

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」に関する実態調査研究

北村山地区医師会

柴田 健彦、八 鍬 直、清 治 邦 夫

<はじめに>

超高齢社会を迎えた我が国は、団塊の世代が後期高齢者となる2025年まで多死社会に向かって行こうとしている。このような時代を見据え、平成30年4月に6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われた。人生の最終段階における医療介護の在り方が見直され、『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⁾に名称変更、諸加算の算定要件となったのである。また、診療報酬改定ではオンライン診療が導入され、ICT（情報通信機器）を用いた看取りも選択肢のひとつとなった。

北村山地区医師会では人間の寿命、医療の限界、本人の望まない無駄な医療をなくし、人間らしい最期、看取りについて理解を深めるために、毎年「北村山看取りシンポジウム」を開催している。5回目を迎えた本シンポジウムは平成30年9月1日に開催された。テーマは、時代の要請に合わせ、変貌する看取りとし、『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」を考えることにした。時代とともに変貌する看取りの仕方について、地域包括ケアシステムに関わる介護施設代表（社会福祉士）、訪問看護ステーション代表（看護師）、病院代表（緩和ケア科医師）、開業医に住民代表、法律家（弁護士）、宗教家（僧侶）を交え、在宅、介護施設、医療施設のACP（Advanced Care Planning）の現状、現場の実践例、今後の取り組み、ICTを用いた死亡診断について議論した。

本稿では、本シンポジウムに関して実施した北村山地区の医療機関や介護施設に対する事前アンケート結果やシンポジウム会場の参加者に対するアンケート結果を基にして、『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」に関わる意識調査を分析、検討したので報告する。

<方 法>

変貌する看取り

～『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」を考える～

上記を表題として、シンポジウムを開催した。シンポジウム前の平成30年5月14日から同年6月30日まで北村山地区管内の医療機関や介護施設に対し、個人情報保護、匿名化、本調査研究に同意の記載がある事前アンケート調査（事前アンケート用紙）を行い、60施設から回答を得た。シンポジストは地域包括ケアシステムに関わる組織、職種とし、住民団体代表、法律家（弁護士）、宗教家（僧侶）を交えて、北村山地区管内の医療機関や介護施設に対する事前アンケート調査の回答結果を提示、解説しながら、議論した。シンポジウムではシンポジストと参加者に個人情報保護、匿名化、本調査研究に同意の記載がある当日アンケート用紙（当日アンケート用紙）を配布し、227名から回答があった。その後、全体の場合によっては医療介護職群と非医療介護職群に分類し、回答結果を集計、分析した。尚、本研究は山形県医師会倫理審査委員会において承認されたものである。

以下に座長、ファシリテーター、シンポジストの所属、役職、氏名を示す。

<座 長>

| | |
|-------------|---------|
| 北村山地区医師会 会長 | 八 鍬 直 |
| 山形県医師会 副会長 | 清 治 邦 夫 |

<ファシリテーター>

| | |
|--------------------------|-------|
| 北村山地区医師会 理事（在宅医療・介護福祉担当） | 柴田 健彦 |
|--------------------------|-------|

<シンポジスト>

3施設のACP（Advanced Care Planning）の現状報告

- | | | |
|----------------|----------|--------|
| ①特別養護老人ホームおさなぎ | 社会福祉士 | 小山内 智恵 |
| ②青空訪問看護事務所 | 所長 | 山 泉 泰子 |
| ③山形県立河北病院 | 緩和ケア科 医長 | 栗原 二葉 |

東根市老人クラブ連合会 代表

菅原 勉

浄土宗 仏恩山 常照院 住職・介護福祉士

村田 圭信

神林内科小児科医院 院長

神林 隆明

<コメンテーター>

伊藤三之法律事務所 所長

伊藤 三之

<結果>

アンケート回収対象施設および対象者背景

事前アンケートに回答を得た60施設の医療・介護施設の所在地と医療介護施設の種類をそれぞれ図1と図2に示した。

シンポジウム参加者から当日アンケート用紙227件を回収した。年代、性別、職業、市町村、医療介護職と非医療介護職の比率についてのグラフをそれぞれ示す(図①、②、③、④、⑤)。職業では介護職、看護師が多く(図③)、医療介護職と非医療介護職の比率についてのグラフ(図⑤)でも医療介護職群が59%であった。当日アンケート用紙提出者の平均年齢は53.8歳であった。

質問Aにおいて前回は「北村山看取りシンポジウム」に参加した者は31%(図A1)、医療介護職群と非医療介護職群別ではそれぞれ35%、23%で、非医療介護職群より医療介護職群の比率が高かった(図A2)。

『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』について

図3は施設で看取りを実施しているか否かを示している。68%の施設で看取りを実施していた。

『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』の認知度を施設側に質問した(質問4)。57%の施設がこのガイドラインを認知していた(図4)。全60施設に対して、同ガイドラインに沿った看取り体制になっているかを質問した(質問5)。その結果、ガイドラインに沿って看取り体制が確立している施設は33%であった(図5a)。看取りをしている41施設のみ限定すると、約半数の46%の施設でガイドラインに沿った看取り体制にあった(図5b)。図6はガイドラインに沿った看取り体制の障害を示すグラフである。「看取りの知識不足」が一番多く、「施設の勤務体制」がそれに続いた。

シンポジウム参加者に平成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』に改訂されたことを知っているかを質問した(質問B)。その結果、約2割は改定されたことを知っていたが、約8割は知らなかった(図B1)。非医療介護職群では約9割は認知していなかった(図B2)。

質問CではACPについて、約3割は認知していた(図C1)が、医療介護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ41%、11%と差が認められた(図C2)。

ICTを用いた死亡診断について

看取りを実施している医療・介護施設に、ICTを用いた看取りに対応しているかの問い(質問7)には、41施設中2施設(5%)のみが対応していた(図7)。ICTを用いた看取りについて、全60施設に今後の意向を尋ねた(質問8)が、ICTを用いた看取りを行う意向のある施設は12%に過ぎなかった(図8)。図9はICTを用いた看取りの問題点について示している。「ICT導入の経費」や「看護師の研修教育システムの不備」、「看取り行為や書類作成の複雑さ」を指摘する施設が多かった。一方、「宗教・地域社会の慣習」、「犯罪の見逃し」などを問題視する意見は少なかった。

