

急性期病院で看取られる終末期患者のケアにおける課題の検討

入澤仁美

要旨

日本では都市化や核家族化に伴って在宅死が減少し、1976年以降、病院死は在宅死を上回り続けている。今や病院死の割合は約75%にもものぼり、急性期病院でも終末期患者のケアの充実が課題となっている。医療技術は拡大し、治療の選択肢は増えているものの、医療者も患者も「治療を縮小させて自分らしい最期の迎え方を共に考えるタイミング」を逸する傾向にある。

急性期病院であるJ大学付属病院で看取られた患者の看護記録には、「身の置き所がない」という表現がしばしば使われていた。このような多様に解釈されうる表現を看護記録に記載することは、患者の臨死期のケアの方針を誤りかねないため、当該表現がどのような意図で使われているのか、急性期病院の終末期医療の質の向上を図るためには、どのような人間的ケアが必要となるかについて考察した。

考察の結果、看護師は患者に発言している終末期患者に特有の苦痛が、進行中の治療では十分に症状緩和ができていないという判断をした場合に、「苦痛の原因を早急に特定し治療の幅を広げる必要がある」ことを含有した表現として、「身の置き所がない様子」という表現を使用していた。そして、このような場面において患者の治療の幅を広げるためには、患者の訴える「苦痛」にある背景にある真の原因をアセスメントし、担当医師、緩和ケアスタッフ、担当看護師、カウンセラー、理学療法士等の多職種及び患者家族が協働し患者の状態について正しくアセスメントを行いながら、心理面のサポートと身体的な苦痛の治療を同時に行わなければならない。

終末期の患者・患者家族が抱える苦痛・苦しみを解消して「患者の望む最後の迎えたかた」を実現させるためには、先端治療に頼るのではなく、医療者が患者に寄り添い、患者とその家族の人生の物語を理解することが必要不可欠になる。

1 研究の背景

1 超高齢者社会の到来と縮小社会

日本は現在、世界でも例がない超高齢社会を迎えようとしている。1950年には5%だった高齢者の人口割合は、2010年には23%に増加し、2025年には30.0%、2035年には32.8%になると予測されている。これに伴って総死亡者数も2010年の120万人から、2040年前後には166万人に増加すると推計される。超高齢社会の到来に伴い少産多死の時代を迎えることから、療養場所と看取りの場所が大きな社会問題となる。超高齢社会に備えるために

は、患者が住み慣れた地域において安心して療養できる環境づくりが必要不可欠だと考えられるが、残念ながら医療・社会福祉費用の抑制政策が行われている現状では、十分な整備ができないジレンマに陥っている。

1947年の統計によると、在宅での看取りの割合が全体の90.8%を占めていたが、第二次世界大戦後、医学・医療の発展とともに病院の数が増え、人が最期を迎える場所が家庭から病院へと変化していく。1950年には在宅死は82%となり、そこから下降の一途をたどり、1976年以降は病院死が在宅死を上回り続け、2015年には在宅死は12.7%まで減少した。在宅医療の推進に取り組む自治体が増えたこともあり、2016年には在宅死は0.3ポイントの回復をして13%となったが、それでも病院死の割合は依然として75%前後と高い。

近年、医療も経済も成長している一方で、在宅死が減少し、核家族化が進み高齢者と同居する家庭が減少したことなどを受け、死は日本人にとって非日常的なものとなった。死を「身近な患者の連続の衰弱の結果」として捉える機会は減少し、死を「病院で起きる一つの結果」として体感することが多くなり、家族や親戚や友人による「よい看取り」は縮小している。それと共に、かつて高齢者や障害者を支えていた家庭や、地域社会の相互扶助機能は低下している。地方の高齢化が進む地域では、高齢者を支える世代が進学や仕事などの理由で都市部に流入し、老々介護や一人暮らしの問題が急増している。

どれだけ医療が進歩して治療の選択肢が増えることにより時間的延命が可能になったとしても、死を避けることはできない。患者側も、核家族化や一人暮らしが進んでいる現代社会においては、心の中では在宅療養を願っていたとしても、現実的にはあきらめてしまっているケースも多い。しかし、終末期医療は、患者の尊厳を尊重し、患者が歩んできた人生の中で形成された価値観を理解して実践されていなくては、患者のQOLを維持することはできない。私たちが「自分らしく」生きて、「自分らしく」死ぬためには、将来救急搬送で運ばれるかもしれない急性期病院の実際を知ったうえで、どのような治療を望み、どのように医療者側に伝えていくのか、ということを考えなければならない。

2 急性期病院における終末期医療の状況

急性期病院とは、急な怪我や持病の急性増悪などで緊急に治療が必要な患者に対して専門的な医療を集中的に施すことが前提の施設である。そのため、日々状態が悪化するターミナル後期・臨死期の患者に必要な緩和ケアやメンタルケアには不慣れである場合が多い。その一方で、大学病院や市民病院のような急性期病院にも終末期患者が搬送され、看取られるまでの時間を過ごすことが多いのも事実である。終末期の患者であっても、宣告された己の余命を受け入れられず、いくつもの病院を巡ろうとする患者・家族も存在する。なかでも、高額でなおかつ多少のリスクがあっても先端医療を受けたい、受けさせたいと願って急性期病院を訪れる患者とその家族は、急性期病院のスタッフが疾病を治療で完治させることはできないことを説明したとしても、地域の医療機関や在宅ケアへの移行を望まないケースも存在する。

急性期病院では、患者の状態が安定すれば退院支援を行うことを前提に治療を行うために、患者の変化に対応した検査・手術・治療が行われている。入院した場合には、モニターは全種類装着した状態で、終末期の患者であったとしても、血圧、脈拍、呼吸数、酸素血中濃度などはすべて測定することになる。点滴も一日の必要量を投与されることとなり、手足のむくみがひどくても、胸や腹に水が溜まっても、ひとまず一日の必要量の点滴が続けられることとなる。点滴や心臓モニター、酸素モニターに加えて、鼻の管、酸素の管、尿の管、お腹に入った栄養の管など、数種類の管が外れることがなく、患者が管を触るような動きを見せた場合には、手を手袋のようなもので覆うこととなる。このような状態は、「意識のないまま、人工呼吸器や何本もの点滴チューブにつながれるようなことは望まない。人生の最期は自分の家で穏やかに死んでいきたい」と考えている人にとっては、苦痛以外の何物でもない。患者の急変時に家族が救急車を呼び、患者の意思を確認したことがなかったがゆえに「最善を尽くしてください」と医療者に対して願い、経口摂取を希望している患者への胃ろうの造設や、発声機能を失うことを望んでいない患者への気管切開に繋がることもあり、本人の望んでいない過剰治療が為されてしまうこともある。

