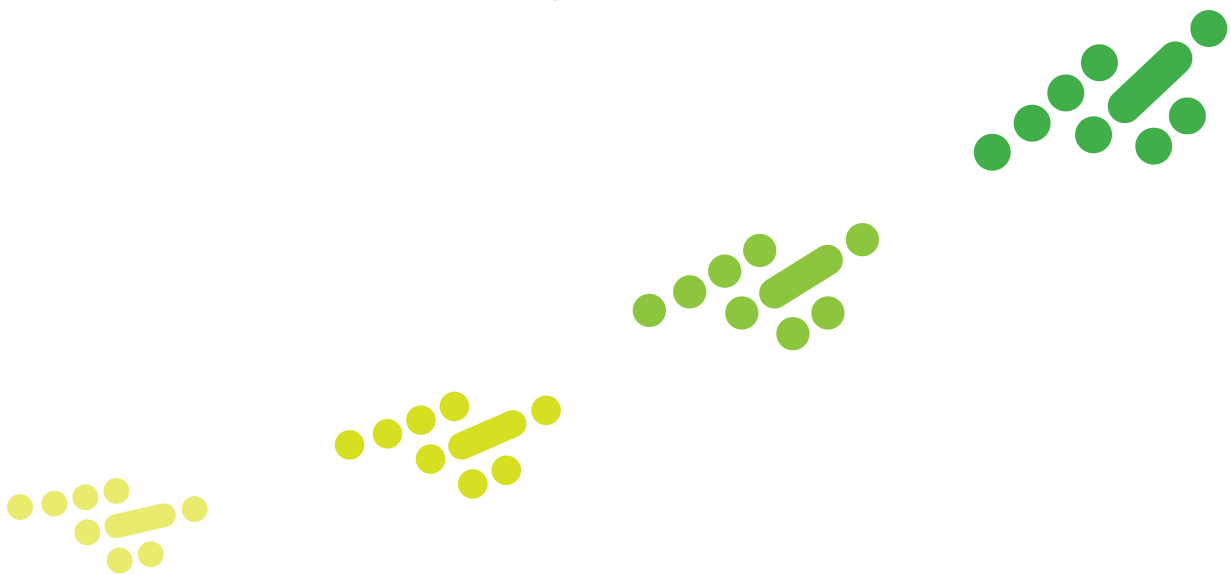


平成24年度
厚生労働省老人保健健康増進等事業補助金
老人保健健康増進推進等事業分

終末期高齢者に対する歯科医療 およびマネジメントニーズに関する調査研究 報告書



一般社団法人

日本老年歯科医学会

平成25年（2013年）3月

序 文

老年医学会では2012年1月、「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する立場表明が改訂されました。その他にも多くの関連学会・機関等から終末期高齢者医療における医療・ケアの提供に関し指針が打ち出されております。平成24年診療報酬改定においては、訪問診療や居宅療養管理指導、また介護報酬改定においても口腔・栄養サービスが重要視されるなど、終末期高齢者を含む高齢者のライフステージやADLに配慮した経口摂取マネジメントに関連した公的なインフラが整備されつつあります。その一方、当事者である終末期高齢者の医療の受給に関する意思決定については、多くの未解決な倫理的・経済的・社会的課題が残されていることも事実です。非がん疾患における終末期、特に認知症の重篤化に伴って生じる摂食・嚥下障害に関しても「食べられなくなった」際の人工栄養適応に関しての意思決定について活発な議論が行われています。個々の終末期高齢者の死生観、価値観および思想・信条・信仰を十分に尊重して望ましい終末期医療およびケアについて、さまざまな困難に直面する現場での意思決定を支援することは今後の重要課題と考えます。

特に終末期高齢者の経口摂取の問題は、生命予後を左右する栄養状態に直結する重要な課題であるにも関わらず、摂食・嚥下機能に大きく関わる口腔機能・口腔衛生の課題含めた実態把握が不十分な印象があります。終末期高齢者に対する支援は、栄養摂取や感染予防に対し効果的かつ患者や家族の苦痛を緩和することが重要ですが、症例によっては積極的な歯科治療介入が必要なステージから口腔衛生管理介入が優先であるステージなど、その多様性が故これまで方向付けがなされないままでした。

これら一連の問題の大きな原因の一つとして、一般的な外来歯科治療受診が困難である終末期高齢者の歯科医療ニーズ及びマネジメントニーズの実態把握がなされておらず、実態に基づく支援方法の確立がなされていないことが考えられますそこで本事業では現状での課題の把握を目的として、老年医学会専門医、老年看護学会会員、在宅療養指導認定歯科衛生士（日本歯科衛生士会）および本老年歯科医学会認定医を対象に、本課題に関するアンケート

調査を行い、貴重な情報を収集することができました。本事業の結果を踏まえ、本学会として終末期高齢者や家族に対する効果的な支援の方向性の検討を行い、さらに情報収集を行いながら今後も本課題に対する取り組みを行って参りたいと考えております。

最後になりましたが、本事業調査実施におきまして多大な御尽力をいただきました、日本老年医学会大内尉義理事長様、日本老年看護学会太田喜久子理事長様、日本歯科衛生士会金澤紀子会長様、ならびに各会員の皆様方に厚く御礼申し上げます。

本事業から得られた情報が、終末期高齢者ケアへの一助になれば幸いです。

一般社団法人日本老年歯科医学会 理事長 森戸 光彦

本事業担当 常任理事 平野 浩彦

終末期高齢者に対する歯科医療およびマネジメントニーズに関する調査研究班 一同

調査研究組織

○事業統括

森戸光彦 一般社団法人日本老年歯科医学会理事長
鶴見大学歯学部高齢者歯科講座 教授

○事業担当

平野浩彦 一般社団法人日本老年歯科医学会常任理事
東京都健康長寿医療センター研究所 専門副部長

○研究者

井藤英喜 東京都健康長寿医療センター センター長

枝広あや子 東京都健康長寿医療センター研究所

小原由紀 東京医科歯科大学大学院歯科医療行動科学分野

阪口英夫 医療法人尚寿会 大生病院 歯科口腔外科部長

菅 武雄 鶴見大学歯学部高齢者歯科講座 講師

山田律子 北海道医療大学看護福祉学部 教授

渡邊 裕 国立長寿医療研究センター研究所 室長

(50 音順)

【 目 次 】

序文	2
----	---

事業概要	8
------	---

第 1 章：アンケート調査結果集計	1 0
-------------------	-----

第 2 章：アンケート調査自由記載掲載	4 4
---------------------	-----

本事業資料編	1 4 5
--------	-------

終末期高齢者に対する歯科医療およびマネジメントニーズに関する調査研究 概要

1、事業目的

終末期高齢者に対する、効果的かつ苦痛緩和に配慮した口腔管理指針提案に資するデータを収集することを目的とし、終末期高齢者に対する歯科医療および口腔関連マネジメントニーズ調査を実施した。

2、事業の概要

1) 実施対象

日本老年医学会専門医（1533 名/538 名：35.1%）、日本老年看護学会会員（1172 名/479 名：40.9%）、日本老年歯科医学会専門医・認定医（385 名/194 名：50.4%）、日本歯科衛生士会認定在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士（632 名/322 名：50.9%）を対象にアンケート調査を行った。

注）（ ）内数値は、（発送数/回収数：回収率）

2) 実施方法

アンケート調査票は学会（団体）ごとに 4 種類作成し配布した（調査票については資料編参照）。なお、アンケート内容は以下 4 項目を共通項目として作成した。

1. 『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会『立場表明』に関する設問
2. 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についての設問（概念、経験など）
3. 終末期患者の口腔関連課題に対する多職種連携についての設問
4. 設定した終末期事例に対する歯科治療方針に対する設問

3) 結果および考察

1. **主な職場**：主な職場として、老年医科の約 9 割が医療、老年看護の約 6 割が教育、3 割が教育、老年歯科の約 9 割が医療、約 3.5 割が教育、3 割が研究、認定歯科衛生士の約 7 割が医療、約 3 割が介護であった。4 団体の比較では、老年看護では教育現場が最も多く、認定歯科衛生士が介護現場で最も多かった。以降の結果を解釈する上で、医療、教育、介護各々の場での意向が影響する点を配慮が必要となる属性であった。
2. **日本老年医学会『立場表明』認知度**：認定歯科衛生士の認知は約 1/4(24.5%) であり他団体より少なかった。認定歯科衛生士の 1/3 は介護現場を職場としており他の 3 職種で最も高い割合であったことを考えると、医療現場や老年学会関連学会における「立場表明」認知度はある程度高まっているものの、介護現場ではその認知度はまだ十分でない可能性が示唆された。
3. **日本老年医学会『立場表明』の業務上参考状況**：認定歯科衛生士で約 4 割であり他団体より少なかった。他 2 団体対象者の職場のほとんどが医療と推察され、認定歯科衛生士は、

介護が1/3であることから、結果の差は、医療と介護の差と推察された。

4. 『終末期医療』のイメージの確立：医科・看護系2群では各8割、老年歯学7割、認定歯科衛生士6割が、確立（だいたいも含む）しているとの返答であった。自由記載内容から、終末期の定義の議論または明確化の必要性が把握された。
5. 『終末期医療』に関する職場での議題の有無：「あった」が、老年医科、老年看護で約8割、老年歯科、在宅認定衛生士で約半数であった。この背景には、前述した終末期のイメージの確立が不明確なことから、「終末期」に関わる議論を行っているにもかかわらず、「ない」との返答になっている可能性が、老年歯科、在宅認定衛生士にはあると推察された。
6. 終末期高齢者の歯科治療や口腔衛生管理関連：老年歯科、在宅認定衛生士で、「歯科の関わりが必要」が9割、「依頼された経験あり」が、老年歯科8割、在宅認定衛生士6割であった。一方、「依頼した経験あり」が、老年医科4割、老年看護2.5割であった。終末期の歯科の関わりの必要性は高いにもかかわらず、職種間連携が十分に機能していないことが示唆された。老年医科、老年看護からの依頼内容は、「義歯」が半数を占め最も多かった。老年歯科、在宅認定衛生士では、「口腔衛生管理」「口腔粘膜ケア」7～8割を占めており、職種間で、「終末期高齢者の口腔関連ケアニーズ」の認識の相違が認められた。
7. 終末期高齢者事例に対する歯科治療（観血的治療含む）：治療方針を議論するにあたって重要と思われる項目を1～3番目の順に回答を求めた。合計（1～3番目）結果は、4職種とも「家族の意見」が最も多く、2番目は、老年医学会、老年看護学会が「担当歯科医師の意見」、歯科衛生士会、老年歯科医学会は「医科主治医の意見」「治療の必要性やそのリスク関連」、3番目に多い項目は、各職種でバラツキがあるものの、特筆すべきは老年看護学会が、「患者本人の健康な時の医療に対する姿勢」を挙げており、看護領域では医療的なりリスクや家族の意見よりも先ず、認知症患者本人の意志を尊重する視点持つものが多いことが示唆された。（下記参照）

	老年医学会	老年看護学会	歯科衛生士会	老年歯科医学会
最も重要とした回答が多かった回答	家族の意見 34.2%	患者本人の健康な時の医療に対する姿勢 25.7%	家族の意見 36.3%	家族の意見 43.8%
最も多かった回答	家族の意見 73.2%	家族の意見 69.3%	家族の意見 73.0%	家族の意見 75.3%
2番目に多かった回答	担当歯科医師の意見 66.0%	担当歯科医師の意見 53.7%	医科主治医の意見 54.7%	医科主治医の意見 53.1%
3番目に多かった回答	主治医の意見 43.7%	患者本人の健康な時の医療に対する姿勢 43.4%	担当歯科医師の意見 46.3%	予後予測 35.6%

第1章 アンケート結果集計

◆調査方法

日本老年医学会理事長、日本老年看護学会理事長、日本歯科衛生士会会長へ本事業趣旨を説明し、各団体にて調査実施承認を受け、日本老年医学会専門医（1533名）、日本老年看護学会会員（1172名）、日本老年歯科学会専門医・認定医（385名）、日本歯科衛生士会認定在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士（632名）を対象にアンケート調査を行った。回収率を以下に示す。

アンケート回収率			
	発送	回収	回収率
日本老年医学会	1533	538	35.1%
日本老年看護学会	1172	479	40.9%
日本老年歯科学会	385	194	50.4%
在宅療養指導（口腔機能管理） 認定歯科衛生士	632	322	50.9%

アンケート調査票は学会（団体）ごとに4種類作成し配布した（調査票については資料編参照）。

なお、アンケート内容は以下4項目を共通項目として作成した。

1. 『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』に関する設問
2. 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についての設問（概念、経験など）
3. 終末期患者の口腔関連課題に対する多職種連携についての設問
4. 設定した終末期事例に対する歯科治療方針に対する設問

◆以降の記載について

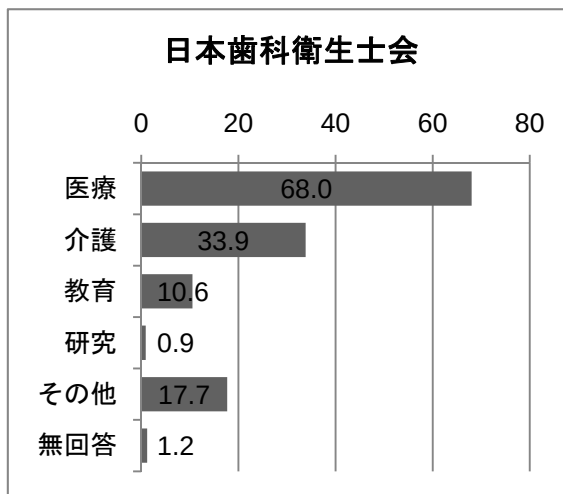
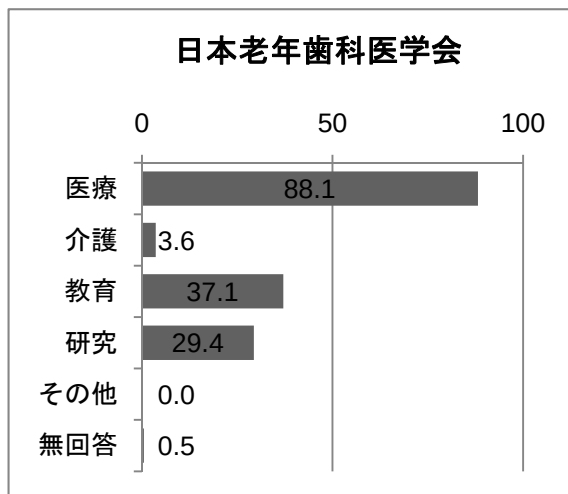
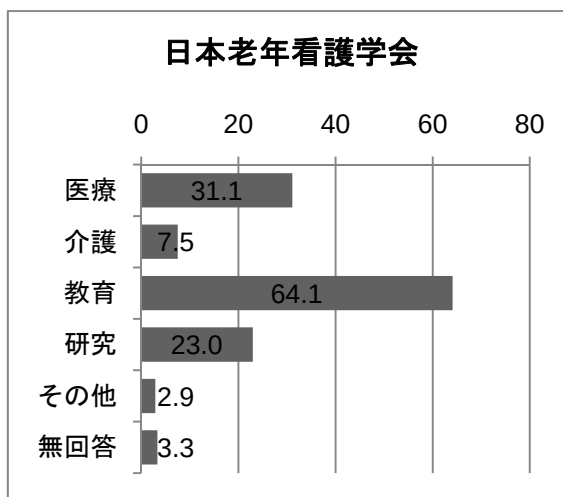
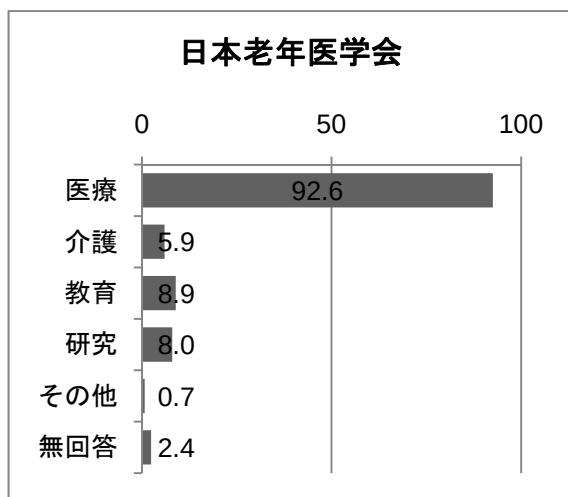
本調査は前述したように、日本老年医学会専門医、日本老年看護学会会員、日本老年歯科学会専門医・認定医、日本歯科衛生士会認定在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士を対象として行った。

以下の記載は、日本老年医学会専門医：老年医科、日本老年看護学会会員：老年看護、日本老年歯科学会専門医・認定医：老年歯科、日本歯科衛生士会認定在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士：認定歯科衛生士、として記載する。

1. 回答者の基本属性

1) 主な職場（複数回答）

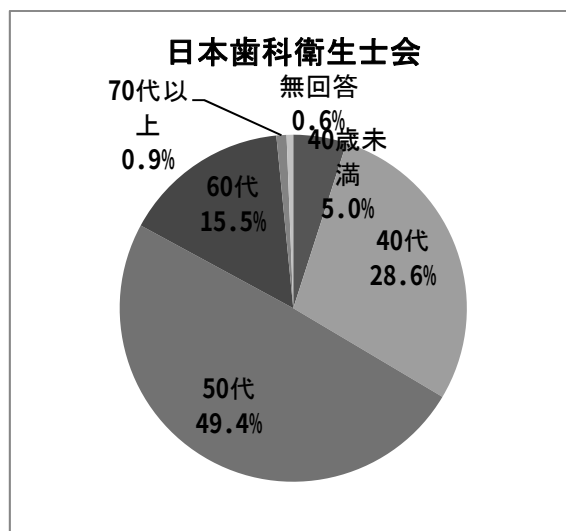
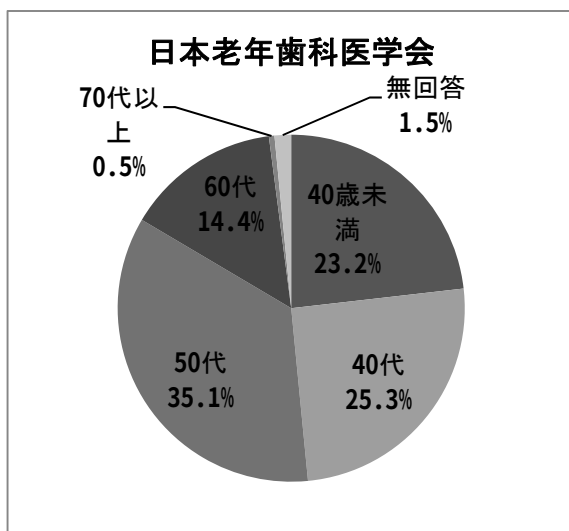
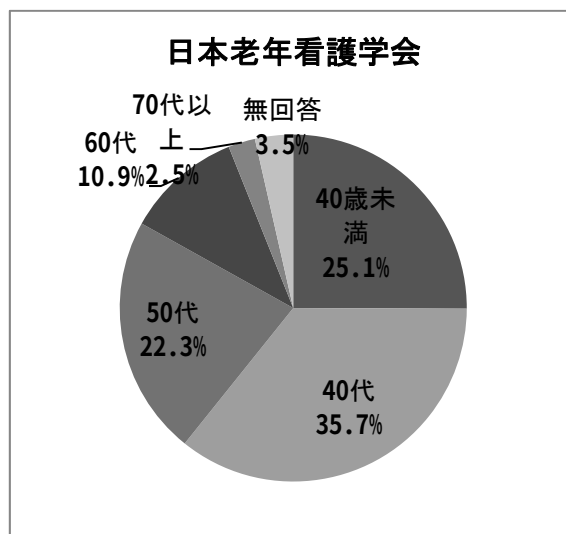
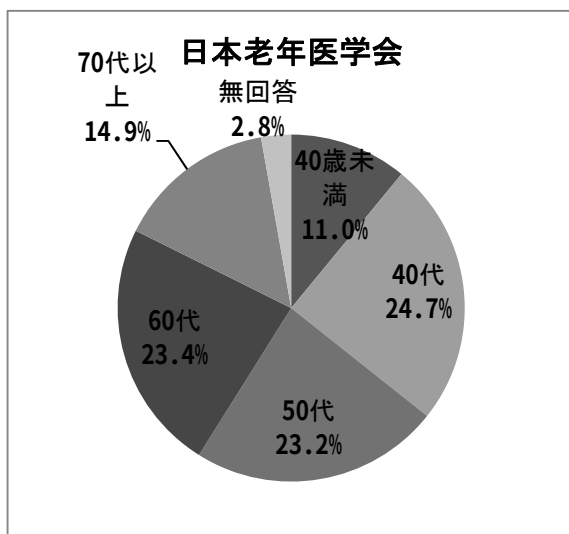
		合計	医療	介護	教育	研究	その他	無回答
全体	n %	1533	1037 67.6	184 12.0	461 30.1	213 13.9	75 4.9	34 2.2
日本老年医学会	n %	538	498 92.6	32 5.9	48 8.9	43 8.0	4 0.7	13 2.4
日本老年看護学会	n %	479	149 31.1	36 7.5	307 64.1	110 23.0	14 2.9	16 3.3
日本老年歯科医学会	n %	194	171 88.1	7 3.6	72 37.1	57 29.4	0 0.0	1 0.5
日本歯科衛生士会	n %	322	219 68.0	109 33.9	34 10.6	3 0.9	57 17.7	4 1.2



主な職場として、老年医科の約9割が医療、老年看護の約6割が教育、3割が教育、老年歯科の約9割が医療、約3.5割が教育、3割が研究、認定歯科衛生士の約7割が医療、約3割が介護であった。4集団の比較では、老年看護は教育現場が最も多く、認定歯科衛生士が介護現場で最も多かった。

2) 年齢

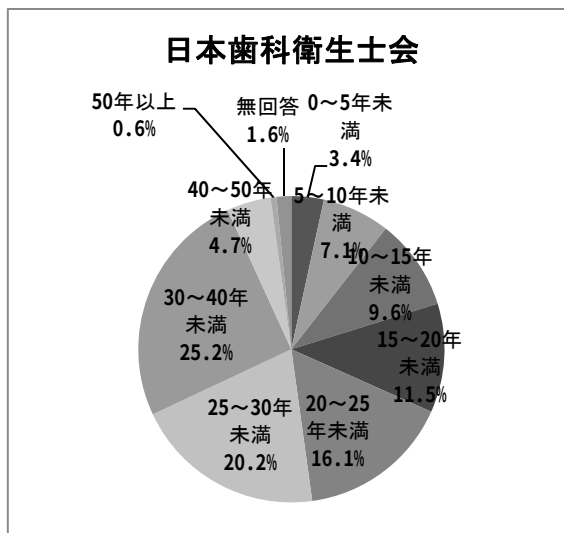
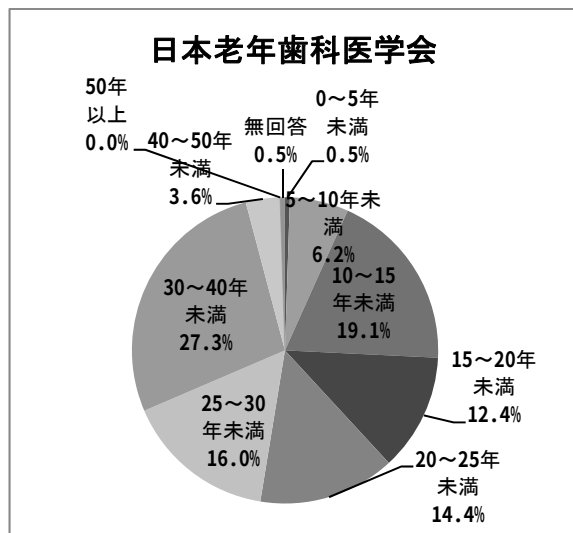
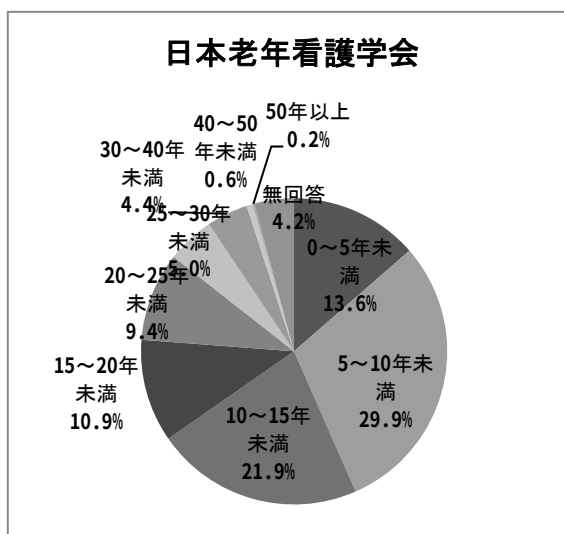
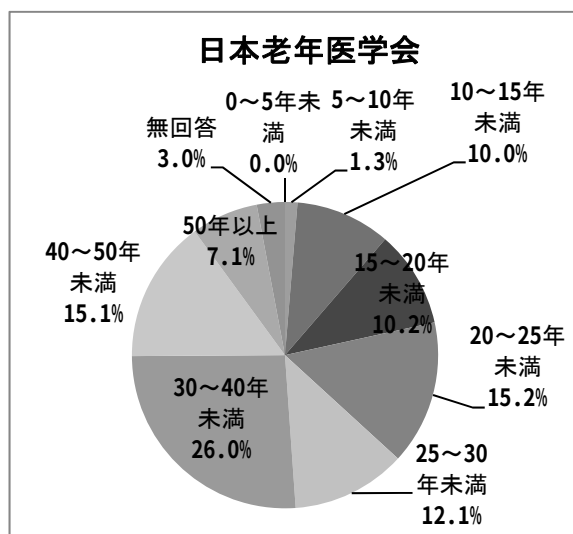
		合計	40歳未満	40代	50代	60代	70代以上	無回答
全体	n	1533	240	445	459	256	96	37
	%	100.0	15.7	29.0	29.9	16.7	6.3	2.4
日本老年医学会	n	538	59	133	125	126	80	15
	%	100.0	11.0	24.7	23.2	23.4	14.9	2.8
日本老年看護学会	n	479	120	171	107	52	12	17
	%	100.0	25.1	35.7	22.3	10.9	2.5	3.5
日本老年歯科医学会	n	194	45	49	68	28	1	3
	%	100.0	23.2	25.3	35.1	14.4	0.5	1.5
日本歯科衛生士会	n	322	16	92	159	50	3	2
	%	100.0	5.0	28.6	49.4	15.5	0.9	0.6



年齢分布の占める割合の多い年代は、老年医科が40代、50代、60代で約2割、老年看護は40代が約3.5割、40代未満が2.5割、50代が約2割、老年歯科は50代が3.5割、40代、40代未満が約2.5割、認定歯科衛生士は50代が約5割、40代が約3割であった。

3) 臨床経験年数

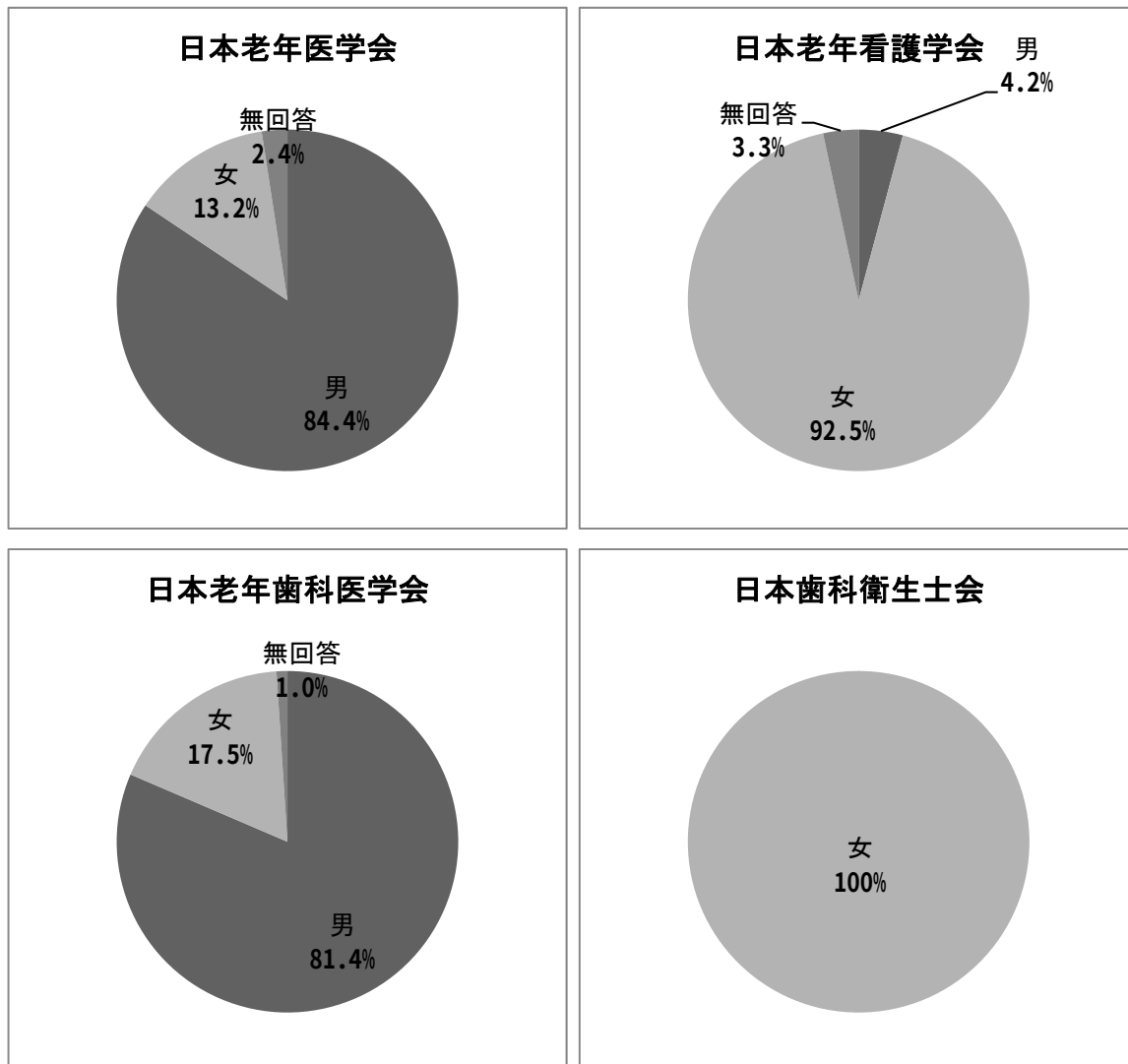
		合計	0～5年未満	5～10年未満	10～15年未満	15～20年未満	20～25年未満	25～30年未満	30～40年未満	40～50年未満	50年以上	無回答
全体	n %	1533 100.0	77 5.0	185 12.1	227 14.8	168 11.0	207 13.5	185 12.1	295 19.2	106 6.9	41 2.7	42 2.7
日本老年医学会	n %	538 100.0	0 0.0	7 1.3	54 10.0	55 10.2	82 15.2	65 12.1	140 26.0	81 15.1	38 7.1	16 3.0
日本老年看護学会	n %	479 100.0	65 13.6	143 29.9	105 21.9	52 10.9	45 9.4	24 5.0	21 4.4	3 0.6	1 0.2	20 4.2
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	1 0.5	12 6.2	37 19.1	24 12.4	28 14.4	31 16.0	53 27.3	7 3.6	0 0.0	1 0.5
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	11 3.4	23 7.1	31 9.6	37 11.5	52 16.1	65 20.2	81 25.2	15 4.7	2 0.6	5 1.6



臨床経験年数の占める割合の多い群は、老年医科が30～40年で約2.5割、老年看護が5～10年で約3割、10～15年で2割、老年歯科が30～40年で約3割、10～15年で約2割、認定歯科衛生士が30～40年で約2.5割、25～30年で約2割であった。

