

平成 23 年 2 月 24 日

平成 22 年度笹川記念保健協力財団

研 究 報 告 書

研 究 課 題 統括された在宅緩和医療の研究（ウイニペグ方式を参考にして）

所属機関・職 岡山大学病院・助教

研究代表者氏名

西江 亮行



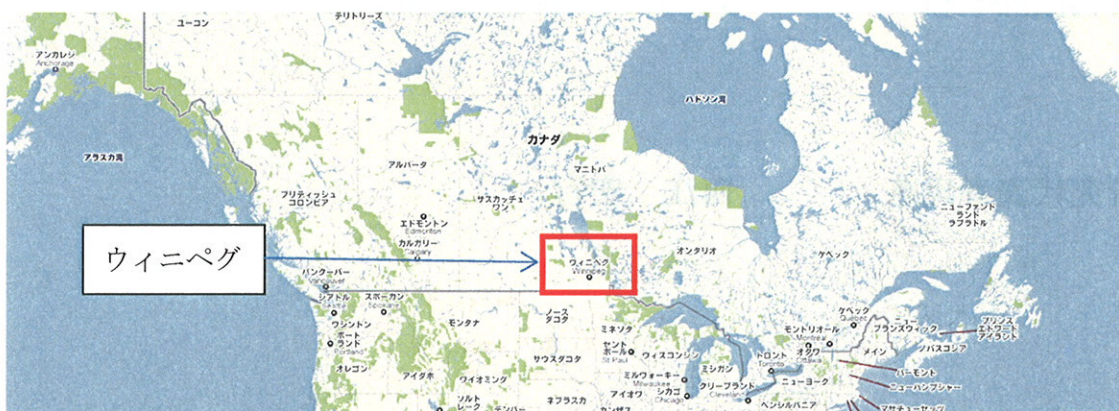
I 研究の目的・方法

在宅緩和医療は、自宅で最期を迎えたいという患者さんの希望をかなえるものであること、国のがん治療に対する政策と一致することから、発展していく分野であるものと考えられる。しかし現状で日本では十分に進んでいるとは言い難い。自宅で亡くなる患者さんは、全体の5-10%程度であるといわれている。研究代表者は、平成20年度笹川医学医療財団の助成を受けカナダ国ウィニペグに2カ月半の間研修を行った。ウィニペグでは在宅緩和ケアを柱としたウィニペグ緩和ケアプログラムが行われていた。ウィニペグでの経験を生かし、ウィニペグ方式を採用し、日本での在宅緩和ケアをより進めていくことが研究の目的である。

(参考)

ウィニペグでは Director の Dr. Harlos を中心とした組織的な緩和ケアプログラムが存在する。医師は約10名、緩和ケア専門看護師6名、訪問看護師約40名、患者さんの現状を把握し、必要なリソースを提供するコーディネーター6人などが一つのチームとなっている。そして24時間体制の緩和ケアを提供している。

ウィニペグ緩和ケアプログラムでは登録されるためには①予後が6か月以内である②化学療法を行っていない③DNR(急変時の蘇生を希望しない)に同意しなければならない。また、anticipated death という制度がある。これは、プログラムに登録されるときに必要な書類であり、患者さんが病気で亡くなることが予期されている証明書である。これを役所に提出しておく、自宅で亡くなった時に医師が臨終を看取る必要がないのである。医療費の面では在宅医療になると負担をすべて公費負担にするというのが特徴的である。このプログラムを開始したことで、10%程度であった在宅死亡率が25%にまで上昇したとのことである。



研究は、以下の3つを行うことにする。

- ① 岡山市の緩和ケアの現状調査
- ② 緩和ケアに要した医療費を在宅と入院とで比較する

③ ウィニペグ緩和ケアプログラムを希望するかどうかアンケート

岡山市の緩和ケアの現状調査は、実際に岡山市でがんの患者さんの何%が自宅で亡くなっているかを調査する。県庁や市役所、などで調査する。そして、実際に在宅緩和ケアを行っている医師を訪問して、どのくらいの患者さんを看取っているかなど現状を聞く。



ウィニペグ緩和ケアチームと研究代表者

緩和ケアに要した医療費の調査は、2009年から2010年にかけて岡山大学病院で緩和ケアチームがかかわり、病院で亡くなった患者さんと、岡山市で在宅緩和ケアを受け、亡くなった患者さんとを比較する。在宅緩和ケアは、かとう内科並木通り診療所と、安田内科医院、佐藤医院、片岡内科医院（清輝橋グループ）で、看取りを受けた患者さんとした。アンケート調査は、カナダの緩和ケアの現状を知らせた上で、医師にはウィニペグ緩和ケアの中から取り入れたい部分を問う。一般市民にはどこで最期を迎えたいか、ウィニペグと同じことが受け入れられるかを問う。岡山市民1000名と、岡山市で在宅緩和ケアを行っている医師を対象に行う。

Ⅱ 研究の内容・実施経過

① 岡山市の緩和ケアの現状調査について

(a) 岡山市でがんに罹患した人の何%が自宅で亡くなっているか？

死亡診断書に、死因と死亡場所を記載することから、これらを集計すればデータは出るはずである。しかし、岡山県医療推進課と岡山市保健所に問い合わせたが、このデータを持ち合わせていないとのことであった。この時点で、このデータを集めることが困難になる可能性を感じたため、最初に行うことにした。

これらのデータは厚生労働省が管理していた。結果は「人口動態統計」として、公表され、インターネット上もしくは出版された本で確認できる。平成20年度の日本全体の自宅での死亡率は12.7%、がん患者さんの自宅死亡率は7.3%であることがわかった。しかしながら岡山市に限定したデータは載っていなかった。厚生労働省に問い合わせ、「目的外使用」として個々の死亡票から岡山市のデータを出せるかどうか聞いてみたが現時点では無理とのことであった。

そこでさらに調査すると、平成19年に法改正があり、「人口動態調査死亡票を保健医療行政に必要な基礎資料を得るため」であれば、都道府県が利用できることがわかった。岡山県医療推進課にそのことを問い合わせた。すると、岡山県の他の部署が、データは持っていたが、厚生労働省の指示で公表できないとの返答であった。

さらに調査すると、山形県が、市町村ごとのがん患者さんの在宅死亡数を公表しているの

を見つけた。そのことを山形県に問い合わせると厚生労働省から公開の許可が出ていると
のことであった。再び岡山県に問い合わせたところ、ようやく行政運営資料として緩和ケ
ア実務者会議での公表ができるとの返答をいただいた。その会議は2011年2月にあると
のことであるが、それで了承した。ここまでの調査や、交信にかなりの時間を費やした。

2011年2月14日に岡山県がん診療連携協議会があり、そこで平成21年度の結果について
報告された。結果は配布されているが公表が難しいとのことであるが、正確な数字は記さないが、
全国平均より1ポイントほど低い数字であった。

しかし、この集計で労力を使うとは予想していなかった。今回は、岡山県の協力により報
告があったもの、厚生労働省の方針には疑問を感じる。市民の死亡数等に関するデータは
市民のものではないだろうか。

(b) 在宅緩和ケアがどのように行われているかの現状調査

岡山県医療機能情報提供システムを用いて、「在宅医療か
らさがす」を選び、「往診(24時間往診可能)」かつ「在宅
末期医療総合診療」を選択した。その中で岡山市を住所と
するものを検索すると63件であった。そのすべてに調査
の協力を依頼する文書を郵送した。

その結果27名の医師から協力の同意が得られた。個々の
施設に研究代表者が訪問し、インタビュー形式で調査を行
った。また、本研究は岡山大学病院倫理委員会の承認を得
た。調査票は付録1に示す。

(b) - 1

一日に訪問する患者数と、一年間に看取った患者数

図Iに上記のグラフを表1に上記の実数を示す。

多くの診療所で一日の訪問数は5人以下であった。

往診専門クリニックが昨年開設され、突出して多くの往
診をこなしていた。看取り数も多くが年間5人以下であ
った。グループホームや老人ホームを含むかどうかで大きく数字が変わってくるようであ
る。多くが訪問看護ステーションと連携している。また、個人的に医師同士で連携をして
いる施設もあった。

(b) - 2

24時間往診可能というのは負担ではないか？

<http://www.iryjo-joho.pref.okayama.jp/Top.do>

当然であるが、全診療所が24時間体制で往診をしている。毎日がオンコール状態であるがそれが負担にならないであろうか？結果は、図2に示すように51.9%の医師が負担では

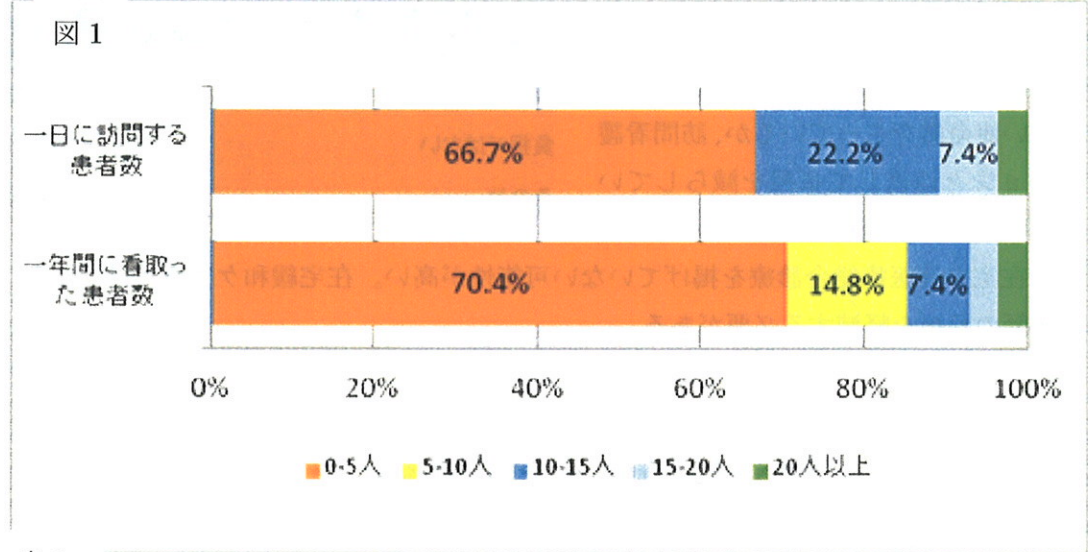


表1

一日に訪問する患者数	N	%
0-5 人	18	66.7%
5-10 人	0	0.0%
10-15 人	6	22.2%
15-20 人	2	7.4%
20 人以上	1	3.7%
一年間に看取った患者数	N	%
0-5 人	19	70.4%
5-10 人	4	14.8%
10-15 人	2	7.4%
15-20 人	1	3.7%
20 人以上	1	3.7%

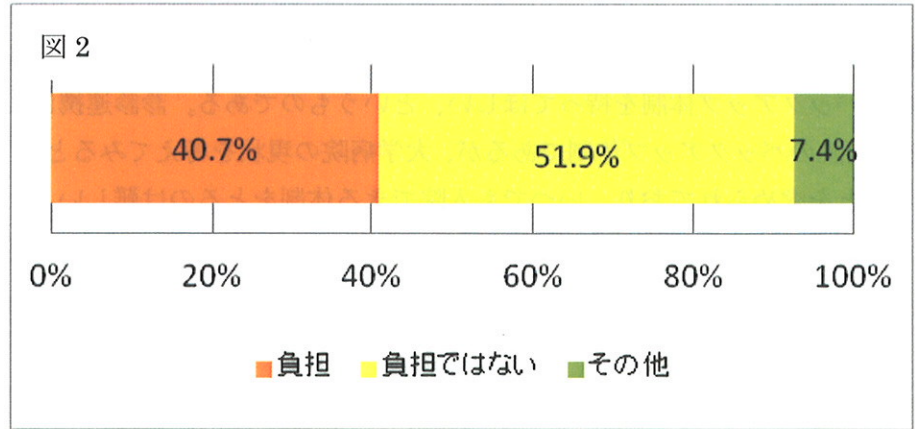


表 2

ないと回答した。負担ではないと回答した医師の理由は、「行くのが当然である」というような強い使命感をもっているか、訪問看護ステーションと連携して負担を減らしていた。しかし、もともと負担に感じている診療所では、在宅末期医療総合診療を掲げていない可能性が高い。在宅緩和ケアを推進するためには医師の負担を軽減する必要がある。

24 時間体制の往診は負担か	N	%
負担	11	40.7%
負担ではない	14	51.9%
その他	2	7.4%

(b) - 3

在宅緩和ケアに関して、岡山大学病院に対するご希望はあるか 在宅緩和ケアを推進するための提案

現状の在宅緩和ケアの問題点を聞くための質問である。

大学病院への希望としては、困ったときのサポートの要請が最も多かった。気軽に質問できる窓口がほしい、入院できるようにしてほしい、などである。開業医は大学病院より下に見られていることが多いので大学で相談できると患者さんも納得されるという意見も多かった。この辺りは患者さんの意識改革も必要なのかもしれない。

その他、大学病院の問題点としては、紹介するタイミングが遅い、在宅へ紹介するという選択肢がない、など大学病院医師の意識改革が必要な部分も感じた。大学病院で緩和ケアをする必要はないという厳しい指摘もあった。

在宅緩和ケアを推進するための提案はまず介護保険に関するものが多かった。申請してから適応になるまでの時間が長すぎる、医療保険と同時に使えないなどである。しかし、2010年10月に、厚生労働省から末期がんの患者さんへの介護保険の適応は早急にするように通達があった。これはおそらく現場からの声を反映したものであらうと思う。

また介護力の低下を上げている医師が多かった。一人暮らしや、老老介護の家庭は多い。介護する人がいても、最後は耐えられなくなって入院する例がとて多いとのことである。介護力が低下している問題は、実はウィニペグでも同じである。すぐには解決策が出てこない。

このほかは診診連携、病診連携の推進を希望する医師が多かった。診療所同士のネットワークをもち、病院にはバックアップ体制を持ってほしい、というものである。診診連携については、後述する。病院のバックアップ体制であるが、大学病院の現状を考えると、病床稼働率を上げることを求められており、いつでも入院できる体制をとるのは難しい。

それではどのような解決策があるのだろうか。

岡山市内の基幹病院の一つ岡山赤十字病院 緩和ケア科 喜多嶋拓士先生を訪ねた。赤十字病院では急な入院が必要になった患者さんは救急外来で受け付けている。そして、その日か、遅くとも次の日には入院できるとのことであった。基幹病院同士の連携も特になかった。ただ多くの訪問看護ステーションと連携していた。そして、その看護ステーションが信頼できる開業医と連携する形になっていた。したがって、在宅緩和ケアに熱心な開業医がどこにいるかは知っていた。それらの情報を共有することはできるかもしれないとのことであった。

②緩和ケアに要した医療費を在宅と入院とで比較する

ウィニペグでは緩和ケアを受ける患者さんの費用は、すべて公費負担となる。Dr. Harlos は終末期に病院で亡くなる場合に多くの費用がかかり、在宅での看取りにすれば、すべて公費にしても医療費は下がることを見出した。そして、ウィニペグで在宅緩和ケアを受ける患者さんの医療費を無料にするように政府に掛け合って認めさせたと聞いている。そのようなことが岡山市でも可能かどうかを考察するために調査を行った。

