

2013 年度前期 一般公募
勇美記念財団 「在宅医療への助成」報告書

テーマ：

地域における死亡診断時の医師の立ち居振
る舞いについてのマニュアル作成

申請者：日下部明彦
(みらい在宅クリニック)

提出年月日：2014年9月30日

目次

背景	1
目的	1
方法	1
結果	2
① 地域の医師・看護師インタビュー	
② 死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについての遺族調査	
③ ガイドブック作成	
考察	13
おわりに	14
感想	14
成果物	15
謝辞	15
参考文献	15

背景

死亡診断の場面での医師の立ち居振る舞いは、その後の遺族の悲嘆に大きく影響を及ぼすと考えられる。死亡診断の場面は、医師によるグリーフケアを施すチャンスでもあるが、医学基礎教育のなかには、死後の内容はほとんど含まれておらず、グリーフケアを意識して死亡診断を行う医師は少ないことが予想される。

主治医が死亡診断に立ち会えば、遺族への声かけは自然と行われるが、現実には、病院においても在宅においても当直医や当番医が死亡診断に立ち会うケースも多くあり、遺族への声かけは十分には行われていないことが予想される。患者や家族が望む医師や看護師の対応、コミュニケーションについては、専門家の意見や経験的記述がほとんどである。継続的に診療に当たる医師が、その患者の臨終に立ち会うことは家族の悲嘆にとって好ましい影響を与えると経験的に考えられているが、実際の看取りの場面での医師の具体的な振る舞いを評価した研究はない。

目的

2025 年以降の多死時代に向けて在宅看取りを推進する国策ではあるが、時間的な問題、地域のリソースの問題等で多職種が十分介入できずに医師のみ看取りを行わなければならないケースも出てくることが予測される。今後は、尊厳ある人間の最期に関わるものの責務として、医師にもグリーフケアへの意識が必要と考える。在宅での看取りに関わる医師、看護師へのインタビューと遺族アンケートを行い、死亡診断時にふさわしい医師の立ち居振る舞いを解明する。その調査を基に主治医であるなしに関わらずグリーフケアを意識した死亡診断ができるようなマニュアルを作成する。

方法

- I. 当地域において看取りの経験のある在宅医と訪問看護師に死亡診断の場面での医師のふさわしい立ち居振る舞いについて、インタビューを行う。
- II. 医師・訪問看護師へのインタビューを基に、当クリニック医師が自宅で死亡確認をした遺族を対象とした医師の死亡確認の場面での立ち居振る舞いに関するアンケート調査を行う。
- III. 地域で在宅看取りをする医師、看護師のインタビューと遺族アンケートを基にした死亡診断の場面での医師の立ち居振る舞いについてのマニュアルを作成する。

結果

I. 地域の医師・看護師インタビュー

1. 医師インタビュー

2013年6月～2014年2月にかけて計8人に実施。インタビューアーは医師。

医師経験年数 12～38年、在宅医療経験年数 2～19年。

在宅看取り件数は年ごとのばらつきが多く集計は不能であるが、いずれの医師も10件以上の在宅看取りを経験している。

① 試みに対する評価

・死亡確認の際の教育には確かに枠組みはなく、先輩のやり方を見て真似する程度のこと。試みとしては非常によい。

・経験年数によって捉え方が違うだろうが、若手医師ならば素直に聞けるだろう。

・看取りの場面では現場はシーンとしており、医師の一挙手一投足に注目が集まっている。決まった動作があると心に留めておくことは医師にとっては安心できることだろう。

② マニュアルに組み入れるといい内容

・あくまでも各医師が死亡診断時の振る舞いを見直すきっかけになればよいという目的であることをもっと明らかにすべき。

・主治医と主治医以外が看取った場合では『かけるべき言葉』に違いがあると思う。

・主治医以外の看取りのときは敢えて言葉かけはあっさりしたものにして、後日主治医が電話なり訪問なりでフォローするのがいいのではないか。

・主治医以外の看取りなら『主治医からよく病状を聞いている』ことを伝えるのが重要だと思う。

・『マニュアル』という言葉はよくない。『心得』とか『手引き』とかの方がよいのではないか。看取りは融通性があったほうがよい。

③ 自らの診察に与える影響

・今後の往診に役立てたいと思った点や、胸が痛いような指摘もあり大変勉強になった。

・病院での死亡確認は終わったらあとはすべて看護師まかせなので、在宅では医師がすべき話は多いと改めて思った。

④ 批判的な意見

・看取りの場面は多様性があり、マニュアルはあまり有効と思えない。

・実際に在宅医療を実践している医師には特に新しい内容はないように思う。

2. 訪問看護師インタビュー

2013年6月～2014年2月にかけて計10人に施行 インタビューアーは医師または看護師

看護師経験年数 14～19年 年間の看取りに立ち会った数： 年次によってばらつきがあるが、少なくとも毎年一人以上の自宅看取りを経験している。

- ① 死亡診断に立ち会った際の医師の振る舞いを見て
- ・医師は生前と同じように丁寧に診察して臨終を伝えていた。
 - ・生前に家族とよい関係を保てていない医師の場合、事務的に死亡宣告をして退室しているように感じる。
 - ・死亡確認の際の診察方法は各医師に違いは無いように思える。
- ② 死亡診断の場面で、困ったことや難しかった、という経験があるか？またそれはどういう場面か？
- ・医療者は予想していたが、家族にその準備ができていなかった場合。
 - ・なかなか医師が訪問されず、待つ時間が長かった。
 - ・医師が死亡診断書をもたないで訪問し、役所に取りに行ったケースがあった。
 - ・経過を知らない医師が家族に病名や病気のことをいろいろ聞いてしまっていた。
- ③ 望ましい死亡診断の方法
- ・死亡を診断するだけでなく、その人の人生に敬意を払う。
 - ・家族やスタッフにも気配りができること。
 - ・家族がこれでよかったのだと思えるように配慮すること。
 - ・死亡宣告ではなく、医師しかできない『診断』であることを大事にしてほしい。
 - ・担当の医師でない場合は、担当の医師から状況は聞いていたなどの言葉を添えてほしい。
 - ・担当ではない医師の診断は淡々と事務的でよい（その後に主治医や訪問看護がフォローアップをした方がよい）。
 - ・一般的な接遇、マナーは学んでほしい。
- ④ 死亡診断時のマニュアル化について
- ・死亡診断は多様性が高く、マニュアル化は難しいと感じた。
 - ・最低限の質の保証はとてもいいことだと思う。
 - ・基本的な部分だけでも統一されていれば、訪問看護師も対応しやすくなる