4) 性別

		合計	男	女	無回答
全体	n	1533	632	870	31
	%	100.0	41.2	56.8	2.0
日本老年医学会	n	538	454	71	13
	%	100.0	84.4	13.2	2.4
日本老年看護学会	n	479	20	443	16
	%	100.0	4.2	92.5	3.3
日本老年歯科医学会	n	194	158	34	2
	%	100.0	81.4	17.5	1.0
日本歯科衛生士会	n	322	0	322	0
	%	100.0	0.0	100.0	0.0

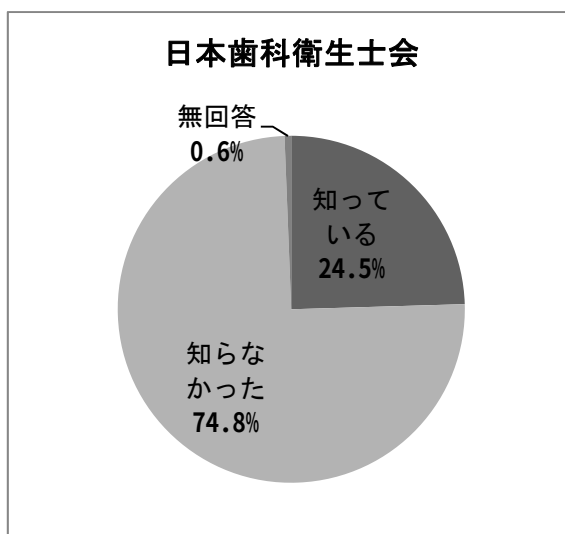
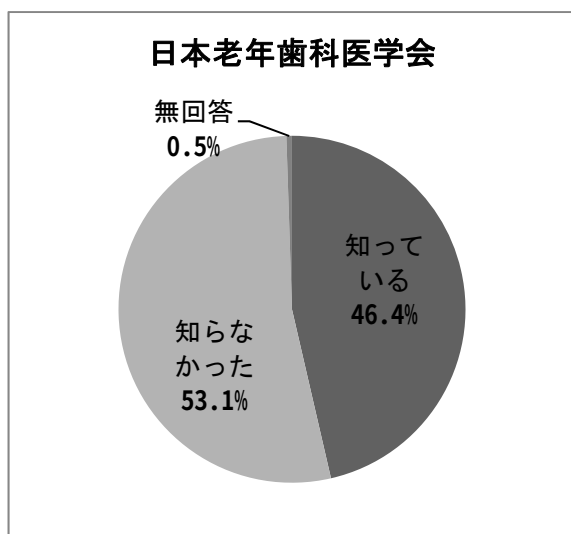
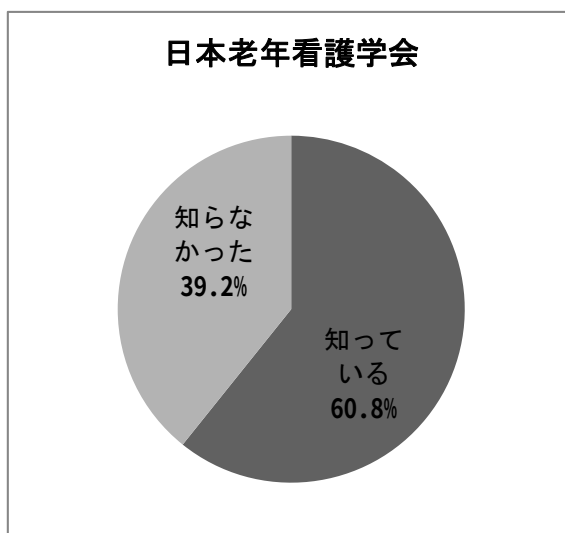
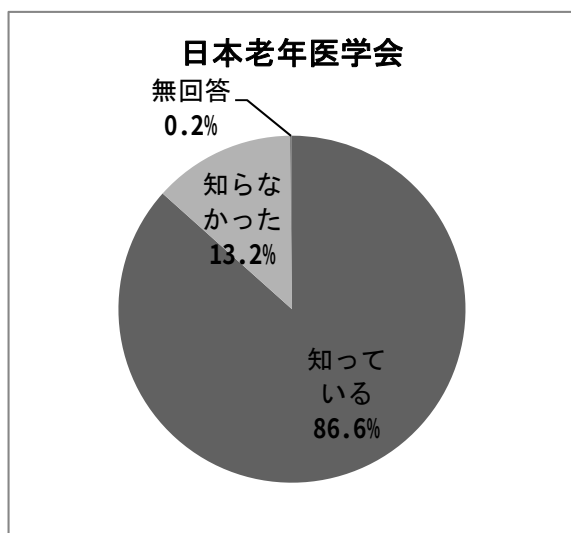


性別は、老年医科は約 8 割が男性、老年看護は約 9 割が女性、老年歯科は約 8 割が男性、認定歯科衛生士は女性 10 割であった。

問 1. 『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012』が発表されたことに関してお聞きいたします。(4 団体共通)

1) 日本老年医学会の『立場表明』2012』が改定されたことを御存知でしたか。

		合計	知っている	知らなかった	無回答
全体	n	1533	926	603	4
	%	100.0	60.4	39.3	0.3
日本老年医学会	n	538	466	71	1
	%	100.0	86.6	13.2	0.2
日本老年看護学会	n	479	291	188	0
	%	100.0	60.8	39.2	0.0
日本老年歯科医学会	n	194	90	103	1
	%	100.0	46.4	53.1	0.5
日本歯科衛生士会	n	322	79	241	2
	%	100.0	24.5	74.8	0.6



「知っている」と回答した者の割合は、老年医科で 86.6%、老年看護で 60.8%、老年歯科で 46.6%、認定歯科衛生士で 24.5%であった。

日本老年医学会は、2001年に「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」（以下、「立場表明」）を表明した。2011年に10 年間の高齢者の終末期医療およびケアに関する実態と意識の変化を踏まえ、日本老年医学会倫理委員会は、「立場表明改訂案」を作成したが、作成するにあたり、日本老年医学会の名誉会員・特別会員・役員・代議員（789 名）を対象としたアンケート調査を2010年に行っている。以上の経緯もあり、老年医科での『立場表明』2012が改定されたことの認識は高かったと思われる。

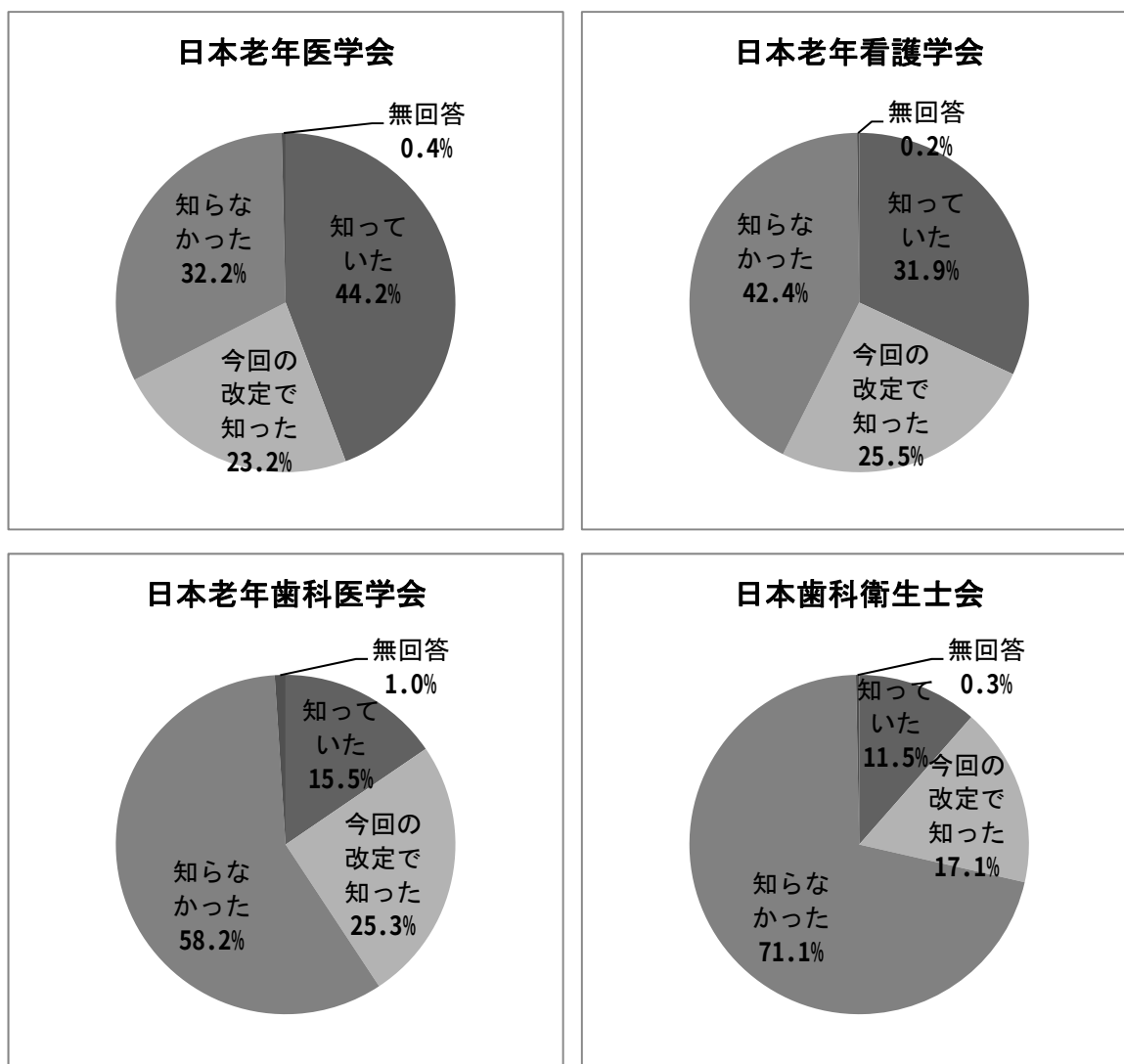
また同時期に、厚労省老健事業として「認知症末期患者に対する人工的な栄養・水分補給法の導入・差し控え・中止に関するガイドライン作成へ向けた検討」事業にて、看護師を対象とした認知症終末期に関するアンケート調査が行われた。本事業は日本老年看護学会も共同して行われたこともあり、老年看護の6割が「知っている」との回答となったと思われる。

老年歯科の「知っている」との回答が約半数（46.4%）であったことは、ここ数年のマスコミなどで終末期の問題が取り上げられていること、日本老年歯科学会が老年学会の構成学会であること、学会誌などで終末期関連研修会などの情報提供・周知などを行っていることもその背景にあると思われる。

認定歯科衛生士の「知っている」との回答が約1/4(24.5%) であった。本対象の1/3は介護現場を職場としており他の3職種で最も高い割合であったことを考えると、医療現場や老年学会関連学会においての「立場表明」認知度はある程度高まっているものの、介護現場ではその認知度はまだ十分でない可能性が示唆された。介護業務が中心となる特別養護老人ホーム、在宅療養の場において、近年急速に“看取り”といった終末期の問題が多く取り上げられている以上、高齢者問題の責任学会の一つである日本老年医学会から出された「立場表明」の介護分野への周知の必要性を示唆する結果であった。

2) 10 年前の 2001 年にも日本老年医学会の『立場表明』が発表されましたが、これについてはご存知でしたか。

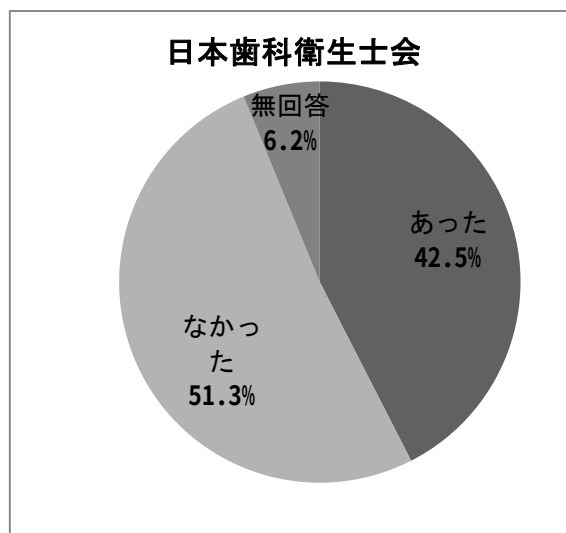
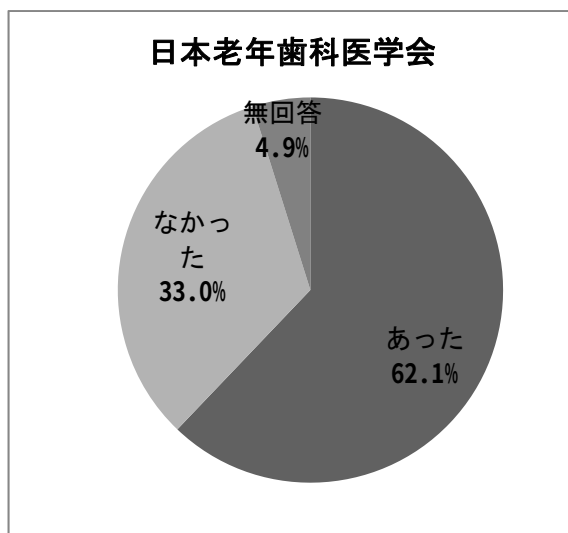
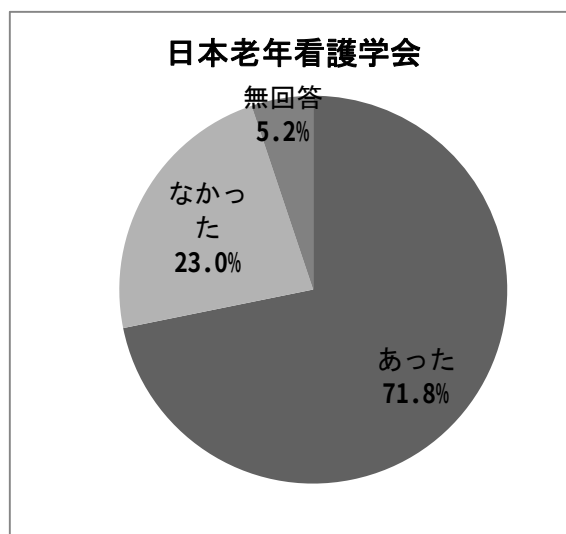
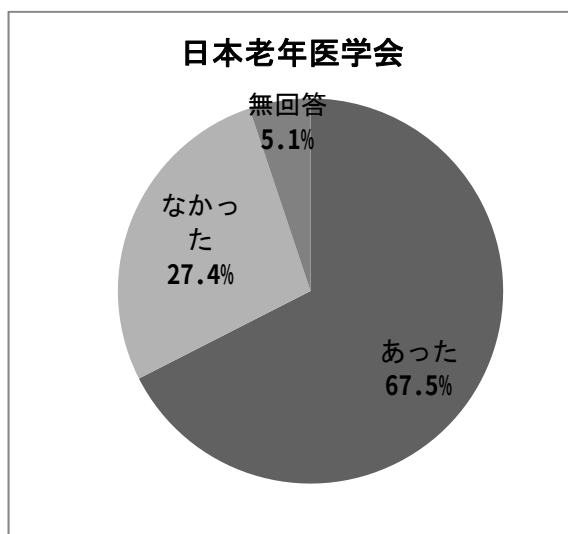
		合計	知っていた	今回の改定で知った	知らなかった	無回答
全体	n	1533	458	351	718	6
	%	100.0	29.9	22.9	46.8	0.4
日本老年医学会	n	538	238	125	173	2
	%	100.0	44.2	23.2	32.2	0.4
日本老年看護学会	n	479	153	122	203	1
	%	100.0	31.9	25.5	42.4	0.2
日本老年歯科医学会	n	194	30	49	113	2
	%	100.0	15.5	25.3	58.2	1.0
日本歯科衛生士会	n	322	37	55	229	1
	%	100.0	11.5	17.1	71.1	0.3



「知っている」と回答した者の割合は、老年医科で 44.2%、老年看護で 31.9%、老年歯科で 15.5%、認定歯科衛生士で 11.5%であった。この結果の背景は、問 1 (1) の結果背景と同じと思われる。

3) 日本老年医学会の立場表明について、あなたの職務上で参考にした事がありましたか。
 (1)ないし 2)で「1 知っていた」「2 今回の改定で知った」と回答した者のみ)。

		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	1032	677	301	54
	%	100.0	65.6	29.2	5.2
日本老年医学会	n	486	328	133	25
	%	100.0	67.5	27.4	5.1
日本老年看護学会	n	330	237	76	17
	%	100.0	71.8	23.0	5.2
日本老年歯科医学会	n	103	64	34	5
	%	100.0	62.1	33.0	4.9
日本歯科衛生士会	n	113	48	58	7
	%	100.0	42.5	51.3	6.2



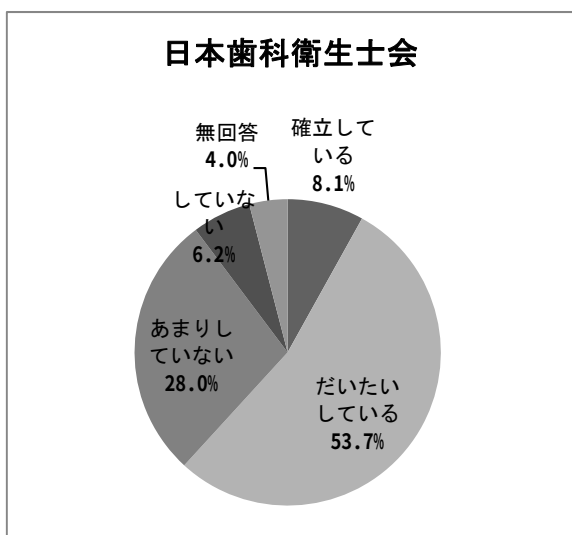
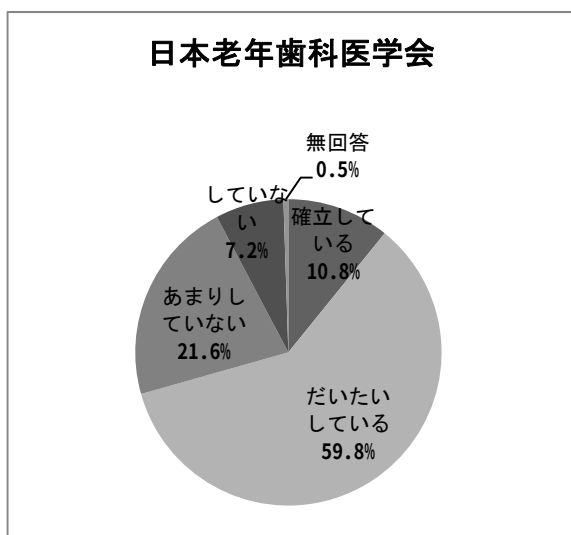
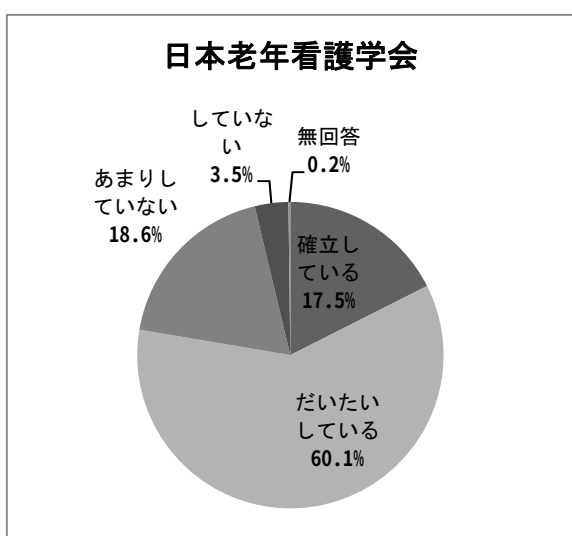
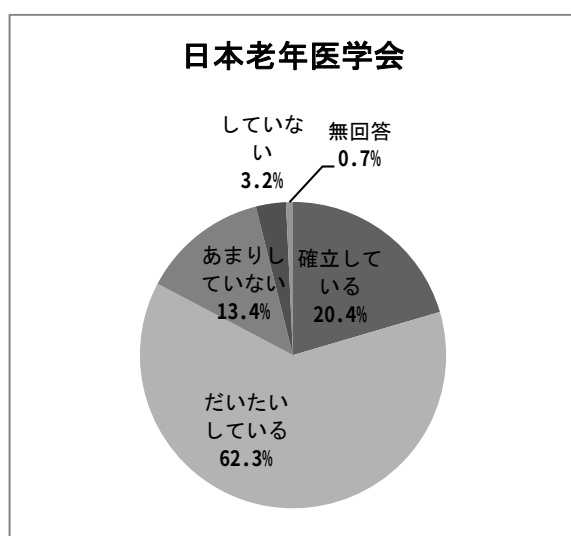
「立場表明」を認識していた者のうち、業務上参考にしたことが「あった」と回答した者の割合は、老年医科で 67.5%、老年看護で 71.8%、老年歯科で 62.1%、認定歯科衛生士で 42.5%であった。老年医科、老年看護、老年歯科での「業務上」は、職場属性からそのほとんどが医療と推察される。一方、認定歯科衛生士は、介護が 1/3 であることから、結果の差は、医療と介護の差と推察される。

問2 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についてお聞きいたします。

(4団体共通)

1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか。

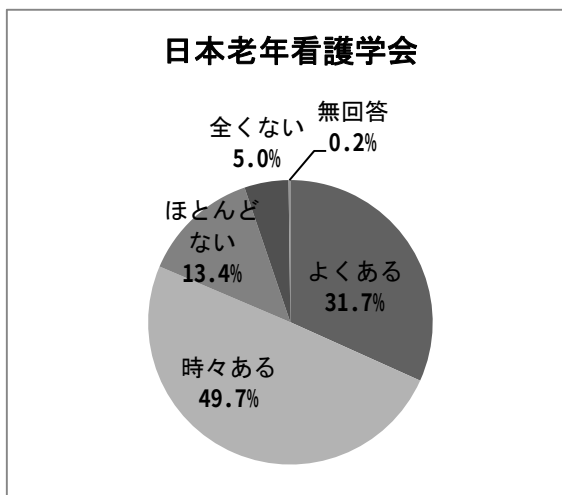
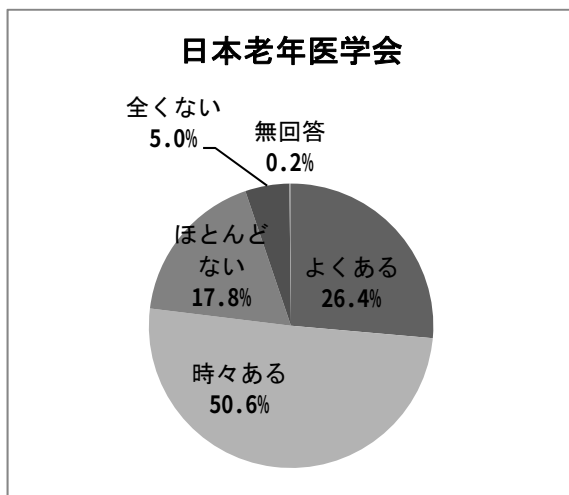
		合計	確立している	だいたいしている	あまりしていない	していない	無回答
全体	n %	1533 100.0	241 15.7	912 59.5	293 19.1	68 4.4	19 1.2
日本老年医学会	n %	538 100.0	110 20.4	335 62.3	72 13.4	17 3.2	4 0.7
日本老年看護学会	n %	479 100.0	84 17.5	288 60.1	89 18.6	17 3.5	1 0.2
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	21 10.8	116 59.8	42 21.6	14 7.2	1 0.5
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	26 8.1	173 53.7	90 28.0	20 6.2	13 4.0



全体として「確立している」「だいたいしている」の合計が7割を越えており、医科・看護系2群では各8割、老年歯科7割、認定歯科衛生士6割であった。医科・看護系と歯科系の差が出ていた。

2) 『終末期医療』に関して、あなたの職場で議題に上ることはありますか。(医科、看護)

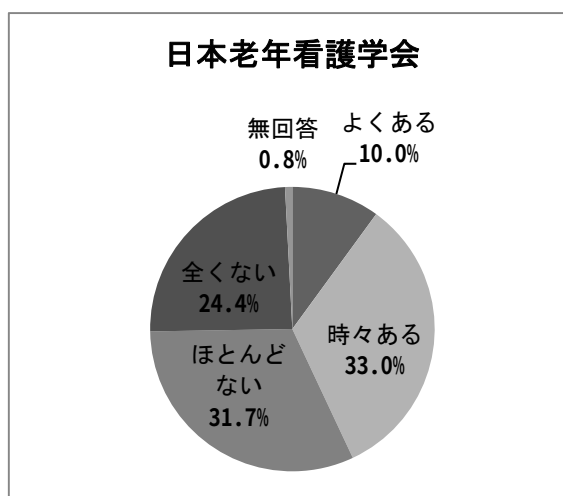
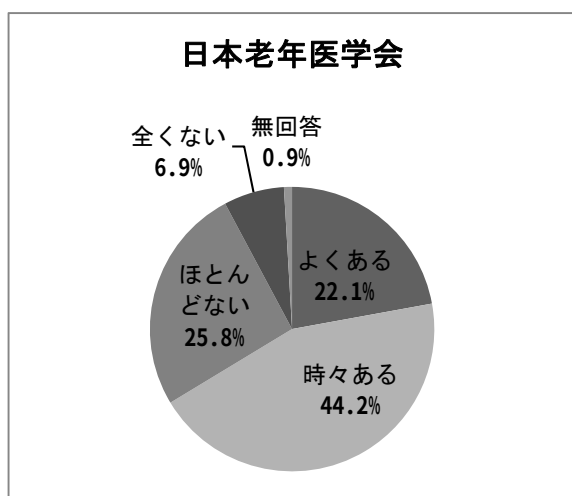
		合計	よくある	時々ある	ほとんどない	全くない	無回答
全体	n	1017	294	510	160	51	2
	%	100.0	28.9	50.1	15.7	5.0	0.2
日本老年医学会	n	538	142	272	96	27	1
	%	100.0	26.4	50.6	17.8	5.0	0.2
日本老年看護学会	n	479	152	238	64	24	1
	%	100.0	31.7	49.7	13.4	5.0	0.2



「よくある」「時々ある」の合計が8割であった。これは高齢者医療の現場で「終末期医療」が大きな問題となっていることを示していた。

3) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はどの程度ありますか。(医科、看護)

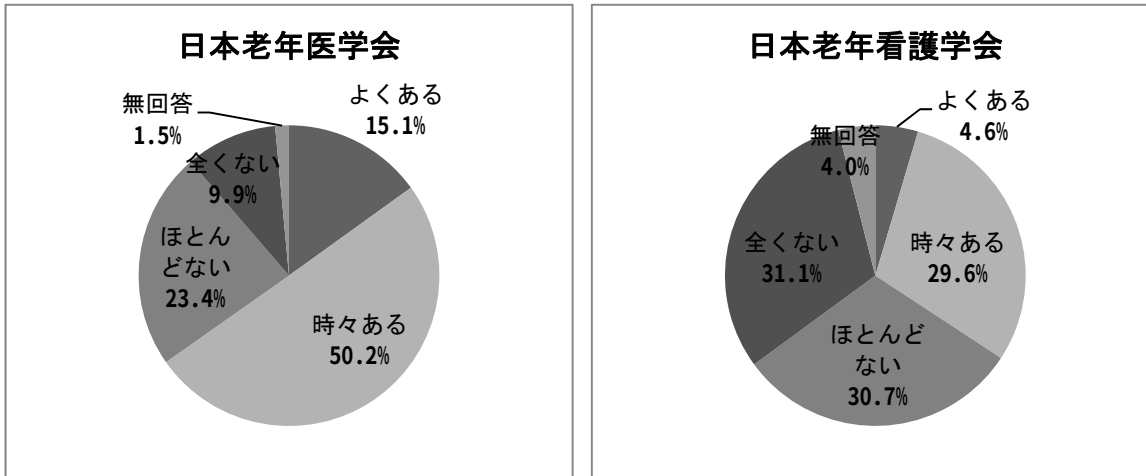
		合計	よくある	時々ある	ほとんどない	全くない	無回答
全体	n	1017	167	396	291	154	9
	%	100.0	16.4	38.9	28.6	15.1	0.9
日本老年医学会	n	538	119	238	139	37	5
	%	100.0	22.1	44.2	25.8	6.9	0.9
日本老年看護学会	n	479	48	158	152	117	4
	%	100.0	10.0	33.0	31.7	24.4	0.8



「よくある」「時々ある」の合計が老年医科7割弱、老年看護で4割強と差があった。

4) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療の一部を断念した経験はありましたか。(医科、看護)

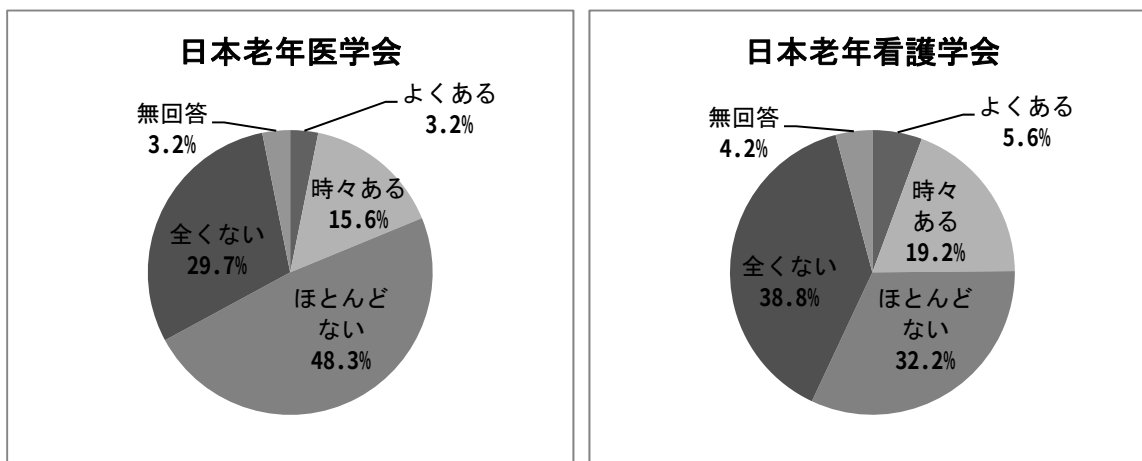
		合計	よくある	時々ある	ほとんどない	全くない	無回答
全体	n	1017	103	412	273	202	27
	%	100.0	10.1	40.5	26.8	19.9	2.7
日本老年医学会	n	538	81	270	126	53	8
	%	100.0	15.1	50.2	23.4	9.9	1.5
日本老年看護学会	n	479	22	142	147	149	19
	%	100.0	4.6	29.6	30.7	31.1	4.0



「よくある」「時々ある」の合計が老年医科 7 割弱、老年看護 3 割強であった。医療の断念の判断は医師によるものであるため老年医科で高率なのは当然であるが、より患者に近い立場にある看護師もその経験をする事が判った。

5) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療を追加した（ないし、急遽行った）経験はありましたか。(医科、看護)

		合計	よくある	時々ある	ほとんどない	全くない	無回答
全体	n	1017	44	176	414	346	37
	%	100.0	4.3	17.3	40.7	34.0	3.6
日本老年医学会	n	538	17	84	260	160	17
	%	100.0	3.2	15.6	48.3	29.7	3.2
日本老年看護学会	n	479	27	92	154	186	20
	%	100.0	5.6	19.2	32.2	38.8	4.2