【対象と方法】

入院の患者さんとしては、2009年1月1日から2010年12月31日までに当院緩和ケアチームが関与して、亡くなった患者さんを対象とした。緩和ケアチーム医師との相談により、調査を依頼する患者さんを選択して、研究のお願いをご家族に郵送した。

在宅緩和ケアの患者さんは、かとう内科並木通り診療所、安田内科医院、佐藤内科、片岡内科医院で対象となる患者さんを選択していただいた。そして、郵送でご家族に研究のお願いをした。

調査は亡くなった月とその前月で行った。医療費はレセプトを調べた。訪問看護、院外薬局、訪問介護、リハビリテーションなどを行っている場合には、それぞれの事業所に問い合わせた。薬の金額は医療費に含めた。食事代は検討から除外した。

この研究は、岡山大学倫理委員会の承認を得ている。

【結果】

入院の患者さんは14名、在宅の患者さんは18名が対象となった。

表3 入院の患者さんの医療費

No	日数(日)	合計(円)	一日あたり医療費(円)	一日あたり自己負担(円)
1	25	1248160	49926	1776
2	46	1668710	36276	1930

3	27	1398560	51799	3289
4	41	1653180	40321	2166
5	30	1471090	49036	2360
6	33	1234010	37394	2930
7	35	972570	27788	1678
8	60	1569340	26156	5095
9	44	1772800	40291	2018
10	34	1325770	38993	2612
11	33	2760890	83663	0
12	36	1406370	39066	4692
13	57	1602390	28112	3006
14	49	1338370	27314	1812

一日当たり医療費 中央値・・・39066 円 (26156～83663)

平均値・・・41153 円

一日あたり自己負担 中央値・・・2263 円 (0～5095)

平均値・・・2526 円

表 4 在宅の患者さんの医療費

No	在宅日数 (日)	医療合計 (円)	看護合計 (円)	医療+看護 (円)	一日当たり医療 保険医療費(円)
1	10	153820	102200	256020	25602
2	8	384510	112750	497260	62158
3	39	634434	176300	810734	20788
4	20	472670	162500	635170	31759
5	36	515240	135750	650990	18083
6	11	230040	106733	336773	30616
7	40	392160	222150	614310	15358
8	36	149800	285700	435500	12097
9	53	346600	52900	399500	7538
10	45	634030	156500	790530	17567
11	14	254250	83250	337500	24107
12	50	699260	411100	1110360	22207
13	15	128290	115250	243540	16236
14	28	537170	0	537170	19185
15	46	264040	355176	619216	13461
16	41	454682	353600	808282	19714

17	48	262473	142100	404573	8429
18	38	430320	159500	589820	15522
一日あたり医療費		中央値・・・18634 円 (7538～62158)			
		平均値・・・21135 円			
一日あたり自己負担		中央値・・・2087 円 (1044～9528)			
		平均値・・・2856 円			

介護保険に関しては、5 名分のみ判明している

表 5 在宅の患者さんの介護費

No	日数(日)	介護費用 (円)	一日あたり介護 費用(円)	自己負担額(円)	一日当たり 自己負担額 (円)
1	28	24150	862	2415	86
2	46	10000	217	1000	22
3	41	42750	1042	4245	104
4	48	107220	2233	10723	223
5	38	42920	1129	4572	120
一日あたり介護保険		中央値・・・1042 円 (217～2233)			
		平均値・・・1097 円			
一日あたり自己負担		中央値・・・104 円 (22～223)			
		平均値・・・111 円			

ばらつきが大きいので、中央値を採用すると、入院には一日 39066 円かかる。在宅緩和ケアの場合は 18634 円+1042 円=19676 円である。

死亡の場所を加味して医療費を考えてみる。岡山市でのデータを公表できないので、全国のデータで推測することにする。

人口動態統計より得たデータでは 2008 年に悪性新生物で亡くなった患者さんのうち、病院で亡くなったのが、89.2%、自宅で亡くなったのが 7.3%である。岡山市で平成 19 年に悪性新生物で亡くなった方が 1670 名であるから、一か月にかかる医療費を比較すると

入院： $39066 \text{ 円} \times 30 \text{ 日} \times 1670 \text{ 人} \times 89.2 (\%) = 1745828287 \text{ 円}$

在宅： $19676 \text{ 円} \times 30 \text{ 日} \times 1670 \text{ 人} \times 7.3 (\%) = 71961035 \text{ 円}$

自己負担を引いて、公費負担額を計算する。

入院： $(39066 - 2263) \times 30 \text{ 日} \times 1670 \text{ 人} \times 89.2 (\%) = 1644696628 \text{ 円}$

在宅： $(19676 - 2087 - 104) \times 30 \text{ 日} \times 1670 \text{ 人} \times 7.3 (\%) = 63947890 \text{ 円}$

合計：1708644518 円

これが現在公費で負担されている医療費の推定である。在宅の自己負担をなくした金額で、この数字を下回るにはどのくらいの患者さんが入院から在宅になればよいであろうか。

仮に 1%の入院患者さんが、在宅での看取りになると、 $(39066-2263) \times 30 \times 1670 \times 88.2$ (%) + $19676 \times 30 \times 1670 \times 8.3$ (%) = 1708077035 円で、現在の公費負担医療費を下回る。したがって在宅の自己負担を無料にした場合、入院で亡くなる患者さんが 1%以上在宅へ移行すれば医療費は下がることになる。

【考察】

たった 1%の患者さんが入院から在宅へ移行するだけで、在宅医療費を無料にすることができる。

しかしこの研究にはいくつかの **limitation** がある。

最も重要なのは介護している家族の費用が算出できないことである。家族は仕事を休んだり止めたりする場合もあると思われる。その際のコストは含まれなければならない。シーツなどにかなりお金が必要だったというご家族の意見もあった。

また、在宅の場合、診療所、訪問看護ステーション、介護ステーション、薬局など支払う場所が何か所もあり、すべてを把握するのが難しい。往診等に必要な交通費もすべてを把握できていない可能性があり、在宅のほうが実際より安く算出されている可能性はある。このように在宅緩和ケアにかかる費用が複雑で分かりにくいことは問題であり、おそらく在宅緩和ケアの障害となっている一つの因子であろう。

別の観点からは、在宅では看取りに 10000 点 (100000 円) の診療報酬がある。このため、在宅期間が短かった患者さんでは一日当たりの医療費が割高に計算されている。そして、自己負担額に適応される高額療養制度の計算ができなかった。

したがって、この結果には **limitation** があることを理解しなければならないが、自己負担を無料にして、在宅医療を行うという考えは、検討する価値が十分にあると考えた。実際在宅医からは、往診に行きたいが、多く往診すると、患者さんの負担になるので行きにくいという意見が複数あった。

ただし、実際に患者さんを看取ったご家族と、倫理委員の一人から、在宅緩和ケアを選んだのは患者さんのためであり、医療費を下げるために在宅緩和ケアを推進することに関しては抵抗を感じるとのご意見をいただいた。このことは常に念頭に置いておきたい。

③ウィニペグ緩和ケアプログラムを希望するかどうかアンケート調査

岡山市民と、在宅緩和ケアを行う医師がウィニペグの緩和ケアプログラムを希望するかどうかをアンケート調査した。

一般市民へのアンケート調査

一般市民へのアンケート調査は無作為に選んだ 1000 名の岡山市民を抽出して行った。

（抽出の方法）

層化二段無作為抽出法を用いた。

ただし、岡山市は広大で市街地と周辺地とは大きく様相が異なる。そのため、層化を人口密度で行った。抽出は選挙区ごとに行った。具体的には、北区、南区、西区、東区でそれぞれ人口密度が 3000 人/m² 以上、1000～3000 人/m²、1000 人/m² 以下の選挙区に分けた。そして、各選挙区から抽出人数が約 20 人になるように選挙区を人口比率に応じて無作為に選んだ。具体例を示す。岡山市北区には人口密度 3000 人/m² 以上の選挙区が 23 ある。この中から 10 の選挙区を無作為に選んだ（人口の多い選挙区のほうが選ばれやすい）。選ばれた選挙区の名簿を閲覧し、1 選挙区から約 20 名を無作為（等間隔抽出法）に抽出した。選挙名簿の閲覧は、選挙管理委員会に申請をし、許可を得た。選挙名簿の閲覧は区役所を訪問して、決められた日時にすべて手書きで行った。これらを北区、南区、西区、東区で行い、1000 名の抽出を完成した。

（調査票の作成）

研究責任者、共同研究者に加えて、岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 衛生学教室 鈴木越治先生の協力を得て行った。

調査の主たる目的は「ウィニペグの緩和ケアプログラムを岡山市民が受け入れるかどうか」である。問 1 4 でこの設問を入れた。同時に“anticipated death”という考え方について問 1 3 で聞いた。

また、ウィニペグ緩和ケアプログラムを考察して、条件の一番目である「心肺蘇生を希望しないこと」というのは非常に大きいと考えた。いわば、ウィニペグで緩和ケアを受ける人たちは、自動的にリビングウィルを持っていることになる。したがって、リビングウィルを持つことが療養の場所に大きな影響を持っているのではないかと考えた。そこでリビングウィル（代理人指名を含むとアドバンスディレクティブと呼ぶ）に関する質問を 4 つ入れた。その他は、在宅と入院に関する認識の違い、岡山市に在宅緩和ケアを行う医師や看護師がいるかどうかについて質問した。

（予備調査）

岡山大学病院看護師、一般市民に対して予備調査を行った。その結果、特に一般市民は「在宅緩和ケア」という言葉自体を知らない人が多かった。そこで、付録に示すように、在宅緩和ケアを簡単に説明したリーフレットを作成して、アンケート票に同封した。

（アンケートの経過）

2010 年 11 月に、まずアンケートの協力を依頼する葉書を送付した。そして、一週間後にアンケート票を送付した。約 10 日後に、お礼並びに督促のための葉書を送付した。回答のなかった市民には、再度同じアンケート票を送付した。

回答用紙は二重封筒とした。外側の封筒には番号を振り、回答した市民に再度アンケート票を送らないようにした。内側の封筒には何も記載せず、集計はこの封筒を用いて行った。したがって、誰がどの回答をしたかはわからないようになっている。なお、アンケートには次のことを明記している。

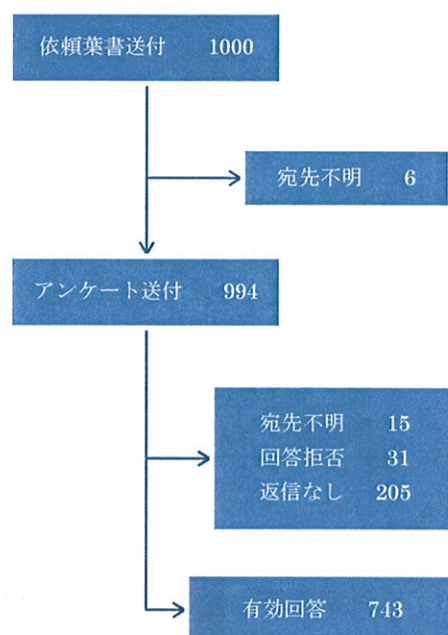
- ・本研究の趣旨
- ・個人情報の扱いは厳重に行うこと
- ・個人が特定されないよう統計処理をすること
- ・研究以外の目的には使用しないこと

これらに同意を得られる場合にのみ、無記名で回答および返送をしてもらうこととした。本研究は倫理委員会の承認を得た。

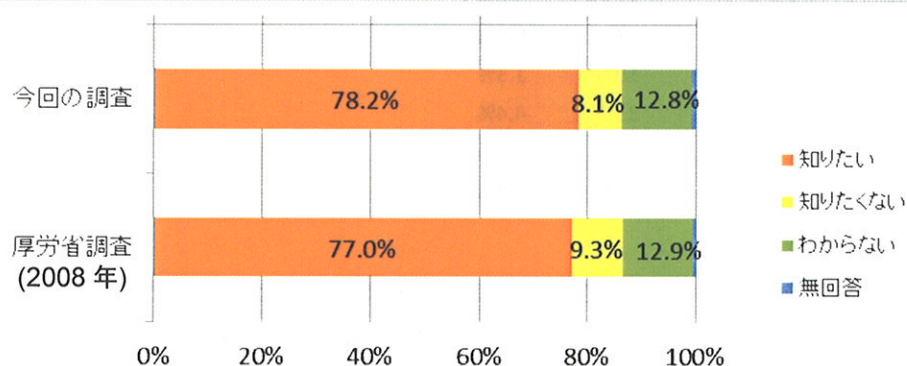
（アンケートの結果）

宛先不明により 6 通の葉書が届かなかったため、アンケートの送付は 994 名となった。アンケートを送付した結果、宛先不明が 15 名、回答を拒否した人が 31 名、返信のなかった人が 205 名であり、有効回答数は 743 名となった。有効となった対象者の背景は表に示す通りである。

対象者の背景		n	%
性別	男性	348	46.8
	女性	384	51.6
	不明	11	1.4
年齢	50歳代	202	27.1
	60歳代	282	37.9
	70歳代	157	21.1
	80歳代	82	11.0
	90歳以上	11	1.4
	不明	9	1.2
家族の人数	1人	104	14.0
	2人	274	36.8
	3人	165	22.2
	4人	112	15.0
	5人	34	4.5
	6人	25	3.3
	7人	10	1.3
	8人	2	0.2
	9人	1	0.1
	不明	16	2.1
最終学歴	中学校	81	10.9
	高等学校	320	43.0
	短大、専門学校	117	15.7
	大学、大学院	117	19.1
	旧制尋常小学校	11	1.4
	旧制高等小学校	19	2.5
	旧制中学校、実業高校、師範学校	41	5.5
	旧制高校、高専	22	2.9
	旧制大学、大学院	3	0.4
	不明	12	1.6
職業	医療関係者	38	5.1
	家族が医療関係者	78	10.5
	医療関係者ではない	608	81.8
	不明	19	2.5



