、こんな時、あなたならどうする？
 1. 生命第一なので、救急担当医の提案する人工呼吸器の装着を希望する。
 2. 医療のことはわからないので治療方針のすべてを救急担当医に任せる。
 3. 延命措置は希望しないので、人工呼吸器の装着は希望しないことを伝える。
 4. その他



病院に救急搬送され、救急担当医に人工呼吸器装着による延命措置の是非を問われた際の家族の

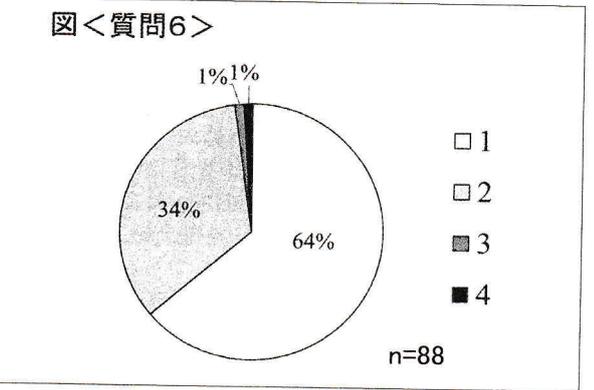
立場での回答である。「人工呼吸器などの延命措置を希望しない」が52%、次いで「人工呼吸器装着の延命措置の希望」が36%であった。

模擬症例C 自宅での心肺停止時の対応
 <質問6> (図<質問6>)

<模擬症例C> 88歳、女性
 (臨床診断)
 1)膵臓癌末期 2)パーキンソン病
 (既往歴)高血圧症、狭心症、肺炎
 (現病歴)18年前からパーキンソン病のため総合病院で薬物治療を受けていた。3ヶ月前に第2胸椎圧迫骨折で入院。精密検査で膵臓癌の末期状態で、全身の骨に転移していることが判明した。在宅での看取りのため在宅医療目的で紹介。
 (経過)訪問看護ステーションと連携し、在宅で加療中であった。午前4時頃、軽度の息苦しさを訴えていた。午前7時に家族が患者の部屋に行ってみると、呼吸が停止しているのを発見した。

<模擬症例C> 88歳、女性
 <質問6>
 こんな時、あなたならどうする？

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



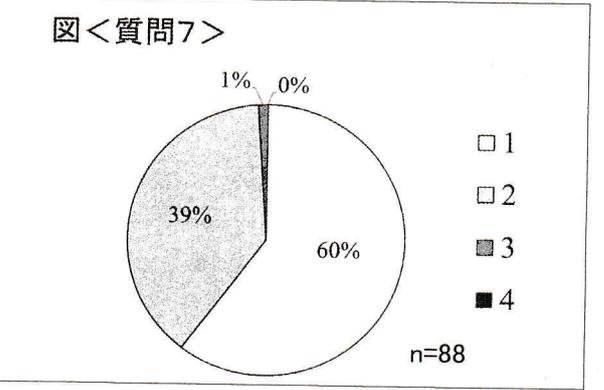
早朝、在宅患者の自宅で心肺停止していた時の家族の対応を質問した。「救急車で病院搬送する」のが64%、「主治医や訪問看護師に連絡する」が34%だった。

模擬症例D 介護施設での心肺停止時の対応
 <質問7> (図<質問7>)

<模擬症例D> 85歳、男性
 (臨床診断)
 1)肺炎の疑い 2)脳出血後遺症
 (既往歴)高血圧症、高脂血症、肺炎
 (現病歴)5年前に脳出血を発症し、嚥下障害、右片麻痺のため寝たきり状態(要介護5)。
 1年前から介護施設に入所していた。昨日夕から咳嗽、微熱が出現したため介護施設の嘱託医は総合病院に翌日紹介予定(紹介状あり)であった。
 (経過)紹介当日の午前4時頃、軽度の息苦しさを訴えていた。午前7時に介護スタッフが入居者の部屋に行ってみると、呼吸困難が強くなっており、酸素飽和度89%であった。

