

地域医療と看取りの在り方

——人生の最終段階における医療・ケアと救急要請について——

○広島国際大学 諫山憲司
訪問看護ステーションおおさき 沖原 静
広島商船高等専門学校 柴山 慧
一般社団法人 ORINAS 小櫃俊介

1 目的

日本は、超高齢社会を迎え、多死社会へと向かう中、穏やかな最期を望み、在宅療養を希望する高齢者が増えている。終末期の理想像が「医学的（治療）な考え方」から「体や心の機能低下と折り合いをつけながら、穏やかに暮らす考え方」へ変化している。終末期の在宅療養において、体調急変時、慌てて、家族や近隣住民が、119番通報（救急要請）を行い、望んでいない延命治療を受ける場合が少なくない。本報告の目的は、地域医療における看取りの在り方について、検討することである。

2 方法

人生の最終段階における医療・ケアと救急要請について文献調査を行った。さらに、2016年9月と2017年7月に実施した高齢化率47%超である瀬戸内海の離島（広島県豊田郡大崎上島町、以下本島）内の訪問看護先宅と訪問看護師・救急隊員への地域医療や在宅医療についての聞き取り調査を踏まえ、QOD（Quality of Death, 死の質）を含めた地域医療と看取りの在り方について、検討した。

3 結果

プライマリ・ケアや在宅医療が十分醸成してこなかった日本社会にとって、終末期における在宅看取りと救急が絡む対応困難事案が存在している。近年、治療よりも、QOLを維持した在宅療養を選択する時勢がある。しかし、本人の急激な症状変化に対し、家族が、十分な鬼籍への準備（心構え）がなければ、冷静な対応ができない可能性が高い。本島での訪問看護先宅（老々介護）の玄関に、延命拒否（長期臥床者）の意思表示紙が貼られ、『緊急病変時、訪問看護師へ連絡し、救急要請はしない』との意見があった。訪問看護師は、可能な限り救急隊に延命拒否者であることを伝えるが、同居介護者も倒れた場合や独居宅で、近隣住民に救急要請された場合、現場救急隊は、蘇生処置を行うことになる。本来、救急は「救命」を目的としているため、救急要請は、望ましい手段とは言えない。

4 結論

主治医が、看取り希望者の「確認書」を事前に本人・家族に渡し、要請された現場救急隊が対応する事例や「主治医の指示で蘇生処置の中止」とする場合等があり、厚生労働省や関係学会等からも指針が出されている。しかし、現場で救急隊員が蘇生中止について判断することは、極めて困難な可能性があるため、救急要請に至る前段での看取りに関するコンセンサスの醸成が重要であると考え。皆が、満足できる看取りを迎えることは、容易ではない。医師の本人への告知のタイミング、在宅看取り関係者間での情報共有、多死社会におけるそもそもの死生観等、いくつかの課題が考えられる。これらを普段から深く思慮しなければ、充実した終末期ケアプランを立てることは困難となり、最終、慌てて救急要請に至るのではないか。一つの方策として、近年、ACP（アドバンス・ケア・プランニング：人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス）の活用がある。ACPで看取りと救急が絡む事案の全てが解決できるとは思えない。しかし、課題を少しでも解消するには、地道に本人・家族・地域・関係者間で「看取りの在り方」について認識を共有し、QODを見つめ直すことから、より良い生につなげる必要があると考える。

文献

鈴木幸恵, 2015, 『蘇生処置を行わない（DNAR）意思表示のある終末期がん患者の臨死時に救急車要請となる理由』日本プライマリ・ケア連合学会誌.