シンポジウム参加者に遠隔診療(もしくはオンライン診療)を知っているかを尋ねた(質問D)。その結果、67%は知っていると回答した(図D1)。医療介護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ81%、46%と差が認められた(図D2)。

「ICTを利用した死亡診断」についての質問Eでは23%が認知していた(図E1)。医療介護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ29%、11%と差が認められた(図E2)。「ICTを利用した死亡診断」については医療介護職群でも約7割が認知していなかった。

<考察>

アンケート回収対象施設および対象者背景

前年の「北村山看取りシンポジウム」に参加した者(質問A)は31%とリピーターが約3割であった(図A1)。医療介護職群と非医療介護職群別ではそれぞれ35%、23%と非医療介護職群より医療介護職群の比率が高かったこと(図A2)から医療介護職が本シンポジウムを看取りに関する研修の機会と捉えているものと推測される。職業では介護職、看護師が多く(図③)、医療介護職と非医療介護職の比率についてのグラフ(図⑤)でも医療介護職群が59%と約6割で、それを裏づけている。シンポジウム参加者の平均年齢は53.8歳であったことから、職業上の研修以外でも自分の親の場合を想定して、『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』や「ICT(情報通信機器)を用いた死亡診断」について興味を示して参加したのではないかと推測される。

『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』について

図3、4から北村山地域の医療介護施設では看取りの実施が約7割、『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』を認知しているのが約6割であったことからガイドラインを知っていて看取りが行われている。しかしながら、本ガイドラインに沿った看取りの体制は全施設において33%とまだ体制が十分とはいえない(図5a)。看取りを実施している41施設に限って分析しても46%であった(図5b)。約半数が『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』に沿った看取り体制が未整備なのである。ガイドラインに沿った看取り体制の障害となる項目を尋ねた結果が図6である。「看取りの知識不足」「施設の勤務体制」が要因として多かった。

医療介護施設で看取りの教育体制、勤務体制の見直しの必要性があることがわかる。

シンポジウム参加者に平成30年3月に『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』に改訂されたことを知っているか質問した(質問B)。その結果、約8割は知らなかった(図B1)。

2017年の本シンポジウムにおいて、改訂前の『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』²⁾を知っているかを尋ねた際には「知っている」16%、「知らない」84%で、医療介護職群と非医療介護職群別に分析しても「知っている」はそれぞれ18%、14%、「知らない」82%、86%と大差はなかった³⁾。しかしながら、今回の平成30年3月に『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』に改訂されたことを知っているかの質問Bの回答を医療介護職群と非医療介護職群別に分析すると「知っている」はそれぞれ26%、11%、「知らない」はそれぞれ74%、88%(図B2)で、医療介護職群が非医療介護職群より『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』の改訂に関心があったことがわかる。

図C1はACPを知っているかを尋ねた結果である。全体では約3割は認知していた(図C1)が、医療介護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ41%、11%と差が認められた(図C2)ことから一般住民のACPに対する認知度はかなり低いといえる。ACPについては日本医師会が「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)から考える」というパンフレット⁴⁾を作成し、会員に配布しているが、今後は一般住民にも配布し、啓蒙していく必要がある。ACPについては適切な訳語がない点も、普及が遅滞している要因であるかもしれない。2017年の著者らの調査³⁾では、一般市民で「リビングウィル」を知らなかった

のは約6割であった。むしろ、一般市民にはマスメディアの影響で、「エンディングノート」の認知が高い印象をうける。ACPを普及させるにはマスメディアを通じた啓蒙も検討しなければならないであろう。

ACP、「リビングウィル」、「エンディングノート」を作成する上では、個々人の人生観、死生観、宗教観が影響を与える。日本医師会の日医ニュース⁵⁾に尊厳ある終末期を迎えるために医療と宗教の関わりについて、宗教者との対談が掲載されている。人生の最終段階において、身体的苦痛の緩和の他にスピリチュアル・ケアや宗教的ケアの力にも注目が集まっており、臨床宗教師が患者や家族の心のケアに大きな役割を果たしている。ACPなどを作成する上で、人生観、死生観を宗教家と共に考え、解決に向かうことも超高齢社会における医療には大切である。

平成19年5月にとりまとめた「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」⁶⁾は、平成18年3月に富山県射水市における人工呼吸器取り外し事件が報道されたことを契機として、策定されたものである。平成30年3月に『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』が3年ぶりに改訂され(初回:平成19年5月『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』、2回目:平成27年3月『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン』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』¹⁾に名称変更となった経緯がある。

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』では、人生の最終段階における医療の在り方に関し、医師等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行った上で、患者本人による決定を基本とすること、人生の最終段階における医療及びケアの方針を決定する際には、医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれている。本ガイドライン改訂のポイント5つを以下に示す。

1. 病院における延命治療への対応を想定した内容だけではなく、在宅医療・介護の現場で活用できるように、「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」に名称を変更し、医療・ケアチームの対象に介護従事者が含まれることを明確化した。
2. 心身の状態の変化等に応じて、本人の意思は変化するものであるため、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うことなどACPの取組の重要

性を強調した。

3. 本人が自らの意思を伝えられない状態になる前に、本人の意思を推定する者について、家族等の信頼できる者を前もって定めておくこと、すなわち、本人の「推定意思」「代理決定者」の重要性を記載している。
4. 今後、単身世帯が増えることを踏まえ、上記「3」における信頼できる者の対象を、家族から家族等（親しい友人等）に拡大した。
5. 繰り返し話し合った内容をその都度文書にまとめておき、本人、家族等と医療・ケアチームで共有することの重要性について記載している。

『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』¹⁾において、本人、家族等、医療・ケアチームが話し合いの結果、医療・ケア内容の方針決定で合意が得られない場合には複数の専門家からなる話し合いの場を別途設置して方針等について検討及び助言を行うと記載されている。第三者である「複数の専門家」は医療倫理に精通した専門家、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」の修了者等を想定している。「本人の意向を尊重した意思決定のための研修会」は「人生の最終段階における医療体制整備事業」として厚生労働省から神戸大学医学部附属病院緩和支援診療科に委託されている。今後、この研修修了者を育成していくことが望ましいが、それには行政、所属団体、支持団体等からの参加費用の補助を予算化する必要がある。

平成30年4月の診療報酬や介護報酬改定において、これから向かいつつある多死社会に備え、このガイドラインに沿って看取りをすることがターミナルケア加算等の諸加算を算定する上での要件となった。