<模擬症例D> 88歳、女性
 <質問7>
 介護スタッフの立場で、こんな時、あなたならどうする？

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



早朝、介護施設で入所者が心肺停止していた時の介護スタッフの対応を問う問題である。「救急車で病院搬送する」が60%、次いで「嘱託医や施設看護師に連絡する」が39%であった。

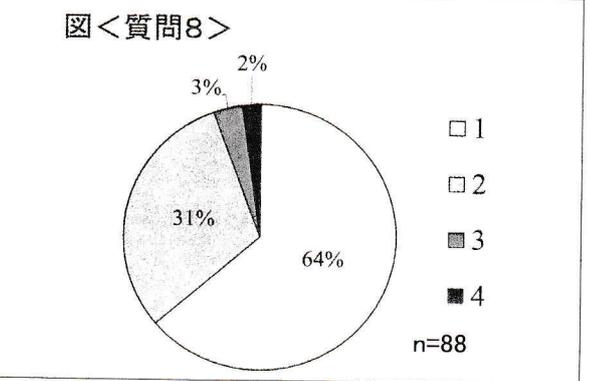
<質問8> (図<質問8>)

<模擬症例D> 85歳、男性
(経過)
介護スタッフは嘱託医に連絡し、救急車で
の搬送の指示をうけた。

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

<模擬症例D> 85歳、男性
<質問8>
このような状況下において、
次にどうしたいと思いますか？

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



介護施設に救急車を要請し、救急車が到着した
時には急変した入居者が心肺停止していた状況下
で、その後の経過を問う問題である。「救急車で
病院搬送する」の選択肢を選んだのは64%、「嘱
託医に連絡する」が31%であった。

模擬症例E 重度認知症患者の延命措置

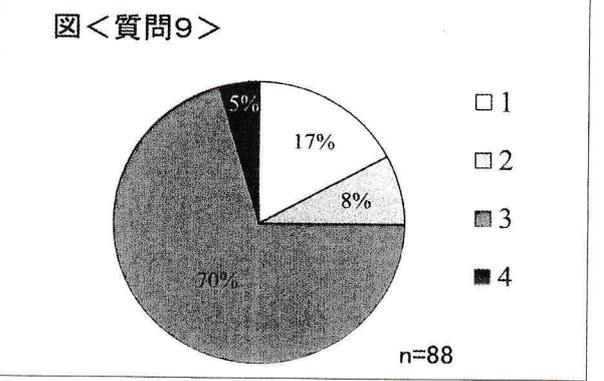
<質問9> (図<質問9>)

<模擬症例E> 92歳、女性
(臨床診断)
1)アルツハイマー型認知症 2)糖尿病
(既往歴)高血圧症、糖尿病
右大腿骨頸部骨折手術(1ヶ月前)
(家族歴)糖尿病(母)
(家族背景)長女(横浜市在住)、長男(仙台市在住)
(現病歴)8年前に夫を亡くし、ひとり暮らしであった。
3年前に物忘れが出現し、その後、火の不始末を起こ
すようになった。1ヶ月前に徘徊時に転倒し、総合病院
で右大腿骨頸部骨折の手術をうけ、退院と同時に介護
施設に入所(要介護4)となった。
(経過)介護施設入所後、2週間食欲不振が持続し、総合
病院で全身の検査をうけたが、はっきりした原因はみつ
からなかった。体重は2週間で3Kg減少した。

<模擬症例E> 92歳、女性
(経過)
アルツハイマー型認知症にともなう食欲不振
で、時々介護に抵抗することもあり、認知症
の終末期に近づいてきている状態であることを
担当医は長女と長男に説明した。
そして、母親の年齢、認知症になる前の母親
の死生観をふまえ、延命措置をどうするのか、
今後の方針について相談してくるように言っ
た。

<模擬症例E> 92歳、女性
<質問9>
長女、長男の立場で、
こんな時、あなたならどうする？

1.生命第一なので、病院や介護施設で最期
まで点滴治療する。
2.胃瘻を造設して経管栄養で延命を期待する。
3.寿命と考え、介護施設で自然のまま死を迎
えることを希望する。
4.その他