II. 死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについての遺族調査

対象患者：みらい在宅クリニックにて、2011年11月1日～2013年11月1日の期間で

ご家族を亡くされた方 226名

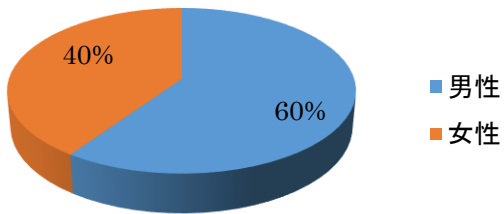
分析対象 99名/有効発送 195名 回答率 50.7%

1. 背景 (n=99)

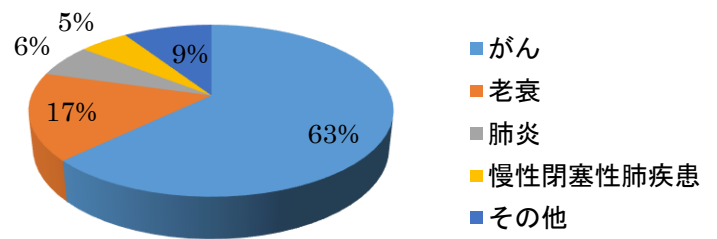
患者

年齢 平均 81.9 (±9.67) 才

患者性別

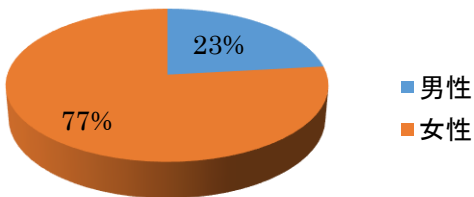


疾患

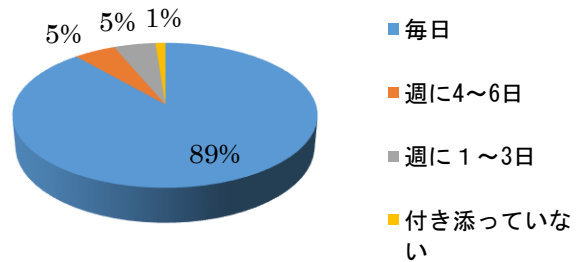


介護者

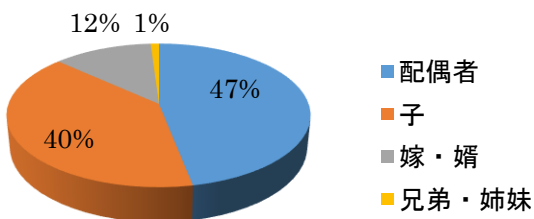
介護者の性別