問1 治る見込みがない病気になった場合、治療期間や余命について知りたいと思うか

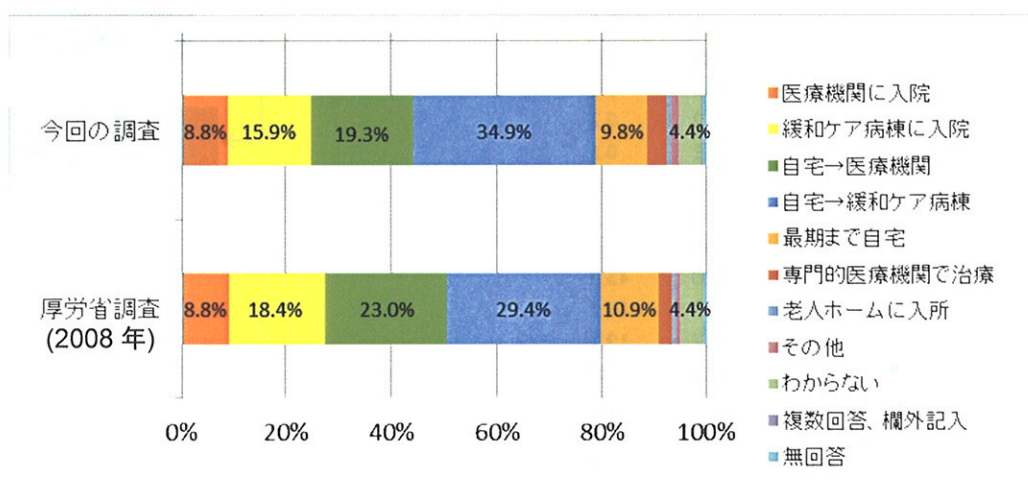


治療期間や余命を知りたいか	N	%
知りたい	581	78.2%
知りたくない	60	8.1%
わからない	95	12.8%
無回答	7	0.9%

治る見込みのない病気になった場合の治療期間や余命については、「知りたい」と答えた人が78.20%と高い割合を占めた。

「知りたくない」「わからない」と答えた人もほぼ同じ割合であった。

問2 治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間)と告げられた場合、療養生活はどこで送りたいか



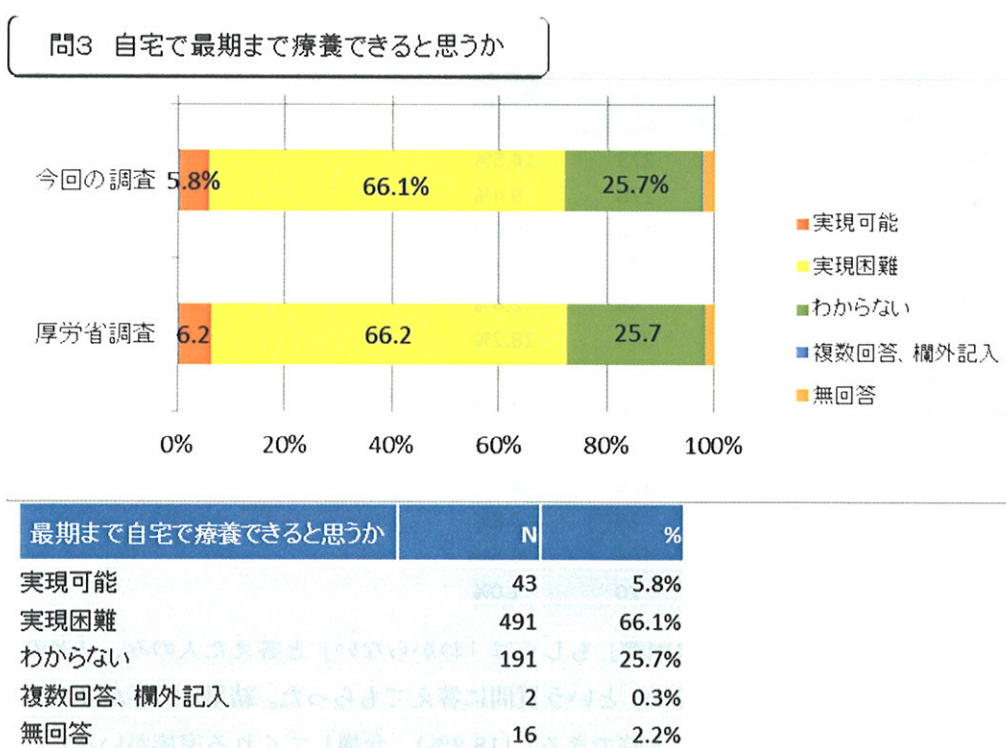
療養生活をどこで送りたいか	N	%
医療機関に入院したい	65	8.8%
緩和ケア病棟に入院したい	118	15.9%
自宅で療養し必要になれば医療機関に入院したい	143	19.3%
自宅で療養し必要になれば緩和ケア病棟に入院したい	259	34.9%
最期まで自宅で療養したい	73	9.8%
専門的医療機関で治療を受けたい	27	3.6%
老人ホームに入所したい	7	0.9%
その他	10	1.3%
わからない	33	4.4%
複数回答、欄外記入	1	0.1%
無回答	7	0.9%

「治る見込みのない病気になった場合、療養生活をどこで送りたいか」という問では、「自宅で療養し必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」と考える人が34.9%であり最も多かった。

「自宅で療養し必要になれば医療機関に入院」「自宅で療養し必要になれば緩和ケア病棟に入院」「最期まで自宅で療養したい」と答えた人は在宅医療を希望しているといえるが、これらを合計すると 63.9%である。つまり、岡山市では、終末期に半数以上の市民が在宅医療を望んでいることが明らかになった。

また、「緩和ケア病棟に入院したい」「自宅で療養し必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」と答えた人は合計すると 50.74%であり、緩和ケア病棟で医療を受けたいと考えている人の多さがわかる。

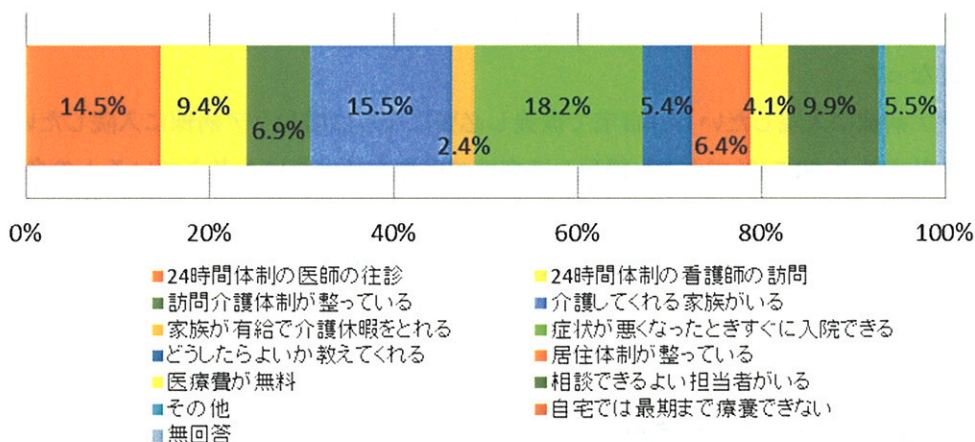
一方、「最期まで自宅で療養したい」と答えた人は 9.8%であり少ない



「自宅で最期まで療養できると思うか」という問に対し、「実現可能」と答えた人はわずか 5.8%で厚労省調査より減っていた。

在宅医療を希望している人は 63.9%と高かったが、実際にはほとんどの人が最期を迎えることはできないと考えている。

問4 どのようなことがあれば自宅で最期まで療養できると思うか(複数回答)



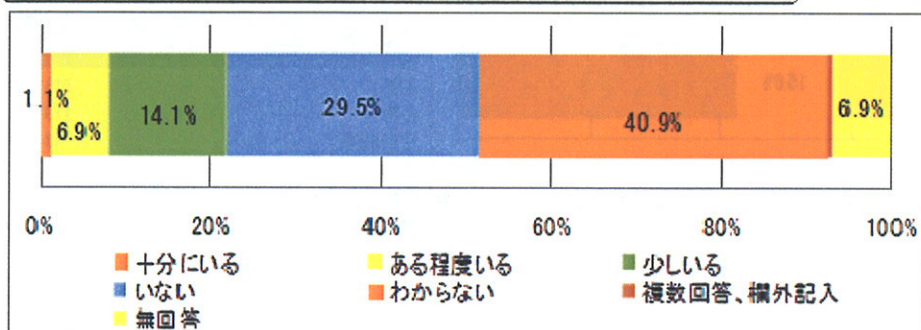
どのような条件であれば最期まで自宅で療養できるか	N	%
24時間体制の医師の往診	273	14.5%
24時間体制の看護師の訪問	178	9.4%
訪問介護体制が整っている	130	6.9%
介護してくれる家族がいる	293	15.5%
家族が有給で介護休暇をとれる	45	2.4%
症状が悪くなったときすぐに入院できる	344	18.2%
どうしたらよいか教えてくれる	101	5.4%
居住体制が整っている	120	6.4%
医療費が無料	77	4.1%
相談できるよい担当者がある	186	9.9%
その他	16	0.8%
自宅では最期まで療養できない	104	5.5%
無回答	20	1.0%

問3では「最期まで自宅で療養するのは困難」もしくは「わからない」と答えた人のみ、「どのようなことであれば最期まで療養できるか」という質問に答えてもらった。結果、回答が多かった順に「症状が悪くなったときすぐに入院できる」(18.2%)「介護してくれる家族がいる」(15.5%)「24時間体制の医師の往診がある」(14.5%)であった。

急に症状が悪くなったとき入院はできるのか、医師はすぐに駆けつけてくれるか、といった緊急時の対応を不安に感じていることがわかる。

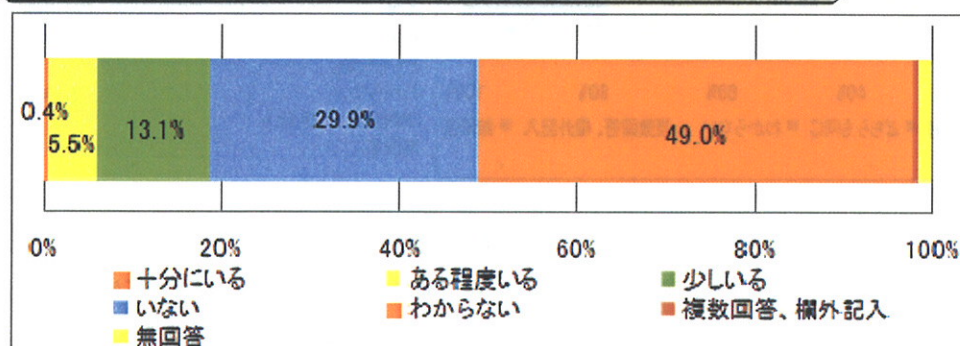
また「訪問看護体制が整っている」は6.9%であり、比して高くない。訪問看護が浸透していない、あるいは日常の介護は家族に頼みたいという考え方が強いのかかもしれない。

問5 岡山市には24時間体制で往診してくれる医師がいると思うか



岡山には24時間体制で往診してくれる医師はいると思うか	N	%
十分にいる	8	1.1%
ある程度いる	51	6.9%
少しいる	105	14.1%
いない	219	29.5%
わからない	304	40.9%
複数回答、欄外記入	5	0.7%
無回答	51	6.9%

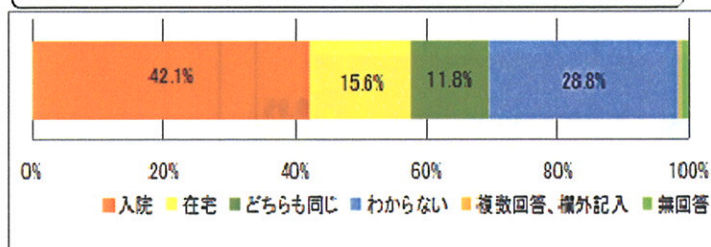
問6 岡山市には24時間体制で往診してくれる看護師がいると思うか



岡山市には24時間体制で訪問看護してくれる看護師がいると思うか	N	%
十分にいる	3	0.4%
ある程度いる	41	5.5%
少しいる	97	13.1%
いない	222	29.9%
わからない	364	49.0%
複数回答、欄外記入	4	0.5%
無回答	12	1.6%

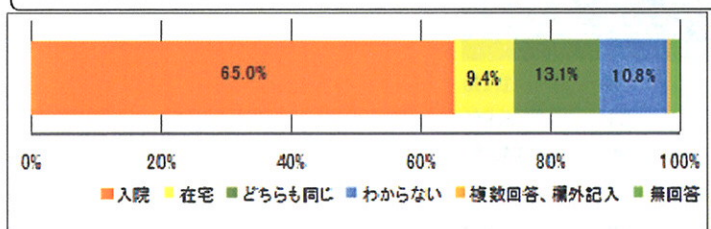
「岡山市には24時間体制で往診してくれる医師がいると思うか」「訪問してくれる看護師がいると思うか」という問に対し、両質問とも「十分にいる」「ある程度いる」と答えた人は10%にも満たない。また、「わからない」と答えた人が最も多く、40%を超えている。

問7 入院と在宅ではどちらの方が長く生きられると思うか



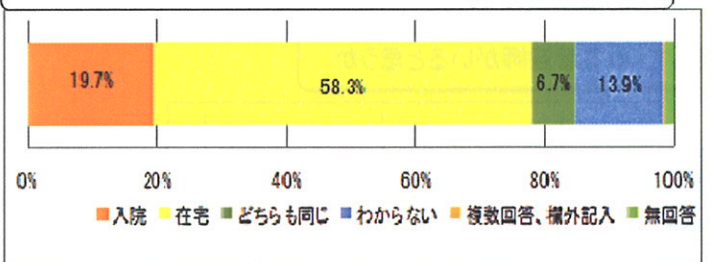
入院と在宅ではどちらの方が長く生きられると思うか	N	%
入院	313	42.1%
在宅	116	15.6%
どちらも同じ	88	11.8%
わからない	214	28.8%
複数回答、欄外記入	3	0.4%
無回答	9	1.2%

問8 入院と在宅ではどちらの方が痛みや苦痛を取り除けると思うか



入院と在宅ではどちらの方が痛みや苦痛を取り除けると思うか	N	%
入院	483	65.0%
在宅	70	9.4%
どちらも同じ	97	13.1%
わからない	80	10.8%
複数回答、欄外記入	1	0.1%
無回答	12	1.6%

問9 入院と在宅ではどちらの方が心地よく過ごせると思うか



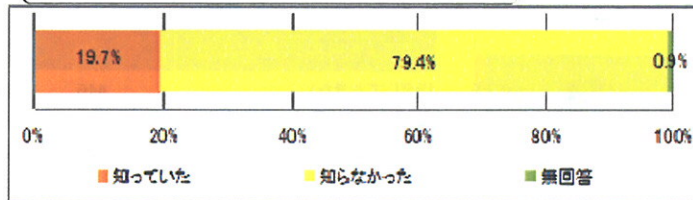
入院と在宅どちらが心地よく過ごせると思うか	N	%
入院	146	19.7%
在宅	433	58.3%
どちらも同じ	50	6.7%
わからない	103	13.9%
複数回答、欄外記入	1	0.1%
無回答	10	1.4%

「長く生きられる」「痛みや苦痛を取り除ける」「心地よく過ごせる」について、入院と在宅を選択してもらったところ、「長く生きられる」「痛みや苦痛を取り除ける」に関しては「入院」を選択した人が多かった。