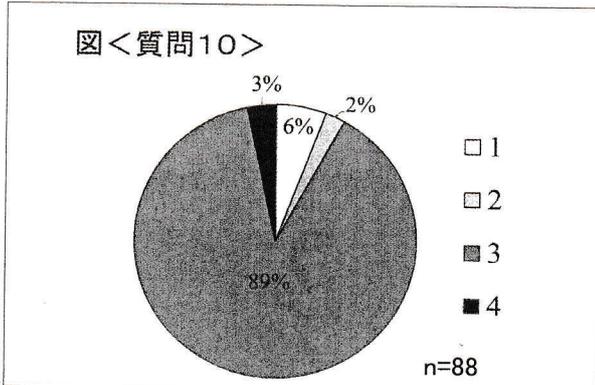


重度認知症の終末期で摂食困難となった場合の
栄養管理の是非を家族に問う問題である。「自然の
まま死を迎えることを希望する」が70%であった。

<質問10> (図<質問10>)

<模擬症例E> 92歳、女性
<質問10>
 では、患者である母親(92歳、女性)の立場なら、こんな時、あなたならどうする(希望する)?

1. 生命第一なので、病院や介護施設で最期まで点滴治療する。
2. 胃瘻を造設して経管栄養で延命を期待する。
3. 寿命と考え、介護施設で自然のまま死を迎えることを希望する。
4. その他



<質問10>では家族の立場ではなく、患者である母親の立場から尋ねたものである。「自然のまま死を迎えることを希望する」が89%であり、立場が変わっても<質問9>と同様の結果だった。

模擬症例F 遠くに住む親戚

<質問11> (図<質問11>)

<模擬症例F> 80歳、男性
 (臨床診断) 1)肺癌末期 2)癌性胸膜炎 3)認知症
 (既往歴) 肺結核
 (家族歴) 長女:子宮癌で死亡 妻:乳癌で死亡
 (家族背景) 次女と二人暮らし 東京に次女の叔父がいる
 (現病歴) 半年前の健診で肺野の異常陰影を指摘され、総合病院で精査の結果、肺癌が判明し、根治手術不可のため在宅加療の方針になった。1ヶ月前より息切れが出現し、総合病院に入院し、癌性胸膜炎の診断を受けた。担当医と介護人の次女との面談で在宅での看取りの方針となり、在宅医療を開始した。
 (経過) 在宅担当医は訪問看護ステーションと連携し、在宅で加療したが、徐々に衰弱していった。苦痛もなく穏やかな人間らしい最期を自宅で迎えられるはずであった。

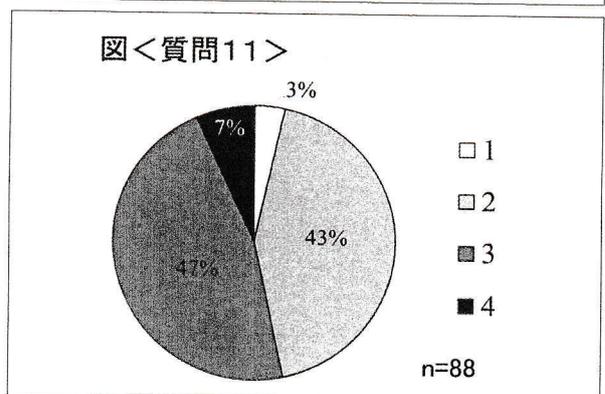
しかし、...

<模擬症例F> 80歳、男性
 (経過)
 しかし、...
 病状の連絡をうけた東京在住である次女の叔父が見舞いに来てあまりにも変わり果てた兄の姿を見て一言

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

<模擬症例F> 80歳、男性
<質問11>
 次女の立場で、こんな時、あなたならどうする?