『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』が係る診療報酬・介護報酬の諸加算を下記に示す。

1. 療養病棟入院基本料
(注6) 在宅患者支援療養病床初期加算
(350点/日)
2. 地域包括ケア病棟入院料
(注5) 在宅患者支援病床初期加算 (300点/日)
3. 在宅患者訪問診療料
(注6) 在宅ターミナルケア加算
(3500~6500点)
4. 在宅患者訪問看護・指導料
(注10) 在宅患者ターミナルケア加算 (2500点)
同一建物居住者ターミナルケア加算
(1000点)
5. 訪問看護費

(注12) ターミナルケア加算 (2000単位)

6. 定期巡回・随時対応型訪問介護看護費
(注11) ターミナルケア加算 (2000単位)
7. 複合型サービス費 (小規模多機能型居宅介護事業所)
(注11, ヌ) ターミナルケア加算 (2000単位)
8. その他
看取り介護加算 (I) (II)

上記加算の算定要件には「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』等の内容を踏まえ、入院時に治療方針に関する患者又はその家族等の意思決定に対する支援を行うこと」もしくは「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』等の内容を踏まえ、患者本人及びその家族等と話し合いを行い、患者本人の意思決定を基本に、他の関係者との連携の上対応する」と記載されている。

2014年に厚生労働省が実施した「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、病院、介護老人福祉施設で約2割の人がこのガイドラインを参考にしていないもの、「知っているが、特に活用していない」が約半数、約3割が「知らない」と回答した。2017年の著者らの調査³⁾ではこのガイドラインを「知っている」16%、「知らない」84%で、医療介護職群と非医療介護職群別に分析しても「知っている」はそれぞれ18%、14%、「知らない」82%、86%と大差はなかったことは先に述べた。2014年に厚生労働省が実施した「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⁾の結果よりさらに認知度が低かったのである。このことを踏まえ、著者らは一般市民のみならず、医療介護職にも本ガイドラインの啓蒙、利用の必要性を強く訴えていた。今回の診療報酬・介護報酬同時改定で『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』が前記諸加算の算定要件のベースとなったことにより、本ガイドラインを普及させようとする厚生労働省の並々ならぬ決意が読み取れる。

石飛は「平穏死」を提唱する中で、老いの終末期に胃瘻などの延命的な医療行為をしないと保護責任者遺棄致死罪や不作為の殺人罪などに問われないかを法律家とともに法律的な観点から議論し、考察している⁸⁾。医師は、人生の最終段階において死の避けられない患者に対する生命維持装置治療の中止や差し控えが保護責任者遺棄致死罪や不作為の殺人罪などの違法性を問われないか、医師の救済義務・治療義務と患者の自己決定権との間で苦悩する。ガイドラインが法律の代わりになるか⁹⁾ということに対しては、尊厳死が我が国では法制化されていない

ため、ガイドラインで治療・ケアの決定プロセスの医学的な妥当性という形で示すより他ないのである。このガイドラインは法律に基づいたものではなく、あくまでも良い医療や介護を実践するためのプロセスを示した指針であり、遵守することが必ずしも医師の刑事責任を免責する法的な根拠とはならない。ガイドライン中の「推定意思」や「代理決定者」も法的根拠はない。しかし、このガイドラインに沿って医師のみでなく関係者が話し合っ て意思決定のプロセスを行ってきたことに対して、司法や警察が介入してくることは不適切といえる。ガイドラインには法的根拠はないものの、遵守することで医療・介護者の心理的負担を軽減する効果がある。

ガイドラインの行動経済学的役割について言及する文献もある⁹⁾。経験豊富な医師でも行動経済学的特性の影響やヒューリスティクス（経験則）・バイアスを回避するのは困難である。ガイドラインが「ナッジ」としてうまく機能することで、人間の心理バイアスの影響を極力回避しながら、感情と理性の衝突を緩和し、法的問題のみならず、複雑で難しい倫理的問題をより合理的で迅速、公平そして円滑に解決することが期待できると述べている。また、ガイドラインは、安易な選択肢に飛びつかないための決め方のルール、乱用防止の歯止め、医師の自由裁量を制限するコミットメントでもであると述べている。

ICTを用いた死亡診断について

医師法第20条には「医師は自ら診療しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案しないで検案書を交付してはならない。」とするいわゆる無診察診療の禁止が謳われている。医師法は70年前の1948年に公布されている。2018年現在までの間、情報通信技術の著しい進歩により世界中が情報通信網で結ばれ、情報通信機器を個人で利用する時代になった。平成9年12月24日付で厚生省（現在は厚生労働省）では情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）についての通知¹⁰⁾をし、以後、平成15年3月31日、平成23年3月31日付で一部改正を行っている。遠隔診療は離島やへき地、モニターリングを必要とする患者には利点があるが、医師法第20条に抵触しないかが問題であった。しかし、この通知により遠隔診療が直ちに医師法第20条等に抵触しないことが明記された。その後、情報通信機器を用いた診療に関するルール整備がなされ、平成30年4月の診療報酬改定でオンライン診療が導入されたのである。

シンポジウム参加者に遠隔診療（もしくはオンライン診療）を知っているかを尋ねた（質問D）結果、67%は知っていると回答した（図D1）が、医療介

護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ81%、46%と差が認められた（図D2）。遠隔診療について、医療介護職群は認知しているが、一般住民である非医療介護職群では約半数が認知不足であることがわかる。

情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等の取扱いについて、平成29年9月12日付けで厚生労働省は通知¹¹⁾を出している。「規制改革実施計画」（平成28年6月2日閣議決定）において、在宅での穏やかな看取りが困難な状況に対応するため、受診後24時間を経過しても要件を満たせば医師が対面での死後診察によらず死亡診断を行い、死亡診断書を交付できるよう規制が見直されたためである。これを受けて平成29年9月に厚生労働省は「情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断等のガイドライン」¹²⁾を作成した。

ガイドラインでは遠隔で死亡診断を行う要件として、下記のすべてを満たすこととされている。

1. 死期が近づいている（早晚死亡が予測）場合
2. 患者・家族の事前同意（書）
3. 医師到着まで12時間以上
4. 看護師が法医学等の教育研修を受けていること
5. ICTによる報告を受けた医師が、死亡の事実の確認ができ、異状死体に該当しないこと