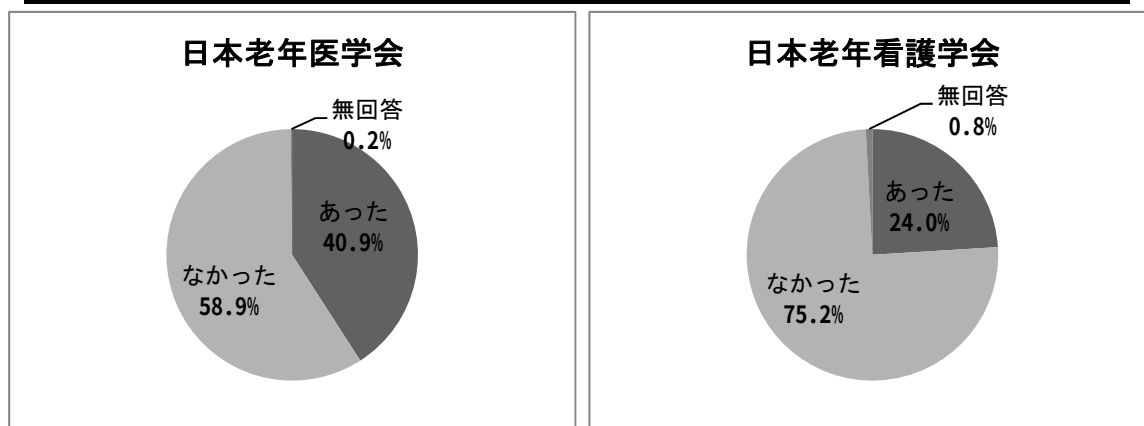


終末期医療において、医療の追加はその頻度が低いことが判った。

問3. 終末期患者に関する歯科医療との連携についてお聞きいたします。

1) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期にある患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼したことがありますか。（医科、看護）

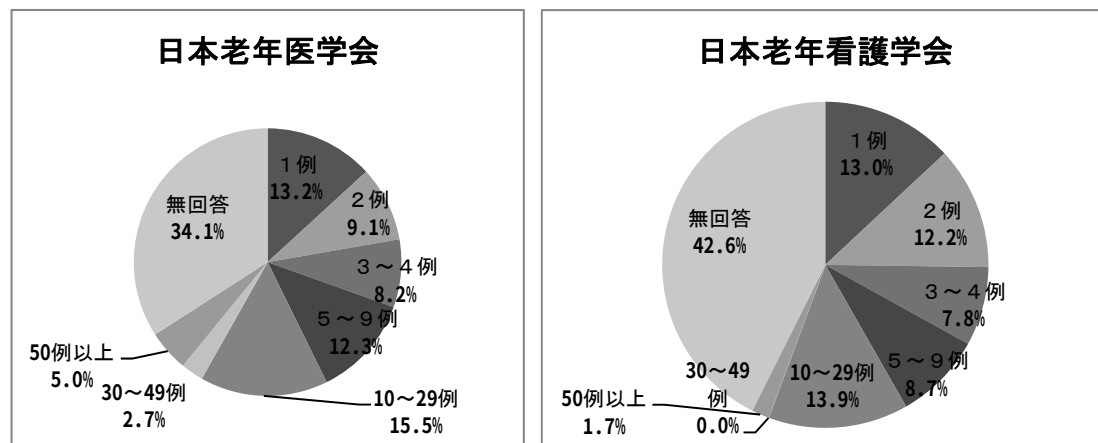
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	1017	335	677	5
	%	100.0	32.9	66.6	0.5
日本老年医学会	n	538	220	317	1
	%	100.0	40.9	58.9	0.2
日本老年看護学会	n	479	115	360	4
	%	100.0	24.0	75.2	0.8



3割に経験があった。看護師に依頼経験が少ない点は、他科依頼に医師の判断が必要であることが考えられた。

年間約何例（医科、看護）

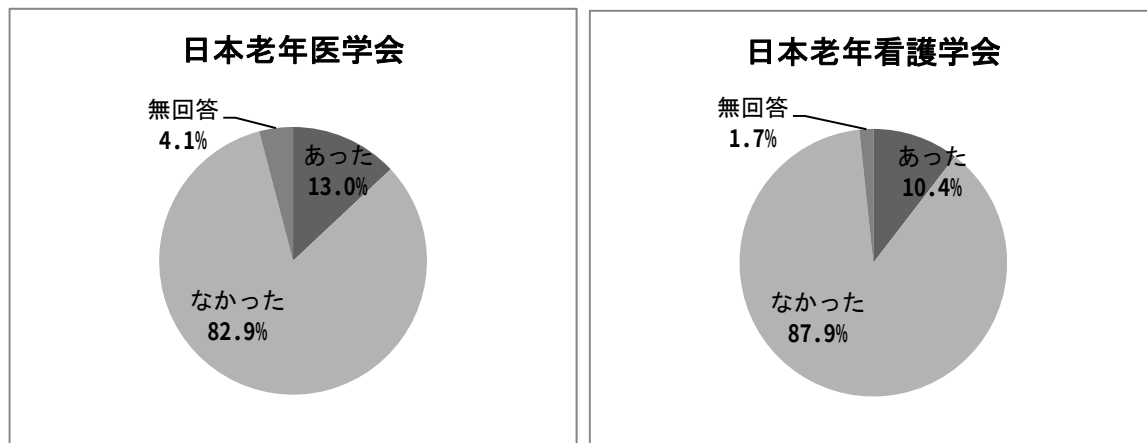
		合計	1例	2例	3～4例	5～9例	10～29例	30～49例	50例以上	無回答
全体	n	335	44	34	27	37	50	6	13	124
	%	100.0	13.1	10.1	8.1	11.0	14.9	1.8	3.9	37.0
日本老年医学会	n	220	29	20	18	27	34	6	11	75
	%	100.0	13.2	9.1	8.2	12.3	15.5	2.7	5.0	34.1
日本老年看護学会	n	115	15	14	9	10	16	0	2	49
	%	100.0	13.0	12.2	7.8	8.7	13.9	0.0	1.7	42.6



依頼件数としては、1、2件のグループと5件以上30件未満のグループの二峰性を示した。

- 2) あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼しようとしたが、依頼先がなく断念したことがありますか。（医科、看護）

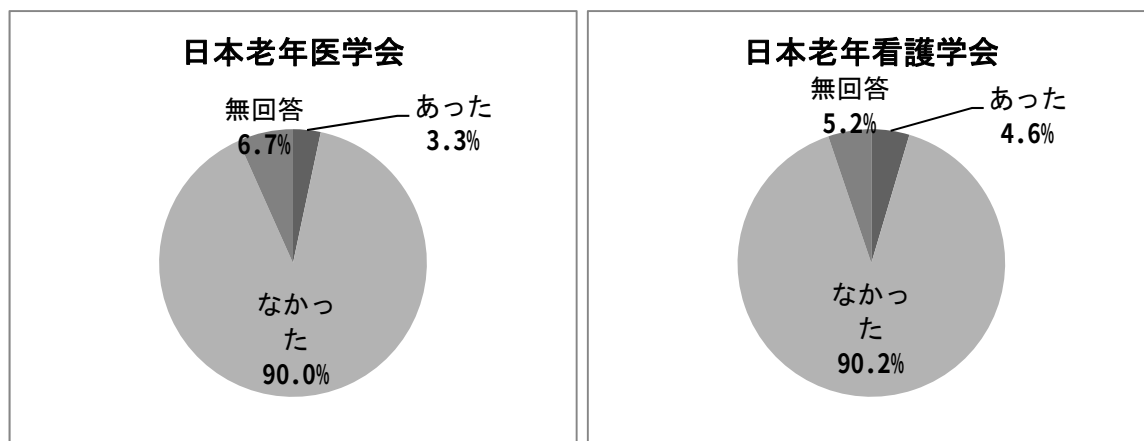
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	1017	120	867	30
	%	100.0	11.8	85.3	2.9
日本老年医学会	n	538	70	446	22
	%	100.0	13.0	82.9	4.1
日本老年看護学会	n	479	50	421	8
	%	100.0	10.4	87.9	1.7



歯科への依頼を断念した経験は1割程度であった。

- 3) あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼したが、断られたことがありますか。（医科、看護）

		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	1017	40	916	61
	%	100.0	3.9	90.1	6.0
日本老年医学会	n	538	18	484	36
	%	100.0	3.3	90.0	6.7
日本老年看護学会	n	479	22	432	25
	%	100.0	4.6	90.2	5.2

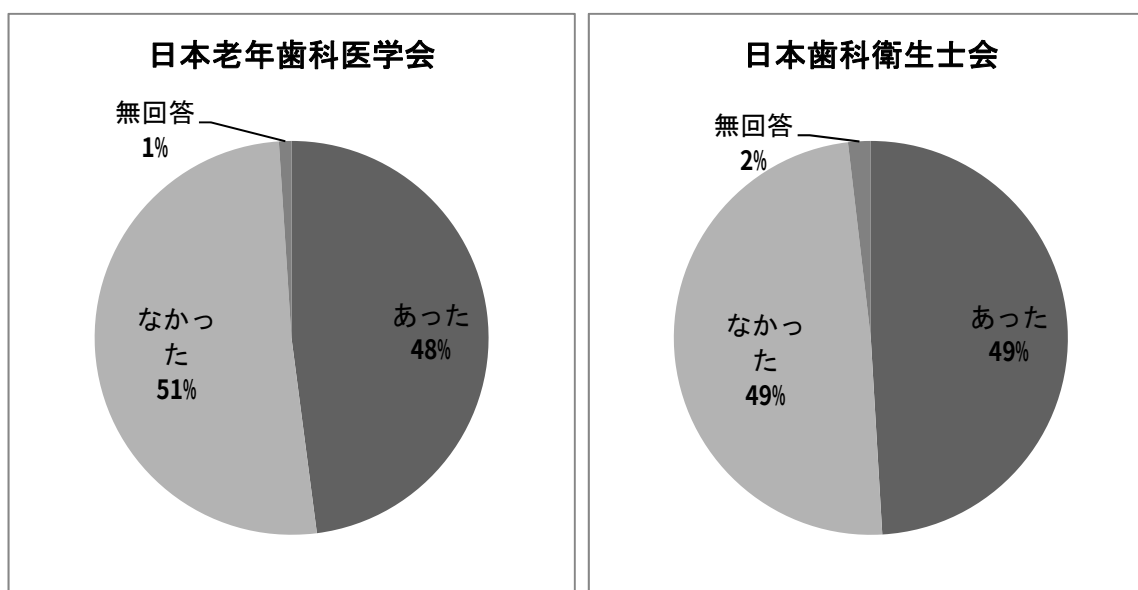


依頼を断られた経験は3～4%と低率であった。

問2 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についてお聞きいたします。

2) 『終末期医療』に関して、あなたの職場で、医療・介護職種間での議題に上ったことがありますか。(歯科・歯科衛生士)

		合計	あった	なかった	無回答
全体	n %	516 100.0	251 48.6	257 49.8	8 1.6
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	93 47.9	99 51.0	2 1.0
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	158 49.1	158 49.1	6 1.9

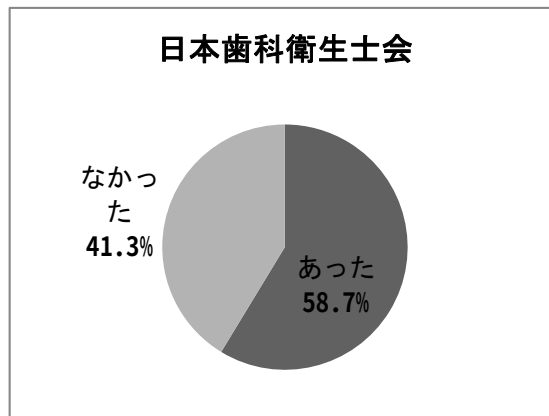
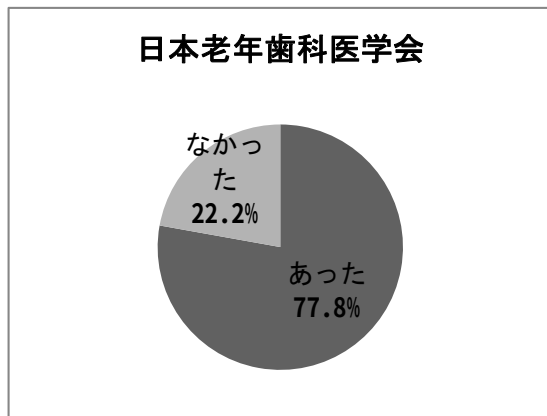


半数に経験があった。医科系よりは低率であったが、高齢者歯科医療の現場でも高率に議題に上ることが判った。

問3 終末期患者に対する臨床経験についてお聞きいたします。

- 1) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期にある患者の歯科治療や口腔衛生管理を依頼されたことがありますか？（歯科・歯科衛生士）

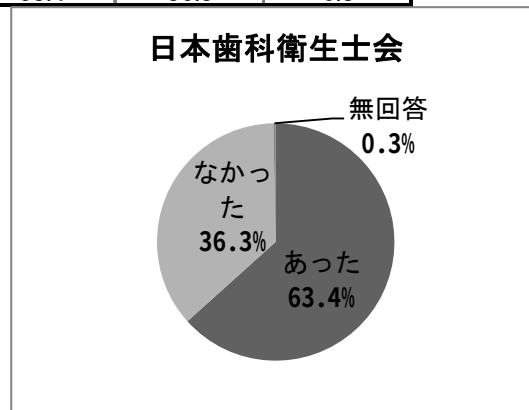
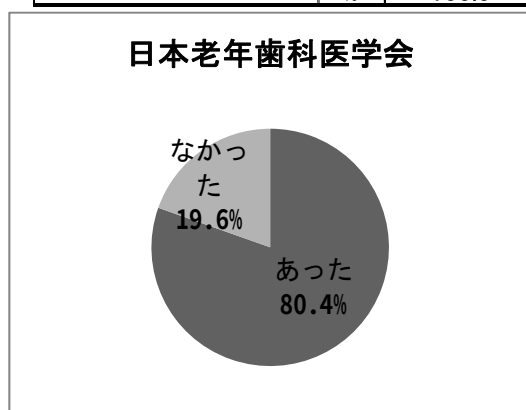
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	516	340	176	0
	%	100.0	65.9	34.1	0.0
日本老年歯科医学会	n	194	151	43	0
	%	100.0	77.8	22.2	0.0
日本歯科衛生士会	n	322	189	133	0
	%	100.0	58.7	41.3	0.0



老年歯科8割、認定歯科衛生士6割と高率であった。終末期にある患者に関わっている、という認識が比較的高いことが判明した。

- 2) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期患者の歯科治療や口腔衛生管理を経験されたことがありますか？（歯科・歯科衛生士）

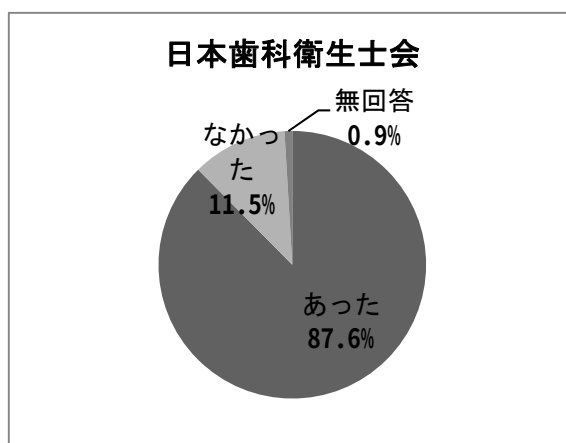
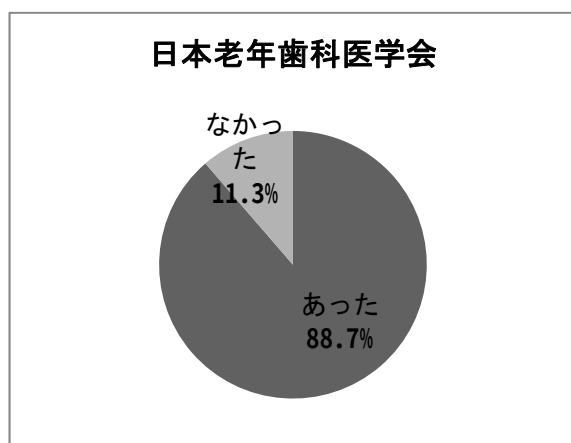
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	516	360	155	1
	%	100.0	69.8	30.0	0.2
日本老年歯科医学会	n	194	156	38	0
	%	100.0	80.4	19.6	0.0
日本歯科衛生士会	n	322	204	117	1
	%	100.0	63.4	36.3	0.3



老年歯科8割、認定歯科衛生士6割と高率であった。多くの歯科関係者が終末期にある患者に関わった経験があることが判明した。

3) あなたはこれまで、終末期患者に歯科医療関係者の協力が必要と感じたことがありますか？（歯科・歯科衛生士）

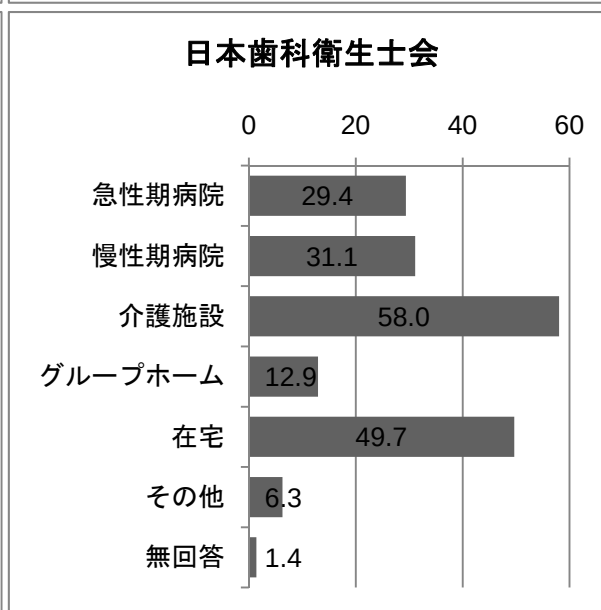
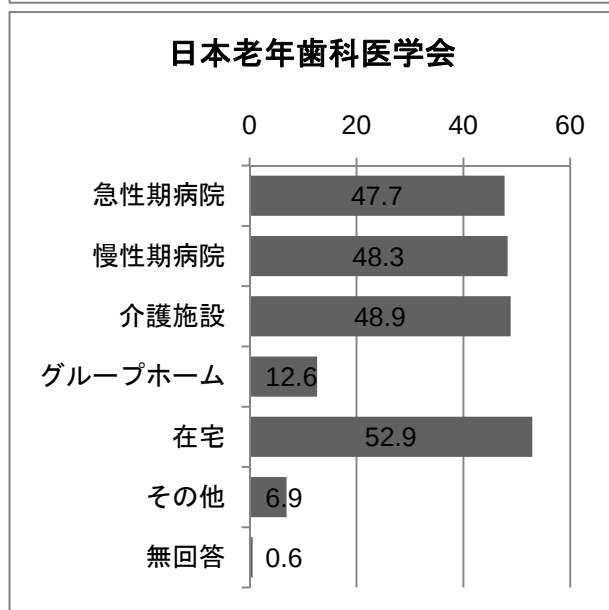
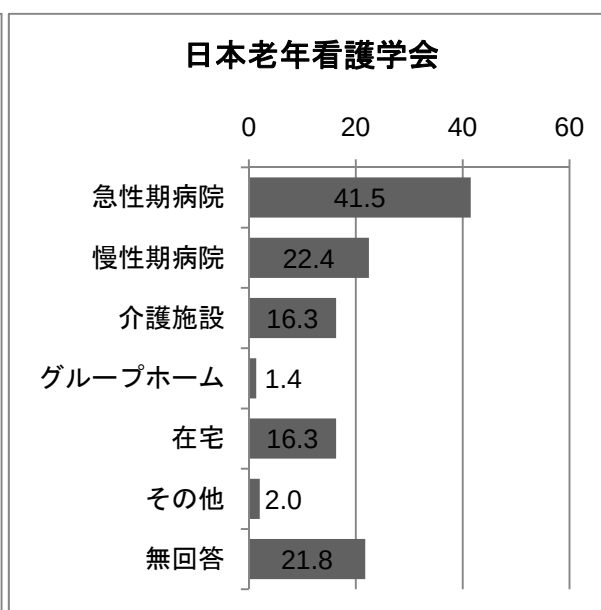
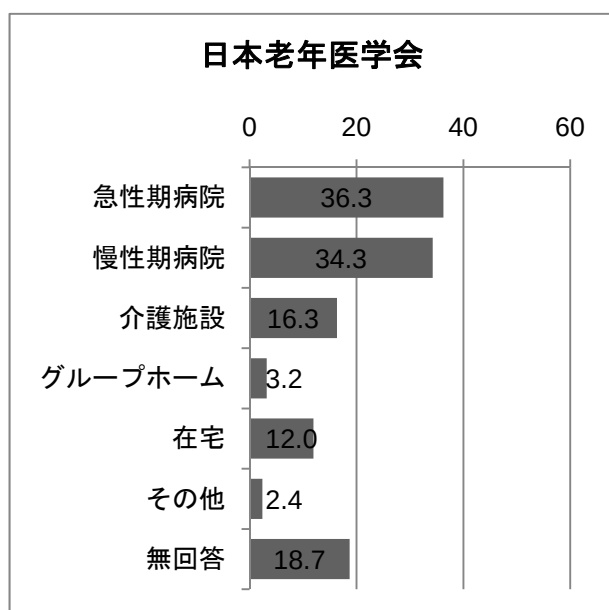
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	516	454	59	3
	%	100.0	88.0	11.4	0.6
日本老年歯科医学会	n	194	172	22	0
	%	100.0	88.7	11.3	0.0
日本歯科衛生士会	n	322	282	37	3
	%	100.0	87.6	11.5	0.9



老年歯科、認定歯科衛生士の両者共に 9 割が協働の必要性を感じていた。

4) それはどのような場所でしたか。(複数回答) (4団体共通)

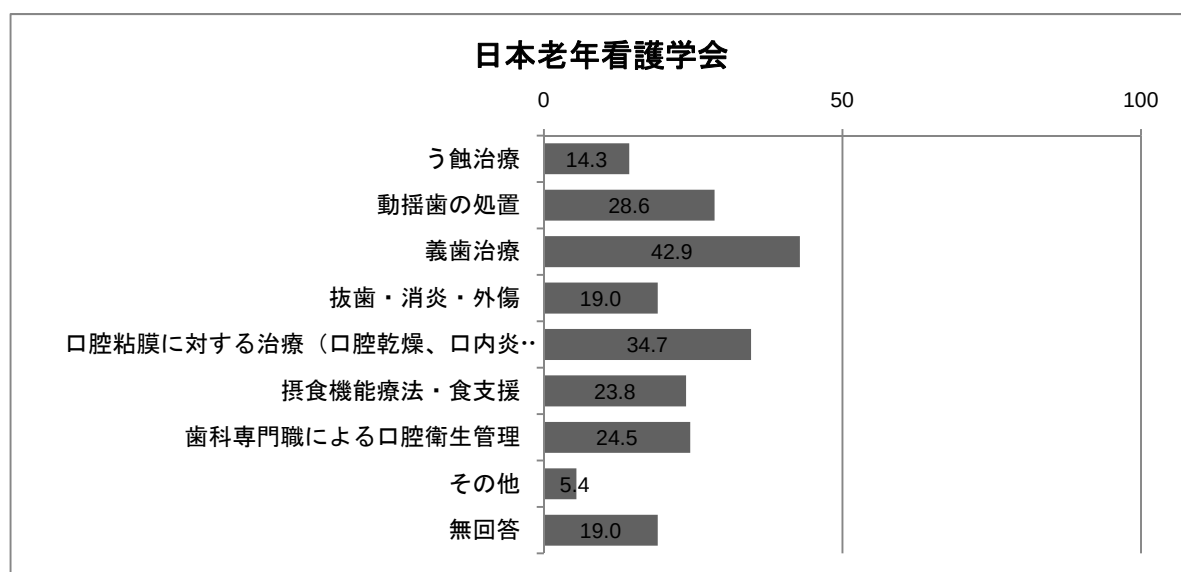
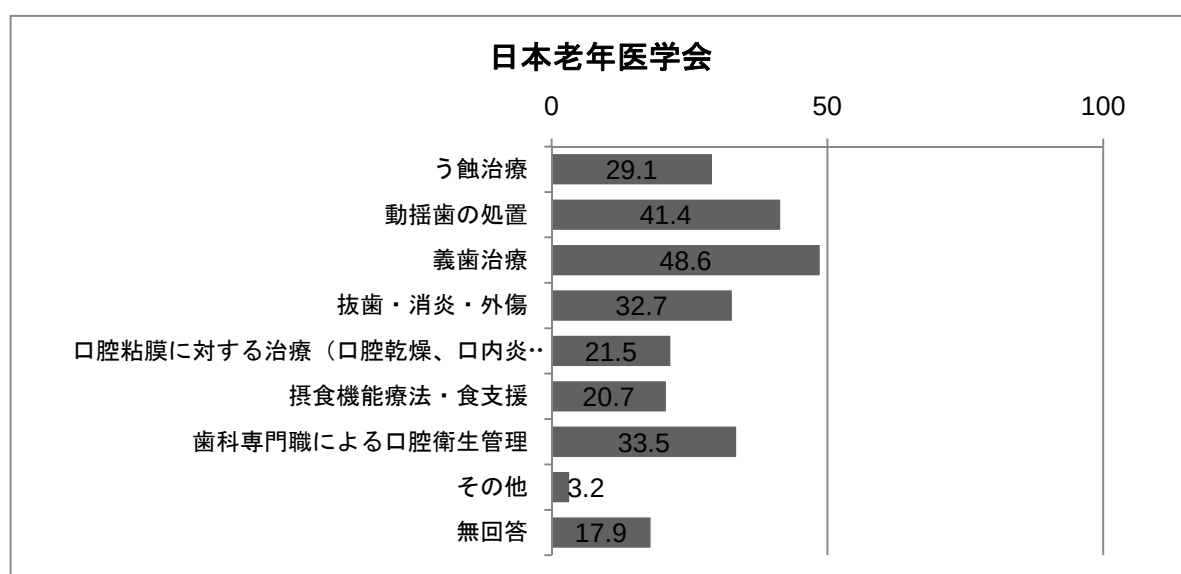
		合計	急性期病院	慢性期病院	介護施設	グループホーム	在宅	その他	無回答
全体	n	858	319	292	316	69	288	39	84
	%		37.2	34.0	36.8	8.0	33.6	4.5	9.8
日本老年医学会	n	251	91	86	41	8	30	6	47
	%		36.3	34.3	16.3	3.2	12.0	2.4	18.7
日本老年看護学会	n	147	61	33	24	2	24	3	32
	%		41.5	22.4	16.3	1.4	16.3	2.0	21.8
日本老年歯科医学会	n	174	83	84	85	22	92	12	1
	%		47.7	48.3	48.9	12.6	52.9	6.9	0.6
日本歯科衛生士会	n	286	84	89	166	37	142	18	4
	%		29.4	31.1	58.0	12.9	49.7	6.3	1.4

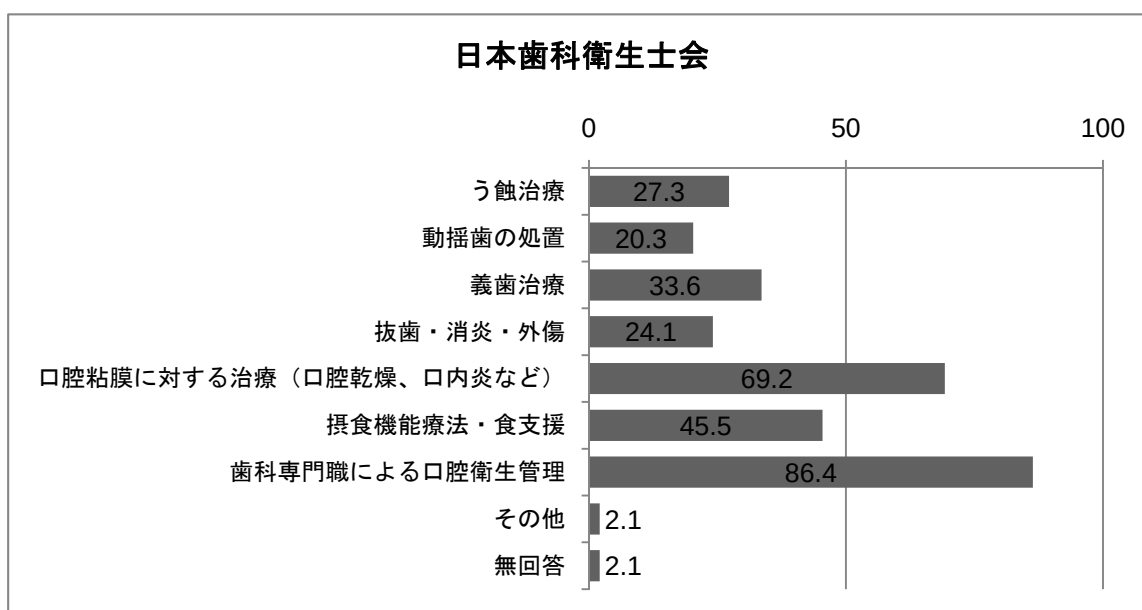
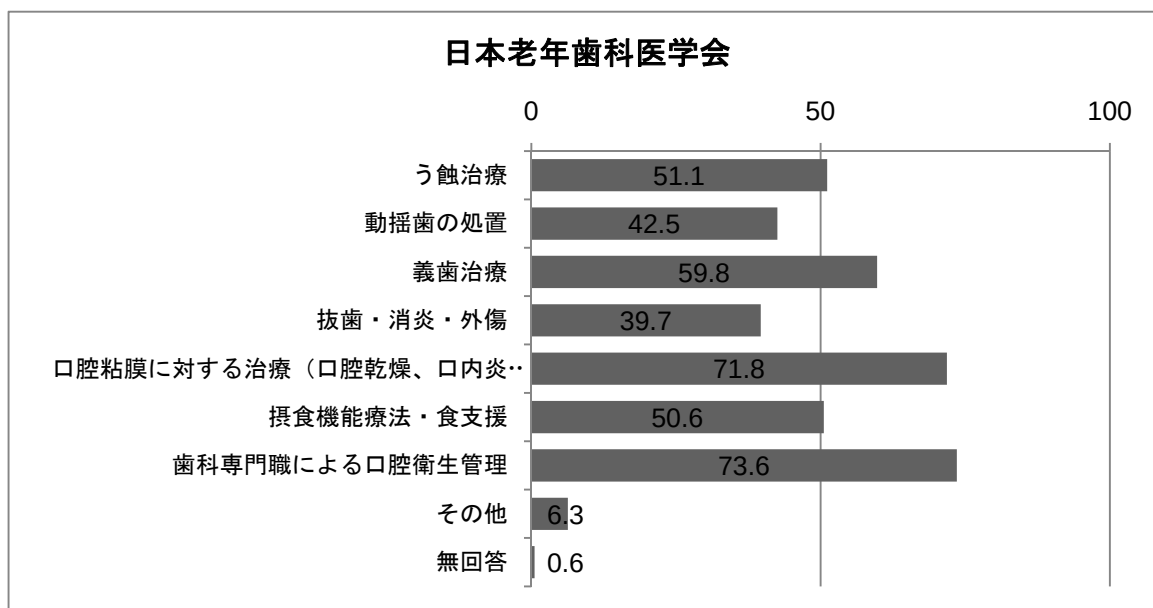


医科系と歯科系で回答が分かれた。医科系では急性期における歯科の必要を感じていたが、歯科系においては在宅歯科医療における必要性を感じていた。どの「場」において、という意味合いより、どの「場」で多く関わっているか（働いているか）に影響を受けたものと考えられた。

5) それはどのような歯科治療、ないしケアの内容でしたか。(複数回答)(4団体共通)

		合計	う蝕治療	動揺歯の処置	義歯治療	抜歯・消炎・外傷	口腔粘膜に対する治療 (口腔乾燥、口内炎など)	摂食機能療法・食支援	歯科専門職による口腔衛生管理	その他	無回答
全体	n %	858	261 30.4	278 32.4	385 44.9	248 28.9	428 49.9	305 35.5	495 57.7	33 3.8	80 9.3
日本老年医学会	n %	251	73 29.1	104 41.4	122 48.6	82 32.7	54 21.5	52 20.7	84 33.5	8 3.2	45 17.9
日本老年看護学会	n %	147	21 14.3	42 28.6	63 42.9	28 19.0	51 34.7	35 23.8	36 24.5	8 5.4	28 19.0
日本老年歯科医学会	n %	174	89 51.1	74 42.5	104 59.8	69 39.7	125 71.8	88 50.6	128 73.6	11 6.3	1 0.6
日本歯科衛生士会	n %	286	78 27.3	58 20.3	96 33.6	69 24.1	198 69.2	130 45.5	247 86.4	6 2.1	6 2.1