対して「心地よさ」については、「在宅」と答えた人が60%近くを占めている。

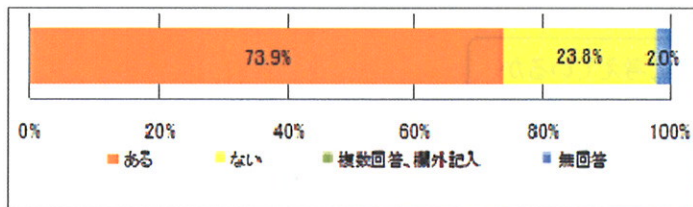
心地よく過ごせるのは在宅であると認識しながらも、入院医療の方が長く生きられ、より痛みや苦痛を取り除けると考えている。この認識が、当初は在宅を希望しながらも、緩和ケア病棟への希望が多くなる理由かもしれない

問10 リビングウィルのことを知っていたか



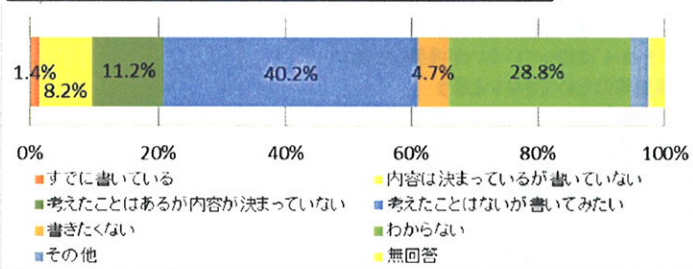
リビングウィルのことを知っていたか	N	%
知っていた	146	19.7%
知らなかった	590	79.4%
無回答	7	0.9%

問11 リビングウィルに興味があるか



リビングウィルに興味があるか	N	%
ある	549	73.9%
ない	177	23.8%
複数回答、欄外記入	2	0.3%
無回答	15	2.0%

問12 リビングウィルを書いておきたいと思うか



リビングウィルを書いておきたいと思うか	N	%
すでに書いている	10	1.4%
内容は決まっているが書いていない	61	8.2%
考えたことはあるが内容が決まっていない	83	11.2%
考えたことはないが書いてみたい	299	40.2%
書きたくない	35	4.7%
わからない	214	28.8%
その他	21	2.8%
無回答	20	2.7%

「リビングウィルを知っていたか」という質問に対して「知っていた」と答えた人は19.7%であり、認知度は非常に低い。

「興味があるか」については73.9%の人が「ある」と答えている。

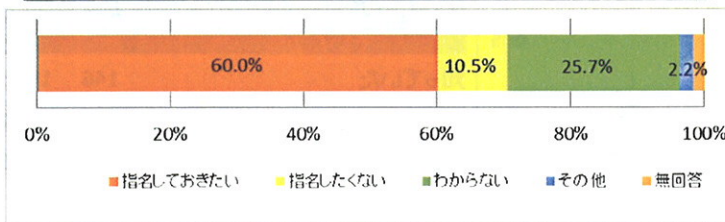
また、「リビングウィルを書いておきたいと思うか」に対して「考えたことはないが書いてみたい」と答えた人が40.2%と最も多い。

記述欄には「リビングウィルがどんなものか知りたい」「書き方を一般に広めて欲しい」という記述も見られた。

自身がどのような治療を受けるかについての関心は非常に高いが、リビングウィルという具体的な手段について知る人は少ない。

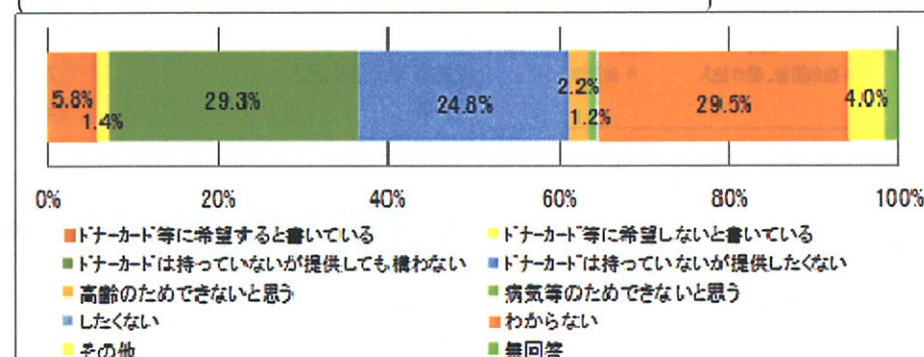
一方で、「その状況になってから考えたい」「必要性を感じない」という記述もあった。

問13 意思表示ができなくなったときに、どのような治療を受けるか決める代理人を指名しておきたいか



代理人を指名しておきたいか	N	%
指名しておきたい	446	60.0%
指名したくない	78	10.5%
わからない	191	25.7%
その他	16	2.2%
無回答	12	1.6%

問14 自身の臓器提供についてどのように考えているか

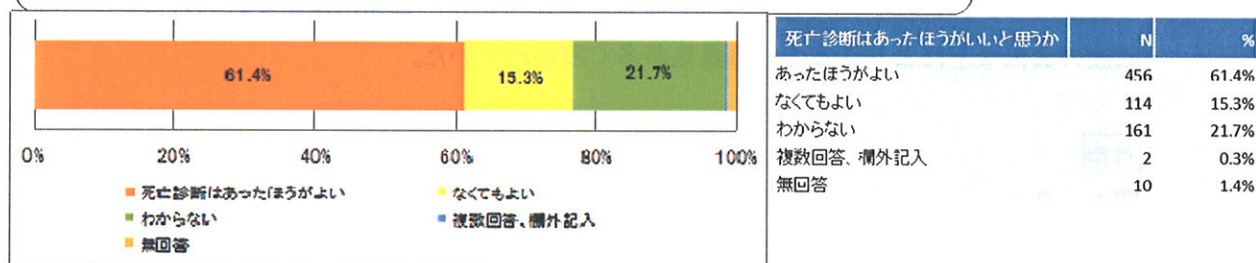


臓器提供をどう考えているか	N	%
ドナーカードや健康保険証に希望すると書いている	43	5.8%
ドナーカードや健康保険証に希望しないと書いている	10	1.4%
ドナーカードは持っていないが提供しても構わない	218	29.3%
ドナーカードは持っていないが提供したくない	184	24.8%
高齢のためできないと思う	16	2.2%
病気等のためできないと思う	9	1.2%
したくない	1	0.1%
わからない	219	29.5%
その他	30	4.0%
無回答	13	1.8%

「意思表示ができなくなったときの治療法を決める代理人を指名しておきたいか」という質問について、指名しておきたいと答えた人は60.0%であった。

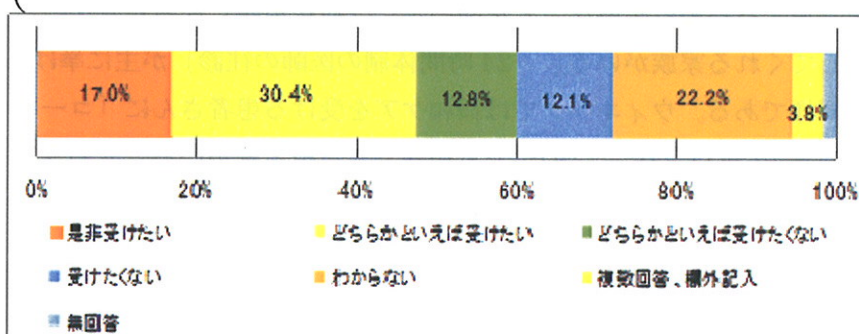
「指名したくない」「わからない」と答えた人はそれぞれ10.5%、25.7%であったが、選択理由として「指名された人の負担が大きい」「家族が話し合ってくればよい」などの記述が見られた。臓器提供については、提供しても構わない人が35.1%、したくない人が26.1%であり、提供してもよいと考えている人のほうが10%近く多い結果となった。しかし、ドナーカードを持っているかに着目すると、持っている人は7.1%しかいないことがわかる。

問15 カナダのある都市では、治る見込みがなく死期が迫っている患者に対し病気で亡くなることをあらかじめ医師が診断しておくことにより、死亡診断をしない制度がある。この制度についてどう思うか



「死亡診断はあったほうがよいか」について、「あったほうがよい」が61.4%と多数を占めた。この質問には記述欄はないが「犯罪につながる可能性があるため」「家族に諦めてもらうため」という記入が見られた。

問16 カナダのある都市では医療費が無料で在宅緩和ケアを受けることができるが、心肺蘇生を行わない、抗がん剤を使用しない、高カロリー輸液を使わないという条件がある。この条件で在宅緩和ケアを受けたいと思うか



カナダの在宅緩和ケアを受けたいと思うか	N	%
是非受けない	126	17.0%
どちらかといえば受けない	226	30.4%
どちらかといえば受けたくない	95	12.8%
受けたくない	90	12.1%
わからない	165	22.2%
複数回答、欄外記入	28	3.8%
無回答	13	1.8%

「カナダの在宅緩和ケアを受けたいか」という質問について、「是非受けない」「どちらかといえば受けない」を合わせると47.4%であり半数に近い。記述欄に書かれた選択理由として「延命治療を受けたくない」「自宅で過ごしたい」という意見が多く見られた。一方、「どちらかといえば受けたくない」「受けたくない」と答えた人は合わせると24.9%であった。

理由として「延命治療を受けたい」「介護をする家族の負担が大きい」などの意見が見られた。

「わからない」と答えた人も 22.2%と少なくなかったが、延命治療を受けられないことや家族の負担などにより迷っている意見が多く書かれていた。

考察

問 1－3

この設問は、敢えて 2008 年に厚生労働省が行った「終末期医療に関する調査」と同じ設問とした。全国的に行われた調査と比較するためである。その結果、傾向はほとんど同じであり、岡山市は日本全国の代表的なサンプルといえる。

治る見込みがない病気になったとしても大半の市民が病状を知りたいと考えており、療養の場所は、在宅で必要になれば緩和ケア病棟に入りたいという意見が最も多かった。最後まで在宅で療養可能と考えているのは 5.8%に過ぎなかった。

ここまでの結果からは、「在宅緩和ケアが出来る環境を整えること」と、「必要時には、緩和ケア病棟に入ることが出来るようにすること」が重要であることがわかる。

問 4

問 4 では在宅緩和ケアを実現するために必要なことを聞いた。「症状が悪くなったときにすぐ入院できる」「介護してくれる家族がいる」「24 時間体制の医師の往診」が主に挙げられており、先行研究と同様である。ウィニペグでは緩和ケアを受ける患者さんに「コーディネーター」という担当者がついていた。「いつでも相談できる担当者がいる」という項目で聞いたが、日本ではなじみのない制度にもかかわらず 9.9%の人が希望していた。気軽に相談できる人がいるというのは安心をもたらすであろう。

在宅緩和ケアを実現するために必要な条件として、介護できる家族がいることを挙げる人は多い。これはウィニペグでも同様である(Winnipeg free press 参照)。老老介護などが問題となっているが、日本だけでなく、世界的な問題である。

問 5－9

在宅緩和ケアができるようになるには、その情報が市民に伝わっている必要がある。岡山市に往診する医師はいるか、あるいは看護師はいるかという質問に対して、「いない」「わからない」という回答が多かったことは、情報伝達が不十分である可能性を示唆する。

また現在の医療に対する認識は、療養の場所に影響を与える可能性がある。在宅と入院とでは入院の方が長く生きられて、痛みもよくとれると考えている市民が圧倒的に多かった。心地よいのは在宅だが、病院にいた方がより苦痛なく過ごせるという認識が、「必要になれば緩和ケア病棟へ」という選択枝に結びついているのかもしれない。

在宅緩和ケアでどのようなことができて、どのくらい痛みが取れるのか調査し、啓蒙していく必要を感じた。

問10-13

カナダの緩和ケアでもっとも衝撃を受けたのが緩和ケアを受ける段階で心肺蘇生を希望しないことに患者さん本人が承諾することであった。カナダでは自動的にリビングウィルを持っていることになる。このことから、リビングウィルの有無が療養の場所、あるいは最期を迎える場所に影響する可能性を考えている。日本ではまだアドバンスディレクティブ（＝リビングウィル+代理人指名）という考え方は普及していない。リビングウィルのことを知っている人は19.3%にすぎないが、興味のある人は73%に急増する。そして書いてみたいと考えている人も多い。将来への準備は大切である。今までは避けてきたこのような話題であるが、終末期のことを考えることで、希望する療養の場所も変わってくるのではないだろうか。

問14

終末期医療の一環として臓器提供についての現状を聞いた。ドナーカードを持っているのは7.1%であり、終末期医療を考える習慣がまだ少ないといえるだろう。

問15

”anticipated death”という考え方について質問した。この診断書があれば、実際に患者さんが亡くなった時に、医師の死亡診断は必要ないというものである。岡山市民は多くが死亡診断を希望しており、日本人にはなじまない制度なのであろう。

問16

医療費が無料ではあるが、最初に「心肺蘇生をしない」「抗がん剤を使わない」「高カロリー輸液をしない」などの約束があるウィニペグの緩和ケアが受け入れられるかという質問である。47.4%もの市民が受けてみたいと回答した。予想していたよりも受け入れる市民が多い。「心肺蘇生をしない」等の決断は非常に難しいものである。日本では家族のみに説明すること多いと思われる。しかし本人の希望次第では早い時期に直接説明をして、症状緩和に努めながら残りの人生を有意義に過ごすというのも選択肢の一つになるのかもしれない。

岡山市民に対するアンケート結果から、まずすべきことは

①在宅緩和ケアができる環境を整える

終末期に、まずは在宅緩和ケアを希望する市民が多かった。在宅緩和ケアを進めるためには、まず、いざという時の対応ができるようにする必要がある。病院医師と、在宅医師の連携を強める、病院同士の連携を強めて、いざという時に入院しやすくなるようにするなどがあげられる。介護する家族がいるかどうかも重要であるが、この問題はすぐには解決が難しい。

②在宅緩和ケアが岡山市でどの程度できるのか、広報する

問 5、問 6 の結果からは、岡山市で在宅で緩和ケアができることを知っている人はまだ少ないといえる。在宅医療を担当している診療所、看護ステーションの周知、何ができるか、どのくらい費用が掛かるかなど詳しい情報が必要である。

さらに今後必要な調査は

- ・在宅緩和ケアと入院とでは、痛み、生存期間、QOL などがどのくらい違うのかである。在宅では十分な症状緩和ができないと考えている市民が多いことによる。

そして市民の方に必要なのは、「終末期のことを考えておく」ことである。

たとえば、リビングウィルを知っている人が少ないのに、リビングウィルに興味がある人は多く、考えたことはないが書いてみたいという回答の人は多かった。終末期の話題と言うのは避けてきた人が多いと思われるが、実際に終末期を迎える前に準備を進めることが改善につながっていくのではないだろうか。