1. 叔父の言うように病院に搬送する。
2. 在宅での看取りの方針を貫く。
3. 在宅主治医や訪問看護師に助けを求める。
4. その他

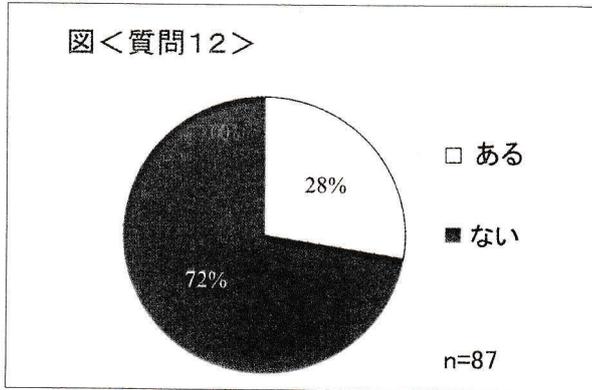


在宅で看取る予定であったが、遠くの親戚が介入してきた場合の家族の対応を問う問題である。「在宅での看取りの方針を貫く」43%、「在宅主治

医や訪問看護師に助けを求める」が47%だった。

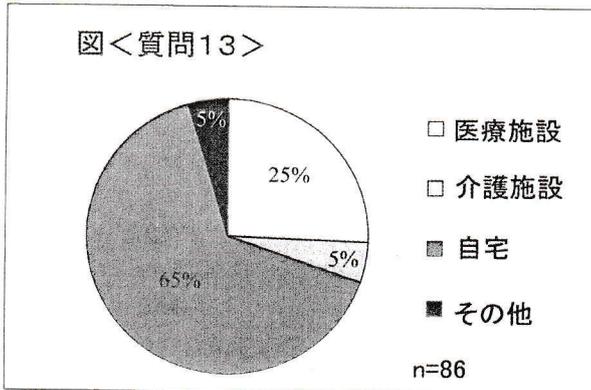
研究調査対象者の人生の最終段階における医療・ケアについての意識調査

<質問12> (図<質問12>) あなたは自身の死が近い場合に受けたい医療、受けたくない医療について、家族と話し合ったことはありますか？



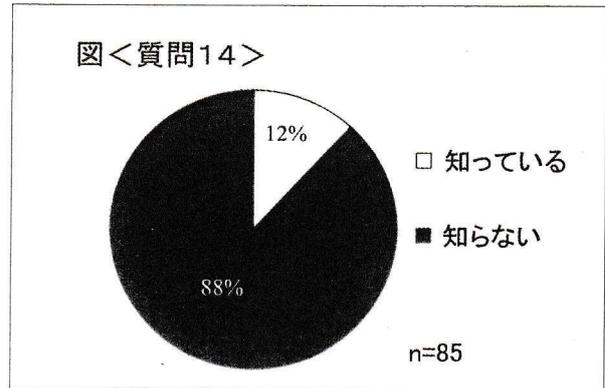
自分の人生の最終段階に受けたい医療、受けたくない医療を家族と話し合っているかを問う質問である。72%が話し合っていないと回答した。

<質問13> (図<質問13>) あなたは自身の死が近い場合にどこで最期を迎えたいですか？



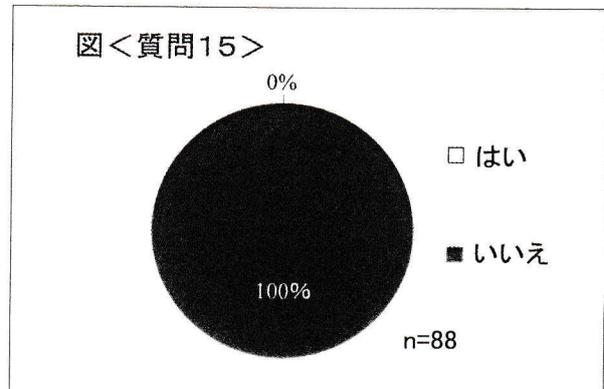
最期を迎える場所の希望を質問した。65%が「自宅」、次いで「医療施設」25%であった。

<質問14> (図<質問14>) 「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」を御存知ですか？



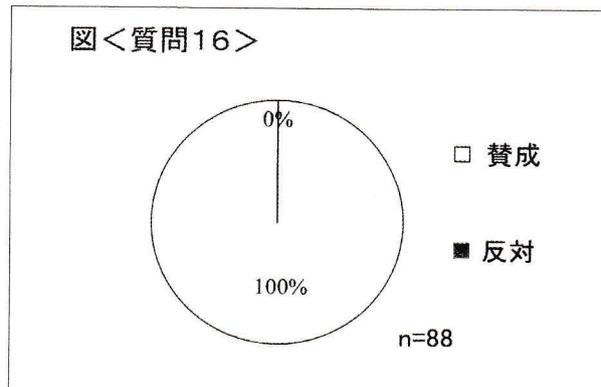
「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」¹⁾について知っているかを質問した。その結果、88%が「知らない」と回答した。