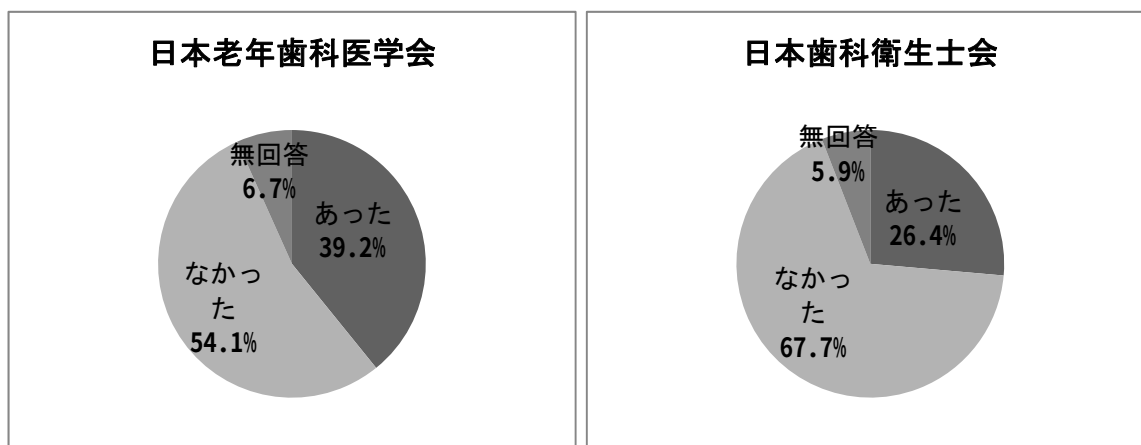


この項目も医科系と歯科系で回答が分かれた。医科系では「義歯」「動揺歯」に関するニーズが高く、これは対処方法が判らない歯科的対応が特に必要なものといえる。一方、歯科系では「口腔衛生」と「粘膜疾患」についての回答が多かった。

医科と歯科で若干の認識の違いがあり、この点が今後の終末期医療の歯科的立場を考えるうえで重要な視点の相違になると考えられた。

7) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はありましたか。(歯科・歯科衛生士)

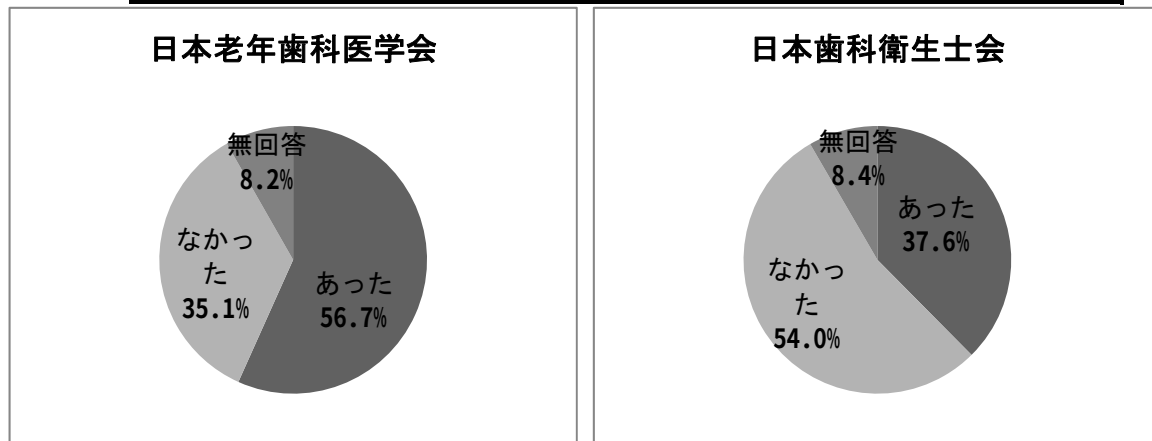
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	516	161	323	32
	%	100.0	31.2	62.6	6.2
日本老年歯科医学会	n	194	76	105	13
	%	100.0	39.2	54.1	6.7
日本歯科衛生士会	n	322	85	218	19
	%	100.0	26.4	67.7	5.9



歯科は訪問診療の場においても依頼された内容に対し、どのように対応したかの報告や他職種との連携がまだ不十分なのではないか、と考えられる結果であった。

8) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療の一部を断念したケースを経験したことがありますか。(歯科・歯科衛生士)

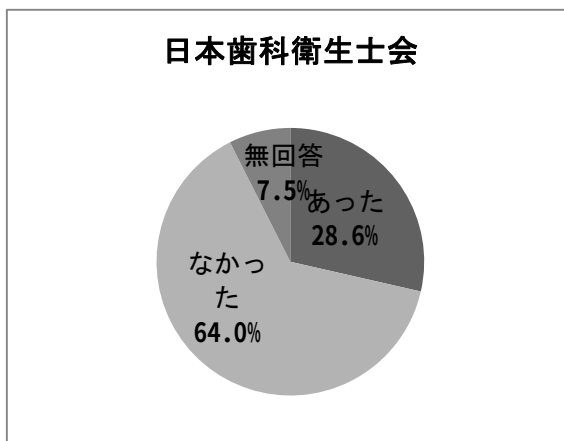
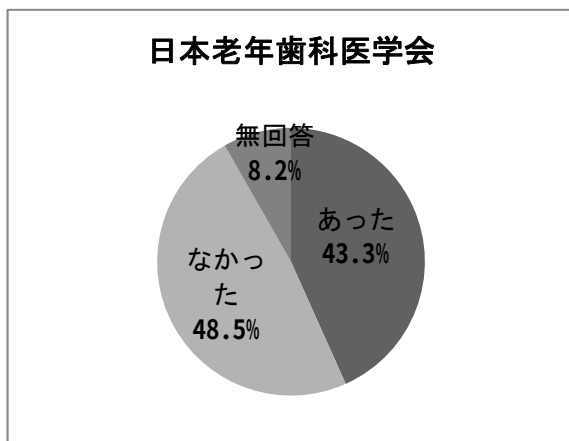
		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	516	231	242	43
	%	100.0	44.8	46.9	8.3
日本老年歯科医学会	n	194	110	68	16
	%	100.0	56.7	35.1	8.2
日本歯科衛生士会	n	322	121	174	27
	%	100.0	37.6	54.0	8.4



老年歯科と認定歯科衛生士での差は、ターミナルステージにおける役割の差が出たと考えられた。ターミナルステージにおける「ケア」は最期まで必要な関わりであり、歯科医師よりも歯科衛生士が最期まで関わり続ける現状があると考えられた。

- 9) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療を追加した（ないし、急遽行った）ケースを経験したことがありましたか。（歯科・歯科衛生士）

		合計	あった	なかった	無回答
全体	n	516	176	300	40
	%	100.0	34.1	58.1	7.8
日本老年歯科医学会	n	194	84	94	16
	%	100.0	43.3	48.5	8.2
日本歯科衛生士会	n	322	92	206	24
	%	100.0	28.6	64.0	7.5



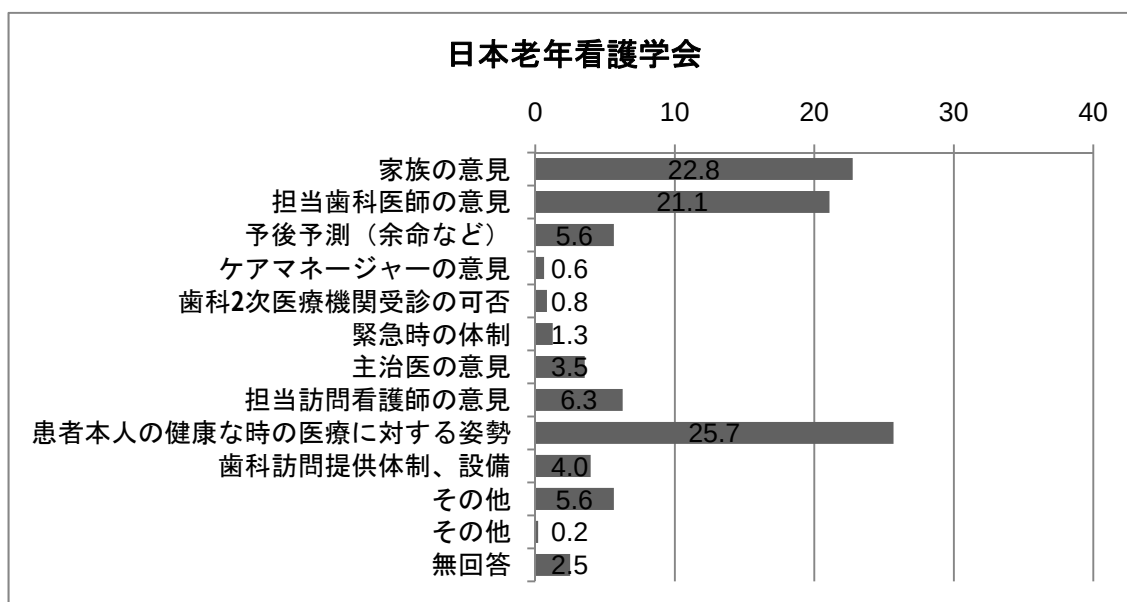
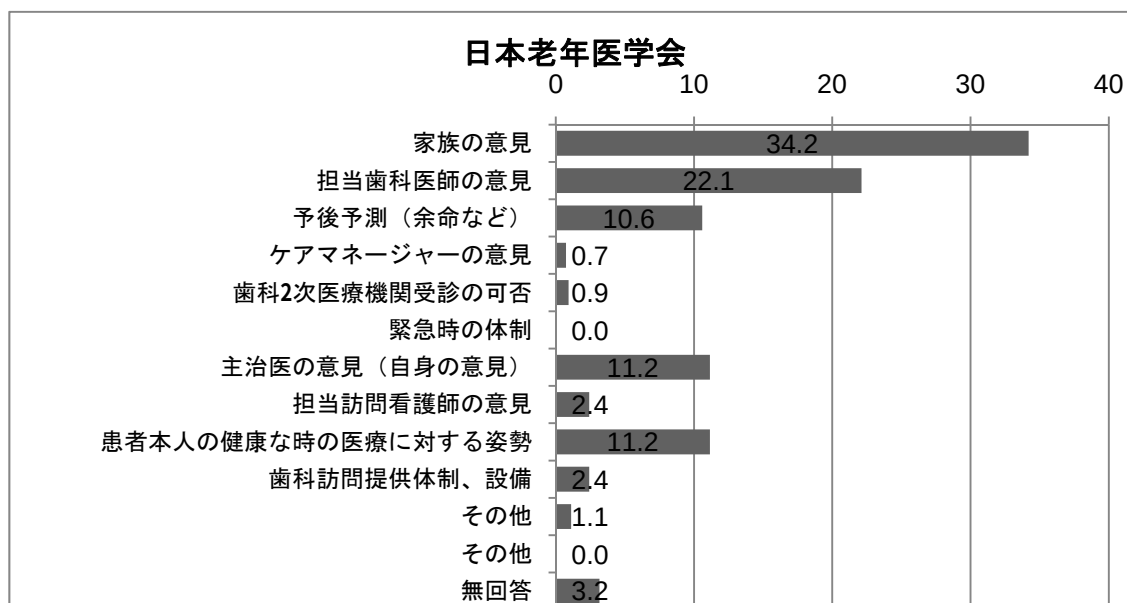
歯科医療の追加は歯科医師に求められる対応が多く、歯科衛生士よりも高率であるのは当然と考えられた。

問4 患者事例（医科・看護）

あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

【1番目】

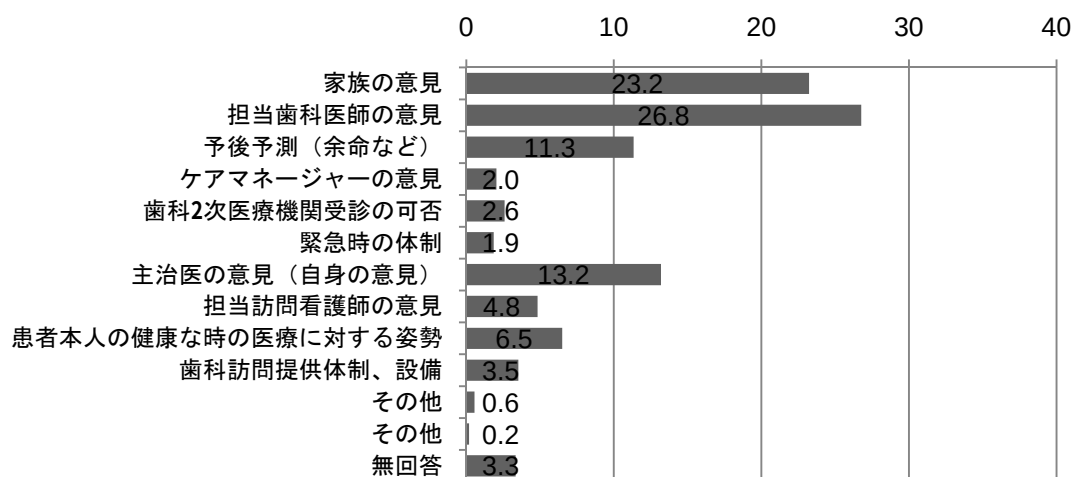
		合計	家族の意見	担当歯科医師の意見	予後予測（余命など）	ケアマネジャーの意見	歯科2次医療機関受診の可否	緊急時の体制	主治医の意見	担当訪問看護師の意見	患者本人の健康な時の医療に対する姿勢	歯科訪問提供体制、設備	その他	その他	無回答
全体	n	1017	293	220	84	7	9	6	77	43	183	32	33	1	29
	%	100.0	28.8	21.6	8.3	0.7	0.9	0.6	7.6	4.2	18.0	3.1	3.2	0.1	2.9
日本老年医学会	n	538	184	119	57	4	5	0	60	13	60	13	6	0	17
	%	100.0	34.2	22.1	10.6	0.7	0.9	0.0	11.2	2.4	11.2	2.4	1.1	0.0	3.2
日本老年看護学会	n	479	109	101	27	3	4	6	17	30	123	19	27	1	12
	%	100.0	22.8	21.1	5.6	0.6	0.8	1.3	3.5	6.3	25.7	4.0	5.6	0.2	2.5



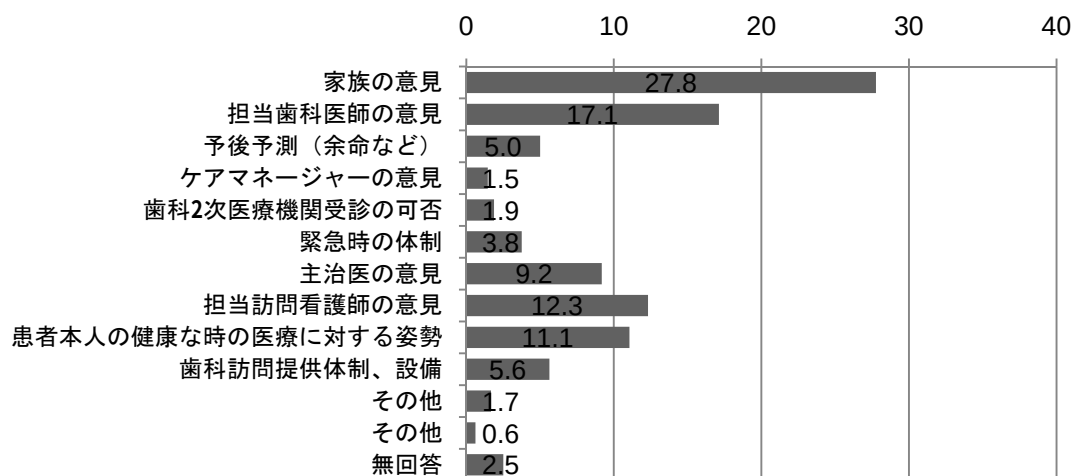
【2 番目】

		合計	家族の意見	担当歯科医師の意見	予後予測 (余命など)	ケアマネ ジャーの意 見	歯科2次医 療機関受診 の可否	緊急時の体 制	主治医の意 見	担当訪問看 護師の意見	患者本人 の健康な 時の医療 に対する 姿勢	歯科訪問 提供体 制、設備	その他	その他	無回答
全体	n %	1017 100.0	258 25.4	226 22.2	85 8.4	18 1.8	23 2.3	28 2.8	115 11.3	85 8.4	88 8.7	46 4.5	11 1.1	4 0.4	30 2.9
日本老年医学会	n %	538 100.0	125 23.2	144 26.8	61 11.3	11 2.0	14 2.6	10 1.9	71 13.2	26 4.8	35 6.5	19 3.5	3 0.6	1 0.2	18 3.3
日本老年看護学会	n %	479 100.0	133 27.8	82 17.1	24 5.0	7 1.5	9 1.9	18 3.8	44 9.2	59 12.3	53 11.1	27 5.6	8 1.7	3 0.6	12 2.5

日本老年医学会

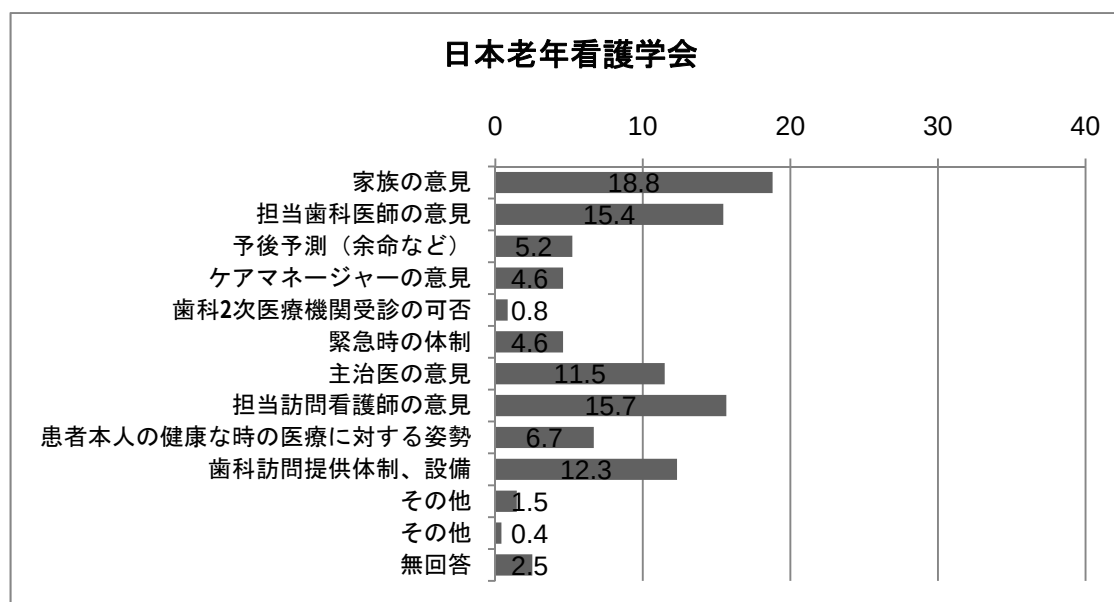
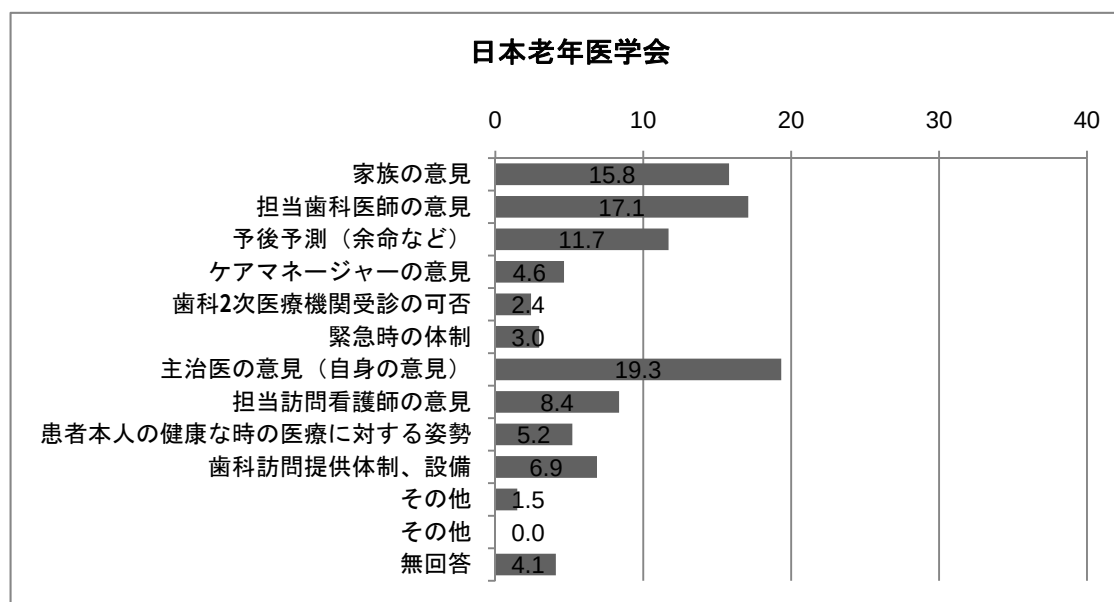


日本老年看護学会



【3 番目】

		合計	家族の意見	担当歯科医師の意見	予後予測 (余命など)	ケアマネ ジャーの意 見	歯科2次医 療機関受診 の可否	緊急時の体 制	主治医の意 見	担当訪問看 護師の意見	患者本人 の健康な 時の医療 に対する 姿勢	歯科訪問 提供体 制、設備	その他	その他	無回答
全体	n	1017	175	166	88	47	17	38	159	120	60	96	15	2	34
	%	100.0	17.2	16.3	8.7	4.6	1.7	3.7	15.6	11.8	5.9	9.4	1.5	0.2	3.3
日本老年医学会	n	538	85	92	63	25	13	16	104	45	28	37	8	0	22
	%	100.0	15.8	17.1	11.7	4.6	2.4	3.0	19.3	8.4	5.2	6.9	1.5	0.0	4.1
日本老年看護学会	n	479	90	74	25	22	4	22	55	75	32	59	7	2	12
	%	100.0	18.8	15.4	5.2	4.6	0.8	4.6	11.5	15.7	6.7	12.3	1.5	0.4	2.5

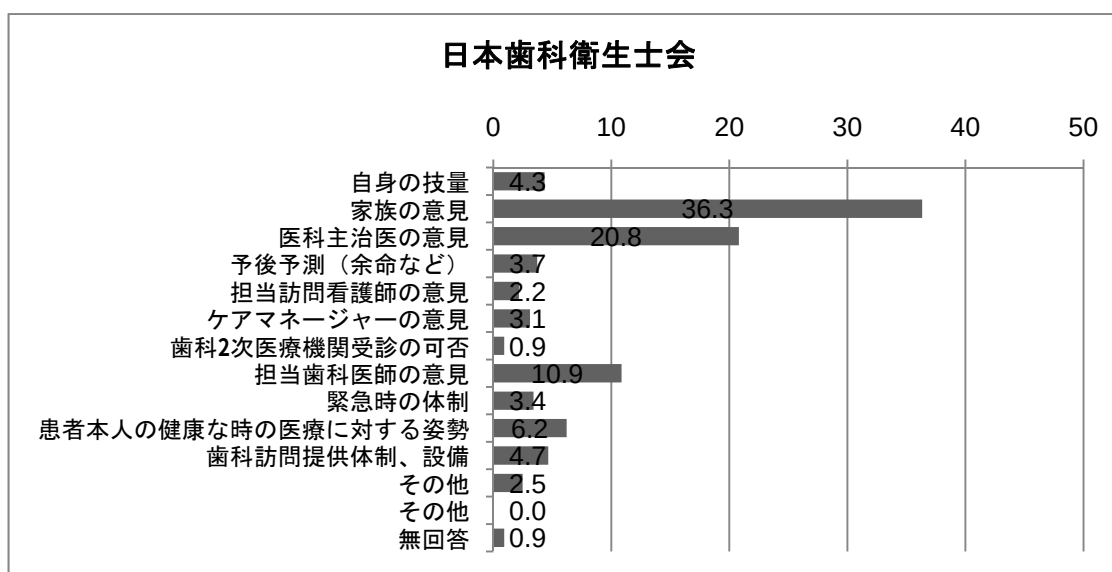
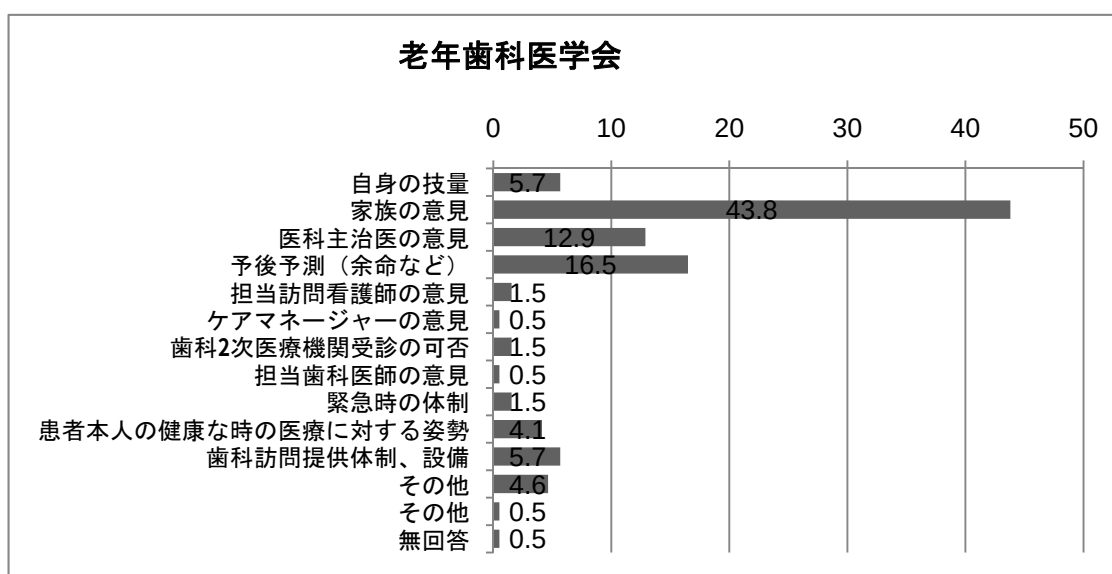


問4 患者事例（歯科・歯科衛生士）

1) あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

【1番目】

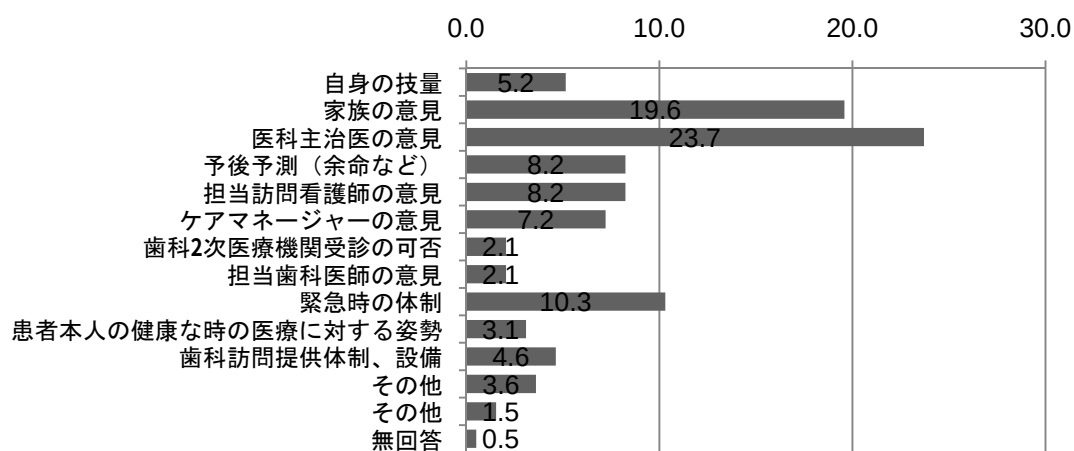
		合計	自身の技量	家族の意見	医科主治医の意見	予後予測（余命など）	担当訪問看護師の意見	ケアマネジャーの意見	歯科2次医療機関受診の可否	担当歯科医師の意見	緊急時の体制	患者本人の健康な時の医療に対する姿勢	歯科訪問提供体制、設備	その他	その他	無回答
全体	n %	516 100.0	25 4.8	202 39.1	92 17.8	44 8.5	10 1.9	11 2.1	6 1.2	36 7.0	14 2.7	28 5.4	26 5.0	17 3.3	1 0.2	4 0.8
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	11 5.7	85 43.8	25 12.9	32 16.5	3 1.5	1 0.5	3 1.5	1 0.5	3 1.5	8 4.1	11 5.7	9 4.6	1 0.5	1 0.5
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	14 4.3	117 36.3	67 20.8	12 3.7	7 2.2	10 3.1	3 0.9	35 10.9	11 3.4	20 6.2	15 4.7	8 2.5	0 0.0	3 0.9



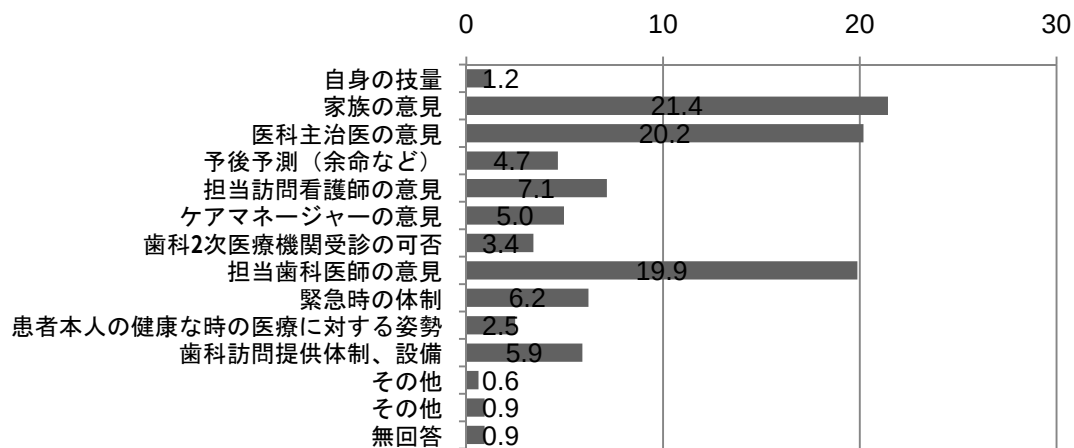
【2 番目】

		合計	自身の技量	家族の意見	医科主治医の意見	予後予測 (余命など)	担当訪問看護 師の意見	ケアマネ ジャーの意見	歯科2次医療 機関受診の可否	担当歯科医 師の意見	緊急時の 体制	患者本人 の健康な 時の医療 に対する 姿勢	歯科訪問 提供体制、 設備	その他	その他	無回答
全体	n %	516 100.0	14 2.7	107 20.7	111 21.5	31 6.0	39 7.6	30 5.8	15 2.9	68 13.2	40 7.8	14 2.7	28 5.4	9 1.7	6 1.2	4 0.8
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	10 5.2	38 19.6	46 23.7	16 8.2	16 8.2	14 7.2	4 2.1	4 2.1	20 10.3	6 3.1	9 4.6	7 3.6	3 1.5	1 0.5
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	4 1.2	69 21.4	65 20.2	15 4.7	23 7.1	16 5.0	11 3.4	64 19.9	20 6.2	8 2.5	19 5.9	2 0.6	3 0.9	3 0.9