患者本人の意思の添わない治療は、たとえ、患者の家族・親戚が望んだとしても、患者の自己決定権の尊重の観点からも行われるべきではない。しかし救急搬送された急変状態の患者の意思を医療者が推認することは困難であり、家族の意思に基づいての治療がまず行われることになるが、患者を普段から見えていない家族・親戚の介入により医療現場が混乱することもある。そのため、拡大する医療技術による延命措置を継続するよりも、本人の意思に沿って治療を縮小させることにより「臨死期の患者の看取り」「終末期の患者のケア」の充実を図ることや、患者の療養場所や看取りの場の意思決定を支援する体制づくりが、急性期病院においては大きな課題となっている。

3 J大学付属病院（以下、J病院とする）の看護記録に見られる「身の置き所のない」という表現

J病院では、2016年4月から、一般病棟で死亡した患者の電子カルテデータが保管の対象となっていた。そのため、2016年度（2016年4月から2017年3月）にJ病院の一般病棟で看取られた患者間の看護記録を確認したところ、死を迎える患者の一言で言い表せない苦痛が患者に対して「身の置き所がない」というアセスメントがされているのが目についた。本来、「身の置き所がない」という表現は、患者本人が申告する際に使われるべき表現であるが、J病院では終末期特有の身の置き所の無さが現れていると思われる患者に対して、「身の置き所がない様子」「身の置き所の無さがあり」等の評価をしていた。当該表現が、当該表現が何らかの前兆を示しているとしても、その原因が精神的苦痛に起因するのか、肉体的苦痛に起因するのか、急変を表現しているのかを、記載のみから第三者が判断することができない場合もある。その一方で、肉体的苦痛ならば緩和を、急変であるならば検査を、精神的苦痛であるならばメンタルケアというように、原因によって医師・看護師が採るべき対応

は変わってくる。また、生じている苦痛の背景（患者と家族との関係性、患者の事前意思、等）を医療者が理解しないことには、患者に寄り添う終末期ケアを実現することは難しく、患者の望む看取られ方をかなえられないリスクもある。

II 研究の方法

1 調査対象

J 医院の一般病棟で 2016 年度（2016 年 4 月～2017 年 3 月）に看取られた患者 441 名の電子カルテを対象とした。

2 研究の方法

死亡日から遡って一週間以内に看護記録における「身の置き所のない」という記述の有無を調べ、記述が見受けられる場合には、さらに遡って一週間の記述を確認することにより、最初に「身の置き所がない」という表現がされた時からのケアや治療の過程、緩和ケアチームが介入をしていたかどうか、患者・家族と医療者のやりとりを全科カルテからデータとして抽出した。そして、電子カルテに残された前後の内容から、第三者が、看護師が「身の置き所がない」とアセスメントした原因について統一的解釈をできるかどうかを検討した。

3 研究の目的

医療安全の観点から、「身の置き所がない」というアセスメントがされる原因を探ることにより、「身の置き所がない」と評価された患者のうち、原因が特定できなかった患者に対して、どのようなケアをできたかを探ることにより、終末期の患者の QOL 向上させる医療を実現するための課題を確認する。

4 倫理的配慮

今回調査対象としたのは、死亡した患者の電子カルテデータであったため、「人を対象とする研究」の倫理指針の該当はしなかったが、遺族へのプライバシーを配慮し、患者名はブラインドで確認した。カルテから会話内容を記録するときにも、個人の指名や住所が特定されない形でデータを抽出した。

III 調査内容

1 カルテを確認した結果

看護記録を確認した結果については、以下の表 1 に示す。

表1 看護記録を確認した結果（件数）

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	合計
死亡 件数	31	41	31	40	47	33	41	40	35	43	30	29	441
記載 件数	5	5	2	6	6	2	4	2	4	7	6	6	55
がん 件数	5	4	1	5	5	2	4	1	2	6	6	4	4
緩和 ケア 対象	4	5	2	4	5	2	3	2	2	5	5	5	44
鎮静 対象	2	0	0	0	1	1	2	1	1	0	2	2	12

2 アセスメントの根拠を第三者が特定できたか

看護記録の中に「身の置き所がない」というアセスメントがされていた件数は55件（全体の12.5%）であり、全てが死亡日から遡って2週間以内の時期に初めてアセスメントがされていた。そのため、まず、「身の置き所がない」というアセスメントは、言葉では言い表せないような様々な苦痛を抱えながら死を迎えようとする患者に対して増されるアセスメントであることが分かる。「身の置き所がない」というアセスメントがされていた55件のうち、原因を1つに絞ることができたケースは21件であり、その内訳は、疼痛が5件、呼吸苦が14件、せん妄が2件である。「身の置き所がない」というアセスメントを数回していた事案もあるが、第三者でも原因を1つに絞ることができる記載がされていたケースでは、医師、看護師の治療及びケアにより、「身の置き所のない状態」は解消されていた。残りの34件のうち、18件については、「身の置き所のない」状態になった原因について、複数の要因が影響している可能性があるものの、看護師が「患者が可能性」を患者の反応を確認することで、「身の置き所がない」状態を改善することはできていた。その一方で、残りの16件については、看取りの前日まで治療を試みていたものの、家族の合意のもとドルミカムのような薬剤を用いてセデーション（終末期鎮静）をかけ、意図的に意識レベルを低下させることにより苦痛を緩和しながら死を迎えさせることで対応したケースも見受けられた。原因が特定できなかったケースの特徴としては、原因となる疾病から想定される症状と患者の訴え・様子が明らかに違い違っていること、もしくは、看護師が声かけをしても「頷く」、「手を握る」、「顔をしかめる」などの身体表現を通しての意思疎通すら困難なことであった。前者の例としては、患者は肺がんを笑っていて、予想される症状としては、呼吸困難感や胸の痛みが考えられるものの、ずっと足をさすって痛みを訴えている様なケースがあげられる。臨死期の患者は全身状態の悪化により様々な症状を引き起こすことに鑑みれば、このようなケースでは、「身の置き所なく」足をさすっている行為の原因としては、疼痛だけでなく、下肢のむくみ、腹水の貯蓄による腹部膨満感、呼吸困難感を解消しようとしてずっと座位になっていることから生じている痛み等様々な原因が考えられる。そして、原因を突き止めて治療を行うためには、ポータブルエコーで水がたまっているかを検査し、安楽な体位がとれるように介助をしながら全身の状態を確認することが考えられる。また患者が病状の悪化から強い不安を感じている可能性やなれない医療環境に委縮して苦痛を訴えられなくなっている可能性も否めないため、患者の話を傾聴するなどして患者の緊張を解き、患者のメンタルケアを行うことも肝要である。