<質問15> (図<質問15>) 意思表示書面を作成していますか？



意思表示書面の作成の有無を質問した。「作成していない」が100%であった。

<質問16> (図<質問16>) リビングウィルを残しておくことについてどう思いますか？



「リビングウィル」を残すことの賛否については、「賛成」が100%であった。

<考察>

文献2)において、2017年に「北村山看取りシンポジウム」に参加した一般住民（医療関係者を含む）を対象とした本調査と同様に下記の模擬症例A～Fを用いて調査し、報告した。

・「多職種連携」に関する模擬症例

模擬症例A 退院から在宅加療移行までの準備

模擬症例B 在宅看取り患者の急変時の対応

・「心肺停止 ～110番か119番か?～」に関する模擬症例

模擬症例C 自宅での心肺停止時の対応

模擬症例D 介護施設での心肺停止時の対応

・「尊厳死」に関する模擬症例

模擬症例E 重度認知症患者の延命措置

模擬症例F 遠くに住む親戚

本調査研究では、文献2)の一般住民（医療関係者を含む）と医学生との調査結果を比較し、両者の相違を考察する。

模擬症例Aは退院から在宅加療移行までの準備や、担当医、訪問看護ステーション、ケアマネジャーとの連携が不十分であったため在宅加療の継続がうまくいかなかった例である。文献2)では、家族が退院後スムーズに在宅介護をできるか確認しなかったこと、介護保険を申請したままで、後は在宅主治医任せにしてしまったこと、急変時の連絡先、介護で困った時に退院した病院、在宅主治医、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、地域包括支援センターの誰に相談すべきか家族が困惑したことが在宅での介護を続けることができなかった原因として述べられている。文献2)のアンケートの集計分析においては在宅加療の際に連絡先は「医療介護連携室」33%、「開業医」46%、「行政（福祉課）もしくは地域包括支援センター」15%、「その他」6%であり、ばらつきが見られた。しかし、本調査結果では、「医療介護連携室」24%、「開業医」23%、「行政（福祉課）もしくは地域包括支援センター」52%、「その他」1%であり（図<質問2>）、介護で困った時には「行政（福祉課）もしくは地域包括支援センター」に期待している医学生が多かった。

また、文献2)においてのアンケート調査分析では、退院時に「医療介護連携室」が退院調整するとの回答が63%と一番多かったが、本調査では「ケアマネジャーに相談」が46%、「医療介護連携室に相談」39%で、医学生は退院調整を医療介護連携室とともにケアマネジャーの役割と考えていた。

2018年の診療報酬・介護報酬同時改定において、入院しても住み慣れた地域で継続して生活できるように、また、入院前からの支援の強化や退院時

の地域の関係者との連携推進など切れ目のない支援を評価するため「退院支援加算」から「入退院支援加算」に名称変更となった。そして、退院から在宅療養までの切れ目のない医療介護連携体制を構築するため、病院とケアマネジャー等の入退院支援の基本的な約束ごとを明確化する「入退院調整ルール」や「入退院支援の手引き」が全国の各地区において作成された。これにより、医療と介護の連携を一層強化し、地域包括ケアシステムの構築を推進している。模擬症例Aにおいて、文献2)におけるアンケート調査と医学生の調査では、それぞれ2018年の診療報酬・介護報酬同時改定前と後に実施したものであり、時間的な差異が異なった結果に反映されたと考えられた。

模擬症例Bは在宅看取り患者の急変時の対応がテーマである。家族が慌てて救急車を要請し、病院に搬送となった。延命措置の是非を救急医に問われ、苦悩する家族。延命措置は希望せず、在宅で看取る予定だったが、結局、様々な医療行為がなされ本人の希望する平穏な尊厳死ができなかった。在宅看取り患者の急変時における対応に対する医学生の回答は（図<質問4>）「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」が59%と一番多かった。同じ質問をした文献2)では医療介護職群と非医療介護職群を分けて解析したところ、「主治医や訪問看護師に連絡する」がそれぞれ79%、60%と多く、「救急車を呼んですぐ病院に搬送する」と回答したのはそれぞれ9%、36%であった。医学生は在宅看取り患者の急変時には慌てて救急車を要請してしまう傾向があり、今後の臨床実習時の課題のひとつと言える。