日本老年歯科医学会



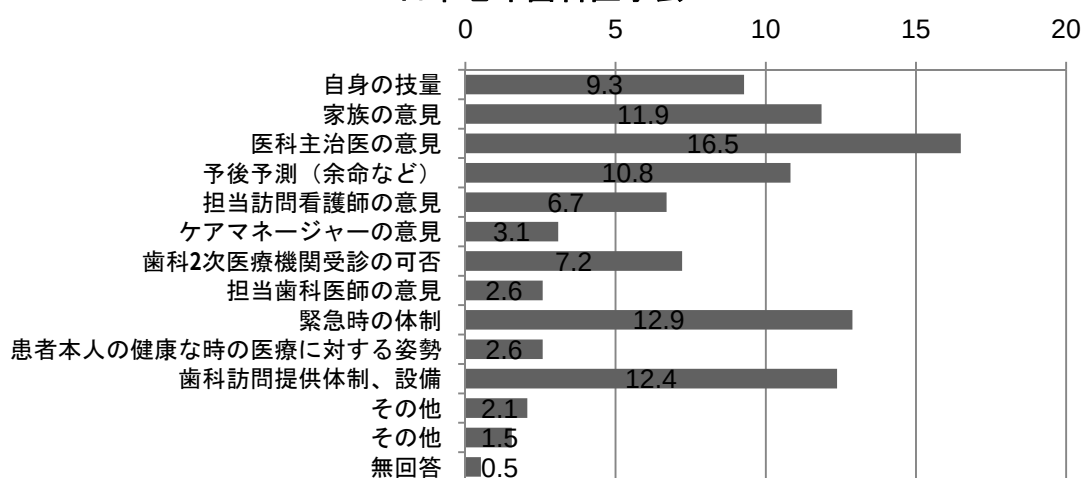
日本歯科衛生士会



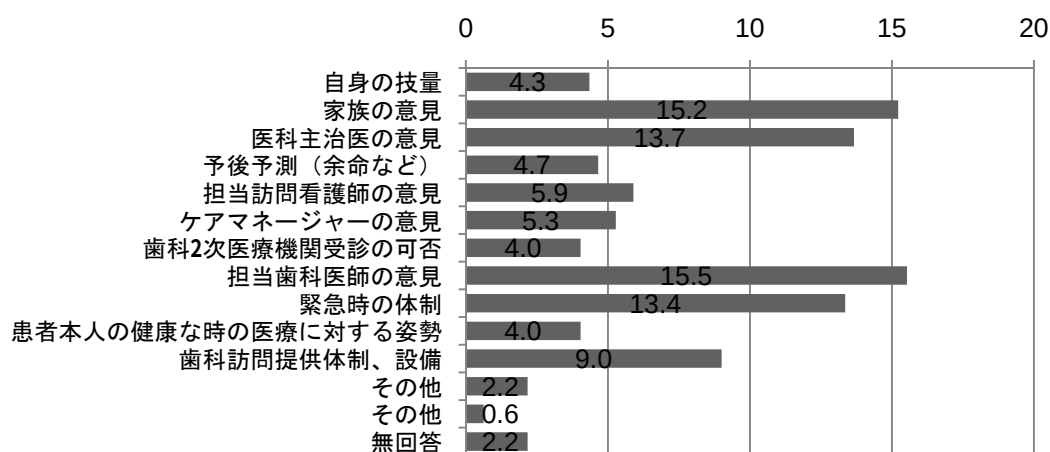
【3 番目】

		合計	自身の技量	家族の意見	医科主治医の意見	予後予測 (余命など)	担当訪問看護 師の意見	ケアマネ ジャーの意 見	歯科2次医 療機関受診 の可否	担当歯科医 師の意見	緊急時の 体制	患者本人 の健康な 時の医療 に対する 姿勢	歯科訪問 提供体 制、設備	その他	その他	無回答
全体	n %	516 100.0	32 6.2	72 14.0	76 14.7	36 7.0	32 6.2	23 4.5	27 5.2	55 10.7	68 13.2	18 3.5	53 10.3	11 2.1	5 1.0	8 1.6
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	18 9.3	23 11.9	32 16.5	21 10.8	13 6.7	6 3.1	14 7.2	5 2.6	25 12.9	5 2.6	24 12.4	4 2.1	3 1.5	1 0.5
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	14 4.3	49 15.2	44 13.7	15 4.7	19 5.9	17 5.3	13 4.0	50 15.5	43 13.4	13 4.0	29 9.0	7 2.2	2 0.6	7 2.2

日本老年歯科医学会

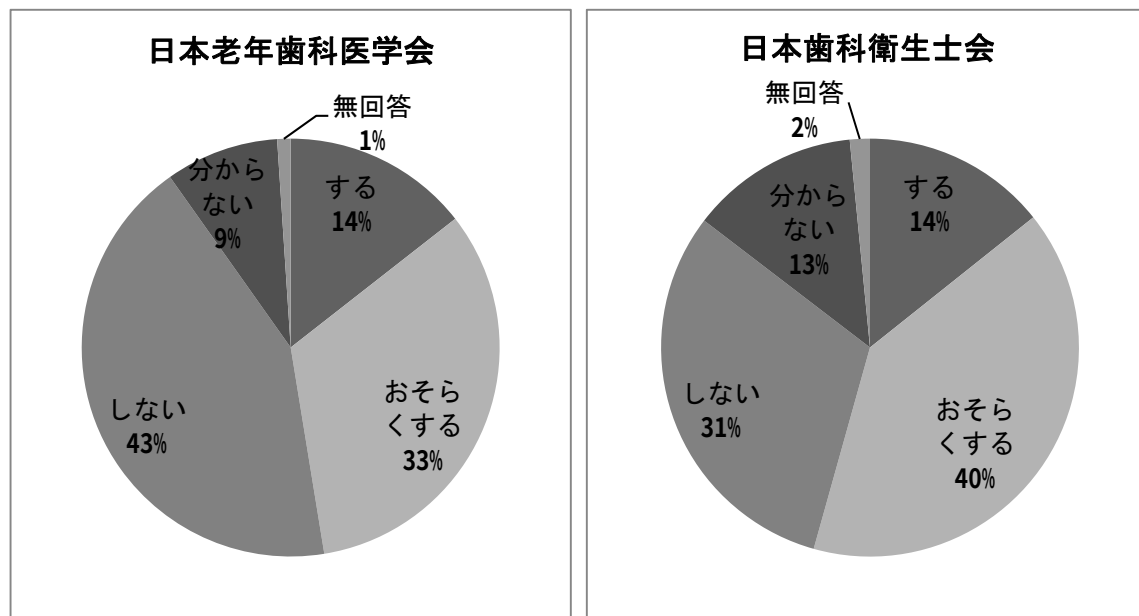


日本歯科衛生士会



2) あなたはこの患者ないし家族に対して、強く観血処置の必要性を説明しますか？

		合計	する	おそらくする	しない	分からない	無回答
全体	n %	516 100.0	74 14.3	193 37.4	183 35.5	59 11.4	7 1.4
日本老年歯科医学会	n %	194 100.0	28 14.4	64 33.0	83 42.8	17 8.8	2 1.0
日本歯科衛生士会	n %	322 100.0	46 14.3	129 40.1	100 31.1	42 13.0	5 1.6



1) 認知症患者の歯科治療の方針を議論する上で参考とする項目

終末期にある重度認知症高齢患者の歯科治療の方針に関する議論を行う上で、参考にする重要な項目について尋ねたところ、日本老年医学会の医師は1番に参考とするのは「家族の意見」34.2%、日本老年看護学会の看護師は「患者本人の健康な時の医療に対する姿勢」25.7%、日本歯科衛生士会認定在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士は「家族の意見」36.3%、日本老年歯科医学会の認定医・専門医である歯科医師は「家族の意見」43.8%であった。

設問は1番目から3番目に重要と思われるものを順に回答を求めたが、1番目から3番目までの回答を合計すると、4職種とも一番回答が多かったのは「家族の意見」で、重度認知症患者の治療方針の決定には家族の意見が重要であるとの認識はすべての職種が感じていることが分かった。次に2番目は老年医学会、老年看護学会が「担当歯科医師の意見」であったのに対し、歯科衛生士会、老年歯科医学会は「医科主治医の意見」と治療の必要性やそのリスクを重要視することが示唆された。3番目に多い項目については、各職種でバラツキがあるものの、特筆すべきは老年看護学会の看護師の多くが、「患者本人の健康な時の医療に対する姿勢」を挙げており、老年看護学会の看護師の回答では最も多く、看護領域では医療的なリスクや家族の意見よりも先ず、認知症患者本人の意志を尊重する視点を持つものが多いことが示唆された。

	老年医学会	老年看護学会	歯科衛生士会	老年歯科医学会
最も重要とした回答が多かった回答	家族の意見 34.2%	患者本人の健康な時の医療に対する姿勢 25.7%	家族の意見 36.3%	家族の意見 43.8%
最も多かった回答	家族の意見 73.2%	家族の意見 69.3%	家族の意見 73.0%	家族の意見 75.3%
2番目に多かった回答	担当歯科医師の意見 66.0%	担当歯科医師の意見 53.7%	医科主治医の意見 54.7%	医科主治医の意見 53.1%
3番目に多かった回答	主治医の意見 43.7%	患者本人の健康な時の医療に対する姿勢 43.4%	担当歯科医師の意見 46.3	予後予測 35.6%

2) 重度認知症患者の観血処置に関する考え方

通常であれば抜歯が適用と思われる事例に関して、終末期にある重度認知症患者という状況により治療方針の説明時に患者および、家族に対して観血処置をどの程度勧めるか歯科医師と歯科衛生士に尋ねたところ、老年歯科医学会の歯科医師の43%が強く観血処置の必要性を説明しないと回答したのに対して、日本歯科衛生士会の歯科衛生士は31%が強く観血処置の必要性を説明しないと回答したに留まった。これはリスクを負う立場にあるかということと、その後の口腔内の管理を誰が担うのかという、相反する立場であることが、影響した可能性が高い。前設問にて歯科医師は治療方針の議論において「医科主治医の意見」や「予後予測」を挙げているものが多く、リスク管理を第一に考えていることが伺えた。

第 2 章 アンケート調査自由記載掲載

01 日本老年医学会

"問 2.(2)『終末期医療』に関して、あなたの職場で議題に上ることはありますか。

- ・ 終末期における透析療法の適応
- ・ 高齢者が入居している老人ホームの健康管理、医療等に関係している職種にある為、終末期医療に関心が深い。
- ・ 栄養確保の問題、特に胃瘻造設の是非、点滴をするか否か。急変時に病院へ入院させ積極的治療を行うかどうか。
- ・ 病状がどんどん悪くなって、救命し得なさそうな状態と考えている。
- ・ 患者、家族とよく話し合っている。
- ・ 胃瘻
- ・ どこまでするか、など
- ・ 経腸栄養剤は、食品扱いとして、すべて自費とすべき。
- ・ 医療をすべきか、否か、するならどのレベルまで、患者、家族の考えは？
- ・ 積極的な治療の可否に際して。
- ・ 個々の症例カンファレンスの中で
- ・ 往診、又は看取りの時には深く関与していると思います。
- ・ 開業して、救急医療、集中治療室から遠ざかったため、ありません。
- ・ PEG の適応など
- ・ ALS の終末期など
- ・ PEG の適応、がん治療の継続など。
- ・ 老衰に近い状態ならば過度な医療介入しない。
- ・ 積極的な医療を行うかどうか？
- ・ 急変時
- ・ 治療方針の決定時など
- ・ 嚥下障害のある患者さんに対する栄養管理について。
- ・ 延命処置に関する問題、本人の意思決定。
- ・ 老健施設でのターミナルケアができるかどうか。
- ・ ペグの適応
- ・ 終末期の判定について
- ・ 自意識がなく全介護、介助がなければ医療処置しても植物状態に伴う変動。
- ・ 個々の患者さんへの対応を判断する時
- ・ 看取りなど
- ・ 終末期の患者をしばしば受け持つので、個々のケースについて終末期医療の内容を考えることはよくある。抽象的な終末期を論じることはあまりない。
- ・ 今後の診療方針について
- ・ 勤務地が大学病院のため、高齢者の終末期をみる環境ではない。
- ・ どこまで治療をするかはいつも議論しています。
- ・ 急変時の方針決定の際に。
- ・ PEG, IVH の使用について。

- ・事前指示書のあり方について、医療のかかわり方について。
- ・意思表示の出来ない患者に対する侵襲的治療・検査をどこまで行うかなど。
- ・他職種の方とよく意見を交えたことがありました。
- ・延命治療の可否について。
- ・同僚もしくは Msw、Nrs と
- ・点滴の可否、内容
- ・栄養管理
- ・癌末期患者
- ・延命処置をするかしないか家族に説明するさいに定義があいまい。
- ・回復の見込みのない患者に対する人工呼吸器の使用など。
- ・訪問診療の場で希に議題となります。
- ・本人や家族の意思がどこにあるか。
- ・認知高齢者の血圧管理などについて薬をやめようか？つづけさせようか？などと discussion することが多いです。
- ・治療方針の決定等
- ・胃瘻の問題、在宅医療に関する件
- ・延命治療について
- ・高齢者に対して呼吸器、PEG など所謂延命の是非について。
- ・経管栄養や中心静脈栄養について。
- ・治療の差し控えの是非に関して。
- ・Background により異なるマネジメントが必要であり、難しい。
- ・胃瘻の有無等について
- ・院内勉強会で
- ・高齢者終末期医療の在り方
- ・医療の継続や中断について。
- ・医療行為の内容
- ・主治医（+家族）の考えで適宜行われている。
- ・特別養護老人ホームに週 1 回勤務しており、2 ヶ月に 1 回程度、家族を含めたり欠席のまま、看護師、ケースワーカーと会を開く。
- ・神経難病など ALS
- ・個々の患者の栄養管理
- ・高度医療が必要か？など
- ・倫理委員会
- ・末期認知症患者における人工栄養導入の有無。高度嚥下障害患者における人工栄養導入の有無。
- ・回診等で今の治療の継続が本当にその人のためになっているのか、看護スタッフからの問いかけがある。
- ・終末期の水分・栄養補給の仕方、選択、ケア等について。
- ・特に疾患なく「食べない」老人の胃瘻導入。

・90才台の老女（祖母）が救急医療の現場で「こんなの治療したくない」と救急医がつぶやいて嫌な顔をした事例について妻と話すことあり。（大量下血によるショック例で救急搬送された地域の救急医療センターでのこと）

- ・看護師より治療方針の確認の際にある。
- ・PEGを認知症患者さんに造設するかどうか。
- ・輸液、経管栄養の導入と継続の是非について。
- ・治療方針（栄養、内科的、外科的治療の選択等）
- ・栄養のあり方、PEG、Aspiration pneumonia などへの対応
- ・延命措置（胃瘻、呼吸器など）について
- ・リハビリ病棟、療養病棟、自宅での過ごし方。
- ・入院例のDNARについて経口摂取を続。けるか
- ・経腸栄養の適応の有無
- ・積極的治療の差し控え。
- ・認知症の人について
- ・緩和ケア、リハビリ、摂食、嚥下、口腔ケア、看取り、在宅
- ・透析導入、非導入
- ・PEGの適応など
- ・特定の入所者（介護施設勤務時）の一般状態を観察している中で看護師、介護士、リハビリ関係者と予後について（加療を含めて）。
- ・摂食に関して
- ・点滴、胃瘻、経管栄養の続行中止、胃瘻、IVHの造設の可否
- ・衰弱し食物が摂れなくなる。
- ・PEGの適応について
- ・どこまでの医療を行うか
- ・在宅医療における看取り
- ・私の勤務病院は急性期医療施設ですが、超高齢者の心・肺・胃機能の慢性的な低下例で認知機能低下を伴う例における「終末期医療」について議論する機会が増えつつあります。
- ・一般的に言われていること。
- ・どこまで積極的治療を行うか。
- ・寝たきりの高齢者で治療による状態の改善がほとんどみこまれない場合、また、点滴などの処置をすることで拘束し続けられないといけない場合。
- ・終末期管理
- ・本来は手術適応である弁膜症や虚血性心疾患の患者さんが、侵襲的治療を拒否している場合。急性心不全等で状態が悪化した場合、どこまで治療するか。
- ・どこまでの治療を行っていくべきか等。
- ・①急変時対応②食事が摂れなくなった際の対応
- ・HD、Ptに関する終末期の扱いに関して。
- ・多くの患者は高齢者なので、よくあること。
- ・治療介入に関してどこまで積極的にやるべきか。

- ・重症循環器疾患の終末期医療
 - ・PEG の適応について
 - ・co-medical の場合は話題の中心である。
 - ・胃瘻の是非など
 - ・治療方針決定の場において、家族との話し合いの場で関係職種、各担当者との意志統一の場において。
 - ・呼吸管理、胃瘻設置など
 - ・生命維持装置の継続期間
 - ・病院への転送の可否
 - ・認知症を伴う嚥下障害がおき、摂食不良になってしまった時。
 - ・栄養摂食の方法
 - ・経管栄養、点滴による栄養水分補給をいつまで行うか。
 - ・PEG 造設、点滴の続行、抗生物質投与等、呼吸器、ペースメーカー、ガンの手術。
 - ・神経変性疾患の進行期など
 - ・入院患者の中で、アルツハイマー型認知症（高度：FAST7）で全く食べられなくなった患者（寝たきり）のケアをどうするかスタッフで話し合う。
 - ・栄養法、急変時の処置等
 - ・CV や PEG のこと
 - ・終末まで治療を継続するか否か。
 - ・どこまで治療すべきか。
 - ・治療をどこまで行うかについて。
 - ・緩和ケア病棟検討会にて討議。
 - ・受け入れ先など
 - ・医療、看護、介護の行為の許容範囲について
 - ・病棟カンファレンスにて
 - ・終末期の薬剤使用、終末期のケア環境
 - ・胃瘻の導入について
 - ・食事がとれなくなった患者に、どこまで点滴を行うか。また、経鼻経管などを行うのか？
- 緩和ケアなど、慢性期についても情報多くあるべき。
- ・治療の中止に関して
 - ・レスピレーターの使用をどうするか。
 - ・PEG の造設をやるかやらないか。
 - ・急変時の対応や在宅医療のあり方など
 - ・胃瘻の是非、褥瘡の治療方針
 - ・延命に関する事
 - ・どの程度治療を行うか？
 - ・胃瘻造設をするかどうか etc.
 - ・カンファレンスケア
 - ・健診などで末期癌が発見される。

- ・癌性疼痛を和らげる
 - ・積極的な延命などについて
 - ・胃瘻造設はなるべくしない。
 - ・社会福祉士、介護福祉士、ST などのリハビリ職、栄養士、看護師、ケアマネージャー、包括支援センター職員などと話し合います。
 - ・本人、家族の意志の反映したものが十分でないのではないか。
 - ・胃瘻や蘇生処置をどこまで行うか？について。
 - ・誤嚥性肺炎を繰り返すが、経口摂取を継続するか否かに関して議論した。
 - ・PEG をいつまで続けるべきか。
 - ・直面しているが、議題としてはあがらない。
 - ・患者の家族で該当する場合など。
 - ・胃瘻の是非、点滴の是非
 - ・胃瘻の適応、中心静脈栄養の適応について。
 - ・栄養摂取方法（胃瘻の是非）、人工呼吸器
 - ・不勉強であるにも関わらず、何でも終末期を理由にして何もしない場面を見ることがあるので、○
- はすべきではないかと話し合う。
- ・寝たきり、意識不明、重度認知症に対してどこまで医療を行うか。
 - ・神経難病の進行期で、終日臥床となった患者の対応の際。
 - ・家族と一緒にどのように看取りをするか
 - ・終末期かどうかは本人→看護（家族）から話題となることが多い。
 - ・医師、看護師、ケアマネ、相談員らとの間で、しばしば話題になる。
 - ・患者の治療の方針の決定
 - ・胃瘻、チューブ管設置等
 - ・治療内容の選択
 - ・終末期医療の患者を特に扱っていない。
 - ・入院患者さんのマネジメントにおいて。
 - ・ケア施設への退院がすすまない。
 - ・高齢者の最期の迎え方について。
 - ・入院患者について、容態急変や、終末期にどこまで延命処置を施行するか患者家族と意思疎通を図る様、心がけている。
 - ・看取り介護、看護について。
 - ・医療、介護について。
 - ・家族の認識、看護師の認識がずれている。医師として説明する度よく感じる。
 - ・どこまでの医療をすべきか、家族にどのように説明したらよいかなど。
 - ・現在、終末期医療は診療の対象にしていない。
 - ・誤嚥性肺炎を繰り返す方をどうするか。
 - ・家族の希望があれば取り入れる。
 - ・急性期病院のため、転院等の検討をせまられる。
 - ・高齢者の経管栄養の開始。摂食障害に対する治療の選択。

- ・ Advance Care Planning
- ・ 人工呼吸器や対症療法的輸血などの是非について。
- ・ PEG 造設の適応など
- ・ 毎月 1 回 Case Conference を開く。終末期で死が近いと予測されれば家族を呼び、ナース立会でターミナルの治療方針を打ち合わせる。
- ・ 認知症例における食事摂取。
- ・ 経口不良な患者における治療選択肢、PEG、水分輸液、経過観察について。
- ・ 食べられなくなったらどうするか、とか話をする。

問 2.(3)あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はどの程度ありますか。

- ・ 終末期における透析療法の適応
- ・ 看取りに際して、どこまで治療するか。
- ・ もう点滴その他（ドーパミン）を中止しようかなと…。
- ・ しょっちゅうしている。
- ・ 嚥下機能低下での PEG などの可否についてなど。
- ・ PEG の処置についての適否
- ・ 医師（看護師）まで
- ・ 在宅調整のカンファレンスでどこまで治療するか開業医や他職種とも会えば結果を聞く。
- ・ 主的介護者、ケアマネ、主治医で。
- ・ 治療方針や栄養方法について。
- ・ 経口摂食不可能になった時の自向後の処置
- ・ 延命に関する問題について。
- ・ 終末期の栄養補給方法について。
- ・ 酸素吸入（挿管）の適応
- ・ 数ヶ月に 1 回程度、担当者会議を臨時に。
- ・ 疾病の改善なく保存的維持処置の場合家族の主たる責任を覚悟する人を決めてもらう。
- ・ 我々の両親、親族の終末期に。
- ・ 何をゴールとして、そこにむけて各職種がどのような働きをするのかを確認する場。
- ・ どこで最期を看取るか、どのような医療を（治療を）のぞむかなど。
- ・ 常に医療に関して話し合っています。
- ・ 担当した全入院患者や一部の外来患者。
- ・ 病院勤務中に時々このような話し合いがありました。
- ・ 肺炎の終末期人工呼吸選択
- ・ 医療・介護からのサポートについて。
- ・ 年齢、認知症の程度により、また寝たきりなどで家族や本人が、医療を切り上げようとする事が有る。
- ・ 入院患者はもっていない。

- ・IC 時に
- ・栄養管理
- ・治療、ケアの方向性について
- ・胃瘻を行うか、経口摂取ができなくなれば代替栄養を行わないかどうか。
- ・レスピレーターを使用するか否かについて。
- ・急変時の対応についてなど、昇圧剤、人工呼吸などの使用について。
- ・上記のようなケースですが多くはありません（現時点で）。
- ・終末期での積極的医療の差し控え、看取りの段取りなど。
- ・延命
- ・1～2度参加したことがあります。
- ・病院内、施設及び在宅等での治療や療養について。
- ・病棟で終末期の癌患者治療に関して。
- ・高齢者に対して呼吸器、PEG など延命をするか否か家族の意思確認
- ・経口摂取が困難な状況のときに。
- ・高カロリー輸液
- ・PEG、NG feeding
- ・挿管、心マッサージの方針
- ・介護カンファレンス
- ・終末期と考えられる患者の家族と今後の栄養管理の方針や心肺停止とした際の治療方針などについて。
- ・ケアカンファレンス（多職種カンファレンス）を行う方針を決定することあり。
- ・治療方針について
- ・症例検討で
- ・患者さん及び家族の意思をどうやって反映するか。
- ・治療方針カンファレンスを行っている。
- ・医療行為の内容
- ・話し合いも適宜であり、システム化されていない。
- ・上記の会には欠かさず出席する。
- ・認知症の末期の栄養補給など
- ・栄養管理
- ・介護保健がらみのケア会議にて
- ・病棟など
- ・病院において医師、看護師、看護助手、ソーシャルワーカーと治療方針の話し合い。経口摂取できない、誤嚥を繰り返す等の治療方針を家族を交えて話し合うことがある。
- ・終末期の水分・栄養補給の仕方、選択、ケア等のカンファレンス。
- ・特に疾患なく「食べない」老人の胃瘻導入パターン。
- ・1例、超高齢男性で何があっても家で看取られたいと強い意思表示をされていた方が（妻と2人暮らし）、大腿骨頸部骨折を生じ、どうするかと判断をせまられたとき、急性疾患であるからまずは病院へ行こうと強くすすめて納得してもらった case。

- ・治療、ケア方針決定のためのプロセス参加
- ・PEG の適応やくり返す肺炎への対応について。
- ・退・転院での抵抗
- ・入院例の DNAR について経口摂取を続けるか。
- ・急変が予想された段階で、家族を含めたチーム全体で方針の確認を行う。
- ・緩和ケア、リハビリ、摂食、嚥下、口腔ケア、看取り、在宅のことについて。
- ・患者家族への病状説明時
- ・急変時の対応の方法についての希望等。
- ・服用に関して
- ・延命処置するか否か？経管栄養（胃瘻含む）の開始、続行の可否
- ・今後の経過を見る方針について。
- ・主治医が対応しており、対応方針の決定に際し助言することがほとんどです。
- ・患者の意志の確認、家族の考え方の統一。
- ・寝たきりの高齢者で治療による状態の改善がほとんどみこまれない場合、また、点滴などの処置をすることで拘束し続けられないといけない場合。これらの内容で本人の尊厳を考え、家族と話し合う。
- ・老衰状態で積極的治療はしない旨のことを家族を含めた関係者で話した。
- ・DNR について
- ・ADL の低い（認知症、脳梗塞後遺症）患者さんが、心不全を繰り返し、どこまで治療するか。
- ・食事が摂れない状態で、かつ自宅での最期を迎えようとする時。
- ・急変時の延命措置、負担の大きな検査や治療。
- ・家族への病状説明の際に看護師同席で話すことは場合によってありました。
- ・顧問と介護施設長を兼任しているが外来のみ担当。入院や入所中の患者さんについて、その外来担当として参加。
- ・認知症合併例など
- ・患者への説明をするためにしている。私自身、父が超高齢者である。
- ・サービス担当者会議に出席し、今後の方針について話し合った。①元気な頃の本人の希望、②医学的な見直し、の2点を述べた。
- ・病院への転送の可否
- ・医師と家族（もしくは医師、看護師、ケアマネージャーと家族）との話し合い→終末期医療を具体的にどこまでするかを話し合う。
- ・胃瘻造設の問題、今後の治療方針の決定などに立ち合う。看取りの際の栄養補給の問題など。
- ・栄養摂食の方法
- ・治療のさしひかえと苦痛除去を主眼にした緩和治療への理解。
- ・PEG 造設、点滴の続行、抗生物質投与等、呼吸器、ペースメーカー、ガンの手術。
- ・スタッフ、家族を含めて、患者を今後どのように治療、ケアすべきかを話し合う。
- ・CV や CPR のこと
- ・終末期延命処置をするか否か。
- ・家族の希望
- ・治療方針

- ・自宅での終末について
- ・入院時治療方針決定の為
- ・特に施設入居者では必ず行う。
- ・97才の胆のう炎。家族は手術以外の治療を希望。家族・内科医・看護・福祉で方針を検討した。
- ・当院では、定期的にケアカンファレンスあり。
- ・レスピレーターの使用をどうするか。
- ・難病などを在宅に帰す時など
- ・脳腫瘍や脳梗塞などのPtで、延命治療をどこまでするか。
- ・相談を受けることはある。レスピレーター装着で手を握る程度の反応しかない人のペースメーカー入れ替えなど。
- ・ターミナルカンファレンスを実施しています。
- ・処置内容
- ・治療の継続や在宅での対応
- ・入院時に今後の方針について家族と話し合う。
- ・以前在宅診療をしていた頃、経管栄養について話し合った。
- ・予後と治療法との関連について、家族が意志一致しないため、情報が一本化できず。
- ・上記の通り。
- ・カンファレンスで概ね方針決定し、関係者や職種を交えたカンファレンスには担当医が参加する。
- ・大学病院時代のムンテラで。
- ・延命を望むか
- ・今後どこまで治療を続けるかについて。栄養形態について。
- ・事前要望書について
- ・NG、PEG、IVHをするか否か、看取りをするか否か。
- ・どこまで医療を施すことを希望するか。
- ・退院時カンファ
- ・摂食障害の経管栄養に関する治療方針。
- ・在宅医や在宅支援スタッフ（ケアマネージャー等）とのカンファレンスがあります。
- ・終末期と判断した時点で、家族に説明をし、全職種で集まってケアプランを立てる。
- ・老健施設の本来的な性格上の説明に由来する場合が多い。
- ・チューブ管設置等
- ・治療内容の選択
- ・65歳まで大学病院循環器内科に勤務していたので、高齢の心疾患患者さんを診ることが多く、そのような経験はあります。
- ・人工栄養、血液透析、人工呼吸に関して、行うかどうか。
- ・ターミナルケアカンファレンス（終末期患者についての合同カンファレンス）。
- ・治療方針の決定
- ・認知症重度の高齢患者を扱う病院の為、常にその場にいる。
- ・看取り対象者について。
- ・介護施設等の入所について等。

- ・家族の認識、看護師の認識がずれている。医師として説明する度よく感じる。
- ・どこまで治療するのか、家族が患者さんの終末期をどのように受け入れるかなど。
- ・紹介先を選ぶ時に、関係者で話し合う。
- ・「終末期高齢者」の定義がないと本当は答えられません。
- ・終末期の治療、癌患者（初めて発見）、食べられなくなった患者。
- ・経口摂取が難しくなった時に、どうするか？
- ・家族の希望があれば取り入れる。
- ・治療方針の決定
- ・高齢者の経管栄養の開始。摂食障害に対する治療の選択。
- ・在宅医療
- ・誤嚥リスクの高い認知症患者の在宅介護に向けた退院前カンファレンスが1回あります。
- ・入院後急変時の対応についてなど。
- ・常に実施している。
- ・摂食不能者における摂食のあり方。
- ・“関係職種”の範囲の特定は困難であり、また時間の調整も困難のため家族のみと話すことが殆どです。
- ・今後の方針を決める。家族の意向を聞く。

問2.(4)あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療の一部を断念した経験はありましたか。

- ・現在は自身で診療担当することがないため。
- ・透析療法中止、非導入
- ・問題がある症例の医療には、複数の医師の検討・相談がある。患者の状況、条件、家族との話し合いの中で、医療の末期治療が進められる。
- ・どんどん悪くなって救命し得なくなった時に、婦長、関係医師と相談の上でドーパミン補充液を軽減し、しぼる。
- ・患者を苦しめるばかりと判断した時
- ・人工呼吸器、抗がん剤
- ・人工呼吸器装着
- ・胃瘻、点滴、検査、気管挿管
- ・回復可能性を考えて行う。
- ・必要以上の治療を患者に勧めなければよい。
- ・断念はしない。患者人生は患者が選択する。
- ・痰や誤嚥性肺炎で背景に多疾患を抱えているもの。
- ・人工呼吸器の装着、透析の維持
- ・激しい拒否（蹴っ飛ばすなど）高度の脳障害。
- ・呼吸器管理、手術
- ・経鼻栄養、PEG など。