事前アンケートにおいて、看取りを実施している医療・介護施設に、ICTを用いた看取りに対応しているかの問い（質問7）には、41施設中2施設（5%）のみで（図7）、ICTを用いた看取り体制はほとんどなされていないといえる。今後、ICTを用いた看取りを行う意向のある施設も12%に過ぎなかった（図8）ことから現状では普及には時間を要することが予想される。

図9に示したように、ICTを用いた看取りの問題点について、「ICT導入の経費」や「看護師の教育研修システムの不備」、「看取り行為や書類作成の複雑さ」を指摘する施設が多かった。一方、「宗教・地域社会の慣習」、「犯罪の見逃し」などを問題視する意見は少なかった。

当日アンケートにおいて、「ICTを利用した死亡診断」の認知について（質問E）では23%が認知していたが（図E1）、医療介護職群と非医療介護職群別に認知度を分析するとそれぞれ29%、11%と差が認められた（図E2）ことから、「ICTを利用した死亡診断」については医療介護職群でも約7割が認知していない実態が浮き彫りになった。

ICTを用いた看取りは、離島やへき地の患者、自然災害時や交通網の麻痺時などには有用性があるといえるが限定的である。今後、ICTを用いた看取りが一般に普及していくには、遠隔死亡診断の要件を

緩和すること、ICT導入の経費の補助、看護師の教育研修システムの確立が必要である。

<おわりに>

「北村山看取りシンポジウム2018」の際に実施した北村山地区の医療機関や介護施設に対する事前アンケート結果やシンポジウム会場の参加者に対するアンケート結果を基にして、『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」に関わる意識調査を医療介護職群と非医療介護職群に分類して分析、考察した。

『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』に対する認知度は調査施設の約6割であるが、看取りの知識不足、勤務体制の問題があり、ガイドラインに沿った看取りができていない実態が把握できた。「ICT（情報通信機器）を用いた死亡診断」においては要件を満たすためのハードルが高い上、認知度も低く（23%）、実施体制の整備が進んでいなかった。

時代の要請に合わせ、変貌する看取りに対応していくため、医療介護職のみならず、一般住民にも本ガイドラインやICTを用いた死亡診断等の新しい看取りの姿についてさらに一層の啓蒙をしていく必要がある。

<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) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007年5月（2015年3月改訂）

<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000079906.pdf>

- 3) 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

- 4) 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。2018年4月

- 5) 日本医師会：尊厳ある終末期を迎えるために一医療と宗教の関わりー。日医ニュース2018；No1361：1-2

- 6) 厚生労働省：「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007年5月

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>

- 7) 厚生労働省：「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」2014年3月

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-02.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%81%AB%E3%81%8A%E3%81%91%E3%82%8B%E5%8C%BB%E7%99%82%E3%81%AB%E9%96%A2%E3%81%99%E3%82%8B%E6%84%8F%E8%AD%98%E8%AA%BF%E6%9F%BB%E5%A0%B1%E5%91%8A%E6%9B%B8+2014%E5%B9%B4%27>

- 8) 石飛幸三：「平穏死」という選択。2012（幻冬舎ルネッサンス新書）

- 9) 大竹文雄、平井啓 編著：医療現場の行動経済学 すれ違う医者と患者。2018（東洋経済新報社）

- 10) 情報通信機器を用いた診療（いわゆる「遠隔診療」）について。（通知）健政発第1075号厚生省健康政策局長通知 平成9年12月24日

<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/johoka/dl/h23.pdf#search=%27%E6%83%85%E5%A0%B1%E9%80%9A%E4%BF%A1%E6%A9%9F%E5%99%A8%E3%82%92%E7%94%A8%E3%81%84%E3%81%9F%E8%A8%BA%E7%99%82%EF%BC%88%E3%81%84%E3%82%8F%E3%82%86%E3%82%8B%E3%80%8C%E9%81%A0%E9%9A%94%E8%A8%BA%E7%99%82%E3%80%8D%EF%BC%89%E3%81%AB%E3%81%A4%E3%81%84%E3%81%A6.%EF%BC%88%E9%80%9A%E7%9F%A5%EF%BC%89%E5%81%A5%E6%94%BF%E7%99%BA%E7%AC%AC1075%E5%8F%B7%E5%8E%9A%E7%94%9F%E7%9C%81%E5%81%A5%E5%BA%B7%E6%94%BF%E7%AD%96%E5%B1%80%E9%95%B7%E9%80%9A%E7%9F%A5+%E5%B9%B3%E6%88%909%E5%B9%B412%E6%9C%8824%E6%97%A5%27>

- 11) 情報通信機器（ICT）を用いた死亡診断等の取扱いについて。（通知）医政発0912第1号厚生労働省医政局長通知 平成29年9月12日

https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tc2920&dataType=1&pageNo=1

- 12) 厚生労働省：「ICT（情報通信機器）を利用した死亡診断等ガイドライン」2017年9月

http://www.kansensho.or.jp/news/shouchou/pdf/1709 ICT_guidelines.pdf#search=%27%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81%EF%BC%9A%E3%80%8CICT%EF

%BC%88%E6%83%85%E5%A0%B1%E9%80%9A
%E4%BF%A1%E6%A9%9F%E5%99%A8%EF%
BC%89%E3%82%92%E5%88%A9%E7%94%A8%
E3%81%97%E3%81%9F%E6%AD%BB%E4%BA
%A1%E8%A8%BA%E6%96%AD%E7%AD%89%
E3%82%AC%E3%82%A4%E3%83%89%E3%83%
A9%E3%82%A4%E3%83%B3%E3%80%8D2017%
E5%B9%B49%E6%9C%88%27

<謝 辞>

シンポジストの小山内智恵氏（特別養護老人ホームおさなぎ）、山泉泰子氏（青空訪問看護事務所）、栗原二葉氏（山形県立河北病院）、菅原勉氏（東根市老人クラブ連合会）、村田圭信氏（浄土宗 仏恩山 常照院）、神林隆明氏（神林内科小児科医院）、コメンテーターの伊藤三之氏（伊藤三之法律事務

所）には貴重な御意見を頂戴し、有意義な討論をすることができました。また、大貫哲子氏（北村山地区医師会事務局）、大場卓恵氏（北村山第一医療介護連携センター）、齋藤真紀氏（北村山第二医療介護連携センター）には本シンポジウムやアンケートの準備、配布等で大変お世話になりました。そして、本シンポジウムの後援を賜りました山形県医師会、村山市、東根市、尾花沢市、大石田町、山形新聞・山形放送および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