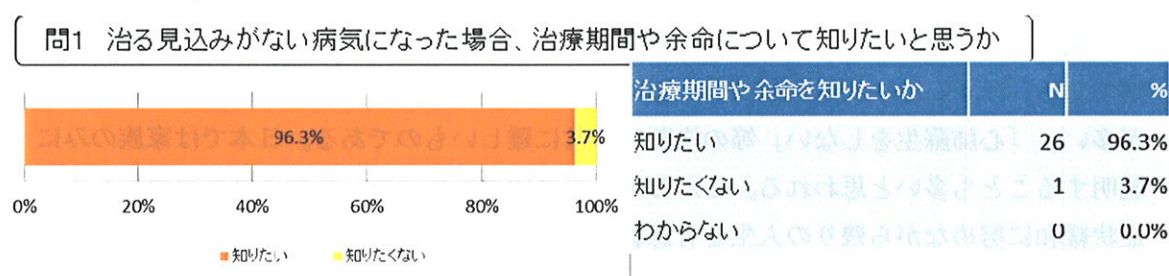
緩和ケアができる体制を整えつつ、在宅緩和ケアの現状を広報し、市民の方には真剣に終末期医療について考えていただくことがよりよい岡山市を作っていく一歩になると考えた。

在宅医師へのアンケート調査

(方法)

研究①・2 で該当した 27 名の医師にアンケートをした。

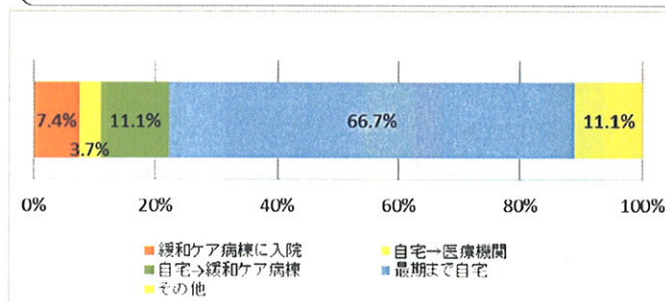
(アンケート結果)



治る見込みのない病気になった場合の治療期間や余命を知りたいかについて「知りたくない」と答えた医師は 1 名のみで、他 26 名は「知りたい」と答えた。

岡山市民に対するアンケート調査では、78.2%が「知りたい」と答えている。

問2 治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間)と告げられた場合、療養生活はどこで送りたいか



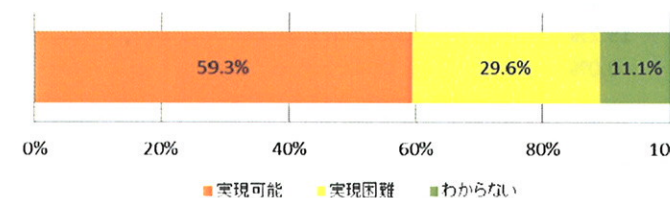
療養生活を送りたい場所	N	%
医療機関に入院したい	0	0.0%
緩和ケア病棟に入院したい	2	7.4%
自宅で療養し必要になれば医療機関に入院したい	1	3.7%
自宅で療養し必要になれば緩和ケア病棟に入院したい	3	11.1%
最期まで自宅で療養したい	18	66.7%
専門的医療機関で治療を受けたい	0	0.0%
老人ホームに入所したい	0	0.0%
わからない	0	0.0%
その他	3	11.1%

治る見込みがない場合の療養場所について、最期まで自宅で過ごしたいと答えた医師が最も多かった。

岡山市民では、最期まで自宅で過ごしたいと答えた人はそれぞれ 9.8% しかいなかった。最も多かった回答は「自宅で療養し必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」であり 34.9% であり、在宅医師の回答とは大きな差がある。

自宅で過ごしたい理由として、入院よりも在宅のほうが症状が悪くなりやすい、精神的にも良い、と話す医師が多かった。在宅を選ぶメリットをよく理解できていることが「最期まで自宅で療養したい」と考える要因のひとつと考えられる。

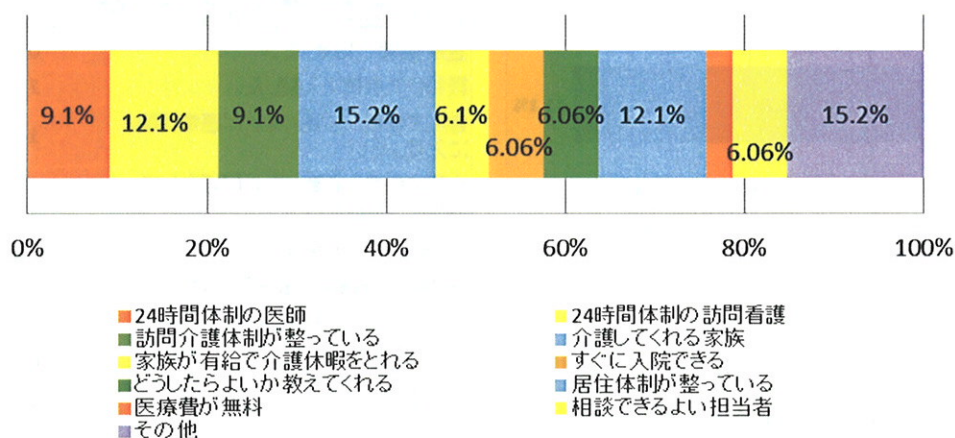
問3 自宅で最期まで療養できると思うか



自宅で最期まで療養できると思うか	N	%
実現可能	16	59.3%
実現困難	8	29.6%
わからない	3	11.1%

「自宅で最期まで療養できると思うか」という問に対し、「実現可能」と答えた医師は 59.3% であった。岡山市民の回答では、「実現可能」と答えた人がわずか 5.8% であり、認識に非常に大きな差があった。

問4 どのようなことがあれば自宅で最期まで療養できると思うか(複数回答)



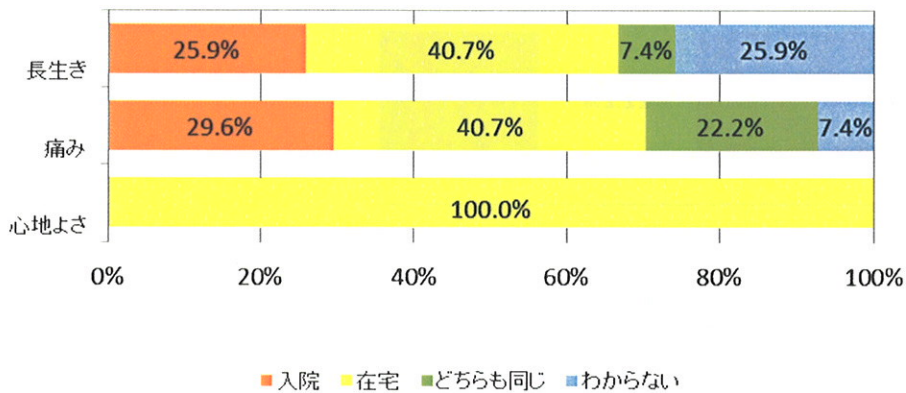
どのようなことであれば自宅で最期まで療養できるか	N	%	選択肢以外の意見
			痛みがとれ、冷静でいられること。家族が理解していること 苦痛を緩和できること 痛みや苦痛を取り除くこと 痛みをコントロールできること。家族にしんどい姿を見せないようにすること 食事や呼吸ができなくなったときの対応
24時間体制の医師	3	9.1%	
24時間体制の訪問看護	4	12.1%	
訪問介護体制が整っている	3	9.1%	
介護してくれる家族	5	15.2%	
家族が有給で介護休暇をとれる	2	6.1%	
すぐに入院できる	2	6.1%	
どうしたらよいか教えてくれる	2	6.1%	
居住体制が整っている	4	12.1%	
医療費が無料	1	3.0%	
相談できるよい担当者	2	6.1%	
その他	5	15.2%	
自宅では最期まで療養できない	0	0.0%	

問3において「最期まで自宅で療養するのは困難」もしくは「わからない」と答えた11名の医師に「どのようなことであれば最期まで療養できるか」を選択してもらった。

回答者数が少ないため、特別な傾向は見られない。

また、選択肢にはない“痛みの緩和”を述べる医師が多かった。痛みは、本人にとってもちろん苦痛であるが、周りの家族にも動揺と負担をもたらす。自宅で十分に緩和ケアが受けられることが重要と考えられる。

問5-問7 入院と在宅の「余命の長さ」「痛みの緩和」「心地よさ」について



入院と在宅ではどちらが長く生きられるか	在宅	病院に入院するとすぐ褥瘡ができる。病院は療養するところではない
	在宅	化学療法をやめたら予測の何倍も生きることがある
	わからない	ケースバイケース。在宅ではいい状態を長く保たせられるが、食べられなくなると点滴などしないので早い
入院と在宅ではどちらが痛みを取り除けるか	在宅	在宅のほうが痛みの閾値が高い
	在宅	精神的苦痛は在宅のほうが取れる
入院と在宅ではどちらが心地良いか	在宅	病院だと我慢だが家だと本音が言える。脳内エンドルフィンが家の方が出る。
	在宅	気が紛れるため

入院医療と在宅医療でどちらが「長く生きられるか」「痛みや苦痛を取り除けるか」「心地よく過ごせるか」を質問した。

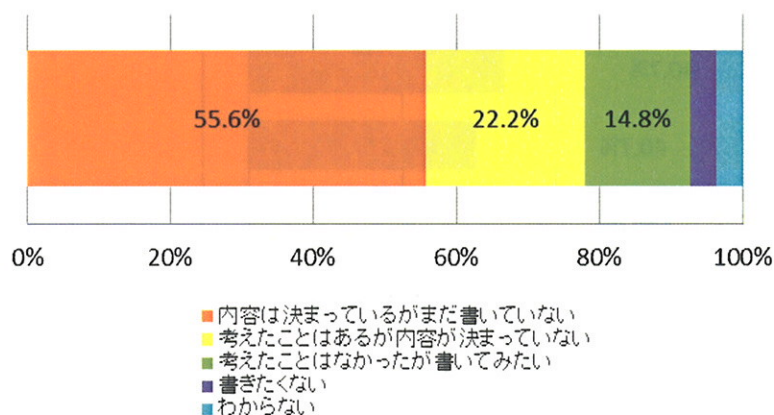
「長く生きられる」「痛みの緩和」については、「在宅」を選択した医師が多く、「心地よさ」では全員が「在宅」と答えた。

在宅のほうが生活が自由であり精神的に安定するため、入院に比べ症状が悪化しにくく痛みも少ない、という意見が多く聞かれた。

また、入院がよいか在宅がよいかは患者さんのその時の状態による、という意見もあった。この回答も岡山市民のものとは大きく異なる。

入院と在宅ではどちらが長生きできると思うか	N	%
入院	7	25.9%
在宅	11	40.7%
どちらも同じ	2	7.4%
わからない	7	25.9%
入院と在宅ではどちらが痛みを取り除けると思うか	N	%
入院	8	29.6%
在宅	11	40.7%
どちらも同じ	6	22.2%
わからない	2	7.4%
入院と在宅どちらが心地良いか	N	%
入院	0	0.0%
在宅	27	100.0%
どちらも同じ	0	0.0%
わからない	0	0.0%

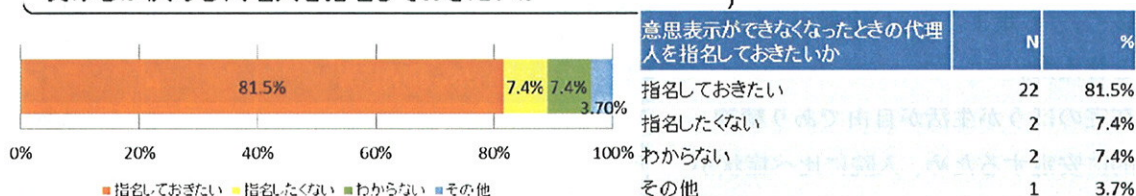
問11-問13 リビングウィルについて



リビングウィルのことは全員の医師が知っていた。また、ほとんどの医師がリビングウィルに興味があると答えた。実際に書いている人はいなかったが、内容は決まっている人が最も多く、55.6%であった。

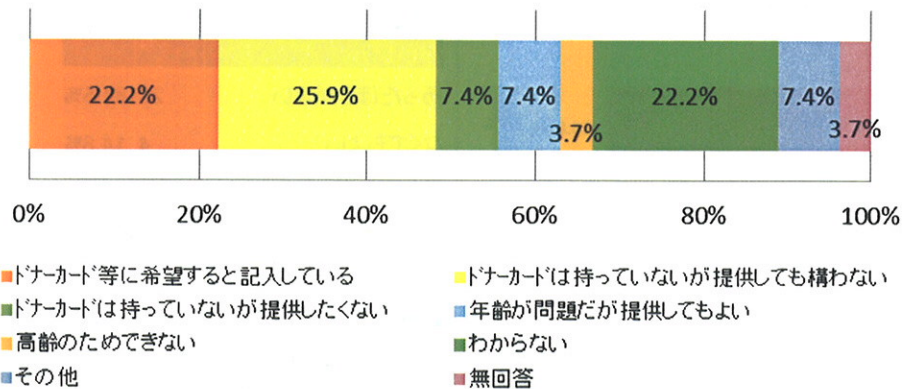
リビングウィルのことを知っていたか	N	%
知らなかった	0	0.0%
知っていた	27	10%
リビングウィルに興味があるか	N	%
ある	26	96.3%
ない	1	3.7%
リビングウィルを書いておきたいと思うか	N	%
すでに書いている	0	0.0%
内容は決まっているがまだ書いていない	15	55.6%
考えたことはあるが内容が決まっていない	6	22.2%
考えたことはなかったが書いてみたい	4	14.8%
書きたくない	1	3.7%
わからない	1	3.7%
その他	0	0.0%

問13 意思表示ができなくなったときに、どのような治療を受けるか決める代理人を指名しておきたいか



意思表示ができなくなったときの代理人を指名しておきたいか	N	%
指名しておきたい	22	81.5%
指名したくない	2	7.4%
わからない	2	7.4%
その他	1	3.7%

問14 自身の臓器提供についてどのように考えているか

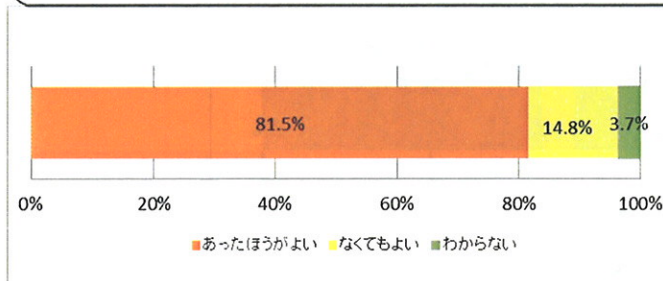


代理人の指名については、「指名しておきたい」と答えた人が81.5%を占めた。

臓器提供については、「ドナーカード等に希望すると記入している」「ドナーカードは持っていないが提供してもよい」「年齢が問題だが提供してもよい」と答えた人、つまり臓器提供をしてもよいと考えている人は、合計すると55.6%であった。

臓器提供をどう考えているか	N	%
ドナーカードや健康保険証に希望すると記入している	6	22.2%
ドナーカードや健康保険証に希望しないと記入している	0	0.0%
ドナーカードは持っていないが提供しても構わない	7	25.9%
ドナーカードは持っていないが提供したくない	2	7.4%
年齢が問題だが提供してもよい	2	7.4%
高齢のためできない	1	3.7%
わからない	6	22.2%
その他	2	7.4%
無回答	1	3.7%