- ・人工呼吸器、人工栄養
- ・原因疾患の精査、治療・投薬
- ・特別養護老人ホーム入所者で認知症、難治性褥瘡→血液製剤使用を断念。家族も望まない。
- ・各種の負担のかかる検査
- ・リハビリを処方しない。
- ・昇圧剤投与
- ・侵襲的な方法は控える＝ご本人の安楽につながるように、考えるときはいつもです。終末期と考えたものの、持ちこたえたり回復されることもあり、そのときどきで状態に合わせるように努めています。点滴の量を控えたりします。
- ・点滴内容の固定化
- ・積極的な延命治療の差し控え
- ・家族の心境で延命させたいの願いがあれば救命救急にて依頼することある。
- ・3度
- ・改善が見込めない症例の場合消極的な安楽死とも言える医療の中止は家族の同意があれば行うべき選択肢であると考えている。もし、家族が医療の継続を望むのならその意見を尊重し、他の医療機関を紹介している。
- ・高カロリー輸液などで維持液へ変更
- ・中心静脈栄養を控える、人工呼吸器を控える。
- ・手術などを断念したことがあります。
- ・手術、免疫抑制剤、化学療法等
- ・進行癌に対する抗癌剤治療などの侵襲的治療のみならず、高血圧など慢性疾患に対する処方などの中止。
- ・“断念”がどういったことを指すか？患者にあわせた医療を行っているので。
- ・中心静脈栄養、末梢からの補液
- ・抗癌剤の投与中止を求められ、中止せざるをえなかったことがある。
- ・入院患者はもっていない。
- ・点滴の中止
- ・入院中の患者で検査を行わない（家族が希望しないため）ケースがあった。
- ・手術
- ・点滴指示の中止 etc.
- ・胃瘻希望が family になかったので IVH のみの栄養管理とした。
- ・レスピレーター装着を行わなかった。
- ・検査をして結果が判明しても治療が出来ない（全身状態的に）場合など。
- ・胃瘻、IVH、急変時の延命処置
- ・癌の治療、人工呼吸器の非装置など。
- ・家人が延命を希望されないので全く食事摂取出来ない患者の点滴静注を中止した。
- ・透析導入の見合わせあり。
- ・透析の離脱
- ・内視鏡的胃瘻造設術、癌の積極的治療

- ・人工呼吸器や透析等の導入などについて。
- ・輸液について、輸血の中止
- ・化学療法など
- ・断念というより「しないこと」を選択した意味が強い。
- ・肺炎が改善しない方への抗生剤投与や昇圧剤投与の断念。
- ・挿管、心マッサージ
- ・様となる要因で「最大限」の医療とならなくなることはある。
- ・胃瘻、気切などを行わない。
- ・殊に悪性腫瘍で術前の PCI 等で
- ・患者・家族にとって最良とは何か検討する。
- ・薬剤選択
- ・まれに家族の希望があれば従う。
- ・ターミナルケア自体を目的に入院先から戻ってくる例があり、この時は介護のみとなる。入院を希望しない場合は、対症療法のみとなる。
- ・積極的に治療しないという意味で
- ・DNAR などの判断に際し、必ず家族の意向を確かめる。
- ・抗生剤の中止、輸血の差し控え等
- ・経管栄養
- ・高齢者の終末期に必要な医療はしない。働としては人工呼吸、胃瘻、など、よくなるという確信をもてばあらゆる医療を行い、また元気になれるように微力ながらも努力する。
- ・胃瘻、経鼻経管、中心静脈栄養の導入を控え、末梢点滴のみで余生を送ることがある。
- ・上記の場で、家人もムリな栄養法を望まず、“自然な形”を希望する事例は多い。
- ・検査、治療のエスカレート。安楽死的な中断はない。
- ・家族の希望に添って点滴等しないこと。
- ・食べない＝老衰と考えそのままとした。
- ・医療の一部と言えるかどうかわかりませんが、頑として拒食をした老女（96 才だったか）にあるときから点滴も非常に嫌がるので、これもやめて、確か 20 日位（飲まず食わずで）で在宅のまま静かに死亡されたケース。
- ・100 才の老女で子息が議会会期中は死なれたら困ると、連日点滴を行ったケースで、会期終了後あるとき、老女が無言でじっと見てタテにした手の平を横に静かに振って「もういい」と表現されたときをもって点滴をやめて、まもなく死亡された case。
- ・透析の有無。内服の減量。
- ・輸液、経管栄養の導入と継続の是非について。
- ・Cancer の原発究明のための検査
- ・胃瘻、手術、透析、等。
- ・原因は認知症等。
- ・家族が点滴等の Artificial な方法を望まない。
- ・挿管／人工呼吸器による呼吸管理を行わないなど。
- ・家族の反対もあり

- ・入院例の DNAR について経口摂取を続けるか。
 - ・IVH の適応ありながら、末梢静脈栄養までとした。
 - ・インスリン中止など
 - ・点滴の可否 但し、ここで「医療」とは？
 - ・栄養や水分補給の限界を共有して差し控える。
 - ・人工栄養（特に IVH）の差し控え、時に経管栄養も控える。
 - ・透析
 - ・断念ではなく、患者家族の希望。
 - ・経口摂取が出来なくなった場合の PEG の造設の有無。
 - ・認知症高度で意識も清明でない状態の時、栄養確保が経血管的に困難になった時。
 - ・胃瘻の中止、中心静脈栄養の中止
 - ・抗生剤中止、O2 中止、点滴中止、経管栄養中止、昇圧剤を使わない
 - ・リタイヤ後は主治医（入院患者さんの）を務めることはなく、直接的な経験はありません。しかし主治医・患者さん・ご家族の話し合いの過程での助言、経験はあります。
- 断念というほどオーバーな感覚ではなかったが。
- ・化学療法中止
 - ・寝たきりの高齢者で治療による状態の改善がほとんどみこまれない場合、また、点滴などの処置をすることで拘束し続けられないといけない場合。これらの内容で本人の尊厳を考え、家族と話し合う。
 - ・HD の導入、挿管
 - ・末期腎不全を有しているが 94 才であり透析を施行しなかった。
 - ・IVH 導入の断念など
 - ・手術、冠動脈インターベンション、IABP 等。
 - ・循環器内科で働いていますが、気管挿管や気管切開をすれば疾病の治療が望める場合でも、家族が抵抗を示す事が多い。
 - ・急変時の延命措置、負担の大きな検査や治療。
 - ・HD の中断
 - ・アンプタや癌、胆石などの手術を外科 Dr に受けてもらえなかった。
 - ・侵襲的医療技術提供の断念（人工呼吸、気管切開、手術、透析など）
 - ・PCI、ペースメーカー植え込みなど
 - ・予防的治療を中止し、必要最小限の薬剤としている。
 - ・本人に決定能力がない時
 - ・家族が強く希望するので、いつも断念している。断念しなかったところ、もうけ主義だ、と悪い噂が立って首を切られた。
 - ・本人、家族の強い希望で、経管栄養も点滴注射も断念した。これも、本人達の意志であるので、希望の通りにした。
 - ・補液の制限など
 - ・非侵襲的処置で、副作用も少なければ継続します。副作用が大きければ断念します。
 - ・点滴など
 - ・摂食障害（嚥下障害）が進んだ場合も、経管栄養を導入するのは、さしひかえる（など）。

- ・補液の中止、抗生剤の中止、減量。
 - ・肺炎治療のさしひかえ、補液量の減量、経管栄養量の減量。
 - ・人工的栄養投与
 - ・人工呼吸器、胃瘻造設
 - ・胃瘻造設や輸血の継続
 - ・CPR など
 - ・断念と言うより、患者・家族との話し合いで決めている。
 - ・若い人なら治すため、又は今後の予後判断に必要な検査をしなかった。
 - ・家族の意見の尊重
 - ・輸血、手術をやめる。
 - ・透析
 - ・年齢や症状の重傷度を理由に治療内容を変える。
 - ・本人と家族の意向による。
 - ・挿管、人工呼吸器、使用しない方針決定。
 - ・補液、認知症の治療等
 - ・手術適応など
 - ・点滴量を徐々に減らす。
 - ・回復の見込みがなかったため、あえて行わなかった。
 - ・TPN の中止
 - ・レスピレーターの使用
 - ・輸血の断念、昇圧剤の中止など。
 - ・家族の希望、本人の希望から医療を制限したことがある。
 - ・呼吸機能悪化の際、人工呼吸を未実施とした。腎機能の悪化から抗生剤の使用を断念。
 - ・胃瘻その他栄養補給源の造設等
 - ・挿管は基本しない。
 - ・人工呼吸器装着や昇圧剤の使用をしない。
 - ・心肺蘇生、栄養剤投与中止
 - ・家族からの要望で
 - ・透析導入の中止
 - ・人工呼吸器の装着や透析への施行など。
 - ・経管栄養や点滴など多様な医療行為、処置及び検査について手控えることはよくあります。
- 勤務医の時の事です。
- ・担癌患者で本人の意志で透析導入を拒否。これに沿った外来管理を行った。
 - ・人工呼吸器装着、胃瘻装着
 - ・外科手術への紹介を断念。
 - ・点滴（補液）の縮小
 - ・IVH の中止
 - ・栄養摂取方法について胃瘻造設困難例
 - ・看取りの件数が増え、IVH で延命出来る場合も行わなくなることがある。

- ・輸血
- ・一方的な治療打ち切りや制限はすべきでない。
- ・気管内挿管をしない。
- ・多系統萎縮症や進行性核上性麻痺の進行期患者の胃瘻造設
- ・透析はしないと決めて施設入所された慢性腎不全の 94 才女性が食事が経口摂取できなくなり、胃瘻造設もしないと家族と話し合ったので腎性貧血に対しての治療はしなかった。
- ・終末期高齢者ではなく、本人及び家族の考えと常識的判断でやっている。
- ・摂取カロリー量の減少
- ・検査（下血で大腸検査、患者が欲しなかった）
- ・老健施設で手の届かぬ事柄は近隣の病院に依頼することが多い。
- ・「断念」と考えないので、ない。
- ・「断念」はない。相手も自分も納得。
- ・断念とは考えていない。無意味と考えられる医療行為は行わない方針。
- ・積極的治療（ペースメーカー、手術等）について。
- ・血液透析の差し控え（人工栄養）
- ・挿管しない
- ・原因を解決できない貧血に対し、輸血を控える…など。
- ・終末期医療も医療であるから。
- ・どういう医療が適当かを考えるのであって、断念とか、断行とかいう言葉自体不適当。
- ・点滴や経管栄養、カメラ等比較的侵襲の高い検査
- ・家族が治療（比較的積極的な）を望まないことがあります。
- ・専門職へ紹介します。
- ・「終末期高齢者」を定義しないと本当は答えられません。
- ・癌の手術による治療、経管栄養、骨折の手術治療（家族の希望）
- ・経管栄養、輸液、侵襲的な検査、治療
- ・抗生物質の投与より、苦痛除去を優先した。
- ・積極的な抗がん剤治療を中止した。
- ・経口摂食障害に対して、末梢点滴しか行わない（カロリーの問題ではなく）末梢ルート困難な時中心静脈カテーテル挿入を拒否された。
- ・経管栄養、挿管、心マ
- ・悪性疾患が疑われる症状、所見があっても精査しない、治療しない、最小限の対処療法にとどめるなど。
- ・手術治療等
- ・終末期のため、患者への医療行為が不適切と判断されれば無理な処置は控える。ご家族の意向が看取りあるいは自然にまかせるといった方向に変わって来ているため。
- ・進行癌など
- ・施設でできることは抗生剤の点滴位です。これはやっていますネ。

問 2.(5)あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療を追加した（ないし、急遽行った）経験はありましたか。

- ・質問の意味がよくわかりません。
- ・終末期で負担を軽くしている時には良くなったように見えても、結局はムダになるので。
- ・苦痛を和らげる処置
- ・補液
- ・鎮痛剤の投与
- ・鎮静など
- ・家族の一部の人の希望で（家族全員意見統一がなされない時）。
- ・疼痛に対する医療は行う。
- ・SpO₂ で 96%でも、頻脈、頻呼吸の場合少量 O₂ を使用してみて楽そうになられたら続ける、というようなことです。
- ・在宅診療において診療や訪看など訪問回数を増やす（家族のケアも含めて）。
- ・家族の心境と生への回復願いのため説得できず医療を継続することがあった。
- ・点滴、O₂ 投与など
- ・鎮静、高用量の医療用麻薬、家族の納得を得るための少量の点滴
- ・家族の強い希望により、医療サイドでは検討をあまりしていなかった CV ポートを造設した。
- ・緩和のための麻薬導入等
- ・経口摂取困難なため、中心静脈カテーテル留置。
- ・緩和的なケアの追加がほとんどです。
- ・輸液、疼痛コントロール
- ・全身状態の一時的改善（遠くの親族が会いたい etc.）を目的にステロイドの使用。
- ・家族の要望が強かったため。
- ・末梢点滴
- ・急性期病院からの受け入れ先条件に合わせて、CV ポート造設や胃瘻造設を行った。
- ・患者・家族の要望に対応する。
- ・機械的に延命策を講じている。
- ・脱水状態の改善目的
- ・非悪性腫瘍患者の呼吸困難に対して麻薬を使用。
- ・緩和目的の鎮静を強める／導入する。
- ・緩和ケアのことですか？
- ・昇圧剤投与、O₂ 投与
- ・緩和ケア
- ・終末期であっても何らかの医療は必要と考えている。
- ・最期を自宅で迎えたいという希望にこたえる。
- ・坦癌でなくても疼痛コントロール目的でモルヒネを使用など。
- ・意識清明だった者が急速に意識消失した時など、又は急に暴れだした場合。
- ・麻薬の使用

- ・新液力 O2 吸入（家族と相談にて、希望された場合）。
- ・終末期と思われる状態ながら家族の希望で輸血等を行ったことがある。
- ・高カロリー輸液、経管栄養の導入はよくあります。
- ・Sedation など
- ・いよいよ末期になった時に、ずっと介護してきた家族のキーパーソンに対して「よくしてあげましたね、お母さん（又はお父さん）は喜んでおられると思います。お母さんは幸せな人ですね、ありがとう。」と労いの声をかけるようにしている（これも大切な医学だと考えます）。
- ・末梢よりの点滴、経管栄養
- ・抗生剤の投与、DIC の時のヘパリン投与、O2 吸入など。
- ・呼吸苦、発熱等への対症療法、緩和治療。
- ・食事の提供
- ・管切開など
- ・胃瘻造設や CV ポート造設
- ・全く無いとはいいきれないが、覚えてない。
- ・家族からの要望で
- ・人工呼吸器の抜去を家族から希望された。何の治療もしないで欲しいとも言われたことはある。
- ・急性期病院であり、方針が決まれば、外科医療機関に依頼する。
- ・鎮痛剤の投与
- ・栄養摂取法について。
- ・時々家族の意向が変化して延命処置をせざるを得ない場合がある。
- ・往診の依頼
- ・終末期高齢者として特別な配慮をする必要はない。
- ・鎮痛剤追加
- ・終末期高齢者ではなく、本人及び家族の考えと常識的判断でやっている。
- ・緩和的処置（苦痛軽減など）
- ・我々の守備範囲内のものには全力を注ぐが及ばぬ時はそれぞれの病院に依頼します。
- ・誤嚥等の救急処置は稀に行う。
- ・CV
- ・特にないと言うこと。
- ・この質問の意味がわかりません。
- ・緩和ケア
- ・「終末期高齢者」を定義しないと本当は答えられません。
- ・苦痛除去を優先した。
- ・病状緩和のための処置
- ・モルヒネ、持続皮下注、麻薬生剤処方
- ・誤嚥性肺炎後の寝たきり胃瘻の方が栄養剤注入再開で痰増加し発熱繰り返す場合に肺炎軽快後も末梢輸血 500ml/日で看取ったことはあります（医療の追加と言えるかわかりませんが）。
- ・細かいケア及び治療（栄養や電解質など）。
- ・点滴など

- ・点滴での水分補充。

問 3.(3)あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼したが、断られたことがありますか。

- ・あったというより、来てくれる人がなかった。
- ・思った治療をしてもらえなかった。
- ・忙しくて往診できないと。
- ・終末期である為、積極的でなかった。
- ・治療効果が乏しいとの判断で断られたことがありました。
- ・往診はできないと言われた。
- ・設備
- ・設備不足
- ・認知で開口が常に得られない。
- ・往診が行けない。
- ・歯科処置時の急変のリスクが高いため。

問 3.(4)それはどのような場所でしたか。

- ・認知症専門病院
- ・介護療養病棟
- ・療養病棟
- ・有料老人ホーム
- ・診療所

問 3.(5)それはどのような歯科治療、ないしケアの内容でしたか。

- ・痛みの軽減
- ・口腔ケア全体に対して
- ・顎関節脱臼
- ・部分義歯などの誤嚥
- ・咀嚼機能保持に重点を置いた管理。
- ・摂食機能療法・食支援に関する講演会の依頼。
- ・歯肉出血に対する電気凝固療法→見事に止血してくれました。

問 3.(6)あなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかかわるべきと考えますか？

- ・必要かもしれませんが、歯科医師の負担が増えそう。
- ・無理な治療はせず、保存的に自然経過にまかせるべきだ。

・終末期医療については、歯科のみならず、原則的には現在の苦痛を軽減あるいは除去、治療することを目標とするが、結果的に延命については逆効果となる医療がみられることはやむを得ない。

連携していくべき

・訪問歯科診療を積極的に行っている医療機関の情報が、いただければありがたい。
・癌の終末期と脳卒中、その他の終末期とは分けて考えなければならず、case by case なのではないでしょうか。

・終末期医療の患者はルーチンに歯科専門医の受診を受けさせるようにしたい。

・歯痛の軽減

・主治医が口腔内の状態につきその専門医の診療を依頼した際に、直ちに応じて頂きたい。

・少しずつ関わってもらえたらな、と思う。

・可能なら訪問診療を行って欲しい（歯科のない慢性期病院を含めて）。

・誤嚥のリスクの軽減として口腔ケアは非常に重要と考える。医療と歯科はもっと関わりやすい環境が必要と思う。

・常に、誰にでもまずは関わって、介入が必要な例をピックアップするべき。

・摂食機能訓練

・訪問歯科診療医が増えるといい。

・口腔ケア、色々あるが、延命できるのか不明。合併症の軽減のみである様に思える。終末期医療に科学的に統計的にどれが延命、どれが合併症を減少、どれが豊かな終末なのか（精神・心理的判断価値を認めるのかまだ未解決）。

※（無料だったらするかも。有料、保険なら半分？ボランティアならするかも、お金かかるのならしない）終末期医療にも経済的な問題が残る。現在社会、死にもお金がかかる！

・適宜、診療に参加して頂ければ良いと考える。

・医歯連携は大切であり、今後も引き続き口腔ケアを大事にすることは肝要です。

・在宅、治療できる小型バスがあると良いと思います。

・積極的に治す、改善させる考え方で、口腔内ケアは重要のため研究をどんどん勧めて欲しい。

・Proactive と関わるべきである。

・少なくとも咀嚼が出来るよう或は漠然としていますが痛みがなくカリエスで残炎歯根の処置等食物を味わえる口腔であること。

・誤嚥性肺炎に対する、歯科衛生の効果は確立しており、高齢者を診療する施設では積極的にかかわるべきである。

・可能な限り最期まで（本人が望むなら）食べられることをサポートして頂けると心強いです。

・QOLを保てるような医療をやって頂きたい。

・QOL維持に関与できるようにするべきだと考えます。

・一般医療と全く同等に対応すべきで、例えば外科治療の適応に直面した場合と同じく、かかわるべきと考えます。

・よくわからない

・疼痛を伴う歯科疾患の処置

・炎症が高度な疾患の処置

・口腔粘膜に対する治療（口腔乾燥、口内炎など）、摂食機能療法・食支援、歯科専門職による口腔衛生管理で。

・①口腔内衛生管理②歯周病の予防（気管支、肺炎予防）③出来れば入れ歯を入れて口腔の力及び会話が改善したこと。④歯科医及び歯科衛生士などと連携しても病状は少しは改善するようです。

・訪問診療をしている者です。終末期に限らずもっと早期から関与すべきです。食べるという楽しみを持ってもらう面からも、口腔内環境の整備、摂食訓練、食支援などを行っていただきたいと思います。

・介護スタッフ・家族との連携

・スタッフ・家族教育

・リスクのひろい上げ（特に依頼しなくとも回診や往診をする、など）

・歯科専門職による口腔衛生管理、重要と考えます。

・患者の QOL を維持する事を目的にかかわって頂ければと思います。

・口腔内ケアは大事だと思うので口腔衛生管理はやってほしい。

・特に経口摂取にかかわる部分のため積極的に活躍してほしい。

・適応例について具体的に示していくべきであると思う。

・ご本人、ご家族の意向を優先して対応するのが良いと考えます。

・摂食は「生きる」ことの根本にある。終末期医療に「公」の根本食が少なく、同時に「かむ」ことの重要性がおろそかになっていることが残念です。

・終末期には不要

・往診（車で）を広告する歯科医院が少ない。

これから益々必要と思われる。

・経口摂取ができない時は死ぬ時だ。ひたすら延命するのは問題だ。

・次項のように、その方に合った食形態、投与方法を決めることが重要と考えます。かつそれを在宅で行える仕組み作りが必要だと思います。

・嚥下障害、口腔ケアにたずさわる。

・患者、家族の希望にそって行う。

・誤嚥性肺炎が多いので、口腔ケアに関わっていただけるといいと思います。

・現在より、積極的に関わるためのシステムづくりができれば、終末期の段階で等しく、患者が口腔ケアの選択できるようになることが期待できる。

・誤嚥性肺炎の予防として重要と考える。

・口腔ケアが中心と思います。

・最期まで食事がとれるような口腔内環境の整備

・積極的に

・①患者及び家族の希望する医療を提供すること。②重度の認知症については特に対応が難しいかと思いますが、患者さんが苦痛を感じることなく少しでも快適な余生を楽しめるよう工夫してあげていただきたいと思います。よろしくお願いします。

・義歯、口腔衛生指導はもとより、摂食嚥下障害の予防、予防歯科、指導、新しいデバイスや新しい歯科技術（再生医療など）に挑戦して欲しい。

・QOLup のために口腔ケアをできるとよいですね。

- ・口腔ケアによる誤嚥性肺炎の予防。QOL 維持のための摂食機能療法。
- ・訪問治療を積極的にやってほしい。
- ・ずっと必要
- ・義歯の fitting、“訪問歯科”で義歯を依頼してもきちんと“嚙める”義歯にならない。“ヤッツケ”仕事になっている。
- ・口腔内のことについては、積極的にかかわってほしい。
- ・口腔ケアは嚥下性肺炎と大きく関わりがあるとのことですのでなるべく可能であるかぎり口腔ケアは続けるよう指導しております。
- ・その方々の状況に応じた経口摂取をサポートしてくれるような歯科診療。
- ・嚥下機能評価チームの一貫として
- ・可能な限り処置をしていくべきと考えられるものの、やはり往診にて出来る範囲となると考えます。
- ・終末期に至った経過、病因疾患、介護者の負担、家族の意見など参考に、Case by Case の対応となる。
- ・内科診療時、歯・歯肉を含めた口腔内の異常を有する高齢者はしばしば見受けられる。全身状態にも関わる問題であり、在宅医療への歯科の関わりが今後重要になってくると思われる。
- ・患者さんや家族に負担がなければ積極的に行うべき。
- ・積極的にかかわってほしい。
- ・患者様の尊厳を守るような関わり、口臭をふせぐなど。
- ・終末期以前から訪問診療にかかわるべきである。
- ・維持療法
- ・延命を原則とする場合は、歯科の役割は大きい。
- ・終末期に入ってもケアは継続するので、口腔内の観察は欠かせないが、処置上は対症療法に限定される。終末期に入る前から検討が望ましい。
- ・口腔内は重要で歯科の先生等はずっと自己主張し、医師と対等にわたり合うべき嚥下障害の場での活躍をアピールされては。
- ・県（地域）でも歯科医師会中心に、介在患者への対応を話し合っている。
- ・終末期患者の QOL にとって重要なので積極的にかかわるべき。
- ・口腔内の正常化、摂食機能の保持の援助をお願いしたい。
- ・健康のもと＝第一歩はお口からと思いますのでもっともっと歯科の先生のお力をお借りしたく思っています。
- ・できるだけ患者の QOL を考え対応すべきと思います。
- ・口腔不衛生は肺炎等の発生の risk であり、積極的に関与してほしい。
- ・ごく最近、当地歯科医師会で在宅高齢者のための訪問歯科口腔ケア事業が立ち上がった。
- ・嚥下機能保持・維持のため積極的に関与するべき。臨床医との情報交換をもっと活発に。
- ・本人の苦痛をとる処置を出来る範囲でおこなう。
- ・歯科的に悪化する前に、予防的に元気な時から歯科衛生に取り組むべきである。
- ・つい見落としになってしまう領域なので注意していきたい。口腔ケアが在宅訪問歯科医療の中でもっと普及することを望みます。
- ・はい

- ・口腔ケアは終末であっても積極的に行っていくべきと考えます。
- ・口腔粘膜に対する治療（口腔乾燥、口内炎など）
- ・歯科専門職による口腔衛生管理
- ・特に口腔衛生
- ・必ず1回は、総合的な評価をお伺いしたい。
- ・肺炎予防の視点からの口腔ケア
- ・口腔ケアで積極的に
- ・出張や訪問を行ってほしい。
- ・口腔ケアは最期迄大切な医療と考える。入院・入所時に診察し、必要に応じて治療・定期的な観察、現場スタッフへの指導・研修をしていただくこと。
- ・医科とチームを組んでSTとも積極的に取り組む。
- ・上記いずれも必要な業務と思われるので、積極的な関わりを御願いしたい。病院への訪問治療がどんどんできるよう。

重篤な感染症につながる歯などの処置は依頼する。

嚥む、飲む機能を障害する状態を回避（舌、咽喉頭を含めて）出来る様に耳鼻咽喉科などとともに相談が必要。

- ・積極的に関わるべき。
- ・積極的に関わって欲しいと思います。
- ・積極的に摂食、嚥下、栄養状態の改善に寄与できるよう多職種とチームを組んで関わるべき。
- ・医療チームの一員として必要なケースには積極的に関わるべき
- ・患者さん・ご家族の同意を得て積極的に関わる事が望ましいと考えます。
- ・歯の管理は若い頃からの生き方がよくわかる。患者の健康は歯の状態、管理がとても大切である。
- ・もっと積極的に参加すべきと思う。
- ・終末期においては、患者の痛み苦しみをいかに軽減するかが大切である。
- ・終末期までに口腔内管理をすることに注力。
- ・患者本人、病死に対しても口腔ケアは重要と思うので積極的に関わって頂きたい。
- ・在宅が終末期医療になろうとする日本の現状で、どのように在宅に関わるかが問題と考えます。
- ・老年期療養の根幹をなす領域であるため、口腔ケアなど積極的な指導をしてほしい。
- ・積極的に関わるべき
- ・口臭を防ぎ、人間らしく。
- ・易感染、誤嚥性肺炎予防などの医療面でも
- ・積極的に関与すべきと考える。往診対応の充実を望む。
- ・往診を引き続きお願いしたい。
- ・摂食、嚥下は人間が「生きる」ために必須の機能だと思います。徐脈の人にペースメーカーを入れる事と同じくらい歯に不自由のある人に歯科治療を行うことは大事な事だと思います。老年医療の現場では歯科は老年医学のみではカバーしきれない専門性を有した重要な診療科だと思います。医師、看護師、介護士、家族と共に終末期にある患者のために共に寄り添ってゆく立場であって欲しいと思います。
- ・近隣の歯科開業医と連携、対応している。
- ・病院（急性期）にも歯科の先生に往診にきてもらおうと助かります。

・口腔ケアは健康維持に大変必要と思います。高齢者の方は口呼吸の方、義歯の方、歯ぐしり、歯肉炎 etc. 本当に多くの問題を抱えており、積極的な歯科治療が望まれます。それにより肺炎予防につながり、又、口腔内の刺激や歯の治療により食欲が増す方も多くなる印象です。

・院内に歯科医がいればよいが、一般的に往診という形になるだろう。医療費の分担など連携が困難となるかもしれない。

・経口摂取のためには必要。

・患者本人が協力的であるときのみ、歯科に依頼する。

・口腔ケア

・経口摂取可能な症例について（う蝕治療、動揺歯の処置、義歯治療、抜歯・消炎・外傷）往診治療をお願いしたい。

・私が関係した患者はほとんど寝たきり植物状態でチューブ栄養です。歯はテーマになりませんが、もう少し状態がよいなら歯科医はすぐ往診に来てくれます。終末期であろうとなかろうと、すぐ治療してくれます。

・終末期において、または、終末期以前より治療、介護全ての段階において、死亡されるまで“全人的”な関わり合いが求められるとすれば、歯科担当者も各々の症例、症期において、いつでも、どこでも、果たすべき役割はある。

・誤嚥、摂食に重要だと考える。

・定期的フォローアップが必要であり、NST 回診でのフィードバックがあればよいと思う。

・積極的な往診

・考えたことがなかった。これを機会に考えて行こうと思う。

・歯科専門職による口腔衛生管理。

・口腔ケア中心に必要なあれば、歯科的処置治療。

・口腔ケアの指導。摂食機能療食支援。

・本人の家族の希望があれば、う歯 etc の治療に積極的に関わる。

・終末期医療を扱う医療の現場で容易に口腔衛生管理等がたのめる環境整備が必要かと思います（気安く頼む相手が見つけれない）。

・摂食に不都合である場合には、できるだけ歯科医にコンサルトしていくべき。

・摂食、嚥下と肺炎予防などの観点から、多職種での連携が重要。

・終末期医療においても口腔ケアが重要なので、口腔ケアに積極的に関わって頂きたい。

・専門じゃないと対応出来ないことがある為、訪問診療を積極的に行って欲しい。

・口腔衛生管理、嚥下訓練、嚥下機能評価等

・動揺歯の処置など

・現在依頼すれば定期的に往診してくれる歯科医がいるので、今後もこの形を継続する。

・終末期を意識することなく、必要な処置・治療はしてほしいと思います。

・口腔内の清潔を保つこと。

・往診診療の受け入れ

・定期訪問診療が望ましいと考えるが、医師の歯科診療に対する生涯教育も必要です。

・積極的に歯科の関わりが必要と考えている。放置すべきではない。

・チームを作った訪問医療

・嚥下、摂食の重要性は改めて認識しており、今まで以上に早期から関わっていただきたい。
幸いなことに当院では週2回地域の歯科開業医が往診の形で訪問し、入院患者の歯科治療をしていただけています。大変有難いことですし、歯科の先生方からも良い勉強になると言われております。当院は一般病床と治療病床のケアミックスの慢性期病院です。在宅患者への関わりも今後広げていければと思います。

- ・積極的に関わって良いと思う。
- ・歯科医の先生は、ほとんどが開業医で病棟勤務の経験が少ない。週1回でも病院で働く習慣が必要と考える。
- ・歯科は終末期治療に非常に密接に関わるべきと考えます。
- ・経口摂取をできるだけ長く維持出来る様に指導すること。
- ・食の満足度は、高齢、終末期患者には重要であるため、口腔内ケア含めて管理がベターと思われる。
- ・特に関わる必要がないケースがほとんどと思われる。
- ・終末期医療に責任の持てる歯科医師の参加。
- ・食事は高齢者の楽しみの1つですので、口腔ケアをもっと取り入れて、肺炎を予防したり、食べられなくなるまで、食べて頂きたいと思います。
- ・経口摂取を継続する目的での口腔内環境整備に積極的に参加して頂きたい。
- ・口腔ケアを中心とした関わり。
- ・チームの一員として他職と共同しながらなるべく多くの例に関わる。
- ・最期まで口腔内のケアや歯科的治療を行ってほしい。
- ・本人にとって歯科治療がどうしても必要であれば積極的に関わっていくべきと思われる。
- ・肺炎予防のための口腔ケア
- ・誤嚥性肺炎予防目的での口腔ケアへの介入など。
- ・誤嚥の予防、QOLの急激な低下を防ぐためにも大切な介入と考える。
- ・終末期なのかどうかの判断（多くは経口摂取困難時）に歯科が口腔状態や機能の評価に加わるべき。
- ・今まで口腔ケアは病院では看護師が行っていますが、歯科衛生士の指導があれば、さらに良いケアを行えるのでしょうか？そうであれば関わって頂きたいと思います。
- ・歯で問題が大きい場合は対応を。口腔ケアは必要。
- ・往診などでの対応
- ・①口腔粘膜に対する治療、摂食機能療法・食支援はNSやNST teamに依頼しているが、歯科衛生士を入院Hpに常勤もしくは非常勤でコストがとれて衛生管理が受け入れるシステムを作って欲しい。
- ②歯科衛生士、歯科医にも嚥下、摂食の知識を普及すること。
- ・嚥下や誤嚥性肺炎の予防のために口腔ケアは必須と教えています。
- ・積極的に関わるべき。
- ・療養病院に勤務、歯科医と契約し定期的に往診、処置を歯科医、衛生士がしている。去年は動揺歯の脱落（肺）を経験、終末期の歯科医の必要性を（口腔ケアだけでなく処置を含めて）感じている。
- ・ケースバイケースと考えます。
- ・高齢化社会となっており、経口摂取を可能な限り追求する上で歯科治療は重要である。
- ・口腔ケアについて、今の急性期病院内では認知されてきたと感じるが、在宅についてはまだまだと感じる。う歯だけでなく、衛生管理、摂取についても協力していきたい。