今回の分析を通じて、J医院の看護師は、終末期患者に特有の言葉では表現しがたい疼痛、死前喘鳴や下顎呼吸を伴う呼吸苦、腹水や胸水が溜まり尿を排出できないことから生じる浮腫、臓器不全による全身の倦怠感、終末期せん妄等の症状が患者に出ていると感じ、進行中の治療では症状緩和ができていないという判断をした場合に、「苦痛の原因を早急に特定し治療の幅を広げる必要がある」ことを含有した表現として、「身の置き所がない様子」という表現を使っていると評価することができた。

3 終末期・臨死期の患者の苦痛・苦悩

淀川キリスト病院が実施したホスピスの終末期がん患者を対象とした研究によると、生存期間が1ヶ月以上の段階では疼痛の出現が目立ち、生存期間が1ヶ月頃から全身倦怠感、食欲不振、便秘、不眠などの症状の出現頻度が増加する傾向がみられ、生存期間が2週間となった頃から混乱が増加し始めるとともに自力移動の障害が高くなり、死亡数日前より不穏や死前喘鳴が見られるとともに水分摂取や会話、応答の障害が急増する¹。どれだけ医療が進歩しても、死を回避できる治療は存在せず、人間は誰しも死を迎える。そして、臨死期の患者の苦痛を除去し、患者・家族が望む形の死を迎える援助を行うということは、非常に個別性の高い事柄である。というのも、臨死期の患者は、症状からの痛みや呼吸困難感というような直接的苦痛を感じるだけでなく、不安や抑うつなどの精神的苦痛や、家族や友人との関係や経済上の問題などの社会的苦痛、自分がなぜこのような病気になってしまったのか、自分の生きた意味は何だったのかという様なスピリチュアルペイン(霊的苦痛)を伴う、トータルペイン(全人類的苦痛)²を引き起こしやすいからである。

死を迎える患者は、自己のADL(日常生活動作)が低下することにより、排泄にも介助が必要となり、入浴や口腔ケアも制限されることで尊厳が傷つきやすい状態となる。また、激しい疼痛に襲われたがために患者が死の危険を感じ、不安感からパニックに陥っているようなことも想定できる。医療者はこのような患者の全ての苦痛を和らげ、患者らしい毎日を送ることを支える必要がある³。患者の「痛い」という主張一つでも、浸潤や転移から来る疼痛だけでなく、「痛いといえば看護師がそばに付き添ってくれる」「落ち着かなくて一人でいられないが、痛み止めを使えば安心して眠れる」というような不安や恐怖や寂しさ、孤独感に由来するケースもある。そのため、身の置き所のなさの原因が特定できない場合には、その苦痛の原因は痛みの4つの側面—身体的、心理的、社会的、霊的側面—が互いに関連しあい影響し合っている「トータルペイン」である可能性を考慮しなくてはならない。すべての側面の苦痛が患者の表面的な訴えとして表れていない場合でも、患者は様々な側面について痛み、苦痛、辛さを内面的に抱えていると理解すべきである。

急性期病院では看護師が24時間体制で患者を見回るものの、病気や怪我が発生して間もない状態で緊急の検査や手術が必要な急性期の患者の集中的ケアが優先されるため、終末期患者の苦痛や不安の緩和よりも急性期の患者ケアに多くの時間を費やすことになりかねない。そのため、終末期患者とその家族が、看取りまでのゆっくりとした時間を過ごすこと

¹ 淀川キリスト教病院ホスピス編(2001)『緩和ケアマニュアル』最新医学社、1-7ページ。

² 静岡県立静岡がんセンター編(2010)「がん看護BOOKS がん看護研修マニュアル」南江堂、278ページ。

³ 宮下光令編集、長谷川素美発行(2014)『ナーシング・グラフィカ 成人看護学⑦「緩和ケア」』メディカ出版、12-15ページ。

が難しいのが現状である。しかし、終末期、とりわけターミナル後期・臨死期の患者・家族の気持ちは、症状が悪化していく中で頻繁に揺れ動き、家族間で治療に対する意見の食い違いが生じたり、突然現れた親戚の意見に左右されたりすることで、治療方針や療養場所の選択が定まらない傾向がある。このような急性期病院の医療環境の中で、トータルペインを抱える終末期患者に適切なケアを実施し、患者・家族が満足する看取りを実現させるためには、医療者が終末期症状緩和に精通した上で、患者から苦痛の状態を的確に聞きだし、症状と治療法について患者・家族に分かりやすく伝えるためのヘルスキューンコミュニケーションスキルを磨くことも必要となる。

患者の訴える「苦痛」にある背景にある真の原因をアセスメントし、担当医師、緩和ケアスタッフ、担当看護師、カウンセラー、理学療法士等の多職種及び患者家族が協働して患者の状態について正しくアセスメントを行いながら、心理面のサポートと身体的な苦痛の治療を同時に行わなければならない。そしてそれぞれが効果的に協働できるようにするためには、患者についての情報の共有や、主治医と他の科の医師の連携、関わった後の患者の変化や満足感について意見交換を行うようなマネジメントが必要とされる。