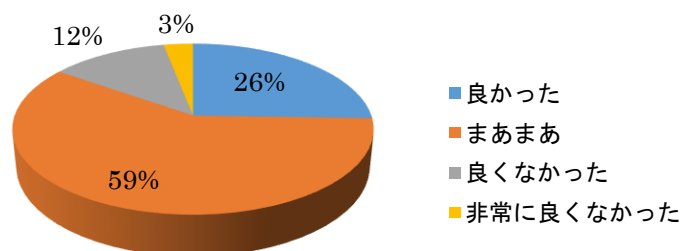
付添期間



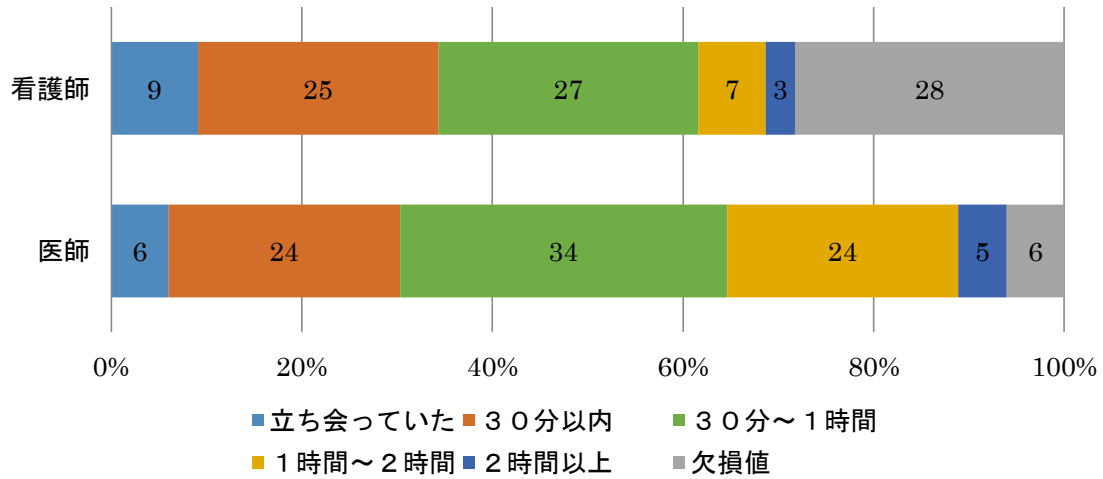
患者と介護者の関係



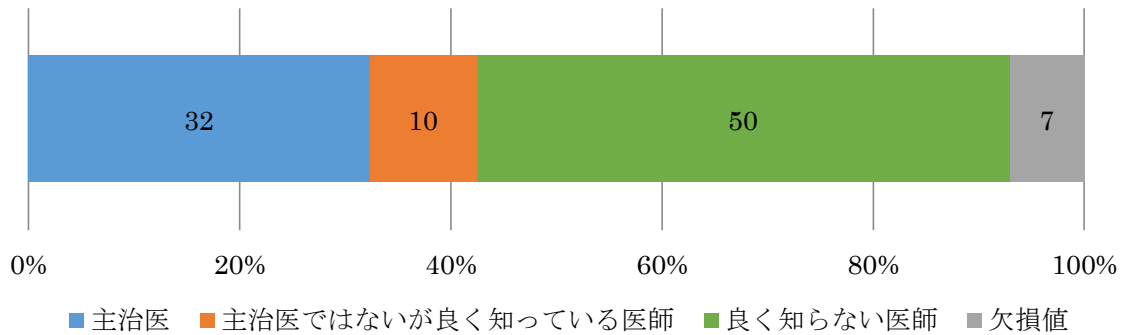
介護者の健康状態



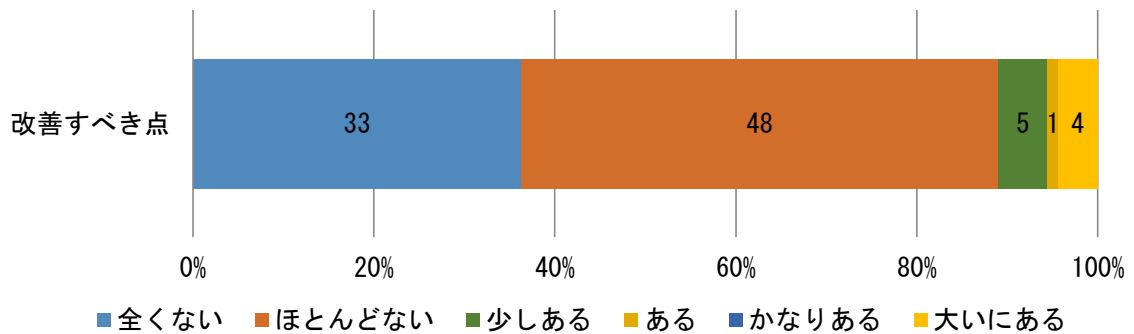
呼吸停止から医療者が到着するまでの時間



死亡確認を行った医師