- ・歯周病の拡大予防による歯牙脱落の防止。定時訪問提供の確立（チーム医療の一員として）。
- ・積極的に口腔ケアに関わるべき。
- ・困難ではあるが、諦めるべきではない。
- ・摂食機能療法・食支援、歯科専門職による口腔衛生管理。
- ・経口摂取を維持する上で、重要な役割を果たす。経口摂取が望める方には積極的に介入すべき。
- ・Oral Care Specialist としての教育
- ・終末期前の高齢者医療を充実する必要がある。
- ・まずは、どのような状態で依頼すべきか、そのあり方を自らが学習してからだと思います。
- ・訪問歯科診療の充実を望みます。
- ・義歯、動揺歯、口腔内治療（ケアを含む）。
- ・う蝕、動揺歯の処置が重要と考えます。たとえ終末期でも、歯科への依頼は必要であり、積極的に関わって頂きたいです。特に動揺歯の誤嚥は厳しいので。
- ・報酬の確立必要。予防段階から積極的に介入すべき。
- ・感染症ともなるので、抜歯できるものは適切に処置すべきである。
- ・終末期には、経口摂取出来なくなり、口腔内乾燥を訴える患者さんが多いです。外来への移動も困難になるので、定期的にラウンドなどしてケアをしてもらえると満足度も、肺炎のリスクも減ると思います。
- ・可能な限り口から栄養を摂るという考えですので、摂取のリハビリテーションを継続するための口腔衛生、咀嚼機能の改善（噛み合わせ、義歯作製）に関与して頂きたい。
- ・「終末期」という考えが確立しているならば、必要ない。なぜなら食べられる人は終末期とは考えられない。
- ・咀嚼機能維持の為に訓練。歯の管理と衛生管理。
- ・現状でよい。うちの病院のことだが…。
- ・近隣の開業医科医師が開設当初より毎週来園してほとんどの患者は居宅で、難しい者は歯科医院へ行くようにしております。
- ・本人や家族の意見、予後予測、ケアマネの意見などを参考に終末期医療への関与を決定する。
- ・積極的に関わってほしい。
- ・歯科専門職による口腔衛生管理、摂食機能療法・食支援、う蝕治療、動揺歯の処置
- ・口腔衛生による不快感の除去（緩和の一環）。
- ・患者又は家族の依頼があれば、勧める。
- ・難しい問題。終末期でも予後がどのくらいか、その他疾病にもよる。
- ・積極的に参加してほしい。特に歯科専門職による口腔衛生管理。
- ・予防が歯科においても、これからのテーマ。
- ・誤嚥性肺炎予防に欠かせない。積極的に関わるべき。
- ・食べる行為が出来る方は、義歯でも口から物を食べた方がよいと思っていますので、歯は清潔にし、治療もすべきと思います。
- ・より積極的に関わってほしい。
- ・積極的に関わるべきと考える。「食」は、高齢者の最高の楽しみとなる重要な要素。合併症予防や、QOLを保つためにも頑張してほしい。

- ・誤嚥性肺炎という合併症で終末を迎えないようにするため。
- ・出来得るだけ、経口摂取（固形、液体含めて）可能な状態を保持すること。
- ・嚥下能力を保つためや、肺炎の予防には、かなり有効と思われる。是非頑張って欲しい（訪問看護ステーション等に積極的に宣伝したらどうでしょう？）。訪問診療もしてほしい。
- ・口腔ケアは当院でナースが中心に行っており、終末期かどうかで区別すべきではないと考えます。もちろん、最終段階では、本人に負担のないように配慮すべきであると思います。
- ・患者、患者家族、医師などからの診療要請があれば歯科診療をする。
- ・関わらなくて良い。
- ・終末期患者を歯科、口腔外科に連れて行く事は殆ど困難。訪問診療が絶対必要。
- ・食べられなくなること、口腔内の衛生状態が悪化することを防止、予防することなど。義歯についての相談。
- ・非常に大切であると思っている。
- ・往診の充実、口腔ケアの指導
- ・現状通り
- ・終末期の定義による、臨死期には患者は訴えることもできないので問題は生じない。慢性の心身障害の低下が進行している状況で、口腔のケアが必要な場合は、歯科医を受診させる（当病院は歯科診療室がある）。
- ・口腔ケアは体の清潔の維持同様の意義があると思います。最期まで継続すべきものと考えます。
- ・患者のQOLを最優先。その程度における対応能力を認知。何よりも、医師自身がしっかりとした医療哲学をもっていることが第一。

問 4.1 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・本人の意向
- ・本人の希望、すなわち現況を理解できないが治療はいやだ、というもの。
- ・子息の意見
- ・治療が出来るか、歯科医が来て診療するとき暴れないか、おとなしいか。
- ・現在の本人の意志
- ・本人は何故拒否しているのか、本人の現在の意志。

問 4.2 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・訪問看護師、ケアマネージャー、担当歯科医師 etc. の意見を総合して。
- ・本人の希望
- ・食、とりわけ摂食に対する栄養管理の包括的体制作り。
- ・歯の状態は全身の健康状態にどのような影響を与えているのか。歯の痛みのせいで食事を拒否しているのではないか。

問 4.3 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・医療介護が可能な施設へ転居、入居することがすすめられる（歯科を含めて）。
- ・医師、介護士、看護婦等往診可能な環境への移動が望まれる。
- ・療養病床を有する病院にしばらく入院して心温まる看護、介護（口腔ケア、身体介護）を受けて、かたくなになっている心をほぐすのが良いのではないか。
- ・本人の兄弟など（家族以外の肉親）
- ・入所による対応
- ・疼痛の程度と抜歯による症状の回復の可能性。
- ・この患者の状態像は終末期とは考えません。
- ・ガイドライン
- ・観血処置前など、短期間であっても、入院できる様な病院があること。

02 日本老年看護学会

問 2.(2)『終末期医療』に関して、あなたの職場で議題に上ることはありますか。

- ・ 事前指示書の重要性、胃瘻の是非など。
- ・ 老年看護学が専門領域ですが、ターミナルケア論も教授している。又、終末期の研究をいくつか行っている。
- ・ 栄養補給と終末期医療、リビングウィル
- ・ カンファで家族の意向や本人の意向をどう汲み取り決定していくか。
- ・ 治療をしても効果が期待できなかったり、治療を終了すると状態が低下したりする高齢者に対して日々疑問を感じている。
- ・ 胃瘻について
- ・ 在宅看護の授業でターミナルケアについて学生に教えるときに。
- ・ 学部への講義内容の検討。実習での実例と学生への教育的支援。
- ・ 認知症の胃瘻について
- ・ 治療方針の検討、経口摂取できなくなった場合の対応
- ・ 意思決定
- ・ 看取り、ケア、意思決定などについて。
- ・ 痛みコントロール、食事に関すること
- ・ その人の意思をどのように引き出すか尊重するか。苦痛の少ない医療、ケアとして何をしたらよいか。どの段階を終末としてとらえたらよいかなど。
- ・ 老年看護学臨地実習指導時の学生のカンファレンスにおいて。
- ・ 教育、研究場面で
- ・ ガン看護の視点で話題になることがほとんど。
- ・ 終末期の胃瘻造設について
- ・ 末期癌に対する漢方治療の方法や、漢方治療による症状の改善について。
- ・ 摂食・嚥下機能について
- ・ 栄養管理について
- ・ 施設での医療介入について
- ・ 認知症など非ガン高齢者の終末期医療、看護、ケア延命処置、胃瘻造設をどうするか、死の場所
- ・ 経口から食物（栄養、水分）が摂れにくくなってきた重度認知症の人に対して、どのようなケア（食事の量と質をどうするか、補水のための点滴をするか）をするかどうかの議論はしています。
- ・ 経管栄養の是非について
- ・ カリキュラム構成や授業内容等で話題になります。
- ・ 胃瘻の造設やその選択に関わる家族への介入などについて。
- ・ 本人が意思決定が出来ない現状で家族が DNR と決定した時の本人と家族への支援。
- ・ 終末期医療にギアチェンジする時期。提供する医療の程度と密度。本人の意志決定が明確でない場合の代理意志決定者の決定への葛藤。
- ・ 経口摂取と誤嚥性肺炎
- ・ 認知症高齢者が経口摂取をできなくなってきた時。
- ・ 学生実習の受け持ち高齢者への医療、看護に関して議題となることがある

- ・どのように関わる事で穏やかな最期を迎えられるか。
- ・家族のケアをどうするか。
- ・講義の時にチームで語り合うことがある。
- ・認知症における終末期医療のあり方、意思決定について、加算体制について。
- ・事前意思表示について
- ・誰がどのように医療のあり方を決定するのか。専門職によるサポートのあり方（決定に関した）。自分で意志決定できる能力の無い、低下している人の決定についてどのようにするのか。他者が決定した場合、決定者の精神的負担に対するサポートは誰がどこまでできるのか？
- ・輸液、胃瘻等水分栄養の選択、説明、決定者に関して。
- ・認知症患者の PEG に対する問題
- ・学生実習の場での、化学療法を使い方（学生と話をする時）看護倫理の授業の中で。
- ・胃瘻造設、経管栄養
- ・終末期と考えてよいかどうか（慢性疾患）高齢者への医療で過度と考えるのか、過少と考えるのか、延命か救命か退院先の選択、自らで決定、意志決定など多い。
- ・大学での講義 etc で。
- ・学生の受け持ち患者の治療に関係した看護計画立案についての話題
- ・経口摂取ができない高齢者（意思の疎通も困難）に経管栄養可否の決定はどうか、など。

看護教育は終末期医療が定着しているので

- ・老人看護の教育や研究で
 - ・認知症高齢者の終末期の支援について
 - ・学部生、大学院生の授業で取りあげることが多い。実習中にそのような事例の方がおられるため。
 - ・PEG を作るかどうか
 - ・高齢者看護のケア方針の時に
 - ・摂食嚥下障害看護認定看護師との共同研究の中で、経口摂取と経管栄養の選択についてディスカッションします。
 - ・胃瘻造設
 - ・学生指導をしたり、アセスメントする時に“患者のためにどういう方向性で行われるべきか”について話し合ったりしている。
 - ・研究テーマにしている人がいるので。
 - ・終末期を迎える場所。
 - ・特別養護老人ホーム入居者が死ぬ機会（場所）がなくなりつつあること（本人の意志とは関係なく）病院と施設をいったりきたりして延命する。
- 認知症レベルにもターミナルがあります。
- ・老健等、がんでない高齢者の終末期の倫理と看護等
 - ・看護教育の場では、一部の先生（担当者）以外で議題にあがることは少ない
 - ・職場の中ではないが、その他学会関係ではある。
 - ・栄養維持の問題
 - ・ご本人にとって苦しくない医療とは？
 - ・美しい最期になるには？

- ・ご家族の満足についてどう考えるか
- ・看取りについて
- ・事例検討会が中心。胃瘻の選択における家族支援のあり方について。
- ・胃瘻の造設についてスピリチュアリティについて、最期は在宅か施設か癌のホスピスの対象者の条件がニーズにあっていない。
- ・高齢者の場合、いつからが終末期なのか…。
- ・終末期医療の概念に関する議論はほとんどなされず、必要か否かの議論がなされています。非常に疑問を感じます。
- ・食べられなくなった時の栄養補給について、看取りの場所について。
- ・積極的に延命の為の治療をすることの是非について。
- ・職場で、というより同じ老年看護学を担当する教員の間では話し合うことがある。
- ・病棟で勤務しており、看取りに向けての準備を始める際に議題に上がる。DNRなのか、セデーション、輸液の減量やオピオイド開始のタイミング
- ・医療の必要性など
- ・教育内容を検討するとともに、私自身の教育担当の領域でもあるため。
- ・家族は施設で最期むかえさせたいと希望されるが、実際に経口摂取出来なくなった時に、医療処置を受けるか、等判断がぶれる。
- ・代替栄養法の選択、行われている治療の中止の是非。
- ・胃瘻の是非、終末期医療・ケアのあり方など
- ・緩和ケアに関する内容
- ・グループホームにおける看取りへの課題。
- ・私が知らないだけかも知れません（その場にいないだけかも）。
- ・高齢者の終末期のQOLを考えた上での終末期をどうとらえるか。
- ・実習で出会う患者さんたちのおかれている状況について、どうあるべきなのかといったケースカンファレンスを行う。
- ・特別養護老人ホームでの看取りについて考えることがある。
- ・終末期看護の授業で。又実習で受け持つことがありカンファレンスで。
- ・入院・治療の是非について
- ・延命に関すること、人工栄養の是非、意思表示できない患者に対する治療方針についてなど。
- ・胃瘻造設の有無について。
- ・癌の緩和ケアなどの話題とともにあがることが多い。
- ・終末期の概念があいまいである。
- ・医療提供の内容の是非
- ・最期迄、治療はあきらめるものではない。又蘇生を実施するか否か本人、家族に確認しておく必要がある。
- ・学部教育の中でとり上げて教えている。老年介護CNSの事例検討会で取り上げている。倫理教育でも取り上げている。大学院生の研究テーマの議論の中で取り上げられる。
- ・学生の実習終了カンファレンスで意見交換していく中で議題に上る。
- ・終末期の医療やケアも行っているため、カンファレンスで話し合いをよく行っている。

- ・講義、研修で
- ・認知症の重度で本人の意思の確認が難しく食事が食べられなくなった時、PEG にするか否かで、ご家族の意見が別ること。
- ・在宅看護を2年生に教えていることから臨床経験を話ながら説明している。又家族のことを話し合うこともある。訪問看護を5年間従事したことからの経験なども話す。
- ・終末期の薬物治療の内容。終末期の食事、栄養について。
- ・高齢者とりわけ認知症高齢者が徐々に食べる摂取量が減少し栄養低下を表す危険性が生じた場合の胃瘻造設の是非
- ・DNRなのに、どこまで医療行為をするのか？
- ・研究課題として
- ・看取り時のケア
- ・どの程度の医療を行うことが本人や家族の苦痛を和らげられるか、自分達も確信がもてていない終末期医療を本人や家族とどう向き合うのか。意思決定の方法。医療費と終末期 QOL とエイジズム etc.
- ・死ぬことの理解を生徒へどのように伝えていくか。よりよい生と医療との関係をどう考えるか。
- ・認知症終末期患者への身体（薬物）拘束、意思に基づかない透析
- ・どこから終末期として扱うのか
- ・医療適応について（食べられなくなった時、慢性疾患の急性増悪時、その他疾患罹患時）。
- ・実習（学部）中に遭遇した事例についてなど…。同僚と語ることがある。
- ・認知症高齢者で食事が減ってきた、水分がとれなくなってきたとき（治療が必要ではなくこのまま自然に…が当たり前とは思いうけれど）。
- ・PEG 関連
- ・現在、おこなっている治療が本当に必要なのか。胃瘻や人工呼吸装着について。
- ・胃瘻造設をすすめられる、すすめることの是非等の関連で。
- ・癌による終末期医療と非癌による終末期医療は混在して考えてはいけないなど。
- ・利用者と家族の関わり、酸素・点滴投与に関してのタイミングなど。
- ・成人看護の領域では、大変取り組んでいる。老年看護の領域は時々話題となるが。
- ・①ケアレベルをどこまで実施するか。②本人の意志はどうなんだろうか。
- ・本人の意思決定方法、家族の関わり
- ・ホスピス、透析の導入、胃瘻造設
- ・過剰な医療、高齢者にふさわしい医療
- ・PEG 造設について
- ・胃瘻造設の際の患者・家族の迷い
- ・家族も含めてインフォーマル、フォーマルな資源を使って自宅で最期まで生活する高齢者の看護についてディスカッションする。胃瘻、セデーション、認知症ケア、癌の治療とターミナルケアについて。
- ・実習教育の現場で
- ・実習で終末期患者を学生が受け持った時、臨床での考え方について共有したり、学生にどのように指導していくかを検討したりする。

・介護者と医療の連携がとれない。いつまでたっても医療は介護を下に見ているから利用者本人が望む方向へは進めない。

・「終末期ケア」について授業や実習において、重要な内容であるためよく取り上げる。例えば、実習終了後の発表テーマとして、実習前の事前学習の内容として。

・在宅での終末期のあり方に関しての意見交換。

・嚥下障害がある誤嚥性肺炎を繰り返している場合、PEGをしない方針になっても家族が経口から食べさせたいと望まれる時、私達も食べさせてあげたいと思うが、少し開始しただけで窒息しかけたり、すぐに熱が出てしまうことがあります。

・経口栄養など、患者が食べられなかった場合において、医師たちの意見がそれぞれ違うため、看護師含む医療スタッフでの話し合いが必要。

・終末期がいつからか、胃瘻を造るかどうか、病院への転院するかどうか。

・心不全などのある高齢者にとっていつからが「終末期」と言うのだろうか？

・延命処置

・癌のターミナルケアと高齢者の終末期は違うということ。

・認知症高齢者の看取り、治療意志決定支援

・高齢者においては「終末期」は明確にされにくい。

・本人の意志決定

・胃瘻

・現在教育の場にありますので議題にすることはほとんどありません。

・呼吸器装着、人工栄養について

・実習先で学生が受け持たせていただいた患者様を通してディスカッションする機会はあります（その人らしい終末とは…のような内容で）。

・医療療養型にいますので状態悪化時の治療方針について。

・研究テーマとして、また授業のテーマとして。

・対応（ご本人、家族）主治医との連携など。

・実習の中での学生の学びとして

・看護師の役割などについて。

・延命治療に関すること

・癌専門病院ではないが、癌疾患（基礎疾患にプラスして）の終末期高齢者が多いことから死が近づいている（死期がいつかはわからないが）死に向かっている状態でのどこまでの医療を望むのか（PEG、呼吸器あるいは気切の有無など）。

・臨床への指導上時々話題になる。

・高齢者の人生のとらえ方として

・急性期病院における終末期医療について。

・看取りの場を自宅か病院にするかなど急変時の対応について。

・嚥下機能の低下した認知症高齢者への胃瘻造設の適用について。

・癌の末期、認知症高齢患者など判断能力の低下している高齢について。

・自己決定ができない認知症の対象に対しての胃瘻造設の是非（経口摂取が自力で不可能な）。

・PEGの問題

- ・ 学生の自由記載レポートのテーマとして取りあげられていることがある。
- ・ 用語の使い方
- ・ 研究テーマとして
- ・ 在宅での“看取り”について（現在訪問看護を実践しているため）“
- ・ 研究として
- ・ がん患者と高齢者における“終末期”の違いについて。
- ・ 苦痛がある時の体位変換のジレンマ
- ・ 倫理的な課題（本人主体でない医療へのジレンマ）。高齢者の場合、家族の介護の問題が障壁となる。
- ・ 認知症高齢者の終末期ケアのあり方について。
- ・ 「終末期」の見極めに関する事、「医療者」が判断すべきことと医療者の責任範囲
- ・ どこまで抗がん剤治療をしていくか、いつからが終末期としてとらえるか…。
- ・ 医療処置及びケアに対しての本人及び家族の意志確認と倫理
- ・ 高齢者の救急搬送時、どこまで延命治療をするか。
- ・ （救急時）支援システムの不足
- ・ 看取りに関して患者、家族の終末期における意志決定支援について。
- ・ 自宅で過ごすか、在宅で過ごすか。延命処置について。
- ・ 講義の組み立て段階で、概念等の確認や各教員の考え方等についての話し合いを行っている。
- ・ QOL との関連でどの程度の医療処置を行うか、検討される必要がある。
- ・ 高齢者の終末期医療における胃瘻の問題
- ・ 過剰な点滴
- ・ 十分な意思確認がされず医療者の意見に基づき、治療が選択されることなどについて。
- ・ 鎮痛剤の使用。抗がん剤等医療をどこまで行うか。どこで過ごすか。
- ・ 経管栄養を用いず最期まで口から食べるための支援のあり方。
- ・ 胃瘻
- ・ 入院中の患者の治療方針を考える時。
- ・ 臨床で働いていた時はターミナルケアと同義として、どこまでどんな医療をすべきか話していた。

高齢者の終末期の見極め（老いか、病いか）。過少医療もしくは過剰医療になっていないか。

- ・ 学生実習のカンファレンス
- ・ 消極的安楽死について
- ・ 栄養（点滴、PEG、CV ポート、経口摂取）
- ・ 看取り（またどこまで治療や処置を行うのか）
- ・ 高齢者の終末期の時期をどうとらえるか？
- ・ 患者、家族、医療者の立場での（Dr と Ns 間）終末期のとらえ方の相違について。
- ・ 意思疎通不可能で、食べることができない状態、高齢者に胃瘻や IVH の導入をどうするかなど。
- ・ 人工栄養について、治療選択について、事前意思指示書について、DNR について。
- ・ 身近な友人、知人のまわりでガンで亡くなる人が多く、研究仲間との会話に出てくる。
- ・ 在宅看取りの際の医師の対応等
- ・ どこまで医療を行うか、いつ治療をやめるか、患者への説明、家族への説明、医療者の迷い。
- ・ 終末期の症状コントロール、麻薬導入、家族へのグリーフケア 看取り介護を行っているため。

- ・胃瘻の造設について 利用者がいるため
- ・意思決定に関すること。QOLの維持について。
- ・救急の場にいるので、積極的な救命をするのか、それとも延命治療はせず、自然な形の経過で苦痛のない状態を目標に治療するのか、重症者、家族には毎回確認する。
- ・ガンではない80才台の高齢の治療者について検討しました。
- ・それぞれの患者さんにどう対応していくか。
- ・尊厳死について
- ・胃瘻、点滴、人工呼吸器など
- ・平穏死に関する事、特養やグループホームでの看取りに関する事。
- ・学生の教育において、患者の事例から教育内容について。
- ・治療方針や栄養投与、退院後の療養場所について考える際、そもそも終末期の予後予測が難しく医療者自身が方針に悩むことも多い。
- ・PEGの造設、高齢者の倫理について。
- ・御家族、社会と高齢者看護に携わる者との考え方の違い。
- ・本人、御家族と医療関係者の間で病状、病気等やそれに対するケア（治療を含む）の内容について共通の認識が得られていないケースが多い。担当者間で情報を交換したり、ケースカンファレンスを開いたりしている。
- ・意思決定、在宅医療・ケアのシステム
- ・高齢者の終末期のケア、緩和ケア、などについて授業や公開講座等でテーマとして討議する。
- ・年齢や患者の状態（予後）から行われる医療の適切さについて看護師同士で話すことがある。
- ・透析の導入について
- ・胃瘻の自己決定権について
- ・私たちはエンド・オブ・ライフケアといっています。研究の対象者のケアプランについてディスカッションを行います。
- ・高齢者の終末期における経管栄養の是非
- ・気功、胃瘻、点滴、経鼻、経口など etc.
- ・胃瘻について
- ・認知症高齢者の場合→場所はどこくらい、その支援内容は
- ・胃瘻、在宅死、アドバンスドディレクティブ
- ・終末期看護について、学生の受け持ち患者への医療について。

問2.(3)あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はどの程度ありますか。

- ・特養で看取るかどうかの話し合いに同席。
- ・専門職種の会議（医師、訪問介護ステーション、大学教員で研究を行っている）
- ・ペグの選択、延命処置
- ・リハ期であったが肺炎になり、ムンテラで、DNRの確認

- ・認知症の末期で食べることが困難となったり、日々ウトウトしていることが多くなり、治療効果が期待できなくなった患者に対して PEG、入院治療、今後の生活スタイルなどを話し合った。
- ・治療方針、在宅死の看取りの具体的流れ、DNR 指示
- ・「最期まで家に」「いざとなったら病院に」の確認は必ずしていると思います。あまり話し合いとなると、それほどでもないかもしれません。
- ・高度認知症あり（点滴の自己抜針を繰り返す）。腎不全で治療（鎮静剤もあまりかけられない）。食事摂れなくなってきたが、栄養の方法と治療をどこまでするのか。
- ・寝たきりの為、経口摂取困難だが、誤嚥性肺炎も繰り返している。胃瘻か、IVH か等の選択。
- ・ごくまれに（年に 1 ～ 2 回）担当ナースとして師長とカンファレンスや家族との話し合いに参加したことがある。
- ・認知症、高齢者に対して治療方針及び今後の方向性について
- ・治療方針の意志決定支援、栄養摂取方法選択の決定支援
- ・臨床を離れている。
- ・臨床の現場において、治療や蘇生処置に関するもの
- ・介護保険施設勤務時看護職員として参加しました。
- ・ケアマネとして関わる時がある。
- ・漢方外来に受診してきた患者及び家族からの情報収集を行う。
- ・家族ミーティング（各職種）にて方針を考えていく中での参加
- ・摂食、嚥下障害のある患者の意志決定を尊重するマネジメント、療養の場の変更、口腔ケアの効果、効果的な口腔ケア方法、口腔機能の評価
- ・急性期病院で、施設から肺炎の治療目的で入院してきた重度認知症の人のケアをどうするか、家族、主治医、看護師と話し合いをもちました。在宅でターミナルケアを受けている高齢者の家族のレスパイト入院の際、訪問 NS、主治医、病院 NS、ケアマネと話し合いをもちました。
- ・延命治療はしたくないと話している。
- ・最期の時どうするか、今後の見通しなど説明にとどまり大したことを話し合っていない。
- ・地域の医療、介護の関係者の集まりに参加したことが数回。
- ・認知症終末期で身体能力が低下している状況で DNR なのか、延命を望むのか？経口摂取が不能となったケースは胃瘻造設は望むのか？
- ・終末期医療にギアチェンジする時期。提供する医療の程度と密度。本人の意志決定が明確でない場合の代理意志決定者の決定への葛藤。
- ・入院中であつたが、家族が在宅で看取りたいという希望があり、退院後のサービスを調整した。
- ・栄養法の選択、看取り
- ・終末期にある訪問看護の受け持ちケースの治療方針
- ・学生担当の患者さんのケースカンファレンスに参加（同席程度）
- ・最期の時期をどのようにどこまで施設と病院で過ごすか（認知症で胆のう Ca）
- ・「在宅での PEG」に関する 9 名の家族、介護者にインタビューを行い、直接合計 10 時間の対話をしている。
- ・現在はないが、訪問看護をしていた時には、1 人暮らし親類も無い方が何も食べずに 1 人で死ぬと決めた方を支援するなど…義理の娘を交えて。

- ・今後の治療方針について
- ・退院調整のカンファレンス、治療方針（がんのケアをするのかしないのか）の決定。胃瘻造設について。
- ・今は臨床にいないため、実習でもまだ体験はない。
- ・骨折、肺炎で入院加療が必要だったが、認知症の症状が進んでいること、終末期に近いことから特養のみでの対応となった。
- ・しかし母の病気の時家族として参加
- ・どこで最期過ごすか、胃瘻などどこまで処置するか？
- ・急変時の対応方法
- ・急変時の対応、看取り
- ・どのような方針でみていってほしいか。
- ・認知症医療→内科管理移行、内服の減量と中止の検討。
- ・ケアマネジャーとして参加したことはある。
- ・臨床実習で、担当学生の受け持ち患者とは、延命について話しあわれる。
- ・自身の家族で話し合いの場に参加した。
- ・点滴治療も継続したくないという本人の意志を話し合いホスピスに転院した。・・・栄養維持の問題
- ・ご本人にとって苦しくない医療とは？
- ・美しい最期になるには？
- ・ご家族の満足についてどう考えるか
- ・参加する機会があれば参加している。
- ・看護師によるスピリチュアルケアについて
- ・胃瘻造設に関すること、在宅死にするかどうか。
- ・高齢者だからという理由での話し合いに参加したことはない。
- ・家族の場合と学生の研究データの中で
- ・療養の場の検討
- ・臨地実習において参加したことがある（学生の気持ち患者であったことから）。
- ・施設サービス計画の評価等で、カンファレンスを多職種で開く。終末期の希望を Sw,Ns,Dr 等、Fa と話し合い方向性を決める。
- ・経管栄養にして自宅へ戻るかというケース。進行性の疾患で嚥下障害、胃瘻はどうか、といったケース等。
- ・胃瘻の是非、終末期医療・ケアのあり方など
- ・現場臨床の場にはいないため
- ・症状緩和や家族を含むメンタルケアを主としたカンファレンス
- ・家族、医師、スタッフと延命治療について
- ・今後の治療、医療方針の検討、どこで最期を迎えたいのかといった相談など。
- ・特別に会を催していない。必要時開催している（3回ほど出席）。
- ・病棟でのカンファレンスに参加
- ・退院調整 NS をしていた頃に今後の方向性についての話し合いの場に参加。
- ・退院支援として話すことが多々ある。

- ・最期の希望を聞く。
- ・終末期の医療やケアも行っているため、カンファレンスで話し合いをよく行っている。
- ・他職（多）によるカンファレンス、研修会、直接相談。
- ・高度認知症で嚥下障害が進行した時、栄養をどのように補給するのか、IVH、Peg、経鼻、何もしないの判断をもとめる相談。
- ・個別である。家族との関係も重要である。
- ・独居、認知症、家族の協力がいないケースについては他職種とカンファレンスする
- ・延命的治療(点滴) 実施の有無
- ・特養に1年半在職し、老衰とDrが診断した家族へDrより「看護師から家族へ老衰状態であること、終末期医療の選択について説明と話し合いを行ってもらいたい」との指示5例。うち2名は施設で看取りました。
- ・特養における看取り（教育）臨床では日々参加していた。
- ・当院で当病棟で1年間10名前後なくなることあり参加したり医療倫理として話し合います。
- ・どのようにどこで死を迎えるのか。病診連携も含めて話し合いを持っていた。
- ・2)の状態となりどこまで医療をのぞむか、自施設（特養）での死亡を望むか、またどのような死に方をのぞむか。
- ・認知症高齢者、100歳以上の高齢者の方の衰弱に関して、胃瘻の是非、点滴の必要性（すぐもれてしまう）など。自らがfamilyの立場で、この話し合いに参加。
- ・ターミナルステージないしその時期の対応への理解を求める時など。
- ・臨床にいた頃（大学病院）には、ありましたが。今（最近）はありません。
- ・①最期をどのように過ごしたいか。②自宅で療養していたとしても最終的には医療施設なのか。
- ・認知症などでご自分の意思を表現できない（意思表示）方への胃瘻造設。（摂食困難）終末期の生活の場の検討（看取りの場）。
- ・日々している→その人の状態に応じ苦痛ない医療について。
- ・訪問看護時、在宅での死の迎え方等について。
- ・認定時
- ・終末期医療の場の設定をどこにするかについて。
- ・老人病院なのでよく家族にICが行われます。
- ・残された時間をどこでどのように過ごすか、本人の思い、家族の思い、実現の可能性などについて、臨床Ns、訪問Ns、ケアマネの業務中では頻回に関わった。
- ・今後の方針の決定
- ・看取りのあり方、生活の場について
- ・終末期の意向確認
- ・看取りについて、在宅か病院あるいは施設か
- ・緊急時の対応をどこまで行うのかCPAするかどうかほとんどでした。（急性期病院でしたので）
- ・臨床で働いているときに、これからどう過ごしていただくか、ご本人、ご家族の意向を第一に話し合いました。
- ・栄養管理の方法についてなど。
- ・医療行為を行う、または継続することについて。