問15 カナダのある都市では、治る見込みがなく死期が迫っている患者に対し病気で亡くなることをあらかじめ医師が診断しておくことにより、死亡診断をしない制度がある。この制度についてどう思うか



死亡診断はあったほうがいいのか	N	%
あったほうがよい	22	81.5%
なくてもよい	4	14.8%
わからない	1	3.7%

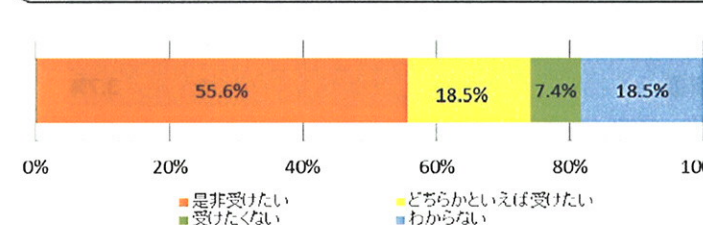
死亡診断の必要性について

「けじめ」なのであったほうがよい。
看護師でもよいと思う。
最後のお別れのために必要。
事件性があるかもしれないので絶対に必要。
家族が気の毒。医師が決着をつけてあげる。
最後に家族にお話しすることが大切。
また、医師として結果を見る必要がある。
事後でもよいのであったほうがよい。

死亡診断については、「あったほうがよい」と答えた医師が多かった。この理由として、患者の家族が死を認めるためにも死亡診断が必要と考える医師が多かった。また、予想外の病気で亡くなる場合があること、事件性があっても気づかない可能性があることを問題視する意見もあった。つまり、“気持ちの整理”とい

う患者さんの家族の立場、また、“最期を確認する責任”という医師の立場、両方にとって死亡診断は必要ということである。

問16 カナダのある都市では医療費が無料で在宅緩和ケアを受けることができるが、心肺蘇生を行わない、抗がん剤を使用しない、高カロリー輸液を使わないという条件がある。この条件で在宅緩和ケアを受けたいと思うか

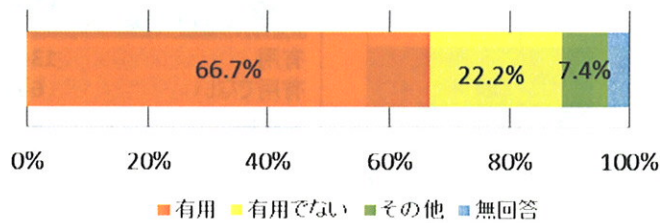


カナダの在宅緩和ケアを受けたいか	N	%
是非受けない	15	55.6%
どちらかといえば受けない	5	18.5%
受けない	2	7.4%
わからない	5	18.5%

是非受けない	QOLを重視するなら、点滴や抗がん剤は使用しないほうがよい。
	ワクチンもそうだが無料が当然である。
	医療費が無料でも受けない。
	緩和医療は受けないが、医療費無料はよくない。患者さんがどれだけお金がかかっていることなのか理解できなくなる。
受けない	希望が変わることが在宅の前提であり、在宅から病院へ希望が変わってもよい。
	経済的な面で心配がないので受けない。
	万が一、良くなるということがある。
わからない	両親を看取った際、もうだめだと医師としては思ったが、ひょっとしたら良くなるのではないかと考えていた。
	仮に脳死であっても心臓が止まるまでは最後まで何かあるのではないと思う。
	年齢による。75歳以上なら受けない。
受けない	社会的状況次第。
	もう少し長く生きてすべきことがあるときは、治療を希望するかもしれない。

「受けない」と答えた医師からは、延命治療をおこなわないこと、緩和ケアを自宅で受けられることに賛同する意見が聞かれた。

問18 カナダでは市全体で緩和ケアが行われており、約10人の医師で交代で患者さんをみている。このようなシステムは有用と思うか。

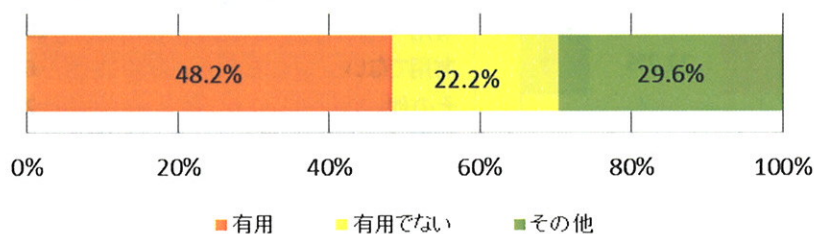


カナダの緩和ケア体制は有用か	N	%
有用	18	66.7%
有用でない	6	22.2%
その他	2	7.4%
無回答	1	3.7%

有用	良いと思うが、対象となる患者さんが多くいること、必要なときに入院がすぐできる環境にできるか、宗教観、命の扱い方が違うことが問題
	有用だと思うが、チームの認知度、運営費が問題。
	有用だが、医師が密集しているところとそうでない所では違うと思う。14-5km離れたところに往診したことがあるが、そのような場所では難しいのではないかな。
	有用だと思うが様々なハードルがある。医師は、自分もつ患者さんは自分の思うようにしたいと考える。また、他の病院に信頼感がもてるかどうか重要。
	非常に有用であり、ネットワークを作りたい。しかし、5人診ている医師と100人診ている医師と一緒にできるか、調整が難しい面があると思う。
	有用だが、自由診療をしているところができなくなる。日本の体制では無理。
	緩い連携を取りたい。日本では診療所や病院同士が牽制してしまう。
	夜の体制が大変なのでそのような制度があればいいと思うが、日本人は医師同士の連携がやりにくい。
	有用だと思う。7人の医師が400人診ている地域もある。
	将来的にはそのような体制になると思うが、行政の支援が必要。
有用でない	効率がよいと思う。地方自治体で取り組んでほしい。
	有用だと思う。当院は法人のなかで交代でおこなっている。
	文化が違うので日本には馴染まないと思う。死に対する考え方が違うので、日本のやり方でよい。
	患者さんと全員の医師が信頼を築けるか疑問。
	制度ではなく個人的にネットワークを作りたい。

カナダの緩和ケア体制について、有用と答えた医師は66.7%であった。日本の現状では医師や医療機関同士で連携が取りにくいいため、カナダのようにネットワークを構築することには賛成する意見が多かった。しかし賛成すると同時に、医師同士の信頼関係が十分に築けるか、治療方針を円滑に決定できるか、コストがかかるのではないかな、僻地の場合どうするかななどの様々な問題があげられた。有用でないと考える医師は、日本は死に対して慎重な文化であること、また、医師と患者さんとの信頼関係を重んじる習慣があることから、この制度は馴染まないという意見をあげた。他院の医師と連携しながら往診をおこなっている医師は実際におり、負担の軽減やこまめな訪問ができるため良いことではあるが、制度化するには課題が多くあるようである。

問19 ウィニペグでは患者さん一人一人に担当者がつき、状態を把握して、必要なサポートを行ったり、状態が悪いときには入院の手配をする。このような担当制度は有用であると思うか。



ウィニペグの担当制は有用か	N	%
有用	13	48.1%
有用でない	6	22.2%
その他	8	29.6%

有効	有用であり、医師の仕事を軽減できる。
	システムができれば可能なのではないだろうか。
	有用だと思う。ケアマネジャーがコーディネーターのようなものであり、お蔭で負担が軽くなった。だが、ケアマネとのコミュニケーション不足が問題。
	有用である。ケアマネがある程度その役割を担っているが、介護の範囲。医療まで入るフォローが必要。
	有用だが、介護保険、ケアマネジャーなどが既にあり、役割をはっきりさせないと中途半端になる。
	有用だと思うがコストはどうなのか。
	有用と思うが人手が足りないのでは。
無効	ケアマネジャーが全てを決めすぎているような気がしてならない。自分で自分の医療を決めることが大切。病院か在宅かの選択は患者さんに任せている。
	日本はface to faceの関係が強いので、マネージャーよりも医師主体のマネジメントのほうが良い。
	ネットワークはよいと思うが、今の日本の制度では難しい。医師の教育レベルの違いなどが問題。
	カナダにこのようなシステムがあるのは、カナダが広く医者が動くことができないからではないか。
	日本の医療制度の問題がある。ケアマネジャーは福祉系なので、医療に関する知識が足りないという課題がある。

ウィニペグで行われている担当者制度（コーディネーター）が日本でも有用と答えた医師は48.2%であり、約半数であった。日本ではケアマネジャーが同じような役割を果たしていると答えた医師が多かったが、ケアマネジャーが医療的知識を持つべきだという意見、医師や訪問看護師ともっと交流をもつべきという意見などがあり、ケアマネジャーの在り方について改善を求める意見があった。一方で、医師がコーディネーターの役割をしており、コーディネーターは必要でないという意見もあった。また、コストや人手といった問題もあげられた。

考察

終末期の療養の場について

問1～4では、問3と4で一般市民と大きな差があった。在宅医師の多くは在宅で最後まで療養を希望し、実現可能であるとしていた。実現不可能であると回答した理由の多くは、家族に迷惑がかかるなどであった。一般市民は、在宅で最後まで療養する条件として、

「介護する人がいる」の他は、「必要時にすぐ入院できる」「24時間往診してくれる医師がいる」などを挙げている。このことから、家族の問題はすぐに解決が難しいがそれ以外の問題は解決できるのではないかと考えた。

問5～7でも一般市民と大きな差が出た。在宅医師は100%が病院より在宅が心地よいと答えた。どちらが長生きできるか、痛みが取れるかについては、「病院」と答えた医師は少なかった。一般市民の認識との違いが興味深い。実際の入院と在宅の生存期間、痛み、QOLなどについては今後の研究テーマとしたい

問11から14では、在宅医師は、一般市民より明らかに終末期のことを考えているといえる。このように終末期のことを考えているかどうか、療養の場所を決める一つの因子ではないか考える。

ウィニペグの緩和ケアプログラムで日本に取り入れられる点は？

①在宅医師がチームを組んで緩和ケアをすることについて

66.7%の医師が有用であろうと回答したが、クリアすべき課題が多くあり、実際には難しいとする回答が多かった。24時間体制を取ることに負担を感じている医師は、40.7%と、負担を感じていない医師より少なかった。しかしチーム医療を希望する医師に対してはそれが可能な環境を作っていくことが、在宅緩和ケアを推進する第一歩になる。

②コーディネーター制度は有用であると回答した医師が多かったが、積極的に望んでいる回答は少なかった。家庭医やケアマネージャーがその役割を果たしており、現状で十分であるという意見や、実現が難しいという意見が多かった。

③ウィニペグの緩和ケアを受けたいかどうかの質問には受けたいと回答する医師が多かった。症状の緩和を希望することが理由であり、医療費が無料であることはあまり関係がなかった。

「心肺蘇生をしない」「抗がん剤を使わない」など従来の日本ではあまりにも厳しいと考えられている条件であっても、終末期の症状緩和がなされるなら希望するという人が予想以上に多かった。日本では、意味があまりないとわかっているにもかかわらず、心肺蘇生をしたり、抗がん剤を使う場合も現実にはあると思われる。患者さんのご希望次第では最初に心肺蘇生をしないなどの説明をしたうえで緩和ケアを行うのも選択肢の一つになるであろう。

④anticipated deathの制度に関しては否定的な意見が多かった。

⑤在宅緩和ケアの自己負担を無料にするのは可能であると思う。しかし在宅緩和ケアを推進するのは医療費を下げるのが目的ではなく、患者さんの QOL を保つことが目的であることを理解しておく必要がある。

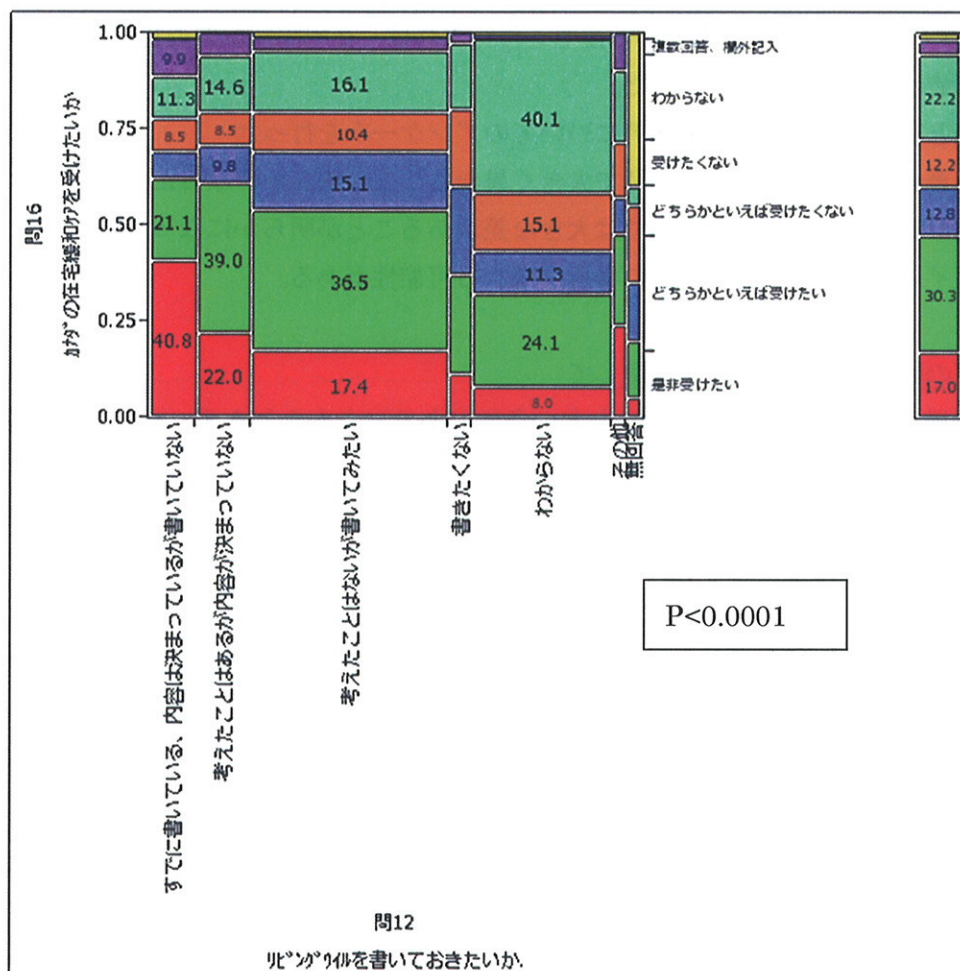
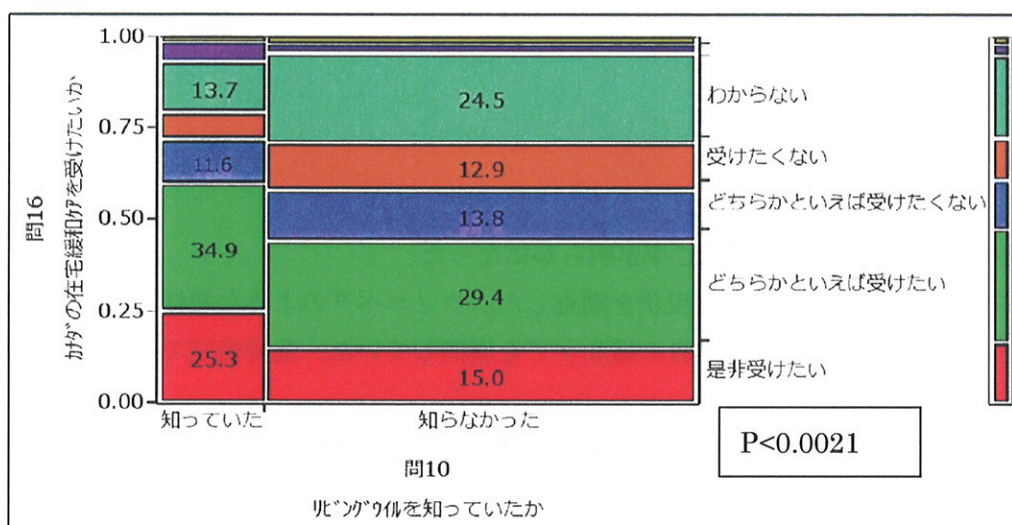
以上からウィニペグ緩和ケアシステムの中で取り入れるとすれば、（希望する医師に対して）第一にチームで医療をする点である。これには行政の協力も必要である。診療点数で誘導するのみでなく、現場の医師が診療しやすい環境を行政を交えて検討し、作っていく必要がある。