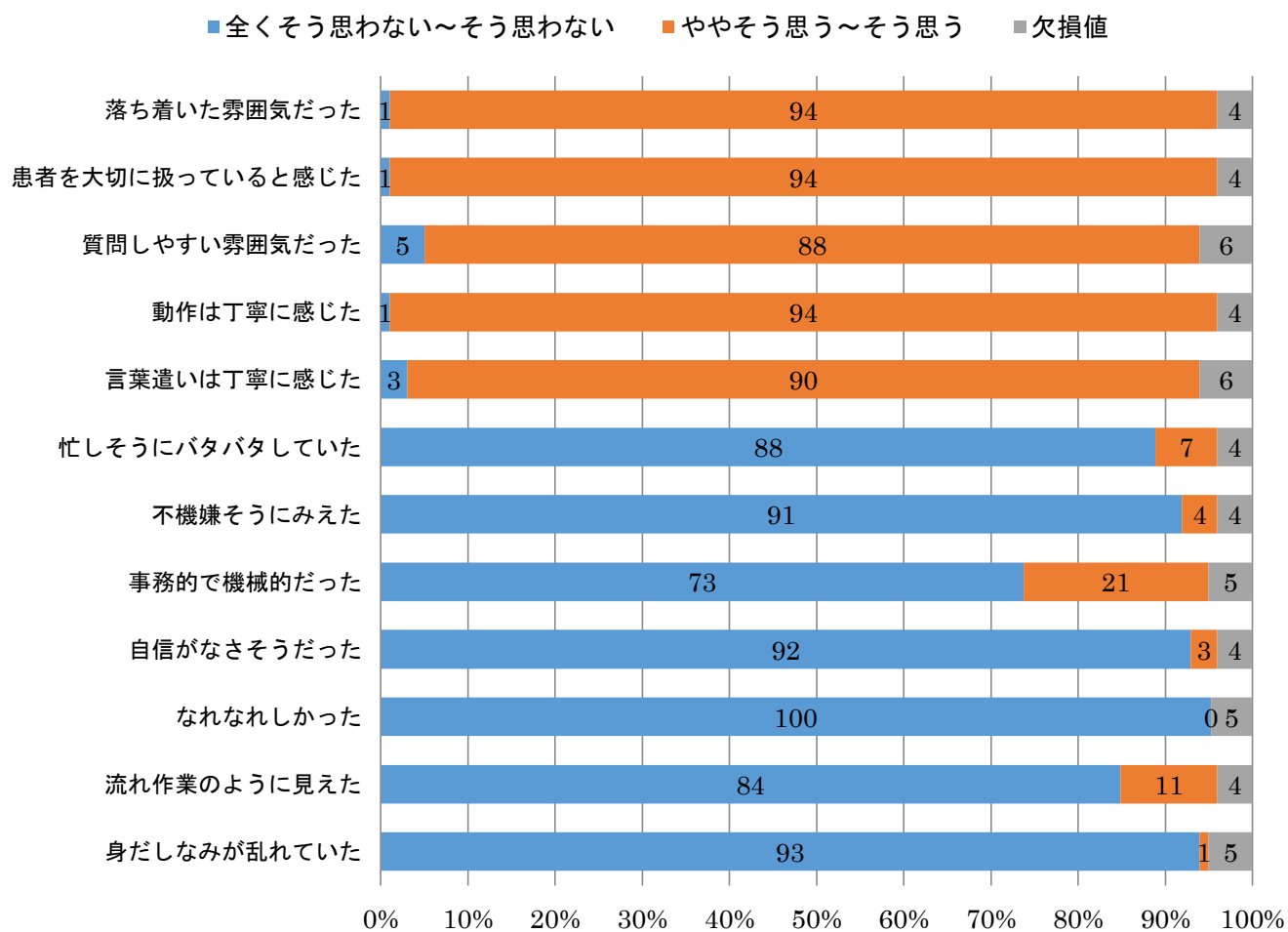


2. 死亡診断時の医師の立ち居振る舞いに対する評価



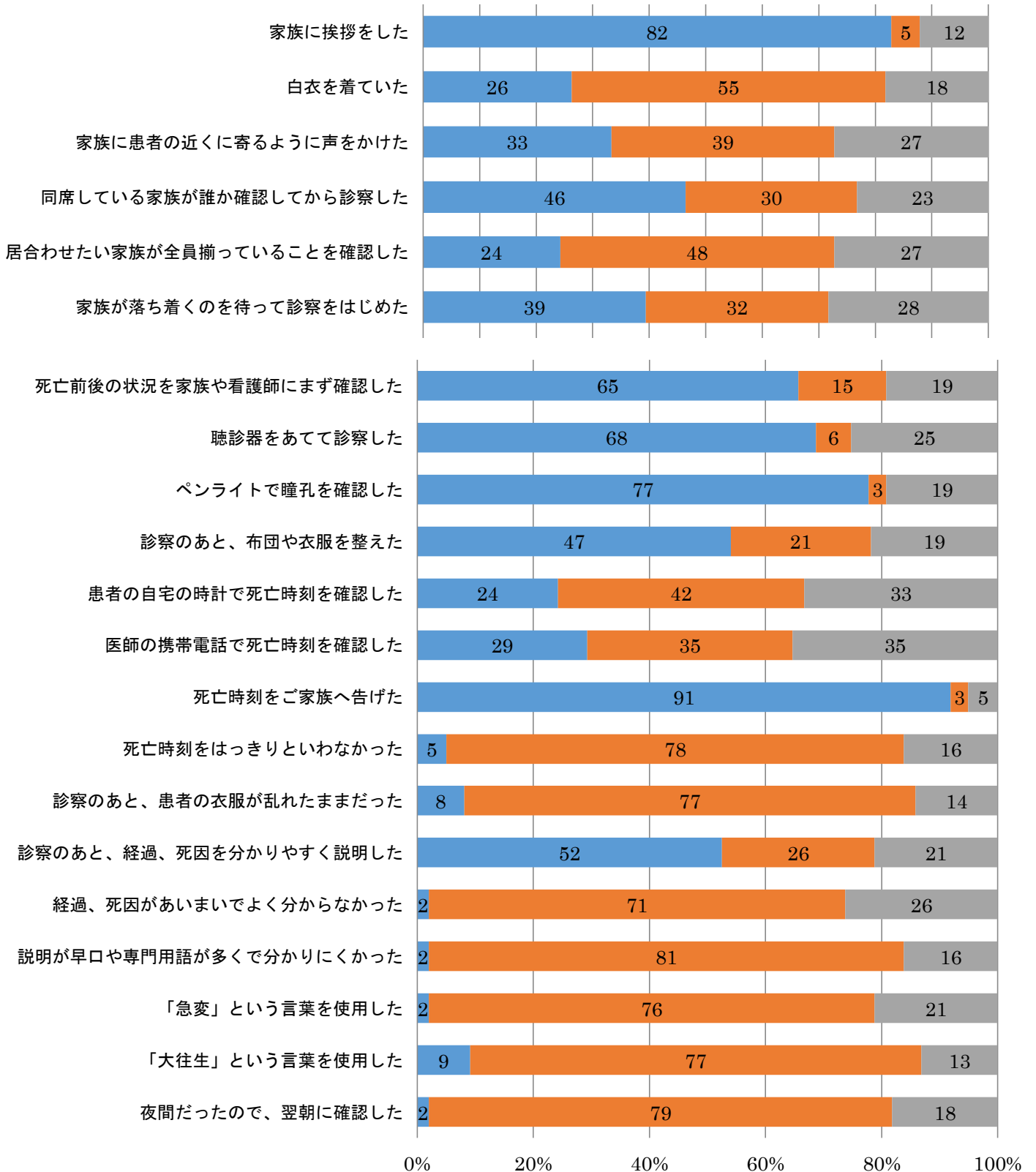
3. 医師の態度、死亡確認の仕方に対する評価

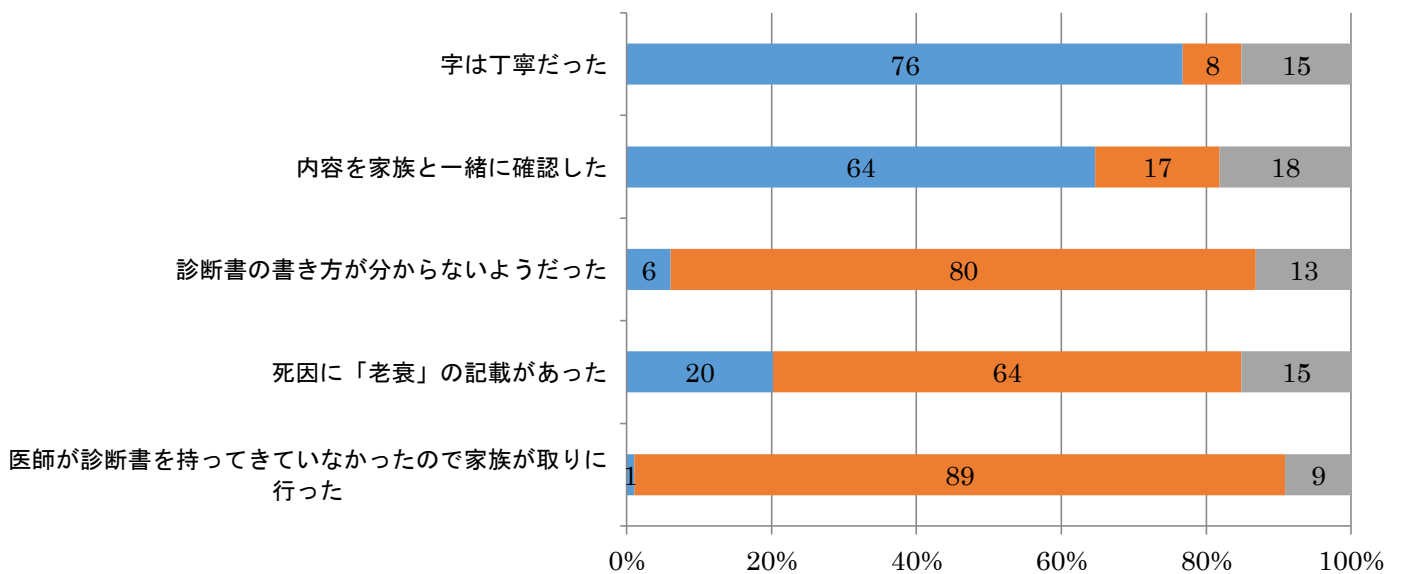
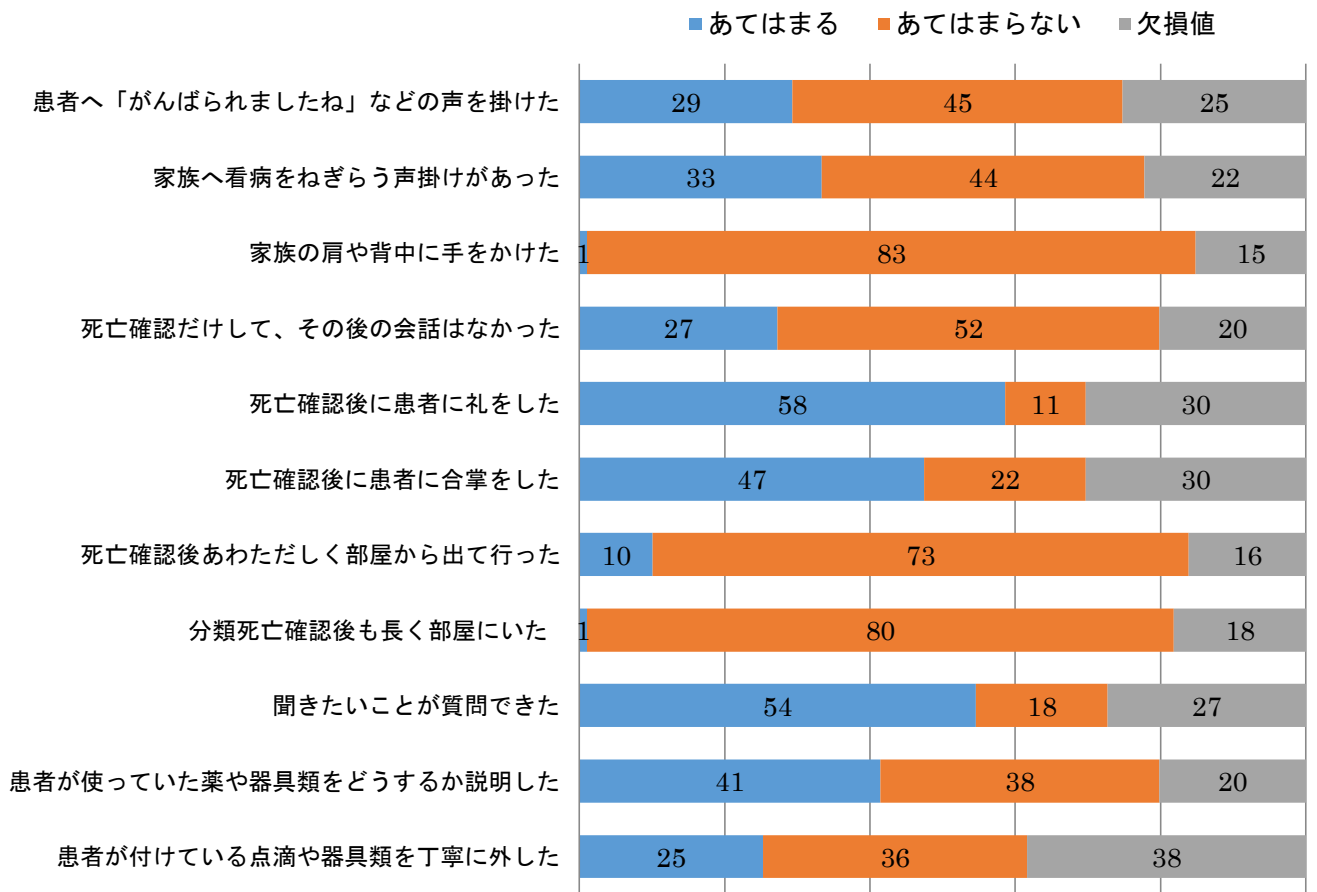
医師の態度、死亡確認の仕方