4 緩和ケアを巡る倫理的ジレンマ

現代医療ではホスピスや緩和ケアの必要性を認識しながらも、検査点診断・治療・治癒・延命という「身体的ないのち」の追求において圧倒的に発展している。このような中、WHO（世界保健機構）は、1990年に現代医療を持っても治癒しない患者と家族に対する緩和ケアの推進を世界的に呼びかけた。そしてWHO2002年に緩和ケアを「緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族のQOLを、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチである」と定義し⁴、「病の早い時期から化学療法や放射線療法などの生存期間の延長を意図して行われる治療と組み合わせで適応でき、辛い合併症をよりよく理解し対処するための精査も含む」という考えを明示した。これは、ターミナル後期から臨死期にかけての疾病の治癒のための治療がなくなる段階で緩和ケアを導入する従来型ケアを改め、終末期に入った段階から疾病の治療と並行して苦痛を取り除く緩和ケアを行う方針へと転向したことを示している。また、2003年には、欧州閣僚委員会によって「加盟国への緩和ケアに関する欧州閣僚委員会勧告24号」が採択され、ガイドラインにおいて緩和ケアは一部のがん患者だけに提供されるものではなく、全ての患者に対して提供されるべきものであり、またそれぞれの国の医療保険システムの重

⁴Sepulveda, C. et al. (2002) Palliative Care: the World Health Organization's global perspective. *Journal of Pain & Symptom Management.*, 24(2), pp91-96.

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団編 (2011)『ホスピス緩和ケア白書2011』, 2 ページ https://www.hospat.org/practice_white-book-top.html, (参照 2018-8-27).

要な部分として位置づけられるべきであるとした。日本においても、1990年に健康保険での緩和ケア目的の入院料が認められ、2006年には日本ホスピス緩和ケア学会が、全国どこでも質の高いケアが受けられるように「ホスピス緩和ケアの基準」を示している⁵。

このような流れを踏まえると、終末期特有の苦痛を感じている患者は皆、緩和ケアの対象となるべきである。しかし、日本では「緩和ケア」といえば、未だに「がん患者を対象とした疼痛緩和」としての意味合いが強い。そして、患者・患者家族が「緩和ケア」という言葉を「治療方法がなくなったのちのケア」と誤解していること、あるいはオピオイドが麻薬であることに対する恐怖心や、患者本人と話すことができなくなるのではないかという内面的不安を有していることから、緩和ケアの介入に消極的になっている場合がある。また、現代の病院の医療体制は専門化・細分化しているとともに、何らかの症状がある患者が医療機関を受診すると一連の検査を受けた後に、検査結果を総合して診断がなされた後に治療が開始する。このような医療の流れに終末期患者も取り込まれ、多くの医師は検査や治療に熱心であることから、患者を苦しめている症状の緩和については「対症療法」と見なし、興味や関心が低いのが現状である。

緩和ケアは、抗がん剤やステロイドの治療の選択肢がなくなった際に提供されるケアだと考える人は未だに少なくない。実際に医療者が患者家族に、モルヒネを使用した緩和ケアの提案を行った際に、「モルヒネを使うのはやめてください。まだ治療ができると思うので」、「中毒になったりしますよね」、「麻薬を使うと命が短くなってしまいますよね」、「もう会話ができなくなるのは嫌なので、使わないでください」というような発言をされる家族がいる。本人が緩和ケアを希望したために、モルヒネによる疼痛コントロールと呼吸苦の軽減を図ったところ、見舞いに来た家族や親戚に「モルヒネを使っているということは、病院は安楽死させるつもりなんですよね」という発言をされたケースも見受けられた。

J 医院で実際に看取られた患者の中には、死亡日の二日前に疼痛が悪化し、患者本人が「腰が痛いのがなんだか我慢できなくなった」と連絡し、「痛くて耐えられない。(次の痛み止めまでの1時間が待てない)と訴え、NRS9程度の痛みが出現しているとアセスメントをしているにもかかわらず、疼痛指示薬のロキソニンのみで対応をして、夜間も眠れずにベッドとロビーを行き来し、翌日も「苦しいし痛い」と訴えていた事案があった。本件では患者から緩和ケアの希望がなかったものの、疼痛が著名であり、肝臓がん末期の疼痛がロキソニンのみでは対応できないことは容易に推測できる。患者には腹部膨満感があり、カテーテル挿入後も尿流が乏しかったことを考えると、ポータブルエコーで患者の腹水の状態を確認したり、担当医師・看護師が緩和ケアチームの介入を依頼すべき事案であった。

ほかにも、実際に、患者家族がオピオイドの使用に承諾をしないために、患者に必要な疼痛コントロールができていたかった事案もある。肺がん末期の患者の疼痛を緩和するため

⁵ 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ『ホスピス緩和ケアの基準』
<https://www.hpcj.org/what/kijyun.html>, (参照 2018-8-27).

に、オキファストのフラッシュを勧めるものの、家族は「意識がなくなる可能性があるのですよね。あまり使いたくないです」と答えたため、看護師が傾眠傾向になる可能性はあるにしても、現在患者は腹部膨満感からの疼痛に苦しんでいる可能性が高く、オキファストの使用の必要性を丁寧に説明しても、「もう少し様子を見ます」と承諾をしなかった。その後、患者は「痛い、痛い」と顔をしかめ、時折返答はできるものの会話不能となった。再度家族にオキファストフラッシュを勧めても「それは要りません、ただでさえ意識がないのに」と拒絶の意思表示を明示し、翌日も患者がうなっているためにフラッシュを使用すると楽になる可能性があることを説明しても、家族が患者の臨死期の状態を受容することができず、家族の承諾を得ることができず、患者が2日後に死亡するまでオキファストフラッシュを使用することはできなかった。

また、末期の肺がん患者の疼痛と呼吸苦を軽減させるために緩和ケアチームが介入してモルヒネの使用を開始しているものの、家族はモルヒネによる症状緩和を「輸血治療をしてもらえるための治療」と考えているために、死亡する前日であっても「本人が輸血を生きる糧としているので、明日輸血をして下さい」と申し入れるケースもあった。

その一方で、腹部膨満感に対して緩和ケアチームがモルヒネの使用の提案をした際に、患者が「ドラマで見たすぐ吐くとか副作用が強く出たりする？」と聞いた際に、看護師が副作用について丁寧に説明をしたところ、「それなら使って欲しい。少しぐらい眠くても。今すぐに使ってほしい」とモルヒネの使用を承諾されたケースもある。