アンケート用紙

| |
|--|
| No. 1 |
| 北村山地区医師会 看取りシンポジウム 2018 北村山地区 医療・介護施設事前アンケート用紙 |
| 各質問から最も適切なものをひとつ選択し、○で囲んで下さい。 |
| 質問1 貴施設の所在地を選んで下さい。 (東根市・村山市・尾花沢市・大石田町) |
| 質問2 貴施設の種類を下記からひとつを選んで下さい。 (グループホーム・有料老人ホーム・小規模多機能施設 老人保健施設・介護医療院・特別養護老人ホーム・無床診療所 有床診療所・病院・訪問看護ステーション・その他()) |
| 質問3 貴施設では「看取り」は行っていますか。 (はい・いいえ) |
| 質問4 「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」を御存じですか。 (はい・いいえ) |
| 質問5 貴施設は「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」に沿って「看取り」を行う体制ができていますか。 (はい・いいえ) |
| 質問6 質問5で「いいえ」とお答えした施設にお尋ねします。 「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」に沿って「看取り」を行う体制ができていない場合に障害となるものは何ですか。 (主治医の方針・施設職員の勤務体制・看取りの経験や知識不足・施設の方針・家族や家族会などの意向・その他()) |

質問7 質問3で「はい」と答えた施設にお尋ねします。
貴施設では情報通信機器（ICT）を用いた看取りに対応できていますか。（はい・いいえ）

質問8 今後、貴施設ではICTを用いた看取りを行う御意向はありますか。（はい・いいえ）

質問9 ICTを用いた看取りを行う場合、一番問題となるのは何だと思えますか。ひとつ選んで下さい。
（従事する看護師の教育講習研修システムがないこと・倫理的問題・犯罪の見逃し・家族とのトラブル・宗教や地域社会の慣習上の問題・看取り行為や書類作成の複雑さ・ICT導入の経費
その他（ ））

今回の看取りシンポジウム2018についての御意見・御要望などお気づきのことがありましたら当日のシンポジウムの参考に致しますので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、本シンポジウムの事前資料作成のため個人・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。

北村山地区医師会 看取りシンポジウム2018 アンケート用紙

各質問から最も適切なものをひとつ選択し、○で囲んで下さい。

年齢（ ）歳、性別（男・女）

職業（無職・農業・自営業・行政職員・警察官・消防救急隊職員・医師
歯科医師・看護師・薬剤師・介護福祉施設職員・教職員・宗教家
会社員・会社役員・法律家・建設業・サービス業・学生
その他（ ））

市町村（村山市・東根市・尾花沢市・大石田町・天童市・山形市・河北町
寒河江市・その他（ ））

<質問A> 昨年の「北村山看取りシンポジウム2017」には参加しましたか。
（はい・いいえ）

<質問B> 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』に改訂されたことを御存じですか。
（はい・いいえ）

<質問C> ACP（Advance Care Planning：患者の意思決定支援計画）を御存知ですか。
（はい・いいえ）

<質問D> 遠隔診療（もしくはオンライン診療）を御存知ですか。
（はい・いいえ）

<質問E> 情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断を御存知ですか。
（はい・いいえ）

今回の看取りシンポジウム2018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次回の参考に致しますので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、本シンポジウムの事前資料作成のため個人・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。

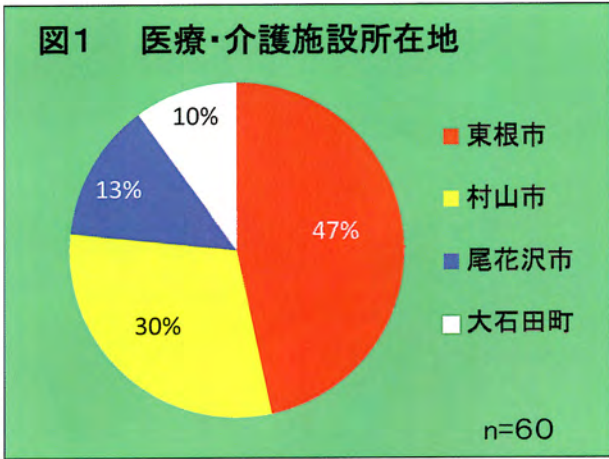


図1

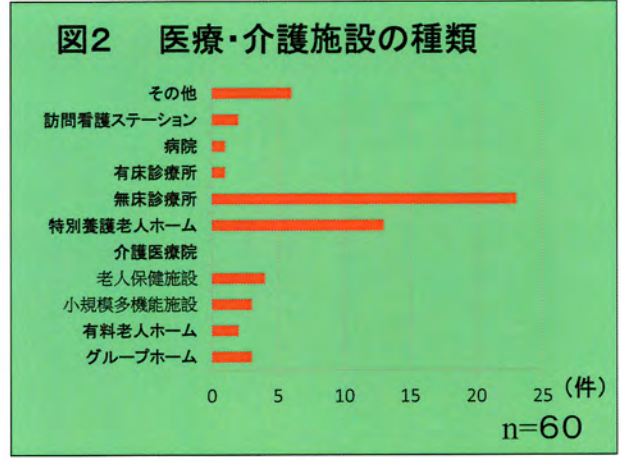
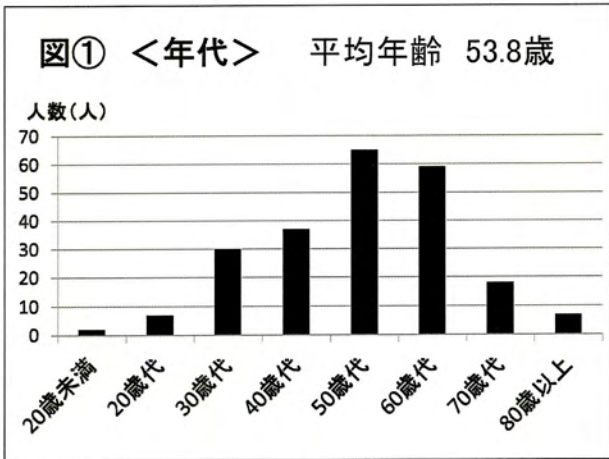
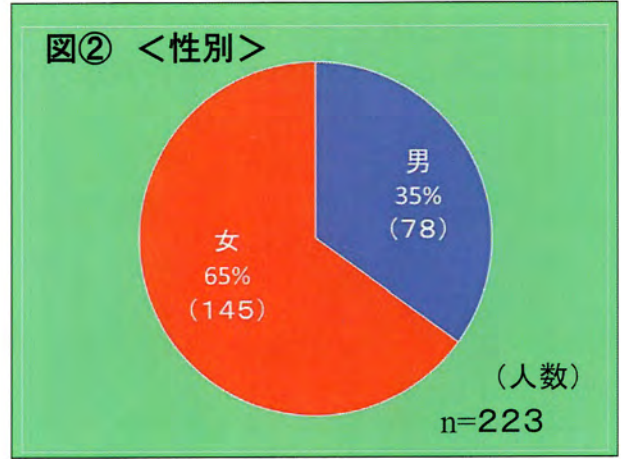