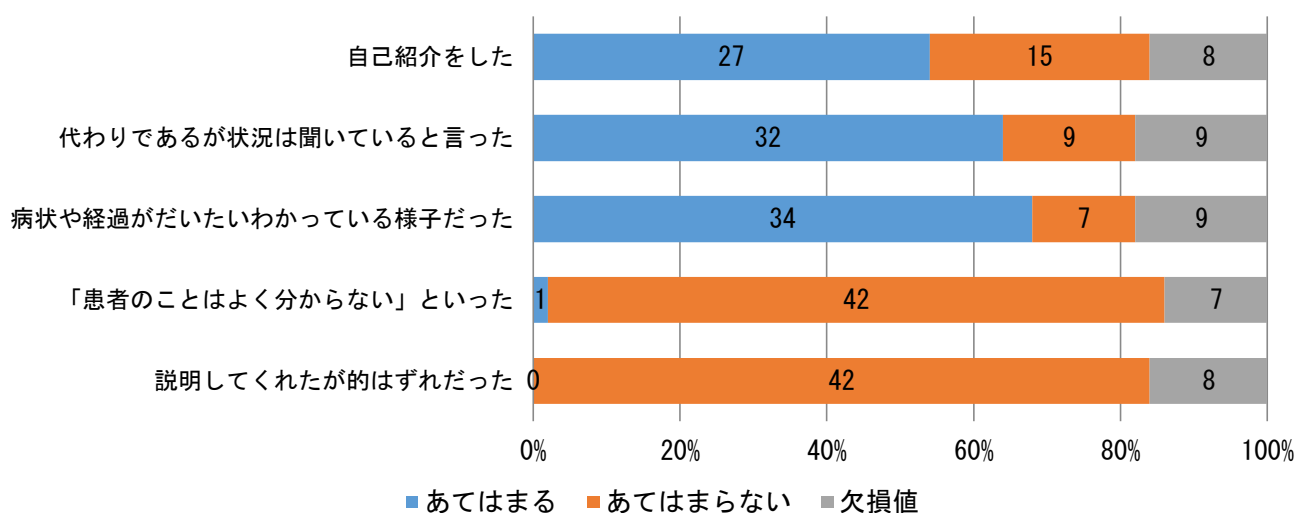
死亡確認前の医師の態度

■ あてはまる ■ あてはまらない ■ 欠損値

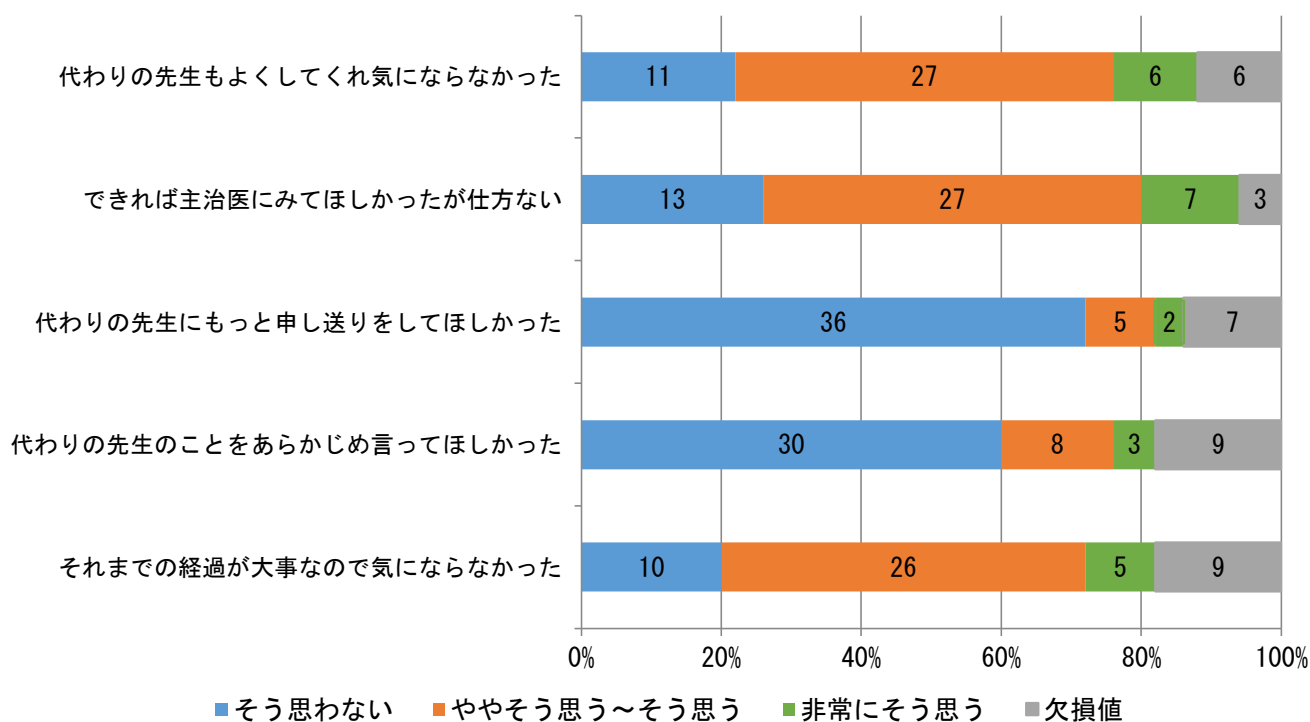




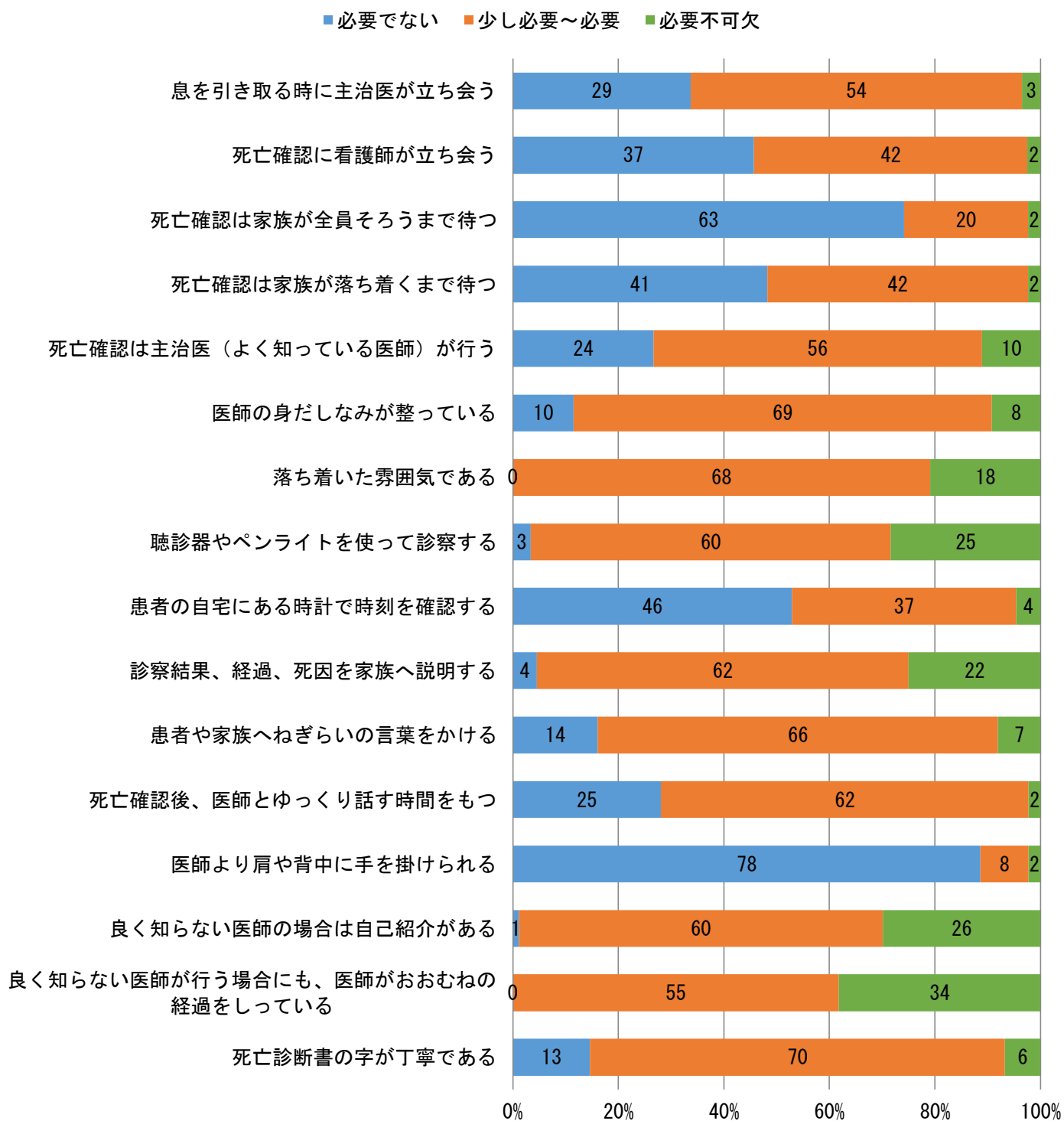
4. よく知らない医師が死亡確認をした場合の対応医師の 態度、死亡確認の仕方に対する評価 (n=50)



よく知らない医師が死亡確認をしたことについて



5. 家族が死亡確認時に必要と考えたこと



6. アンケートの自由記載

1. 家族の満足度を向上させた臨終前後の医師の立ち居振る舞い(フリーコメントより)

カテゴリー	サブカテゴリー	コメント内容
看取り時における患者・家族に対する医師の真摯な姿勢	医師の態度・行動が非常に丁寧であったこと	とても丁寧にみて下さいました。「心臓はまだ動いてますよ」と脈を計って下さいました。担当医でなくても充分安心できる先生でした。 ^{B)}
		深夜にも係わらず丁寧な態度行動に感謝いたしました。
		主治医不在時に死亡しましたが数日後主治医がわざわざ訪問下さいましたことは深く感謝しております。 ^{B)}
	医師から思いやりのある声をかけられたこと	先生からねぎらいの言葉をいただきました。「良く頑張りましたね。立派でしたよ。」と。忘れません。
		やさしく、ていねいな言葉はおぼえてます。在宅クリニックを利用した事は良かったと思います。
		死直前に先生が家族にかけてくださったお言葉に私は救われました。
		「すぐ行きますから落ちついて下さい」と言われて少し心がおちつきました。