患者と患者の家族の中には、モルヒネの様な麻薬を使った緩和ケアを、先入観や偏見から個人の価値観のレベルでは施術を受け入れられないときがある。つまり、患者・家族の中で、緩和ケアへの意思決定に際しては、モラル（個人レベルでの道徳・倫理）とエシックス（社会レベルでの道徳・倫理）の対立から、ジレンマが生じているのである。患者家族はエシックスの観点からは、「患者を苦しめないために症状緩和は必要」「患者を無駄に苦しめたくない」「緩和ケアは社会的に認められた治療である」と理解をしていますが、個人のモラルとして「モルヒネは怖い」「患者本人も使いたくないはず」「モルヒネを使ったら、もう治療してもらえなくなるかもしれない」「このまま患者とコミュニケーションができなくなるのならば、使用してほしくない」という感情が対立してしまう。このようなジレンマを解消するためには、正しい緩和ケアの知識を医療者が患者・患者家族に提供し、患者の状態を見ながら、適切なタイミングで緩和ケアの介入の提案や正しい医療知識の提供を続けていかなくてはならない。

この点、モルヒネを使用するに当たっても、原則に従って忠実に使用する限りは寿命を縮めるようなことは決してない。むしろ痛みがコントロールされ、不眠が改善した場合には、全身状態が改善し延命につながるケースもある。確かにモルヒネによる混乱は生じる可能性はあるが、わずか数%の割合であり、仮に混乱が生じたと視点も適切に対応をすれば大事に至ることはない。実際に、2010年に米国の Temel は、転移を伴う小細胞性肺がんの患者151人に対して、「標準ケアと緩和ケア」「標準ケアのみ」にランダムに振り分け、「標準ケ

アと緩和ケア」のかんじゃい対しては早期の段階から緩和ケアを実施したところ、早期から緩和ケアを受けた群の患者は、QOLと精神状態が改善するだけでなく、生存期間の中央値が統計学的に長くなったという成果を発表している⁶。

患者が意思表示をできなくなる臨死期には、緩和ケアの同意を家族が行うことになる。そして家族が同意をしなければ、患者の臨死期の苦痛を取るための必要なケアが実施できなくなってしまう。そして意思決定をしなくてはならない患者・患者家族は、何を判断材料にしたらいいのか困惑しながら悩み、不安を抱えながら、一つ一つの選択を行っている。医療における倫理原則とは、①自律尊重原則 (Autonomy)、②善行原則 (Beneficence)、③無危害原則 (Non-maleficence)、④公正・正義の原則 (Justice)であると言われている⁷。そして患者と家族が意思決定を行う際には、症状説明が十分に行われ、それを理解していることが必要となる。治療の選択をする際には、患者の意思が最も尊重されるべきであるが、時に患者が十分に理解をしていないままに治療が進んでいくこともある。また、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」(平成25年)によると、自分で判断ができなくなった場合に家族等に治療方針を決めてもらうことを希望する人が約8割という結果となっている。

そのため、医療者は、意思決定事態において患者・患者家族を支援するだけでなく、意思決定までのプロセスを理解し、患者・家族が後悔しないように支援し続ける必要がある。患者自身が痛みを対処すべき問題として認識していない場合であっても、終末期の患者の大半は痛みを持っていることに留意をして、患者が積極的に疼痛緩和に向き会えるように支援しなくてはならない。具体的には、痛みを早い段階で対処することが効率的な疼痛緩和につながることで、病状の進行と痛みは必ずしも比例しないこと、痛みを緩和することによりADLの改善の可能性があることを平易な言葉で伝えることにより、患者自身にも患者家族にも疼痛緩和の重要性を認識してもらうべきである。また、終末期医療においては、どの治療が最良なのか分からないという不確実性が存在する。そのような場合には、そのときに医療者の手元に存在しているエビデンスを共有し、医療者と患者・家族と一緒に治療方針を決定していくという「Shared Decision Making」-共有意思決定が、患者と医療者が合意を形成していくために有意義である。

5 急性期病院で患者の意思を尊重・家族の想いに配慮して看取りができた例について

J 医院の場合、平均在院日数が11日、病床稼働率98%、看護必要度が平均して30%を超え、人事異動もため、一人の看護師が複数の患者を担当する中で、長期にわたって一人の患

⁶ Temel, JS. Et al(2010), Early Palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. New England Journal of Medicine, 363(8), pp733-742.

⁷ 東京女子医科大学病院看護部編著 (2012)『急性期病院の終末期ケアと看取り 患者・家族の心を支える』中央法規, 42-53 ページ。

者と関わり続けることが困難な環境となっている。それでもやはり、入院患者・家族に関わる時間が最も長く、物理的にも精神的にも近い距離にいるのは看護師である。そのため、患者と家族が自らの置かれている状況、すなわち「死」が避けられない事実であることを理解でき、残された時間をどのように過ごすかを考え、実践できるよう支援することが終末期医療における看護師の役割となっている。看護師は、患者・家族の状況を察して、心理士の介入が必要だと判断をすれば率先して緩和ケアチームに報告をあげたり、情報を集約して担当医や緩和ケアチームや OT, PT, 薬剤師等チームに共有し、医療チームメンバーの専門性を発揮できるようマネジメントする必要がある。

ここに、印象的な末期患者の4件の看取りについて記す。

(1) 結婚式を病院で挙げたケース

J 医院で末期がんで余命が数週間と診断された患者は、2か月後に娘の結婚式が控えていたために、娘の結婚式への出席を望んでいた。その一方で、結婚式まで命が続かないのであれば、延命治療は避けてほしいという意思を表示していた。J 医院では担当看護師の提案により、病院での結婚式を開催し、緩和ケアによる疼痛コントロールも功をなし、患者は娘と共にバージンロードを歩くことも娘の結婚式を見るという夢もかなった。そして結婚式から数日後に、家族に見守られて、息を引き取った。

このようなケースに個別具体的に対応してしまえば、特定の患者のみを特別扱いすることになり、患者への不平等を招くのではないかと考える看護師もいる。またこのようなイベントは病院が提供すべき治療・ケアの域を超えているのではないかと考える医療者も多い。しかし、治療で患者の望む延命が不可能になっている以上、病院としては患者・家族が少しでも満足する形での看取りを行うべきであり、患者の希望が実現可能なものであるならば実現させるように務めることが、遺された家族の心のケアにもつながることを忘れてはならない。