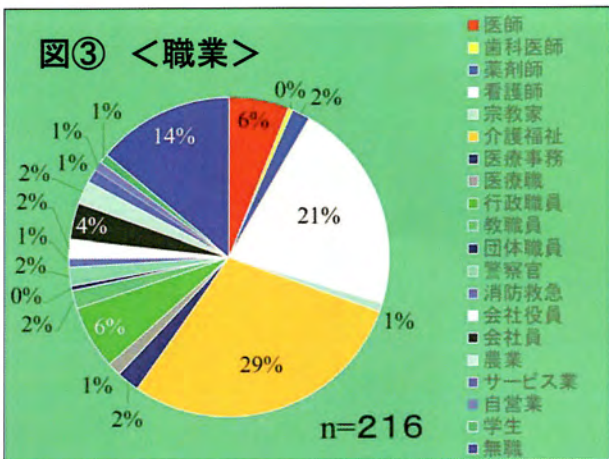
図2



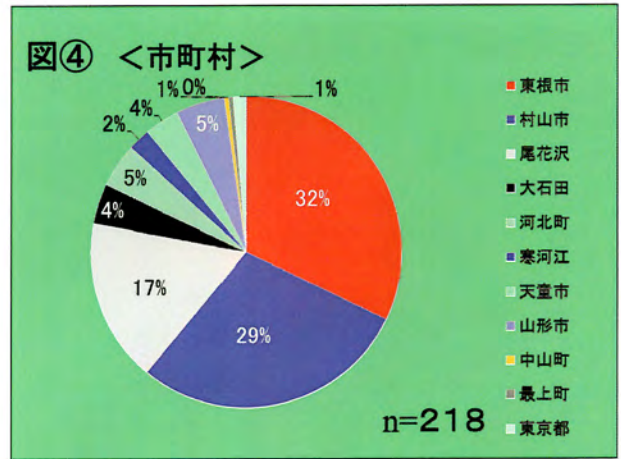
図①



図②

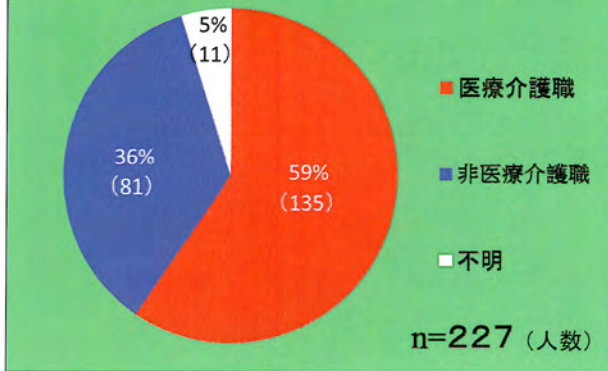


図③



図④

図⑤ <医療介護職と非医療介護職の比率>



図⑤

<質問A>

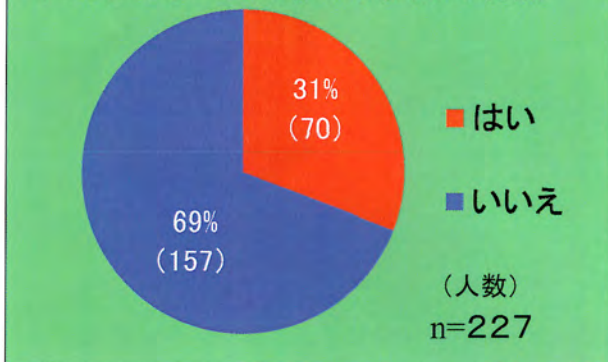
昨年の「北村山看取りシンポジウム2017」には参加しましたか。

①はい

②いいえ

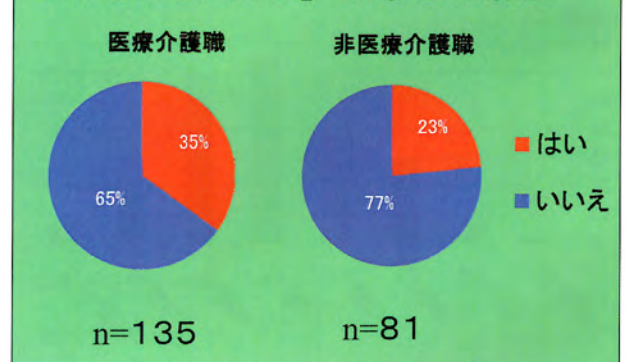
質問A

図A1 平成29年8月の「北村山看取りシンポジウム2017」への参加の有無



図A1

図A2 平成29年8月の「北村山看取りシンポジウム2017」への参加の有無



図A2

図3 看取りの実施

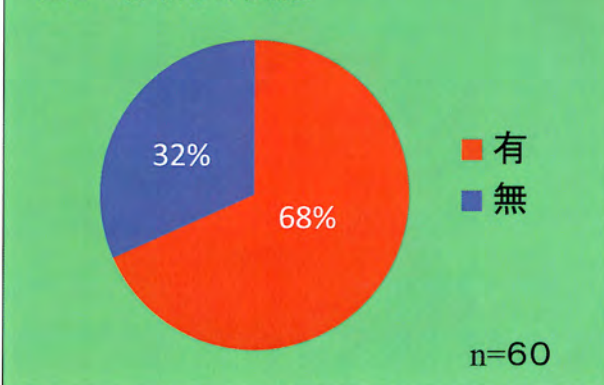


図3

図4 「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」の認知

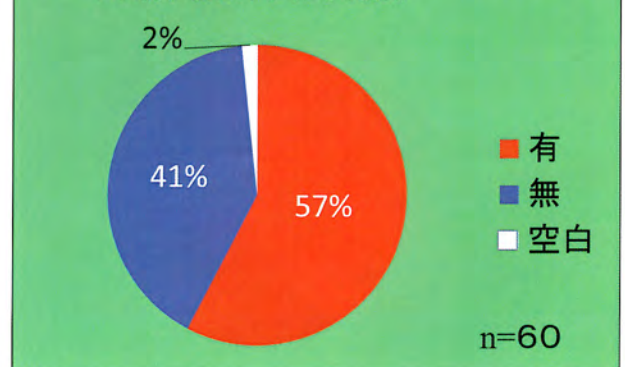