また、質問5において文献2)の非医療介護職群では、「救急担当医の提案する人工呼吸器の装着を希望する」10%、「治療方針のすべてを医師に任せる」22%で、医療介護職群（それぞれ3%、4%）より選択の割合が多く、医師に方針を委ねる傾向があった。本質問に対する医学生の回答は、「救急担当医の提案する人工呼吸器の装着を希望する」36%、「治療方針のすべてを医師に任せる」8%であり、生命第一と考え、在宅看取り患者にも積極的な医療をする姿勢を垣間見ることができた。アンケート結果では、「人工呼吸器の装着などの延命措置を希望しない」と回答したのが一番多く、非医療介護職群65%、医療介護職群90%、医学生52%であった。

救急搬送や救急医療の現場においては、生命第一と考え蘇生処置をするのが原則である。文献2)でも述べたように、救急隊の立場では、救急要請があれば、消防法で人命救助が謳われているため、蘇生処置を全力で行う義務があり、患者本人の意

思や尊厳死ということを考慮していないのが現状である。人生の最終段階にある高齢者本人が蘇生を望まない意思表示をしても、模擬症例Bのように動転した家族や介護施設職員が119番通報する例が全国的に相次いでいる。平成29年4月7日、日本臨床救急医学会は人生の最終段階にある患者の蘇生中止ルールの提言をし、本人の書面と医師の指示により救急隊員に蘇生処置の中止を求める手順を明確にした。そして、東京消防庁や埼玉西部消防局のように人生の最終段階にあり心肺蘇生を望まない傷病者への対応について可能な限り傷病者の意思を尊重できるようにかかりつけ医等と連携して対処しているところも出てきている。

模擬症例C、Dは心肺停止を発見した際の行動がテーマである。

模擬症例Cでは早朝、在宅患者の自宅で心肺停止していた時の家族の対応を質問した。その結果、医学生は「救急車で病院搬送する」のが64%、「主治医や訪問看護師に連絡する」が34%だった(図<質問6>)。一方、文献2)での「救急車で病院搬送する」についての回答は、非医療介護職群14%、医療介護職群5%、「主治医や訪問看護師に連絡する」がそれぞれ83%、93%で、医学生とは異なる結果が得られた。

模擬症例Dは早朝、介護施設での入所者の心肺停止を発見した介護スタッフの対応を質問した。医学生は模擬症例Cと同様に医学生は「救急車で病院搬送する」が60%、次いで「嘱託医や施設看護師に連絡する」が39%であった(図<質問7>)。文献2)での非医療介護職群、医療介護職群の回答は「救急車で病院搬送する」がそれぞれ13%、3%、「嘱託医や施設看護師に連絡する」がそれぞれ84%、96%であった。<質問8>では実際このような状況下ではどうするのかを質問した。医学生は「救急車で病院搬送する」が64%、次いで「嘱託医や施設看護師に連絡する」が31%であった。文献2)での非医療介護職群、医療介護職群の回答は「救急車で病院搬送する」がそれぞれ20%、33%、「嘱託医や施設看護師に連絡する」がそれぞれ72%、61%であった。模擬症例C、Dの質問の回答結果から医学生は非医療介護職群や医療介護職群とは異なる選択をしており興味深い。すなわち、医学生は、心肺停止を発見した場合にはどの状況下でも救急車を要請し病院に搬送することを第一に考えて行動する傾向があるといえる。心肺停止の現場に遭遇した場合の連絡先が、救急隊か警察か一般住民は困惑することが多い。一般的には主治医を持っていない場合には死斑の出現、死後硬直の有無で警察に通報か、あるいは救急車を要請し病院に搬送するかの判断となる。しかし、