(2) 余命1週間と宣告された30代の患者の選択

医師が入院中の患者の部屋を看護師が在室している間に訪室し、患者に「もしかしたら1週間になるかもしれない」と宣告して、患者に対して、自分がしたいことを考えて残りの時間をどう過ごすかを自由に決めたらいいという旨を伝えて病室を去った。その後患者は看護師に「もしあなただったらどうしますか」と聞いてきたために、看護師も「一週間ではお金も使いきれないし、旅行に行けるとしても限られているよね」等と二人で話したそう。話しているうちに患者は「今、自分がしたいことが分かりました。一週間職場に戻って、自分なりに後輩を育成します」という決断をして、翌日に退院し職場に行き、1週間後にまた再入院をしたそう。看護師は患者と頑張ってくることなどについて約束したわけではなかったが、患者は「看護婦さんと約束したから、頑張ってきた。本当に育成できたかは分からないけど、自分なりにできることは全部してきた」と笑顔で話したそう。その数日後に患者は息を引き取ったが、このようなケースは看護師と患者のコミュニケーションから、患者が「どのように生きるか」という答えを導き出した事案である。

(3) 死ぬ前に宝塚歌劇を観たいと願った患者

末期がんの患者が、治療を希望していた理由は、患者が鼻唄にしていた宝塚歌劇の女優のお披露目公演を見に行きたいという希望からであった。しかし、末期がんの患者一人で兵庫県まで観劇に行くことはできないことを家族も認識していたために、「治療を続けることが酷ではないか。観劇ができないことをどう伝えたらいいのか分からない」と悩んでいた。その話を聞いた看護師は担当医に掛け合い、担当医は「自分が同伴することで、観劇をさせてくれないか」と宝塚大劇場に交渉をし、観劇許可を取り付けた。しかし、患者は観劇が予定されていた数日前に急変してしまい、家族が患者に「もう少しだから頑張ってお披露目公演を観れるんだよ」と必死に声掛けをしていたが、患者はそのまま息を引き取ってしまい観劇がかなうことはなかった。看護師も担当医も「もう少し早い観劇日程が設定できていたら」と悔やんだが、患者の家族から「母は観劇が決まってから、毎日観劇を楽しみにタカラヅカの話をしてながら治療を受けていました。ありがとうございます」という言葉をかけられていた。患者の生前の願いはかなうことはなかったが、医療者の患者の希望をかなえようとする態度は家族に伝わり、家族から患者に「観劇はできない」という宣告をさせる事態は避けられた事案である。

(4) 看取りに間に合わなかった息子の気持ちを考えた対応

また、患者の高校生息子がスキー旅行に行っている間に患者が急変した事案においては、患者が心肺蘇生措置等を拒否していたために、息子が長野から東京に戻ってくるまで患者を延命させることはできなかったケースがあった。このケースでは、息子が患者の病室に入ってきたときにはきっと患者の手を握ったり顔に触れたりするだろうと看護師が考え、患者の息子の心に「自分が遊びに行っていて、父親の死に目に間に合わなかった」という心のトラウマにならないように、患者の手を温めたり、患者の顔が死後硬直しないようにマッサージを行っていた。息子が患者に最期のお別れをするときに、少しでも「さっきお父さんは無くなった」と思えるようにした配慮である。

死亡した患者にたいするケアは、医療においては無意味と思われがちである。しかし、看取った患者の顔が苦悶に満ちていたり、患者の体が死を感じさせるほどに冷え切っている場合には、家族の心の中に後悔と消えない悲しみが残りやすい。死を迎える患者の希望にそったケアを考えるだけでなく、死を受け入れられない家族の支援をすることも急性期病院における看護師の重要な役割である。

IV Quality of Death の実現に向けて

1 Quality of Death (QOD) の必要性

2013年に発表された社会保障制度改革国民会議の報告書には、「超高齢社会に見合った『地域全体で、治し・支える医療』の射程には、そのときが来たらより納得し満足できる最期を迎えることのできるように支援すること―すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳

ある死を視野にいれた『QOD (クオリティ・オブ・デス) を高める医療—も入ってこよう。『病院完結型』の医療から『地域完結型』の医療へと展開する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体勢を整備していく必要がある』と記されている⁸。QOD という概念は、2010年にシンガポールの慈善団体のリーエン・ファンデーション (Lien Foundation) により、死を迎える人に施されるケアの質を、基礎環境、普及度、費用などの資料をもとに調査した結果として報告されたのが発端である。また当該報告書では、QOL という言葉は広まったが QOD が立ち後れている状態であることを指摘し、医療政策に緩和ケアを組み込んでいる国は最先端医療システムを要する富裕層を含めてほとんどないと批判している⁹。このことは、日本も例外でなく、2013年の社会保障制度改革国民会議で提案された地域包括ケアシステムを実現させるための障害は依然として多く、「終末期には本人の意思と関係なくとりあえず病院に移送される」という構図ができあがっている。厚生労働省が2014年に初めて在宅死について地域別に統計を取った結果では、地域の在宅医療の状況などが影響して地域差が3倍に上る状態で、多くの人々が希望する「自宅での最期」がかなうかは地域ごとに異なる実態が明らかになった¹⁰。市区町村別では、医療機関の少ない過疎地などで在宅死の割合が高くなる傾向がみられ、全国で最も高かったのは伊豆諸島の東京都神津島村で54.8%、2番目は鹿児島県与論町で50%と、いずれも離島だった。高齢化社会が加速する日本の「病院偏重型」の看取りの現状を考慮すると、患者の「どのような死に方をしたいのか」という QOD (Quality of Death: 死の質) を尊重する病院内での医療体制の整備が必要となる。そのためには、先端医療を駆使して単に患者の寿命を延ばす目的でデータ化された生体现象だけを見るのではなく、患者の死生観や心の満足度に留意しながら、人間対人間として患者と向き合っていく必要がある。

2 急性期病院における QOD の課題

現在の急性期病院は、医療従事者の人数が不足している状態にあり、患者が病気に対して

⁸ 社会保障制度改革国民会議『社会保障制度改革国民会議 報告書～確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋～』

<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, (参照 2018-8-27).

⁹ Economist Intelligence Unit, Lien foundation(2010), The quality of death; Ranking: End of life care across the world, <https://graphics.eiu.com/upload/eb/qualityofdeath.pdf>, (参照 2018-8-27).