図4

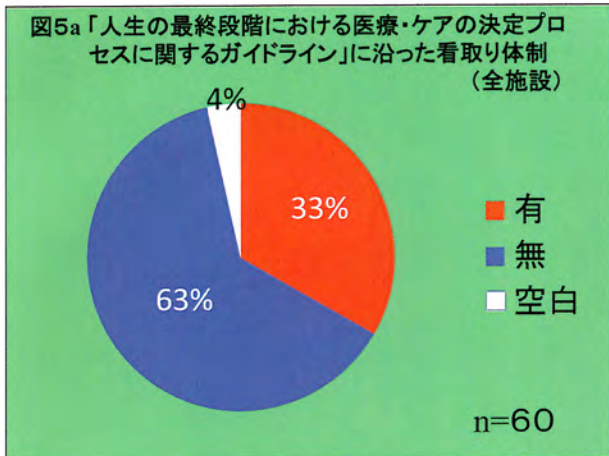


図 5 a

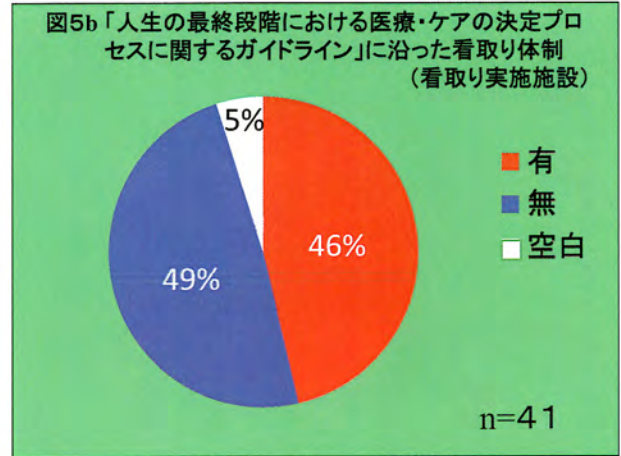


図 5 b

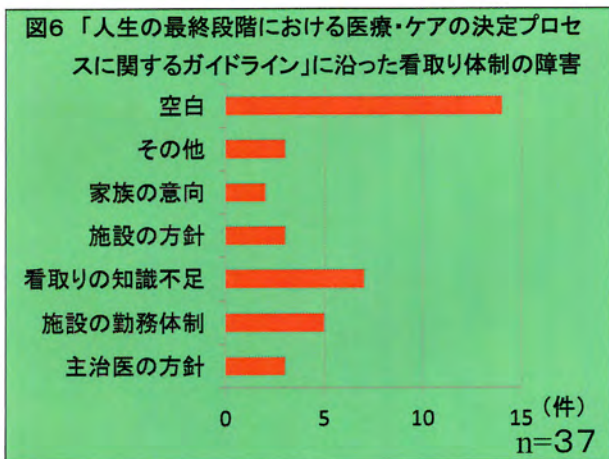


図 6

<質問B>

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』に改訂されたことを御存じですか。

①はい

②いいえ

質問 B

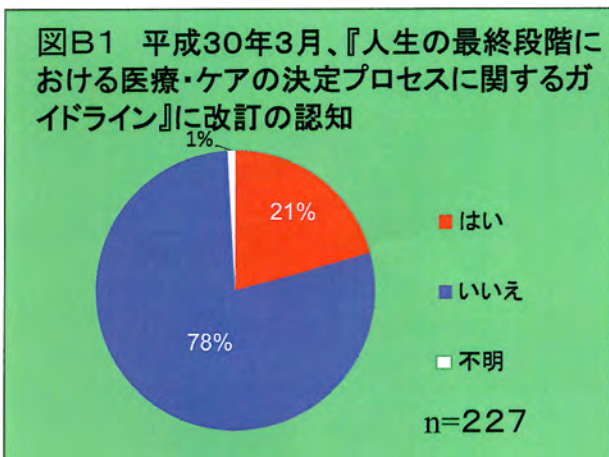


図 B 1

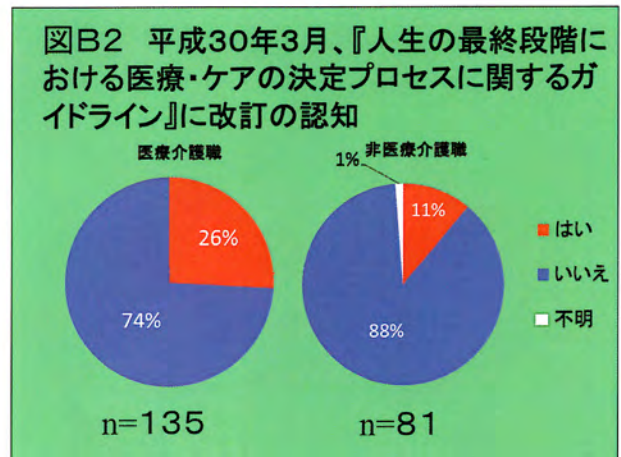


図 B 2

<質問C>

ACP(Advance Care Planning:
患者の意思決定支援計画)
を御存知ですか。

- ①はい
- ②いいえ

質問C

図C1 ACPの認知

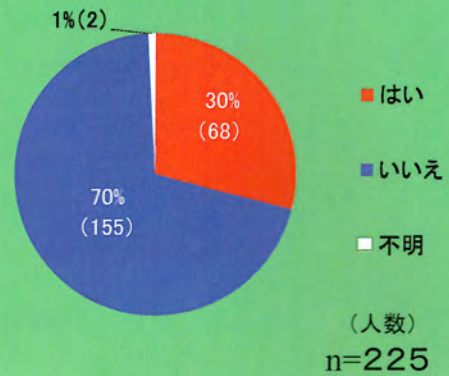


図 C 1

図C2 ACPの認知

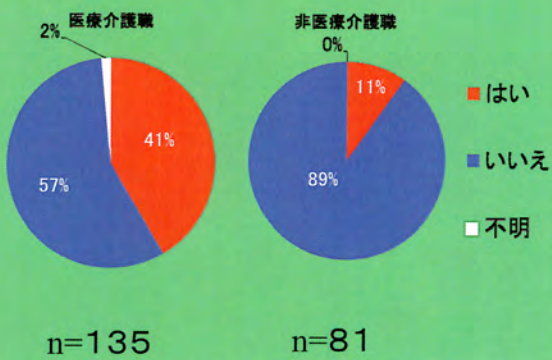


図 C 2