第二に緩和ケアを受ける患者さんに対して、心肺蘇生をしないことを最初にお話ししておくということも取り入れられる点であると思われる。無意味な延命処置を望まない市民はとても多かった。

第三に医療費の自己負担をなくすことである。これが、在宅緩和ケアを促進することにつながるかどうかは不明であるが、少なくとも死を覚悟している患者さんがお金の心配をしなくても済む社会でありたいと思う。

リビングウイルが療養の場に影響を及ぼすか？

ウィニペグの緩和ケアを受けたいかどうかと、リビングウイルについての質問をクロス集計した。



リビングウィルを持つかどうかで、ウィニペグの緩和ケアを受けたいかどうかに有意差を生じる。

しかしこの結果については、交絡因子が存在する可能性があり、多変量解析をして、論文等に発表する予定である。

Ⅲ 研究の成果

①岡山市のがん患者さんの在宅死亡率が明らかになった。

②岡山市の在宅緩和ケアに関する現状を調査した。ウィニペグのような統括された緩和ケアではなく、個々の在宅医師が独自の緩和ケアを展開していた。基幹病院でも主だった連携は取れていなかった。

また、在宅緩和ケア医師が、どのような問題を感じて、何を希望しているかが明らかになった。今後岡山市で在宅緩和ケアを進めるための重要な情報を手に入れることができた。

③ウィニペグ方式を参考にし、入院の緩和ケアと、在宅緩和ケアの医療費を比較した。そして、1%以上の患者さんが、入院から在宅へ移行すれば、在宅緩和ケアの自己負担を無料にできる可能性があることが分かった。

④岡山市民と在宅医師に在宅緩和ケアについてのアンケートを行った

希望する療養の場所は市民と在宅医師で大きく異なることが明らかになった。

入院と在宅の認識に市民と在宅医師では大きな差があることが明らかになった。

リビングウィルの有無により、療養の場所が変わる可能性がある。

ウィニペグの緩和ケアプログラムに関して

半数近い市民が「心肺蘇生をしない」などの条件があるにもかかわらず、ウィニペグ緩和ケアプログラムを受けたいと答えた。

Anticipated death の考え方は受け入れられなかった。

在宅医師も多くがウィニペグ緩和ケアプログラムを受けたいと答えた。

チーム医療は多くの医師が希望したが、実現するためにはいくつもの障壁があることが分かった。

Anticipated death の考え方は在宅医師も反対が多かった。

コーディネーター制度は積極的には希望しなかった。

IV 今後の課題

研究として

- ①在宅緩和ケアと入院の緩和ケアでの QOL、生存期間、痛みの緩和の程度についての比較を行う。市民と在宅医師の認識があまりにも違っていたからである。市民の在宅緩和ケアへの認識が在宅の障害となっている可能性がある。
- ②リビングウイルと療養の場所についての関連を調べる。
- ③岡山市での在宅死亡率があきらかになった。今回の調査で療養の場所に影響を与えると考えられる要素を分析し、介入を行う。そして、1～2年後にどのくらい変化したか調べる。他の未介入の地域との比較。
- ④医療費に関しては行政に働きかけて、より大きな研究を考えたい。

診療に関して

在宅医師が希望した大学病院の役割を果たす。

気軽に相談できる窓口を作る

講演、講習会などを積極的に開催する

在宅で緩和ケアができることを大学病院の医師、看護師がもっと認識して、日々の診療に努める。

患者さんには、終末期のことを考える機会を作っていただくようにお話しする。

V 研究の成果等の公表予定（学会、雑誌等）

2011 年日本緩和医療学会（抄録提出済み）

- ・ウィニペグの緩和ケアプログラムを日本人は希望するか

2011 年日本ペインクリニック学会

- ・痛みがとれるのは病院か？在宅か？（演題名未定）

上記発表内容に関しては、論文投稿予定。

リビングウイルと療養の場所に関する発表予定（学会名、雑誌名は未定）

在宅緩和ケアにかかる自己負担を無料にすることは可能か？（学会名、雑誌名は未定）

付録1 医師に対するアンケート票

岡山市の在宅緩和ケアに関する調査について

我々は長年、岡山大学病院にて痛みの治療や緩和医療を行っております。

最近日本でも、晩年を住み慣れた自宅で過ごしながらか医療を受けたい、という希望が多く聞かれるようになりました。しかし厚生労働省の「終末期医療に関する調査」(平成19年)によると、なかなか実現ができていない現状が報告されています。

カナダでは“在宅緩和ケア”が積極的におこなわれています。研究代表者は、カナダで緩和ケアの研修をおこなってきました。

それに対して日本では、在宅緩和ケアを希望する患者さんが非常に少ないように思います。患者さんがご希望された場合でも、家族が不安に思うことも多いです。

この差がどうして生じるのかを調査したいと考えています。

具体的には

- ① 在宅医療に対する考え方（一般人と医療者の違い）
- ② ウィニペグでの医療制度についてのお考え
- ③ 先生の在宅医療の現状
- ④ 在宅医療を推進するためのご意見

をお聞きしたいと考えています。

そしてこのアンケート結果をもとに岡山市独自の在宅緩和ケアのシステムについて考えたいと思います。

本調査の趣旨をご理解いただきアンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。調査結果は統計処理をして公表されます。そのため、個人の情報が公開されることは決してありません。

ご記入に関してのお願い

回答は選択肢の中から当てはまるものの番号に○をつけてください。

回答は宛名の方ご本人がお答えください。

財団法人笹川医学医療財団 平成22年度「在宅ホスピス緩和ケア研究」

「統括された在宅緩和医療の研究（ウィニペグ方式を参考にして）」

研究代表者	岡山大学病院 麻酔科蘇生科 助教	西江宏行
共同研究者	岡山大学病院 麻酔科蘇生科 准教授	溝渕知司
	岡山大学病院 麻酔科蘇生科 講師	佐藤健治
	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 緩和医療学 教授	松岡順治

アンケートに関する説明の補足

調査結果は、報告書や学会、論文などで公表されますが、学術的に統計処理され、誰がどのように回答したかは決してわかりません。また、回答結果が他の用途に用いられることもありません。ご希望の方には調査結果をお知らせいたします。

このアンケートへのご協力はあなたの自由意志によります。回答されなくても何ら不利益はありません。また、途中で止めることもできます。

皆様にご回答いただいたアンケートは岡山市の緩和ケアの発展に役立てていく所存です。ご多忙中とは存じますが何卒ご協力のほどお願い申し上げます。

連絡先

岡山大学病院麻酔科蘇生科

電話：086-235-7328 FAX:086-235-7329

西江 宏行 email: nishiehiroyuki@yahoo.co.jp

あなたご自身が治る見込みがない病気になった場合、その病名や病気の見通し（治療期間、余命）について知りたいとお考えになりますか。（ひとつに○）

- 1 すべて知りたい
- 2 知りたくない
- 3 わからない

問2

あなたご自身が、治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、療養生活はどこで送りたいですか。
（ひとつに○）

- 1 なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
2 なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげることを目的
とした病棟）に入院したい
3 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
4 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
5 自宅で最期まで療養したい
6 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
7 老人ホームに入所したい
8 その他（具体的に
9 わからない

問 3

あなたは自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。(ひとつに○)

- 1 実現可能である → 問5へ
2 実現困難である → 問4へ
3 わからない → 問4へ

問4

あなたは、以下のうちどのようなことがあれば自宅で最後まで療養できるとお考えでしょうか。お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

- 1 24時間体制で往診してくれる医師がいる
- 2 24時間体制で訪問看護（看護師の訪問）がある
- 3 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っている
- 4 介護してくれる家族がいる
- 5 家族が有給で介護休暇をとれる制度
- 6 症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できる
- 7 症状が急に悪くなったときに、どうしたらよいか教えてくれている
- 8 居住体制が整っている
- 9 在宅医療にすると医療費が無料である
- 10 いつでも相談できて、自分のことをよく知っている担当者がいる
- 11 その他（具体的に ）
- 12 どのような制度があっても、自宅で最期まで療養できない（これに○をつけた場合、1～11には○をしないでください）

問5

入院と在宅ではどちらの方が長く生きられると思われますか。

- 1 入院の方が長く生きられると思う
- 2 在宅の方が長く生きられると思う
- 3 入院も在宅も同じだけ生きられると思う
- 4 わからない

問6

入院と在宅ではどちらが痛みや苦痛を取り除けるとと思われますか。

- 1 入院の方が痛みや苦痛が少ないと思う
- 2 在宅の方が痛みや苦痛が少ないと思う
- 3 入院も在宅もどちらも同じだと思う
- 4 わからない

問7

入院と在宅ではどちらが心地よく過ごせると思われますか。

- 1 入院の方が心地よいと思う
- 2 在宅の方が心地よいと思う
- 3 どちらも同じだと思う
- 4 わからない

問8

自分で意志決定ができなくなったときのために、どのような治療を受けたいか、受けたくないかをあらかじめ文書に書いておくことを「リビングウィル」といいます。リビングウィルのことをご存じでしたか。

- 1 知っていた
- 2 知らなかった

問9

リビングウィルに興味がありますか

- 1 ある
- 2 ない

問10

リビングウィルを書いておきたいと思われますか

- 1 リビングウィルをすでに書いている
- 2 リビングウィルの内容は決まっているが、まだ書いていない
- 3 リビングウィルを考えたことはあるが、まだ内容が決まっていない
- 4 リビングウィルを考えたことはなかったが、書いてみたい
- 5 リビングウィルを書きたくない
- 6 わからない
- 7 その他（ ）

自分で意思表示ができなくなったときに、どのような治療を受けるか、受けないかについて自分の代わりに決めてくれる人を指名しておきたいと思いますか。

- 1 指名しておきたい
2 指名したくない
3 わからない
4 その他（ ）

あなたは、ご自身の臓器提供についてどのように考えていますか。

- 1 ドナーカードまたは健康保険証に、臓器提供を希望すると書いている
2 ドナーカードまたは健康保険証に、臓器提供を希望しないと書いている
3 ドナーカードは持っていないが、臓器提供しても構わないと思っている
4 ドナーカードは持っていないが、臓器提供したくないと思っている
5 わからない
6 その他（ ）

ウィニペグでは、治る見込みがなく死期が迫っている患者さんに対して、病気で亡くなることをあらかじめ医師が診断しておきます(anticipated death)。そのため、実際に患者さんが亡くなったときに、医師が死亡診断をする必要がありません。この制度についてどう思いますか。

- 1 亡くなった時の医師の死亡診断はあった方がよい
2 亡くなった時の医師の死亡診断はなくてもよい
3 わからない

問 14

ウィニペグでは、医療費が無料で緩和ケアを受けることができます。ただしそのための条件があります。

- ・ 胸骨圧迫などの心肺蘇生を行わない
- ・ 抗がん剤を使わない
- ・ 高カロリー輸液を行わない

あなたご自身が、治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、この条件で、緩和ケアを受けたいと思われませんか。

- 1 是非受けたい
- 2 どちらかといえば受けたい
- 3 どちらかといえば受けたくない
- 4 受けたくない
- 5 わからない

問15

一年間に看取った患者さんの数は？ （ ）人

問16

現在一日に何人の患者さんを訪問していますか （ ）人

問17

24 時間往診可能というのは負担ではありませんか。

問18

カナダでは市全体で緩和ケアが行われていました。約 10 人の医師で交代で患者さんを見ています。このようなシステムは有用だと思いますか

問19

ウィニペグでは患者さん一人一人に担当者がつき、状態を把握して、必要なサポートを行ったり、状態が悪いときには入院の手配をします。このような担当制度は有用であると思いますか。

問20

在宅緩和ケアに関して、岡山大学病院に対するご希望はありますか

問21

在宅緩和ケアを推進するためのご提案をお願いいたします。

付録 2 大学病院への希望

医師へのサポート

難渋するときに相談する窓口がほしい。家族が在宅医療レベルでは不安に思うことがある。そういう時に相談したい。

緩和ケアを担当することが少ないので、気軽に相談できるあるいは勉強できるサポートが欲しい。

地域の基幹病院として 24 時間質問に対応してほしい。

研修会など、一般開業医への教育を行って欲しい。

道具の貸し出し、道具を小分けにしてくれるサポートがあれば良い。

教育

在宅医療はなんでも屋なので、general physician を育てて欲しい。

患者さんの紹介時の情報提供

最後まで診てくれと言われるが、末期になって親しい関係を作るのは大変。早めの紹介をして欲しい。

終末期に家に帰りたい人がいたら、患者さんが元気うちから在宅医療の医師とコンタクトを取ってほしい。コミュニケーションをとる時間がない。

看護師、医師とも、在宅へスムーズに受け流すための知識が足りない。

病院側が病棟での様子を教え、在宅の様子はこちらから教えるような場が必要。それを繰り返していくと様子がわかってくる。

どの病院に対しても同じだが、痛みのコントロールをつけて紹介してほしい

診療所、他病院との連携

在宅緩和ケアをしている医師の情報を集め、どのような患者を受けられるかなどリストがあるとよい。

夜中に頼みにくい。敷居が高い。病院主治医と密に関係を保ち、気軽にやり取りをしたい。

患者家族はいろいろな不安を持っており、開業医一人では対応するのに困難なこともある。家で看取ると決めていても、いろいろなことが起こる。予定とは違うことが起こった時に対応してくれるような、駆け込み寺のような役割を持ってほしい。