¹⁰ 日本経済新聞『「自宅で臨終」に地域差3倍 在宅医療の手厚さ反映』2016/7/6 https://www.nikkei.com/article/DGXLASDG06H7F_W6A700C1CR8000/, (参照 2018-8-27).

不安を感じていたとしても、患者のメンタル面をケアするスタッフの数も確実に足りない。また急性期病院では入院の原因となった疾病を元に診療科に振り分けられ、終末期の患者には様々な合併症状が出現するにもかかわらず、他科の医師との連携治療がなされることも少ない。実際にJ医院には緩和ケアチームが存在するものの、少人数のチームが一般病棟全ての患者を担当する状態であるので、担当医師・看護師からの協力要請に直ちに応えられない場合もある。また緩和ケアチームは併診ではなくコンサルテーションの形で治療に関与するため、治療方針の提案はできても治療の決定・変更をすることはできず、緩和ケアチームが提案した方針を担当医師が承諾をしなければ治療として実現することがない。

このような急性期病院の態勢の中で、終末期患者のQODを確保するためには、数値化された客観的なQOLの指標ではなく、患者・家族の主観に基づく指標を重視することが重要となる。そのためには、患者・家族が十分な情報を理解した上で、価値観を形成していく援助することが必要となる。価値観の形成とそれに伴う意思決定には、自己責任が伴うものである。患者・患者家族側には、自らの価値意識に沿った選択の自由があり、いわゆる自己決定権が存在するが、その帰結には自ら責任を全て負うことになる。しかし、どんな患者も意思決定までの過程に、気持ちが揺れ動いたり、不安になるものである。また患者が自分の症状を理解しきれていないがゆえに、医師に判断を委ねようとしてしまう場合もある。

そのため、医療者は書面によるインフォームドコンセントや、手続き上のDNRの確認、オピオイドの使用や鎮静の同意の取得等の手続的正義を尊重するだけでなく、患者とその家族の揺れ動く感情を受け入れる姿勢を重要視すべきである。患者・家族が困惑している場合には、治療や病院環境のメリットだけでなくデメリットも説明し、他の選択肢についても提案及び説明をしていくことによって、患者・家族の選択の機会の平等を保障するように努めるべきである。症状説明の場面では、普段患者に接している看護師が同席することにより患者の緊張や不安を緩和したり、看護師が話しやすくなるきっかけを作ることにより患者の意思決定の支援を行うことも有益であると考えられる。

ターミナル後期及び臨死期の患者の場合は、日に日に全身状態が変化するため、治療マニュアルも決まった形のケアも存在しない。そのため、「こう関わるべき」「こうあるべき看取り」「こう死を受容すべき」という医療者側の「べき論」は、時に医療者の傲慢や過度のパターナリズムを引き起こす危険があることにも留意しなければならない。そして患者・患者家族が抱える苦痛・苦しみについては、身体的・心理的・社会的・来的など様々な次元における全人間観的苦痛であると多元的に捉え、これに対して総合的・チーム的全人的ケアを行うことが必要となる。急性期病院における緩和ケアも、救命しえない疾患を持つ患者に対する、全人的で積極的なケアとならなければならない¹¹。

¹¹ 新田國夫 (2007) 『家で死ぬための医療とケア 在宅見取り学の実践』医師薬出版株式会社, 59 ページ。

3 QODを向上させるために、市民も取り組むべき課題

終末期の患者のQODを考えずして、QOLを高めることは出来ない。患者とその家族が自分の死を受け入れ、死までの時間をどのように過ごしたいかを決定していくためには、医学的アプローチに留まらず、いかに病気と向き合い、死や生を考えるかという哲学的アプローチが重要となる。しかし、臨床現場では、医療者は患者の病状や治療の説明をすることに手いっぱい、患者やその家族の精神的苦痛までを軽減させることができないのが現状である。そのため、がん哲学外来、メディカル・カフェのようながん患者・家族・遺族・難病に悩む人々が気軽に集まり、病に関わる経験を共有したり、不安を第三者に吐き出すことにより解消する場所が必要とされている¹²⁾。J医院では、土曜日に緩和ケアスタッフが「がん茶論」というカフェを開催していた。現在は全国で140か所以上のメディカル・カフェがボランティアの形で運営されている。

2017年3月14日に兵庫県西宮市で開催されたメディカル・カフェ Le Moiには7人のがん患者・家族・遺族があつまった。その際に「緩和ケア」について、「自分が末期がんになったときに希望したいか」を確認したところ、3名の方から「緩和ケアって麻薬を使うんでしょ」「最期まで治療して欲しいから緩和ケアをして欲しくない」等の否定的な回答が出た。その一方で、膵臓がん患者からは「日本のホスピスは施設数も限られていて、必要になった時に入ることができるのか不安があると」という意見もでた。また、ステージ4の悪性リンパ腫を経験した人からは、「緩和ケアにはグリーフケアやメンタルサポートも含まれることを今ならわかっているものの、自分がいきなり末期がんだと診察されて、翌日に入院したときにはそんなことも知らず、同室の患者同士で励まし合っていた」という声もあった。

市民にとっては「緩和ケア」が身近なものではないために、漠然と「怖い」「治療をしてもらえなくなる」という懸念があるようである。しかし、臨死期の苦しみを取り除いてほしいという気持ちや、自分が望む療養場所で看取られたいという気持ちは誰もが有しており、その意思を病院やケアワーカーに表明しない限りは希望が実現する可能性は極めて低い。市民の「自分がどのように生きて、どのような療養場所を選択するのか」という自己決定を促進させるためには、市民への情報発信や普段から自分の「生き方」及び「死に方」について考える機会の提供が大事になるのではないかと考えられる。

例えば、日本では「メンタルケア」という言葉は浸透していても、「スピリチュアルケア」という言葉になると、宗教が絡んでいそうで信用できない、うさんくさい、というネガティブなイメージを持たれることが多い。この点に関しては、人は死を避けられることができず、誰でも霊的な痛みを感じることもあり、そのケアを求めてもいいということを周知させる必要があるだろう。またメディカル・カフェ Le Moiの参加者からは、「小学校の頃から、がん教育をした方がいいのではないか」「自分の療養場所の選択をするためにも、ホスピス

¹²⁾ 一般社団法人 がん哲学外来 <http://www.gantetsugaku.org/> (参照 2018-12-2)