家族の看取りに対する心構えを確立させる援助	生前に、傾聴の姿勢で医師が家族に接していたこと	最後の看取りをどのようにするのかなど、 親切、丁寧に相談を聞いてくれてとても助かりました。 ^{A)}
	生前に、医師より看取りまでの経過、対処法について十分な説明を受けていたこと	先生が よく話を聞いてくれて、いつも私を肯定してくれていた事 がとても力になりました。そのことが死亡時の医師への信頼にもつながっていると思います。
		生前にきちんと説明を受けていたので、確認していただいた時には落ち着いて聞く事が出来ました。
		何もかも生前に色々とお話を伺っておりましたので夜中でしたが安心してお願いする事が出来ました。 ^{B)}
		死亡する日までに起きうる事、対応方法等ははっきり説明して頂いた事が覚悟につながりよかったです。 ^{B)}

A): コメント内容より、主治医による死亡確認が特定されたケースを示す。

B): コメント内容より、主治医以外の医師による死亡確認が特定されたケースを示す。

2. 家族が改善の必要を感じた臨終前後の医師の立居振る舞い(フリーコメントより)

カテゴリー	サブカテゴリー	コメント内容
診療体制に関連した問題	Dr.call 後、医師到着までに時間がかかり過ぎたこと	患者の容態に対して先生方の連絡が密であれば もう少し迅速に行動がとれるのではない でしょうか。
		息をひきとった後1時間位経過して 医師がおみえになりましたので、その間不安でした。もう少し早く来ていただきたかった。
		Dr.call 後、 医師到着までに約 2 時間かかり 、もっと早急に対応可能なネットワークを確立してほしい。 ^{B)}
	死亡確認を行った医師が主治医ではなかったこと	訪問の先生が忙しくても変わってもらいたくない。 最後まで同じ先生に看てもらいたい。 ^{B)}