モルヒネの対応は開業医でできる。ブロックの必要な困難事例だけ対応してほしい。

柔軟な医療

気軽に 3-4 日入院する、気軽なレスパイト入院や胃カメラのための 1 日入院など、柔軟な対応をして欲しい。

緩和ケア病棟があって、一時的な入院ができればよい。

開業医への紹介

大学医師が、在宅に紹介しないことが問題。大学病院に長期はいられないので、その後緩和ケア病棟や療養型を勧める人が多いが、在宅にしてほしい。

クリニカルパスを利用してプライマリケア医と連携して欲しい。68%の腫瘍センターの患者が主治医を持っているのに行かない。患者はかかりつけ医の使い方を知らず、かかりつけ医は勉強しないといけないと思っているがチャンスがない。開業医を信用し、プライマリケア医に患者を押し戻してほしい。チャンスを与えて、お互い学びあう風土を作るべき。

紹介がうまくいっていない。病院の医師は開業医が受けないというが、開業医はそんなこと言ってない。

末期の人に、糖尿病内科、外科、・・・などいろんな科を受診させることがあるが、一人の開業医に任せればいい。

付録3 在宅緩和ケアを推進する提案

保険、点数

医療保険と介護保険が一緒に使えることが必要。今の制度では別の日に往診しなければならない。

高齢者は負担額が決まっているが、若年者だとコストが高い。コストが患者さんにかかるので医師側にもプレッシャーになる。

在宅患者を診ると平均点数が上がってしまうので査察が入る。そのため在宅患者を増やせない。国の方針が異なる在宅と、普通の外来を別点数にしたらどうか。

ターミナルの看取りは点数が高い。そこまでもらっていいのかと思う。

医師へのサポート、養成

緩和ケア講習会があれば、勉強と交流の場になる。

開業医が専門分化しすぎている。ジェネラリストの養成が課題。

介護者へのサポート

公開講座などの啓蒙活動があればよい。在宅で最期を迎えることができることを知らない人が多い。

吐血などであわてないよう、介護する家族へ教育する必要がある。

介護する人を休ませる制度が必要。

家族だけで見るのは難しく、最後は療養型に入院する人が多い。最後に何か手を差し伸べるものがあれば・・・

医師、医療機関同士の連携

大学がネットワークをつくり、診療所と連携。開業医が片手間に往診するのは難しい。

診察費を医師同士でどう配分するか、などの問題がある。診診連携のようなシステムを構築しやすい公的なサポートがあれば良い。

専門医と一般の医師と一緒に患者さんを診れるシステムが必要。最初から3人くらいの医師で診られるとよい。

医師やコメディカル同士の集う場所がほしい。

基幹病院

在宅療養支援診療所が増えていない。24時間365日は負担が大きいためだと思う。バックアップ病院があると良い。

地域で核になる病院がほしい。何かあった時に患者さんを頼める病院。

岡山市は病院が多いので在宅がしやすいはず。病院のバックアップが大切。

付録 4 岡山市民に対するアンケート票

岡山市の在宅緩和ケアに関する調査について

我々は長年、岡山大学病院にて痛みの治療や緩和医療を行っております。

最近日本でも、晩年を住み慣れた自宅で過ごしながらか医療を受けたい、という希望が多く聞かれるようになりました。しかし厚生労働省の「終末期医療に関する調査」(平成 19 年)によると、なかなか実現ができていない現状が報告されています。

カナダでは“在宅緩和ケア”が積極的におこなわれています。在宅緩和ケアとは、命を脅かす病気となった患者さんやご家族の苦痛を和らげ、自宅で過ごせるように支援することを言います。研究代表者は、カナダで緩和ケアの研修をおこなってきました。

患者さんとそのご家族が安心して在宅緩和ケアなどの在宅医療を選択できるようになるためには、ご家族の負担を軽減する仕組みや、日常はもちろん緊急時にも十分な医療を受けられるよう、地域全体での医療体制を構築する必要があります。

そのためには、まず市民の皆様のご希望をきちんと把握し、本当に求められている医療を考えていくことが重要です。

そこで、岡山市における終末期医療、在宅緩和ケアについて、岡山市在住の皆様のご意見を伺いたいと考えています。そしてこのアンケート結果をもとに岡山市独自の在宅緩和ケアのシステムについて考えたいと思います。

本調査の趣旨をご理解いただきアンケートにご協力くださいますようお願い申し上げます。調査結果は統計処理をして公表されます。そのため、個人の情報が公開されることは決してありません。

ご記入に関してのお願い

回答は選択肢の中から当てはまるものの番号に○をつけてください。

回答は宛名の方ご本人がお答えください。

記入が終わりましたら専用の封筒に入れて 11 月 26 日(金)までに投かんしてください(氏名は書かないでください)。

財団法人笹川医学医療財団 平成 22 年度「在宅ホスピス緩和ケア研究」

「統括された在宅緩和医療の研究(ウィニペグ方式を参考にして)」

研究代表者	岡山大学病院 麻酔科蘇生科 助教	西江宏行
共同研究者	岡山大学病院 麻酔科蘇生科 准教授	溝渕知司
	岡山大学病院 麻酔科蘇生科 講師	佐藤健治
	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 緩和医療学 教授	松岡順治

アンケートに関する説明の補足

この調査の依頼人選定に関しては、岡山市選挙管理委員会に正式に申請し許可を得た上、選挙人名簿を閲覧いたしました。その名簿の中から50歳以上で1000名の岡山市民の方々を無作為に抽出し、調査票をお送りしております。住所や氏名に関する情報は研究代表者の責任で厳重に管理され、研究終了後にはシュレッダーにかけて確実に破棄されます。

調査結果は、報告書や学会、論文などで公表されますが、学術的に統計処理され、誰がどのように回答したかは決してわかりません。また、回答結果が他の用途に用いられることもありません。ご希望の方には調査結果をお知らせいたします。

このアンケートへのご協力はあなたの自由意志によります。回答されなくても何ら不利益はありません。また、途中で止めることもできます。

皆様にご回答いただいたアンケートは岡山市の緩和ケアの発展に役立てていく所存です。ご多忙中とは存じますが何卒ご協力のほどお願い申し上げます。

なお、プライバシーを守るため返信用封筒を二重にしています。記入が終わりましたら、まずアンケートを茶色の封筒に入れてください。そしてその封筒を、切手の貼ってある水色の封筒に入れて投かんしてください。

問1～問3、問22、問23は厚生労働省が平成19年に行った調査と同じ設問となっています。

連絡先（2010年11月10日～2010年12月6日、月～金曜9時から16時、火曜9時～14時）
岡山大学病院麻酔科蘇生科
電話：086-235-7328 FAX:086-235-7329
西江 宏行 email: zaitakukanwa@gmail.com

岡山市の在宅緩和ケアについて（どちらかに○をお付けください）

- 1 アンケートに協力します → 次のページにお進みください

- 2 アンケートに協力しません → このままアンケートを封筒に入れ、ご返送ください

あなたが自身が治る見込みがない病気になった場合、その病名や病気の見通し（治療期間、余命）について知りたいとお考えになりますか。（ひとつに○）

- 1 知りたい
2 知りたくない
3 わからない

問2

あなたご自身が、治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、療養生活はどこで送りたいですか。（ひとつに○）

- 1 なるべく早く今まで通った（又は現在入院中の）医療機関に入院したい
2 なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげることを目的
とした病棟）に入院したい
3 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
4 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
5 自宅で最期まで療養したい
6 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
7 老人ホームに入所したい
8 その他（具体的に
9 わからない

問3

あなたは自宅で最期まで療養できるとお考えになりますか。(ひとつに○)

- 1 実現可能である → 問5へ
2 実現困難である → 問4へ
3 わからない → 問4へ

問4

あなたは、以下のうちどのようなことがあれば自宅で最後まで療養できるとお考えでしょうか。お考えに近いものをお選びください。（複数回答可）

- 1 24時間体制で往診してくれる医師がいる
- 2 24時間体制で訪問看護（看護師の訪問）がある
- 3 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っている
- 4 介護してくれる家族がいる
- 5 家族が有給で介護休暇をとれる制度
- 6 症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できる
- 7 症状が急に悪くなったときに、どうしたらよいか教えてくれている
- 8 居住体制が整っている
- 9 在宅医療にすると医療費が無料である
- 10 いつでも相談できて、自分のことをよく知っている担当者がいる
- 11 その他（具体的に
- 12 どのような制度があっても、自宅で最期まで療養できない（これに○をつけた場合、1～11には○をしないでください）

問5

岡山市では24時間体制で往診してくれる医師がいると思われますか。

- 1 十分にいます
- 2 ある程度います
- 3 少しいます
- 4 いません
- 5 わからない

問6

岡山市では24時間体制で訪問看護をしてくれる看護師がいると思われますか。

- 1 十分にいます
- 2 ある程度います
- 3 少しいます
- 4 いません
- 5 わからない

問7

入院と在宅ではどちらの方が長く生きられると思われますか。

- 1 入院の方が長く生きられると思う
- 2 在宅の方が長く生きられると思う
- 3 入院も在宅も同じだけ生きられると思う
- 4 わからない

問8

入院と在宅ではどちらが痛みや苦痛を取り除けるとと思われますか。

- 1 入院の方が痛みや苦痛が少ないと思う
- 2 在宅の方が痛みや苦痛が少ないと思う
- 3 入院も在宅もどちらも同じだと思う
- 4 わからない

問9

入院と在宅ではどちらが心地よく過ごせるとと思われますか。

- 1 入院の方が心地よいと思う
- 2 在宅の方が心地よいと思う
- 3 どちらも同じだと思う
- 4 わからない

問10

自分で意志決定ができなくなったときのために、どのような治療を受けたいか、受けたくないかをあらかじめ文書に書いておくことを「リビングウィル」といいます。リビングウィルのことをご存じでしたか。

- 1 知っていた
- 2 知らなかった

問11

リビングウィルに興味がありますか

- 1 ある
- 2 ない

問 1 2

リビングウイルを書いておきたいと思われませんか

- 1 リビングウィルをすでに書いている
- 2 リビングウィルの内容は決まっているが、まだ書いていない
- 3 リビングウィルを考えたことはあるが、まだ内容が決まっていない
- 4 リビングウィルを考えたことはなかったが、書いてみたい
- 5 リビングウィルを書きたくない
- 6 わからない
- 7 その他（ ）

問 13

自分で意思表示ができなくなったときに、どのような治療を受けるか、受けないかについて自分の代わりに決めてくれる人を指名しておきたいと思いませんか。

- 1 指名しておきたい
2 指名したくない
3 わからない
4 その他（ ）

問 14

あなたは、ご自身の臓器提供についてどのように考えていますか。

- 1 ドナーカードまたは健康保険証に、臓器提供を希望すると書いている
2 ドナーカードまたは健康保険証に、臓器提供を希望しないと書いている
3 ドナーカードは持っていないが、臓器提供しても構わないと思っている
4 ドナーカードは持っていないが、臓器提供したくないと思っている
5 わからない
6 その他（ ）

問 15

カナダのある都市では、治る見込みがなく死期が迫っている患者さんに対して、病気で亡くなることをあらかじめ医師が診断しておきます。そのため、実際に患者さんが亡くなったときに、医師が死亡診断をする必要がありません。この制度についてどう思われますか。

- 1 亡くなった時の医師の死亡診断はあった方がよい
2 亡くなった時の医師の死亡診断はなくてもよい
3 わからない

問16

カナダのある都市では、医療費が無料で在宅緩和ケアを受けることができます。ただしそのための条件があります。

- ・心臓が止まった時、胸骨圧迫（心臓マッサージ）^{注1）}など心肺蘇生を行わない
- ・抗がん剤を使わない
- ・高カロリー輸液^{注2）}を行わない

あなたご自身が、治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、この条件で、在宅緩和ケアを受けたいと思われますか。

- 1 是非受けない
- 2 どちらかといえば受けない
- 3 どちらかといえば受けたくない
- 4 受けたくない
- 5 わからない

よろしければその理由をお教え下さい

（ ）

注1） 胸骨圧迫（心臓マッサージ）とは、心臓が止まったひとの胸を圧迫して、心臓を再び動かそうとする方法のことです。

注2） 高カロリー輸液とは首の太い血管から、栄養が多く入った点滴をすることです。

問17

あなたの性別をお答えください。

1. 男性
2. 女性

問18

あなたの現在の年齢はどれにあたりますか。

1. 50 歳代
2. 60 歳代
3. 70 歳代
4. 80 歳代
5. 90 歳代以上

付録4 在宅緩和ケアについてリーフレット

在宅緩和ケアって なに…?

「がん」のような病気にかった時、体の痛みや気持ちのつらさなど、いろいろな症状がおこることがあります。これらの症状を和らげる医療の事を緩和ケアといいます。
この緩和ケアは病院だけでなく、住み慣れた自宅で受けることもできます。
このことを在宅緩和ケアといいます。



緩和ケアはどうして 大切な?

「がん」による体の痛みがあったり、気持ちがつかなく、落ち込んでしまうと、今までの生活が送りつらくなるかもしれません。また治療を受ける体力や気力も奪われてしまいがちです。
「がん」になっても普通の生活を送り、そして治療も受けていただく…それが緩和ケアの目的です。
また、「がん」以外の病気でも緩和ケアを受けることができます。

緩和ケアはどこで 受けられるの?

緩和ケアは岡山大学病院をはじめとするがん拠点病院ではもちろんのこと、一般病院、診療所でも受けられます。緩和ケアを中心に行う緩和ケア病棟を持つ病院もあります。
また、病院だけでなく自宅で緩和ケアを受けることもできるようになってきました。



岡山市で在宅緩和ケアが 受けられる?

在宅緩和ケアを実施している診療所は岡山市にもあります。
在宅緩和ケアを十分に行うには、往診する医師、看護師、ヘルパーさんなど多くの人員が必要であり、また、いざという時に病院に入院できるようにするなど環境を整える必要もあります。
岡山市においてまず重要なことは、市民の皆様のご意見、ご希望をうかがうことと考えています。
岡山において、求められている医療を正しく把握しながら在宅緩和ケアの発展を考えることが岡山の医療の充実につながるのです。

そのためにも今回のアンケートにぜひご協力をいただきたいと思います。



からだやこころが辛いときも
自分らしく暮らせるように…
病気に伴うからだやこころの痛みを、
病院ではなく自宅で和らげていく医療があります。



もっと知りたい方のために…

- ◆岡山大学医歯薬学総合研究科 緩和医療学講座
<http://okayama-kanwa.jp/>
- ◆野の花プロジェクト
<http://www.nonohana-okayama.org/>
- ◆岡山大学病院緩和ケア科
<http://www.okadaimasui.com/>

在宅緩和ケアって なに…?



岡山大学病院
Okayama University Hospital
麻酔科 蘇生科

助成を頂いた笹川記念保健協力財団には心より感謝申し上げます。

この研究を通して、多くの方々と知り合いました。

多くの在宅緩和ケアに関する知識を得ることができました。

いくつかの新しい知見を得ることができました。

そして、多くのことを考えました。

この感謝の気持ちを忘れずに今後も市民の皆さんに喜ばれる緩和ケアを目指して精進いたします。