樋野興夫 (2016)『がん哲学外来へようこそ』新潮社。

がどんな場所なのかを知る機会が欲しい」という声も出ている。

日本では2015年の介護保険法の改正により、在宅医療を支える仕組みが制度化し、在宅で看取りが整え始められているとはいえ、往診してくれる医師を見つけることや、家族が看取りの覚悟をすること、在宅療養が可能な環境の整備など、平穏死・在宅死を実現するにはたくさんのハードルが残っている¹³。現在の日本の病院偏重の傾向や緩和ケアの内容、療養場所の選択について、事前に知識があるだけでも、「いざ自分が末期になった時」「いざ家族の看取りを考えなくてはならないとき」に、どうしたらいいか分からないままに、ケアマネジャーや病院に任せっきりになってしまう事態を避けることができる可能性は高くなる。自分の死は誰かのために訪れるものではない。自分の死を後悔のないものにするためには、何を優先したいのか、何を絶対に避けたいのか、ということを考え死を不吉な話題として避けるのではなく、自分の死に積極的に取り組む姿勢が肝要となる。

IV 結論

J 医院の看護師が、目の前の患者の苦痛・苦しみに対して「身の置き所のない」というアセスメントをした際は、担当医・担当看護師だけで患者の苦痛を完全に取除くことが難しい局面になっていると考えられる。そのうえ、危機的状況下の患者は意思決定が困難な状態であり、患者の急変を目の当たりにした家族にも動揺や混乱が生じ、治療や処置についての代理意思決定を求められても困難を極めることが多い。また混乱の中で、家族が患者の意思を正確に代弁できなかつたり、患者の利益を最優先にした選択をできないことも想定される。臨死期の患者に対して、医療者は「患者の苦痛を除去すること」と「患者を死に至らしめないこと」の2つの責務が課されることになるが、鎮静の様な死を迎えさせることに繋がりにかねない治療においては、2つの責務が相反する状態となり、ジレンマが出現する。患者は意思表示ができない、そして患者の家族は患者の医師を正確に代弁しているかどうか分からない等の、患者・家族の背景に対しての知識不足のなかでは、医療者は自己が行っている治療に対して迷いが生じることとなる。患者が正常な判断応力を有している状態の時に、どこまでの治療を望み、代理人を誰にしたいのかを定めておくということも考えられるが、患者の気が刻々と変化する可能性を考えると、このような手段による解決にも限界が生じる。

このような段階で重要な視点は、一つの倫理的価値観を満たそうとすると、もう一方の価値観は満たされなくなることを認識した視点である、例えば、患者・家族に「どのような最期を望むのか」ということを考えさせる行為は、患者の自律を尊重し自己決定を促すことになって、患者と家族に死を意識させるつらい経験となり、無機外の原則には反する可能性

¹³ 長尾和宏(2012)『『平穏死』10の条件 胃ろう、抗がん剤、延命治療いつやめますか?』ブックマン社。

がある。そのため、医療者は、対立する価値やその背景にある事情・重要性、患者に関係する人の価値の対立の背景を理解するように努め、患者に関わる医療者チームとして「患者にとって最善は何か」という視点を持ちながら、患者・家族の立場になって治療とケアプランについて検討することが必要である。死を宣告された人の心理状態は、「否認」「怒り」「取引」「抑うつ」「受容」という5段階のプロセスをたどり、「否認」から「抑うつ」までの間には、「なぜ自分が」という怒りや、避けられない死への抵抗、恐怖や不安などが言動となって表れる。患者だけでなく患者の家族のような周囲の人間にとっても苦しい時期であり、患者の中にも死を受け入れるまでのプロセスがあることを理解した上で、医療者は患者の心の整理を手助けし、支えなくてはならない。

高度先端治療が全国的に普及している現代日本においては、どんな病気でも病状が悪化するとベルトコンベヤー式に急性期病院に運ばれ、様々な延命治療を受けながら病院で死亡するケースが多い。確かに、治療の見込みがある場合には、苦痛を伴ってでも治療を優先する意味は大きく、病院療養が適当かもしれない。しかし、死期が近い状態の患者の場合は、1分1秒でも医療技術を駆使して延命するよりも、緩和ケア中心の治療に切り替えるほうが、残された人生の質が高くなるケースがほとんどである。人口が縮小傾向となり、同居している家族が看病をすることが当然でなくなった日本においては、どこで療養し、どのような治療を受けるかによって、患者のQOL及びQODは大きく左右されてしまう。そのため、患者一人一人が最後の療養場所について悔いのない意思決定を行うためにも、終末期後期・臨死期に入る前の段階から、死をタブー視することなく、家族と医療者と何度も話し合い、どのような最期を望んでいるのかを周囲の人に知ってもらうことが重要になる。

「患者・患者家族の立場になって考えること」は、患者・家族中心の医療であることを意味するが、医療者が患者・家族に媚びる形態の医療となつてはいけぬ。家族が患者の意思や利益を必ず代弁できるとは限らず、時には混乱して患者の延命願望が先行したり、医療費の負担を重視することにより治療の差し控えを願ってしまうこともあるため、家族の意思尊重する医療に甘んじてはいけぬ。

終末期の患者の望みは様々であり、治療・ケアのマニュアルも正解も存在しない。患者が避けることができない「死」を苦痛の少ないものにするためには、患者の看取りまでの限られた時間内にも他職種が協働し、患者中心の視点を共有するように努めなくてはならない。つまりは、医師を頂点として、看護師、薬剤師、栄養士、緩和ケアスタッフが組織され、患者に対するアセスメントが専門職の数だけ存在する様なチーム医療ではなく、終末期ケアの到達点を共有する形での患者・家族も主体となって参加する形で、医療者が患者の背景や価値観を「患者の人生の物語」に沿って理解したうえで、患者に寄り添うケアを実現するチーム医療が必要とされているのである。

真の患者・患者家族本位の医療を実現するためには、医療者が専門職としてのプライドを捨て、患者・家族を主体的に巻き込む形での医療を展開する必要がある。現在の在宅医療が普及しない現代社会においては、急性期病院が地域の連携病院・診療所・訪問介護ステーション

ョン等を巻き込むことにより、少しでも患者が望む看取りを支援する多職種連携の医療体制を構築する役割を担うことが、縮小社会に生きる人の QOL 及び QOD を向上につながると考える。

(2018年9月1日受理、2018年12月12日採択)