模擬症例Cでは「主治医や訪問看護師」、模擬症例Dでは「嘱託医や施設看護師」が最初の連絡先として妥当である。模擬症例C、Dの医学生の調査結果から死亡診断や死体検案に係る医師法20条、21条や「医師法第20条ただし書の適切な運用について(通知)」(平成24年8月31日付、厚生労働省医政局通知)⁶⁾について理解を深めるため医学生に具体例や模擬症例を通じた教育が大切になるであろう。

模擬症例Eは認知症終末期に経口摂取困難な場合の栄養管理の選択、延命措置の是非がテーマである。家族の立場での延命措置の是非を医学生に質問した。その結果、「延命措置はせず、介護施設で死を迎える」と回答したのが70%であった(図<質問9>)。文献2)での回答は89%と医学生より多かった。文献2)の対象者の平均年齢は54.8歳で、今回調査した医学生の平均年齢が22.3歳であることから、延命措置の是非については年齢層による考え方の違いも要因として考えられる。図<質問10>は本人の立場の延命措置の是非を医学生に質問した結果である。「延命措置はせず、介護施設で死を迎える」と回答したのが89%であり、文献2)での回答も93%であった。

「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」⁷⁾の全国調査において、親には延命措置をするが自分自身には延命措置は希望しないという回答が多かった。自分自身に対する延命措置と家族に対する延命措置への考え方が異なる場合もある。高度の認知症や自己決定能力を消失した状態の親への人生の最終段階における医療の方針は子供や配偶者の意向に影響されることが多い。医学教育課程においても、患者本人の死生観だけでなく家族の死生観も把握して、治療方針の選択の説明や治療後の将来像を描く教育が望まれる。

模擬症例Fは平穏な看取りの障害となる遠い親戚の介入があった場合の対応がテーマである。

図<質問11>における医学生の回答結果は「在宅主治医や訪問看護師に助けを求める」47%、「在宅での看取りの方針を貫く」が43%であった。文献2)での回答はそれぞれ66%、32%であった。看取り時に親戚の介入があった際には、医師や看護師に患者家族が助けを求めてくる場合が多いことを示しており、医療従事者は病状の他に看取りに至った経緯や患者の死生観、人生観を把握しておく必要がある。また、平穏な在宅での看取りのためには、家族のみでなく身内とも方針を共有しておく必要がある。そのためには本邦では法的拘束力はないものの本人の「リビングウィル」が役に立つのである。文献2)で「リビングウィル」という言葉や内容を質問したが、「言葉も内容も

まったく知らない」が42%、「言葉も内容もよく知っている」10%であった。医療介護職群と非医療介護職群を比較すると、非医療介護職群では「リビングウィル」という言葉を知らないが59%であり、医療介護職群でも内容まで理解しているのは15%であった。「リビングウィル」の認知度はまだまだ低いといえる。医学生での本調査結果(図<質問1>)では「言葉も内容もまったく知らない」が7%、「言葉も内容もよく知っている」が10%であった。「言葉も内容も少し知っている」との回答が63%で一番多かった。

厚生労働省が行った「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」⁷⁾では、事前指示書の作成に賛成しているのは一般国民69.7%、医師73.4%、看護師84.7%、施設介護職員83.8%であった。調査年を経るごとにその割合が高くなっていく傾向がみられた。しかし、作成状況は約3%と少ないことが報告されている。日医ニュース⁸⁾での特別対談によれば、アメリカでは25~40%、ドイツでは12%の保持率のデータを報告している。医学生のアンケート結果においても「リビングウィル」、「意思表示書」の作成に賛成するとの回答が100%だった(図<質問16>)ものの作成状況は0%であった(図<質問15>)。「リビングウィル」を書面にした事前指示書を作成しておけば、模擬症例Fのように遠くに住む親戚の介入があった場合にも説得しやすくなるのである。しかし、一方では「リビングウィル」に慎重な意見もある。上野⁹⁾は認知症になる前に書いた事前指示書を患者本人の意思と見なすことができるのか、有効期限はいつまでか、自己の一貫性が失われたときに、同一性を求めるのは、過去の自分の、現在の自分への越権行為ではないかと述べている。認知症罹患後の「リビングウィル」がなく、患者本人の意思の変化を推測し、家族等の意思が入り込む余地も残される可能性があるのも問題としている。