図7 ICTを用いた看取りの対応

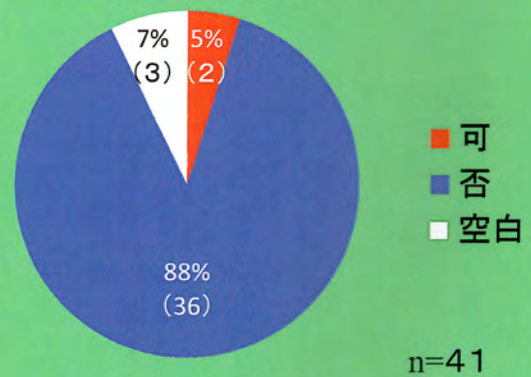


図 7

図8 ICTを用いた看取りの今後の意向

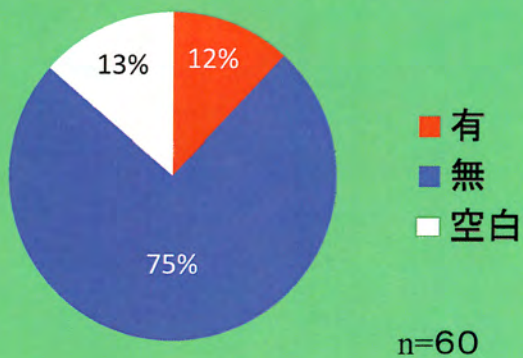


図 8

図9 ICTを用いた看取りの問題点

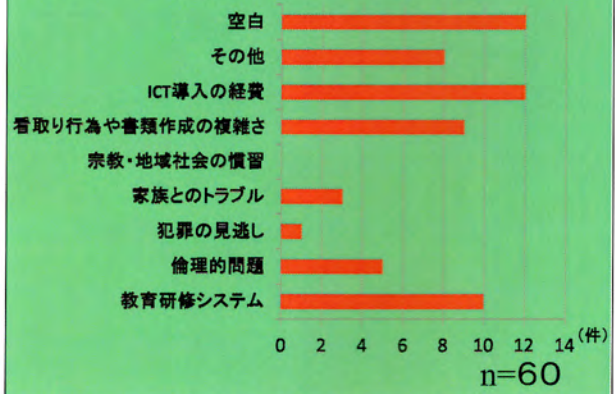


図 9

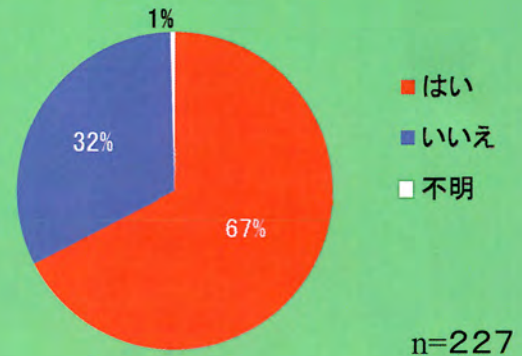
<質問D>

遠隔診療（もしくはオンライン診療）を御存知ですか。

- ① はい
- ② いいえ

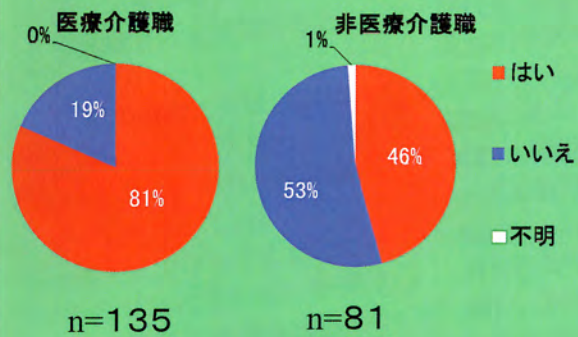
質問D

図D1 遠隔診療の認知



図D1

図D2 遠隔診療の認知



図D2

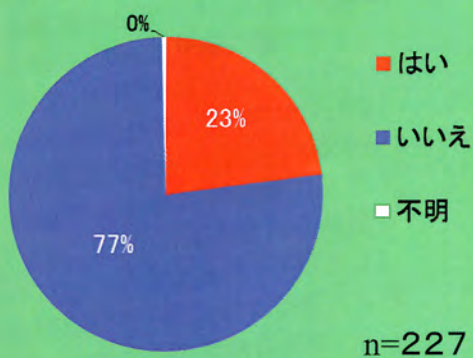
<質問E>

情報通信機器（ICT）を利用した死亡診断を御存知ですか。

- ① はい
- ② いいえ

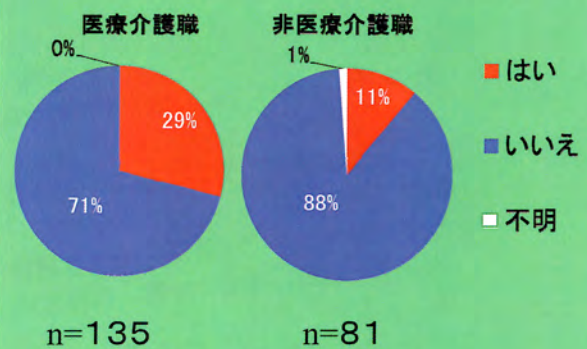
質問E

図E1 ICTを利用した死亡診断の認知



図E1

図E2 ICTを利用した死亡診断の認知



図E2