		死亡確認はやはり主治医の方にみて頂きたかった。その理由は最期まで見届けていただき、また自分の気持ち、患者の気持ちをわかちあった同志として自分の中で区切りをつけたいからだと思いません。 ^{B)}
	医師間の情報伝達が不十分だったこと	患者のことをあまり把握していない様子だったことが残念でした。 ^{B)}
医師の事務的態度・行動	医師の態度が事務的だったこと	事務的な扱いを感じました。
		誠意が少しもないと思います。 ^{B)}
	医師からの思いやりのある声かけが不足していたこと	患者への思いやりと云うか、何か一言ねぎらいと云うか、一言添えて下さればと思いました。
家族に思いやるのある言葉がほしいです。 ^{B)}		
		出来れば家族に一言ホットコールをいただけたら癒されるのではないのでしょうか。ほんと一言で良いのです。

B): コメント内容より、主治医以外の医師による死亡確認が特定されたケースを示す。

Ⅲ. 地域で自宅看取りをする医師、看護師のインタビュー（Ⅰ）と遺族アンケート（Ⅱ）を基にした『死亡診断時の医師の立ち居振る舞いに対するガイドブック』（以下ガイドブック）を作成した。また、内容をコンパクトにしたA4三つ折りのパンフレット版を配布する。

考察

私たちは、『死亡診断時の医師の立ち居振る舞いに対するガイドブック』を作成した。（研究開始の段階ではマニュアルと呼んでいたが、様々な意見を反映させ、最終的に『ガイドブック』と呼ぶこととした）

遺族アンケートより、家族が死亡診断の際に必要なと考えていることが、明らかとなった。身だしなみや挨拶など、当然と思われる事柄も多いが、落ち着いた雰囲気を出すことや事務的にならぬよう配慮することは、意識して行うべき態度であることが明確となった。

主治医以外の医師による死亡診断だった場合でも、多くの家族は診察の結果、経過、死因の説明は必須と考えている。死亡診断のみの往診（病棟では診察）であっても、経過を十分理解したうえで臨む必要がある。

私たちのグループでは、このガイドブック作成のアイディアは医師のグリーフケアへの意識づけに有効であると考えたが、見知らぬ医師たちに実際に手に取ってもらうのは難しいと感じていた。

そこで、今回、私たち多職種研究グループで固めたコンセプトは『地域で作る』『地元発』ということであった。そのため、インタビューの対象は実際に連携をしている同地域の医師、看護師とした。インタビューを行うことは、マニュアル作成に協力をして頂いていることであり、また今後出来上がるマニュアルの周知となる。行ってみると、いずれの医師、看護師もインタビューに対し非常に協力的であった。この試みに対しては概ね好評価であり、様々なアイディア・課題を出して頂けた。このプロセスを経て出来上がったマニュアルはまず同地域で受け入れられ易いと思われた。地域から徐々に全国へ浸透していくことを期待する。

またこのプロセス自体が地域連携の強化に繋がることを実感した。患者紹介ではない、共に何かを作り上げる形の連携（サークル活動型地域医療連携）には大きな可能性が広がっていると確信した。

おわりに

在宅で看取った患者家族へよいグリーフケアが実践できれば、次世代も在宅医療を優先に考えるかもしれない。また多職種とともにいい看取りが実現できれば、多職種のバーンアウトによる離職が防げる可能性がある。

自宅で人の最期に立ち会う医師は遺族の悲嘆、在宅医療の未来、関わった多職種のバーンアウトに好影響を与えられる可能性がある。

このガイドブックが、多くの医師に読まれ、理想の死亡診断時の立ち居振る舞いとはどういうものか？ということを考えるきっかけとなることを期待する。

感想

お忙しいなかでインタビューをさせて頂いた地域の医師、看護師の皆様の優しさと熱さが大変感動的でありました。地域で何かを作り上げる経験は、今後の地域医療に大きな発展性を感じました。

成果物

- ・地域における死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのマニュアル(完全版&パンフレット版)

謝辞

最期に調査研究事業にご理解・ご協力を頂きました地域の医師、看護師の皆様、横浜市南区医師会様、ご遺族の皆様、また研究全般に対して細やかにご指導を頂きました聖隷三方原病院緩和支援診療科森田達也先生、臨床検査科白土明美先生に心より御礼申し上げます。

また今回の研究に対し、財団法人在宅医療助成勇美記念財団から助成を頂いたことに深謝いたします。

IV 参考文献

- 1) 平成 26 年度版死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル/厚生労働省
http://www.mhlw.go.jp/toukei/manual/dl/manual_h26.pdf
- 2) 柏木哲夫、林章敏、池永昌之『死をみとる 1 週間』医学書院 2002
- 3) 池永昌之『ホスピス医に聞く 一般病棟だからこそ始める緩和ケア』メディカ出版 2004
- 4) 柏木哲夫 『死にゆく患者の心に聴く』中山書店 1996
- 5) 新城拓也、森田達也、平井啓他『主治医による死亡確認や臨終の立ち会いが、家族の心理に及ぼす影響についての調査研究』Palliat Care Res 2010 ;5(2):161-169
- 6) Fujimori M,Parker PA,Akechi T,et al:Japanese cancer patients' communication style preferences when receiving bad news.Psychooncology.2007;16:617-625
- 7) 古屋肇子, 谷冬彦:看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討, 日本看護科学会誌 2008; 28(2): 55-61
- 8) 日下部明彦、佐藤晶子、稲森正彦他『死亡診断時の医師の立ち居振る舞いについてのマニュアル作成の意義』癌と化学療法 2013;40 Supp II :199-201

研究メンバー（えんじえる班）

みらい在宅クリニック	日下部明彦（研究代表者）
南区医師会訪問看護ステーション	平野和恵
マザーライク訪問看護ステーション	池永恵子

ゆう薬局 齊藤直裕
鹿児島大学保健学科臨床看護学講座 権柑富貴子

研究協力者
聖隷三方原病院 緩和支援治療科 森田達也医師
聖隷三方原病院 臨床検査科 白土明美医師