自身の死が近い場合の受けたい医療、受けたくない医療について家族と話し合ったことがあるかを問う<質問12>において28%が「ある」と回答した。文献2)の全体の結果(平均年齢54.8歳)では37%であった。調査した医学生の平均年齢が22.3歳であり、まだ自分の死に対する関心が低いことが結果に反映していると考えられた。同年齢層の非医学部生と比較した調査をしていけば、医学生としての人生の最終段階の医療への関心がうかがえる結果になったのかもしれない。

<質問13>では最期を迎える場所の希望を質問した。その結果、医学生の回答は「医療施設」25%、「介護施設」5%、「自宅」65%、「その他」

5%であった(図<質問13>)。文献2)では「自宅」53%であり、医学生はより「自宅」での最期を迎えることを希望する回答が多かったといえる。

厚生労働省が2018年3月に改訂した「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」を知っているかとの質問14では、88%が「知らない」と回答した(図<質問14>)。今後、職業人として超高齢、多死社会の医療を担っていく医学生においても厚生労働省の「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」に対する認知度は低いと言わざるを得ない。2018年に行った文献4)の調査では介護施設の57%がこのガイドラインを認知していた。2018年から入院、在宅医療分野での診療報酬や介護報酬において、看取りに関する加算については「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」に沿うことが算定要件となった。医学教育課程において、医療倫理とともに死生学を組み入れ、「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)」の理解を深めていく必要がある。

<おわりに>

人生の最終段階における模擬症例6例等を用いて在宅での「看取り」時の障害、尊厳死、リビングウィルについて、将来の医療の担い手となる医学生の意識調査を行い、非医療介護職群、医療介護職群との相違について論考した。治療の見込みのない癌患者、高度のフレイルや認知症の高齢者、そしてその家族に、患者本人、家族の人生観や死生観、価値観を考慮してきちんと向き合える医師はそう多くはない。病気を診断し、治療するための医学教育では死に臨む人に対応する能力を養うのは難しい。本研究が超高齢社会、多死社会が進行する我が国の医師養成課程の医学教育の一助となることを期待する。

<文献>

- 1) 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」2018年3月改訂
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf#search=%27%E4%BA%BA%E7%94%9F%E3%81%AE%E6%9C%80%E7%B5%82%E6%AE%B5%E9%9A%8E+%E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%A9%E3%82%A4%E3%83%B3%27>
- 2) 柴田健彦、八鍬直、工藤邦夫、小室淳、清治邦夫：参加型、問題解決型の看取りシンポジウムにおける終末期医療に関する意識調査の検

- 討. 山形県医師会会報 2017;795:30-48
- 3) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫:北村山看取りシンポジウム2018における『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』と「ICT(情報通信機器)を用いた死亡診断」に関する実態調査終研究. 平成30年度 山形県医師会学術雑誌 2019:第56巻:122-134
- 4) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫:医療介護施設における看取り時のスピリチュアルケアについての実態調査研究. 令和元年度 山形県医師会学術雑誌 2019:第57巻:91-97
- 5) 柴田健彦、八鍬直、清治邦夫:北村山看取りシンポジウム2019における死生観とスピリチュアルケアについての実態調査研究. 令和2年度 山形県医師会学術雑誌 2019:第58巻:217-235
- 6) 医師法第20条ただし書の適切な運用について(通知)医政医発0831第1号 平成24年8月31日
- 7)「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」厚生労働省 2014年

- 8) 日医ニュース No.1337、2017.5.20、P1-3
- 9) 上野千鶴子:在宅ひとり死のススメ. 2021(文春新書)

<謝辞>

「地域医療と医師会活動、在宅医療」の講義の機会を与えて下さった山形県医師会会長 中目千之氏、講義に関して助言を賜りました山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学・衛生学講座教授 今田恒夫氏、アンケートに協力して下さい下さった山形大学医学部医学科4年生の学生諸氏には貴重な御意見を頂戴し、有意義な講義をすることができました。また、渋江由里子氏(山形大学大学院医学系研究科公衆衛生学・衛生学講座)には講義やアンケートの回収等に大変お世話になりました。諸氏に対して改めて感謝申し上げます。

<著者のCOI (conflict of interest) 開示>

本論文発表内容に関連して特に申告なし