- ・主に所長が参加するため（話し合い後どのような状態になっていくか、連絡体制の確認等、申し送られます）。
- ・一時退院支援へ向けた合同 CF
- ・延命治療に関すること、どこまで積極的治療を行うか。
- ・PEG、呼吸器を使用するかどうか（挿管、気切）
- ・病状説明での同席
- ・認知症と家族の会にて、PEG について
- ・サービスの調整や方針を決定する担当者会議
- ・延命をどうするかについて
- ・臨床にいた当時は、今ほどインフォームドコンセントが充実していなかった（意識が低かった）。
- ・療養場所や体制の相談
- ・栄養管理（ポート or PEG）をどこまでするのか
- ・入院患者で急性期から脱した後の医療ケア治療方針。
- ・治療方針、今後の生活の方向など。
- ・現在急性期の整形におり、その機会がない。
- ・数事例のみ
- ・実習で見学程度（関係職種間の検討場面）
- ・身内（母親）の胃瘻造設の意思決定。
- ・高齢者（意識のない）の家族が胃瘻造設に対する代理の意思決定の困難さについて。
- ・終末期高齢者の呼吸器装着、輸血の投与について。
- ・どこまでの治療を行うか
- ・胃瘻の造設する、しない
- ・大腿骨頸部骨折をした 90 才代の患者の手術をするか否か（認知症、心臓疾患あり）。
- ・普段の生活の仕方や緊急時の対応方法等について。
- ・PEG 導入の是非、退院後の行き先（在宅か転院か）誤嚥を繰り返す患者に対して、経口摂取の意味など。
- ・週に 1 回病院にコンサルタントで行っているが、その場で話し合う。
- ・どこまで治療を積極的に行っていくか？
- ・2)と同様の内容で、ムンテラへの立ち合い、ムンテラの前の多職種での方針の話し合いに参加。
- ・残された命を考えた時に、どのように QOL を重視して医療を継続するか。臨床の時、退院支援を専属で行っていたため。
- ・DNR 希望か否か。経口摂取困難、胃瘻造設か否か（経鼻経管か）
- ・高齢者施設において、施設に留まるか、病院で最後を送るかの話し合い。
- ・急患で受診、op の適応と治療について、本人の思いよりも家族の思いの方が優先される機会が多い場合。
- ・在宅に携わっているため、家族の意思確認や本人が何を望んでいるかなど…。
- ・人工栄養について、治療選択について、事前意思指示書について、DNR について。
- ・在宅医療を希望しない在宅死希望のガン末期高齢者の対応について検討した。
- ・療養場所の選択、キーパーソン不在時の今後の対応など。

- ・看取り介護を行っているため。
- ・患者の意識レベルの低下により、本人の意志確認ができない時。
- ・療養の場の相談。疼痛コントロール、人工栄養の選択。
- ・上記のように医師と家族や本人の話し合い（人工呼吸や挿管、心臓マッサージをしますか、それとも…という話）に時々同席する。
- ・在宅の独居高齢者で肺がん末期だったため、入院のタイミングについて、家族の訪問、訪看や往診医とのやりとりなどケアマネとして関わりました。
- ・老健施設において初期ガンの治療について、家族を含め検討した。
- ・どのように看取っていくか。
- ・延命の意思決定に関して。
- ・胃瘻を造設するかしないか中心静脈カテーテルを留置するかしないか、療養場所をどこにするのか（積極的治療可能な病院か施設かなど）挿管するかしないか、治療を中止して欲しいなどなど。まだ介護の現場へ入ったばかりなので。
- ・在宅に移行できるかどうか。PEG の造設。
- ・担当した利用者について、今後のケアの方向性についてケア担当者間で共通の情報をもって話し合っている。利用者の症状が変化した時、療養のし方が変わったときに話し合うようにしている。
- ・心不全等慢性疾患の末期状態患者、家族に最期をどうみていくかについて話し合った。
- ・急変時の延命治療
- ・Case レポート、事例分析等で話し合いはする。
- ・透析の導入について
- ・DNR のこと。透析治療をどの時点まで行うか。
- ・ガン末、老衰など、ent 前の話し合い、訪問先で。
- ・医療的な処置をするかしないかについての家族との話し合いに参加した。
- ・療養型医療施設で勤務していた時に IC の場によくいたので（センター業務をしていた時）。

問 2.(4)あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療の一部を断念した経験はありましたか。

- ・家族は最期まで医療に期待していた。
- ・よいかどうか判らない。
- ・口腔ケアや PEG を作って一度も使用しないなど。
- ・高齢で心機能低下のため、寝たきりの状態で、脳梗塞を発生したが、意識レベルの回復困難であったため、Pt のかねてからの意志と家族の意志によって治療を断念し、施設にて最期を看取った。
- ・医療が何を指すのかが判りづらいのですが、終末期の高齢者に出来るケアは多いと思います。
- ・点滴の投与を控える（本数を減らす）（ルート確保困難で IVH 等にしない場合）。
- ・抗がん剤治療、輸液投与
- ・それが本人にとって苦痛だと思われるとき。
- ・断念ではないと感じていましたが。本人の体力や気力、家族の思いを考慮した決断は断念と考えるのかどうか。

- ・看取り対応を家族（本人は意識レベル低下により参加できないので）中心に話し合いを行い、コンセンサスを得た後でこのようにした事例はあります。
- ・断念するというより、その人にとってよい方法を考えた。
- ・一患者の命の尊厳に心痛めてできなかった。医師の指示であった
- ・場の決定、入院治療、挿管、胃瘻造設、抑制
- ・主治医は正しい医療を行ったと思っているようですが、私にはもっと医療を受ける必要があると感じることがよくあります。
- ・経口摂取、口腔ケア←これをほとんどしない病棟でした。
- ・機能訓練が行われない、もしくは消極的である。
- ・手術療法を選択しない。
- ・点滴投与など
- ・臨床では、外科病棟で手術中心の為、自ら断念する経験無い。
- ・看護学校の職員のため、全くないです。
- ・在宅では、入院しないとできないことについて、入院しないという決断においては断念。
- ・積極的な延命
- ・今は臨床にいないため、実習でもまだ体験はない。
- ・慢性腎不全で透析対応したが認知症の進行、80才以上ということから、透析は実施しない方向で担当者会議で決定した。
- ・上記の例から、しかし結局そうではなかったが…。
- ・点滴やめる。人工呼吸やめる。
- ・挿管による人工呼吸、除細動
- ・断念したことはない
- ・臨床で働いている時（随分前です）は、たまにあったと思います（今は臨床ではないのでない）。
- ・骨折や悪性腫瘍の高齢患者が家族の意向により手術を断念されました。
- ・摂取機能訓練
- ・痛みがあるため意志が確認できないため。
- ・点滴等必要量を低減し、本人の負荷を減らしたことがある。
- ・知人を通して経験した。
- ・延命処置をしない、心マッサージしないなど。
- ・再度食事を食べることをすすめられなかった。
- ・胃瘻を造設しない。肝機能が悪化しても経過をみるのみ。
- ・看護師のみで判断できるような療養上の世話等においては無い。
- ・断念とはどういう意味でしょうか。80後～90才台で癌治療をすすめないということはよくあります。
- ・家族の場合と学生の研究データの中で
- ・“断念したこと”よりもむしろ“選択して”IVHや経管栄養をえられない経験はよくある。
- ・電解質の補正、栄養剤の投与（消化吸収能が落ちている）
- ・4)の職場環境にいない
- ・現在臨床の場にはいないため

- ・断念したことはない。Family と Dr と相談して、蘇生、ope、人工呼吸器、PEG を選択しなかったことはある。
- ・家族が納得して治療しないことを選択することはあります。胃瘻、経鼻、抗癌剤。
- ・特養入所者の骨折に対する治療
- ・経管栄養、気管切開
- ・患者や家族の希望により積極的治療を行わないことはあった。
- ・血液透析、胃瘻造設、挿管・人工呼吸器の使用
- ・家族や本人が以前に希望されていたということで、点滴や経管栄養などの処置を中止した。
- ・輸血、点滴、経管 etc.
- ・意識レベルの低下から内服の中止や、血管確保の困難から DIV の内容の変更や中止をしたことがある。
- ・「断念した」という言葉をどうとらえて良いかわからない
- ・癌の手術、義歯の作成、歯科治療、心、腎疾患の積極的な治療、透析。
- ・1. 胃瘻の方で検査入院を拒否され、1年後に在宅で亡くなられた。2. 以前入院していた病棟で耐性（薬）になり、もうこれで良いと拒否された。
- ・治療が姑息的治療に切りかわっても、看護ケアはその都度できるものを実践していました。
- ・02 療法
- ・経鼻経管栄養からの注入
- ・家族の意向、特に高齢者（90 才以上）、認知症のケースで
- ・老健で認知症というよりも脳腫瘍等が疑われるような急速な認知機能低下と視力低下を来した高齢者の検査、治療を進言したが終末期の認知症とのことで何も行われなかった。
- ・採血などの侵襲的な検査
- ・CPR
- ・本人と家族の希望を一番考えて医療を行うためほとんどない。
- ・本人の希望、家族の事情により医療を最優先にするかどうかは異なる。
- ・「断念」という言葉が適当なのか不明ですが、何らかの原因で一時的対処として補液を開始し、その間に食事の摂取量が改善しなくても浮腫や、喘鳴、血管確保が困難など補液のデメリットが勝った場合補液を中止する。
- ・家族としてはある。
- ・手術等
- ・89 才姑に胃瘻造設をすすめられた時には全身状態から不要と判断。身内の会議を開いて断念することにした。自分の経験から大きな影響を与えられたと思う。
- ・家族の希望
- ・医療を断念するのではなく選択している。
- ・患者は自宅でと言っていたが、最終的には医療施設で過ごすことになった。
- ・終末期の点滴（体液管理）
- ・人工呼吸器の装着
- ・何をもって断念というのか、適切な医療と考え見極めている、家族とも話し合っているので「終末期高齢者」だからという意味がわからない。

- ・積極的な延命
- ・胃瘻よりの注入食は栄養剤なく水分のみで維持（約２ヶ月間）。
- ・自己決定による医療の選択
- ・延命治療や胃瘻を選択しない。
- ・医療は高齢だからと言う理由で何もしないことが多い。心がある人と観ていない。
- ・実習中、そのような情報が耳に入ってきます。例えば人工呼吸器等の装着を拒む“このまま施設で静かにさっていきたい”など。

実母の老衰死を迎えるにあたり、慣れ親しんだ我が家での安らかな死を迎えられることを考えた。入院を希望しなかった。

身体に不調があったが、家族が望まず、精査しなかった。

抹消点滴が入らない時

「断念」を強調されているように、あきらめたという経験ではなく医療継続の一部中止を選択したことはありました。

- ・できる範囲での対応をする
- ・ご本人が断念したという状況ではないかもしれないが、老健に入所した利用者さんが癌の治療を中止したという例があった。
- ・倫理的（生命、臨床）視点で、家族と協議のうえ
- ・抗癌剤の治療や手術を受けることに関して。
- ・酸素療法、点滴、経管栄養
- ・医療の一部を中止したことはありますが、断念ではないと思います。
- ・ご本人の QOL を考え、またご本人の家族の意思表示にしたがって積極的な治療はしなかった事例はよくあります。

・癌で疼痛がない場合

- ・末梢点滴が入らない。心臓マッサージをしないことはあらかじめ話し合っている。
- ・断念という表現が正しいかわかりませんが、結果として差し控えたことに遭遇した（立ち会った）経験はあります。

・口腔ケア、口が開かない、きれいににならない。

・末梢静脈栄養（経鼻栄養・胃瘻造設・PEG）

・延命治療

・基礎疾患にパーキンソン病、腎盂に腫瘍があり TPN 管理、利尿剤及び強心剤使用で全身管理していた Pt、死期が迫っており、呼吸が悪化それまで何度も IC で呼吸器は使用しないと話していた長男が母の姿をみて、つけてほしいと。結果的に Dr は延命処置を行った。

・積極的に医療を受けないという意志決定（十分話し合った上で）はあるが断念はない。

・延命処置を希望されない方“DNR 方針”の急変時にはそのまま看取る経験をした。

・呼吸器装着を中止

・家族又は本人の希望によるもの

・医療者の側として“断念”ということでしょうか？本人や家族が望まない医療も含まれるのか？望んでいるのに終末期のため行えなかったという意味の断念なのか？

・延命につながる積極的治療

- ・高齢のがん患者の化学療法中止
- ・癌化学療法、手術など
- ・現状のより良くを目指すことを大切にしている。
- ・ベンチレーターの装着、抗がん剤の投与（検討会への参加という意味です。）
- ・「終末期高齢者」をいつとしてとらえるのか。いつからか医療者として違う。慢性期であればあるほど難しい→経済面が関連して断念したこともある。
- ・積極的リハビリ
- ・輸液のみの Cal 補給（胃瘻造設を断念した家族の Pt）
- ・認知症のある高齢者の手術を断念する。
- ・透析導入中止
- ・高齢であるため手術を実施しない
- ・癌が発見されたが、本人の意志を尊重して無治療になった。
- ・胃瘻造設、ペースメーカー挿入
- ・血糖コントロールにインスリンを用いず、内服にする。ワーファリンの使用が望ましいが、副作用を考え無理して用いない（脳梗塞の再発もやむおえない）。
- ・どんなことをさすのか質問の内容が難しく答えられない。
- ・断念したという表現に値するかはわかりませんが、これ以上医療を行うこと、NPPV→挿管+人工呼吸器は負担になると家族、医療者間で検討し、行わなかった。
- ・PEG の造設について
- ・高カロリー輸液継続から補液への変更の要望が家人よりあり、最期を看取った。
- ・口腔内トラブル、動揺歯がある、歯科往診を依頼することを提案しても、本人、家族共に拒否、看護師の口腔ケアのみで経過を見る。
- ・自分の母親の終末期
- ・1970 年代にドイツの病院で酸素、輸液を中止した。
- ・看護者としての援助は必要性を考慮して実施します。清拭時に呼吸停止したこともありました。
- ・下の腫瘍や、乳房の腫瘍など、肉眼的所見があっても検査をしなかったこと。
- ・家族とのインフォームドコンセントは十分図られ、本人も自己決定の上に納得。
- ・積極的な医療を QOL を上げるための看護、介護に切り替えることをします。
- ・看護の場合は最期まで続けられます。
- ・本人、家族が積極的な治療を望まない。
- ・点滴をしない。酸素をしない。吸引をしない、など。
- ・HD 導入、人工呼吸管理など
- ・断念というと、「したい、すべきなのにできなかった」というニュアンスですが、そういうのは少ない。話し合いの上、「年も年だし、もとのご病気もあるし、しない方向で…」という合意でしないことは多い。ただ、認知症で酸素など拒否が強く、治療できなかったということは、まれにありました。ガンであった。
- ・医師や家族が治療を選択しなかった場合はあるが、看護の立場で終末期を理由に何らかのケアを断念したということはない。
- ・人工呼吸器の装着をしなかったことが、かなり昔 10 年以上前にあったと思います。

- ・化学療法を実施しないという選択。
- ・“断念した”という言葉のニュアンスが正確に判断できません。
- ・断念というより、治療の必要性について検討し、補液の減量や中心静脈栄養、胃瘻を行わなかった事例がある。
- ・経口摂取が不可能となった時、胃瘻造設をしなかった（断念したというより選択した）。
- ・透析の導入について
- ・断念という言葉とも少し違うように思いますが…最善として行わない治療はありました。（治療ととらえると）医療としてNSが決定することはできない。
- ・難病、ガン末、老衰の方のことで。
- ・口から食べ続けること。
- ・高齢で認知症のため、癌であったが十分な薬物療法ができなかった。
- ・病棟側から断念することはありません。

問 2.(5)あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療を追加した（ないし、急遽行った）経験はありましたか。

- ・研究データとして、NSにインタビューしたことはある。
 - ・DNRでしたが、家族が臨終に立ち合いたいと心マをして到着を待った。
 - ・訪問回数を増やす。介護者の話を聞く。
 - ・腎機能の悪化を防ぐ補液や薬剤の減量
 - ・家族の希望で長期療養中の患者さんに、レスピレーターの装着を行い、延命を図った。
 - ・胃瘻造設
 - ・疼痛コントロールのための薬剤使用について
 - ・家族と患者の面会時間を増やす。家族が患者に声をかけるよう促す、など。
- 必要だと思ったため。
- ・本人の意志の慎重な傾聴や家族、友人との時間を取るための治療時間の調整など、在宅調整も含めたCareを中心としたもの。
 - ・家族が急に輸液をしてほしいとのぞみ、本人にとって苦痛にならない方法や量で実施する、など。
 - ・褥瘡予防、口腔ケア、家族希望時の末梢点滴
 - ・家族への介入
 - ・必要なことはできるだけ行った。
 - ・必要なCareと思い行っていた。改めて終末期Careとして行っていなかった。
 - ・口腔ケアをして経口摂取継続、食事内容を工夫。療養型病棟から自宅に退院して在宅療養開始（在宅サービスの開発）
 - ・主治医の意向で、食べられなくなった重度認知症の人に対して胃瘻を造設したことはあります（あと、介護施設側の意向で）。家族がいないケース、いても施設に入るためやむをえず承諾したケース。NSは作る必要ないと思っていました。
 - ・口腔ケア
 - ・口腔ケア（病棟のスタッフがほとんどしていないので私だけでも、としていた）

- ・経口摂取が難しい場合、必要最小限の補液を行っている。
 - ・緩和ケア（口腔ケア、褥瘡予防、タクティールケア etc）
 - ・点滴、酸素など。
 - ・実習生と共に、足浴、マッサージ、口腔ケア
 - ・終末期高齢者という理由ではない。
 - ・病院や施設からの外出
 - ・どこでどのような生活がしたいか（意思決定）、本人と家族の過去の思い出話をする。どこで死を迎えたいか、家族の考えなど。
 - ・今は臨床にいないため、実習でもまだ体験はない。
 - ・経口摂取ができず経管栄養も実施できなかったため、電解質などの点滴を行った。
 - ・痛みを減らすために使用
 - ・足浴手浴
 - ・臨床で働いている時（随分前です）は、たまにあったと思います（今は臨床ではないのでない）。
 - ・経管栄養
 - ・胃瘻、腸ろう
 - ・緩和ケアをするため
 - ・内科治療主体となるため、薬の変更、減量へ移行する。
 - ・口から食事がとれない時の点滴、口腔、気管内吸引。
 - ・疼痛や苦痛の緩和のための医療
 - ・麻薬の使用
 - ・重度の脱水症に陥って苦しまないよう、最低限度の補水（補液）を行う際、本人、家族と十分に話し合いをもってすすめる。
 - ・尿路感染に対する水分量の増量（TF で）
 - ・現在臨床の場にはいないため
 - ・sedation における家族へのメンタルケア
 - ・終末期高齢者が理由ではないから。
 - ・温浴やマッサージ、リラクゼーション、コミュニケーション、清潔、整容、快の刺激を増やし自律神経の調整はします。
 - ・患者家族の希望により
 - ・在宅酸素、家族の希望により少量の点滴。
 - ・禁食 Pt への可能な量の食事、水分摂取、苦痛除去のための麻薬投与等。
 - ・夜間にトイレへ行こうとしてベッドの角に頭を打ち、もうあと 1 週間と医師から言われて点滴をした。
 - ・胃瘻造設—誤嚥—NP0—死亡
- 何のための胃瘻だったのか。
- ・緩和ケア病棟で、積極的治療は行わない方針であっても、気切やトラヘルパー挿入に至った患者はいました。
 - ・脱水管理（熱発増強することある）
 - ・家族と話し合い、希望で酸素療法、輸液療法を行いました。家族の希望や本人希望を優先するため。

- ・あったかどうか思い出せない。
- ・自施設では主に老衰からの看取りを行うことが多いが、追加することが多いのは褥瘡対策（褥瘡発生はなくとも予防対策等は行う）である。吸引（用意のみのこともある）程度である。
- ・中心静脈栄養
- ・家族の希望（「何もしない」と言って書類にサインしたが、医療追加を希望された）。
- ・医療施設の中で家族が間に合わず心臓マッサージに点滴追加等を行うことになった。
- ・食事（栄養管理）（胃瘻造設含）
- ・状態観察の強化、本人の希望を意識する。
- ・家族が希望したので、抗癌剤の治療をずっと続けた。
- ・急な家族の意志変更に伴う救急対応
- ・人工呼吸
- ・ご本人、苦痛緩和のため緩和目的の処置や投薬、看護をしました。
- ・末梢点滴の挿入介助、酸素吸入
- ・酸素投与、皮膚トラブルの治療（表皮剥離、口腔内など）
- ・苦痛の軽減に関する薬物の使用など。
- ・褥瘡や下肢潰瘍に対する処置、Tbe を発症し転院や感染予防策
- ・生活の質をより高める
- ・緩和目的での麻薬投与。Pt が望む経口摂取の工夫。
- ・ご本人の希望を聞き、可能な限り実現を目指す。
- ・臨床看護師時代に IVH 等が行われた患者に対して。
- ・嚥下困難の Pt に対する皮下点滴の施行（指示をもらって）。
- ・どんなことをさすのか質問の内容が難しく答えられない。
- ・医療を行うことが、本人が希望するか（体の負担も含めて）家族の思いだけで選択されていないか。本人の症状を緩和するためのケア。

- ・点滴開始
- ・？？必要な医療は追加します。
- ・経管栄養、点滴、IVH、緩和ケアへの移行。
- ・鎮静・鎮痛剤の増量…追加
- ・鎮痛剤の使用、モルヒネ等麻薬の使用。
- ・ステロイド投与、Pain コントロールなど
- ・倦怠感等を改善するためにステロイドを投与する。モルヒネを追加する。
- ・在宅での生活（高齢者の望む生活）に移行するための介入。
- ・疼痛コントロールが追加された方を担当したことがあります。
- ・経管栄養（経鼻）、末梢静脈からの点滴
- ・急性期病院から転院する際に、栄養管理の方法を変更した。経鼻カテーテルでは抜去等の管理上の問題から胃瘻を増設した。またはボートを作成した。
- ・透析を行った
- ・採血
- ・マッサージ、アロマセラピー

- ・痛み止め（モルヒネ錠）の使用
- ・吸引

問3.(3)あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼したが、断られたことがありますか。

- ・外来が忙しく往診対応できない。
- ・歯科の先生が往診してくれていたが、来られなくなった。
- ・往診ができない
- ・出血傾向にある患者様で、既に体動困難な場合。
- ・歯科医のいる医療機関に Pt が出向かなければならなかったため。
- ・往診をしていない
- ・口が少ししか開かず、どうしようもないと…。
- ・不明
- ・患者が治療用のイスに座れず（拘縮等）安静が保てない（認知症による理解力の低下）
- ・入れ歯
- ・認知症のため開口しない、指示がわからないので限界である。
- ・全身状態が安定していない場合抜歯は困難だった。
- ・往診として依頼したため。
- ・認知症があるから、必要があるのか…と言われた。
- ・高齢だから
- ・認知症が重度で指示に従えない（開口を保てない、治療後に適合しているかどうかの確認ができないなど）“
- ・専門的ケアの意味がないと言われた。器材を持ち込めない。
- ・「経験がない」「どの程度まで望まれているのか判断が難しいから」
- ・歯科医師会へ依頼。断られはしなかったが、訪問までに時間がかかり目的が果たせなかった。
- ・侵襲を考えると鎮痛剤を使えず難しい為、状態が不安定で責任が取れない。
- ・往診ができないとの理由

問3.Ⅰそれはどのような場所でしたか。

- ・特養
- ・医療関係
- ・回復期リハ

問3.Ⅱそれはどのような歯科治療、ないしケアの内容でしたか。

- ・口腔内保清
- ・口腔清掃

- ・残歯による口唇の潰瘍の診察
- ・口腔ケア
- ・看護師による口腔ケア
- ・義歯調整と歯肉痛の対応
- ・日々の口腔ケア
- ・口腔ケア

問3.IIIあなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかかわるべきと考えますか？

- ・最期まで口から食べることを希望する本人、家族の思いに出会うことが多かった。この希望がかなうよう口腔衛生は守られるべきだと思う。
 - ・摂食、嚥下機能、誤嚥性肺炎予防に関わるべきだと考える。
 - ・口腔衛生管理を必ずして、予防する。
 - ・終末期にある Pt にとって口腔の状態は重要。最期まで経口摂取を考える時歯肉の腫れや歯の不具合は意欲低下につながるので、専門家の口腔管理は必要。現在きてくれる歯科医の方は嫌がらずに対応してくれるので助かります。
- 特にケアが難しい口腔ケアについて歯科衛生士を中心にアセスメント、ケアの具体的方法の指示、評価を訪問Ns、訪問介護と協働する。
- ・終末期高齢者の口腔汚染は結構酷いことがある。合併症を防ぐためにもより安楽で適切な口腔ケアの方法を伝授してもらいたい。
 - ・感染予防、嚥下機能の改善（食べる喜びなど精神的にも改善できるような取り組み）。
 - ・口から食べられるための支援
 - ・チーム医療に参画して、積極的に病棟またはベッドサイドに出向いて治療を進めてほしいと思います。
 - ・口腔環境を整えることは終末期であっても必要。
 - ・終末になる以前から関わり、終末期でも同じように口腔ケアを行う。
 - ・開業している歯科医が急増しているので、もっと積極的にそういう医師も関わってほしい。
 - ・訪問など、フットワーク軽く動き、ナースやヘルパー、family と共同して取り組むネットワークづくりの重要性をお互いに感じます。
 - ・抜歯・消炎、外傷、
 - ・口腔粘膜に対する治療（口腔乾燥、口内炎など）
 - ・摂食機能療法・食支援
 - ・歯科専門職による口腔衛生管理
 - ・患者中心の治療、看護をしていきたい。“終末期”といえども本人の苦痛の緩和には極力援助していくのが私たちの使命と考えている。
 - ・その人の QOL を考え、必要な介入を行っていく。
 - ・口腔機能の評価やケア方法について啓蒙活動及びケアマネジメントする歯科衛生士と共に在宅療養者、ケア付高齢者住宅やグループホームへも積極的に往診する。
 - ・歯科衛生士の口腔ケア指導が介護や慢性期の病院でもっと導入されると良いと思います。

・歯科治療を依頼したことはないが、臨終に近づくと口臭が強くなるので、患者自身で歯磨きが出来なくなった患者さんには、定期的に診察あるいは口腔ケアに入って欲しい。

・終末期になる前に口腔ケアや歯科での口腔内の管理を十分にしておく。

・摂食、嚥下に関するクオリティーが低下することが経口摂取や栄養状態の低下を引き起こす例を多く見てきました。施設、在宅にて歯科が多く診療できる状態で急性期の病院でも歯科の併設や Bedside への診療が入ることを希望します。

・在宅診療にも積極的に関わってほしい（家族の立場からも…）。

・寝たきり状態になった方の口腔衛生管理の歯科専門職による介入の充実。認知症状があり、口腔衛生を理解できない方へのアプローチ方法の充実。

・依頼があれば、通常と同様にチームで関わると良い。急性期病院（大学病院）では、診療の午後、依頼するところに医療者がチームでラウンドし、医学生、看護学生も一緒に勉強させてくれます。

・在宅での歯科治療を充実させてほしい。

・経口摂取が減少し、口腔粘膜のトラブルが多くなるのでその対応が必要。

・また、悪化する前の予防的な関わりを行う。

・唾液の不顕性誤嚥の予防、口腔ケア

・肺炎の防止のために、口腔ケアを続ける。歯科専門職による口腔衛生管理を実施。

治療から口腔衛生管理まで、保険適用として、定期的な訪問を行うなど関わってもらいたいと考えます。

・まず見るべき！

・美しい姿を維持できるよう整容の一部として介入してほしい。

・必要時の往診、口腔衛生管理

・口を開けること、開け続けることが困難な様々な問題を抱えていらっしゃる方にとって、難しい問題（課題）と、捉えています。ただ、医療者があきらめて放置された口の中を家族が見ると本当に本当に悲しい気持ちになりました。O₂ 投与でからからに渴き、舌が萎縮していたのを見て初めてセデーションをかけることを決意しましたが、ほんの 1 日前には食べてはいけないと言われていたのを知らず、子どもが梨を口に運び「おいしい」という顔をして眠っていた方になんとか良い状態を保てないかと思いました。

・器質的口腔ケアの部分で看護師、ST 等と連携を強化し QOL を充実させたい。

・義歯治療を行い、経口で食事が取れるようになったことをきっかけに、精神的な活力が戻り、ADL が up していった事例を見たことがあります。終末期でも同じです。最期までその人らしく楽しんで生きていく為に、生活の中での「食」を守る関わりは必要不可欠と考えます。

・対症療法の確立後、本人もしくは介護者（家族に限定せず）が円滑にケアできるよう方法論を提案する。

・緩和ケア目的で治療、ケアは必要（見た目（外観）、清潔、気持ちよさ）終末期の定義など考えないといけませんが、摂食、嚥下機能への支援があればいいと思います。ある歯科医と出会い、歯の大切さを実感しています。そうすればもう少し食べられる期間も多くなるはず。又、終末期ではありませんが ADL 改善にもつながるはずです。→（QOL の改善）

・もっとアセスメントから積極的に関わるべき。

・尊厳維持のために充実させてほしい。

- ・口腔内の状態に様々な問題が認められることから、積極的に関与してほしい。
 - ・経口摂取をできるだけ長期実施できるよう、義歯の治療を往診等で実施して頂けたらと考える。又、経管栄養を行っている虚弱高齢者の口腔ケア指導も同様。
 - ・残された命がある限り、口腔ケアは必要だと思います。
 - ・食べる機能を支えることに積極的に関わって欲しい。
 - ・積極的に関わるべき①口腔粘膜に対する治療②歯科専門職による口腔衛生管理③動揺歯の処置
上記3つはしていただきたい。
 - ・口腔内もきれいにし最期を向かえていただきたいと思います。
 - ・実習を通してですが、高齢終末期の方に対して口腔ケアが十分に行われていない現状を目にすることがあり、人としての尊厳を守るためにも口腔ケアの重要性を感じています。
 - ・一方で高齢者施設で訪問歯科診療を積極的に取り入れられているところも見ることが多くなりました。大変重要な役割であると実感しています。
 - ・ケア回診等で病棟等の要請に（答える）応える。
 - ・最終まできれいな口腔内を保てるよう積極的に病棟への声かけも行っても良いと思う。
 - ・終末期であっても「口から食べる」という事に積極的に関わっていく為には歯科との連携は不可欠。
 - ・誤嚥性肺炎の点からも口腔衛生という面で関わって頂きたい。
 - ・緩和や清潔（不快を取りのぞく）ものであればよい。本人が生きている（意味のある）行為を実現できるサポート、本人や家族が望むターミナルケアに準じれば良いのではと思う。
 - ・最期まで1口でも食べられ、会話ができるように口腔内を整えること。
- 例えば、痩せてきた患者さんの義歯調整、出血しやすい患者の口腔ケアなどの助言。
- ・積極的にかかわって欲しい。認知症高齢者の場合は重度化してからかかわることは難しいので、高齢者のQOLを維持・向上させるためにも初期からの歯科の介入が有効だと思います。
 - ・歯科医師という問題ではなく口腔内の清潔を保つのはとても大切ですが、施設などでは徹底できていないのが現状です。ケアスタッフの意識向上と口腔ケア実施の加算などの制度、両面からのサポートが必要と考えます。
- 特に高齢者が終末期を過ごす場が多様化しています。高齢者の口腔への関心が看護師・介護士はとても低い…のが現状ではないでしょうか。診療していただいてもcareにつなげていないため、効果があがりにくいように感じています。両職種共に摂食機能への関心は高いためその視点から介入していただき、口腔careの重要性をひろめていただけると嬉しいです。
- ・終末期の口腔衛生管理は大事ですので、他職種と連携しながら支援していただければと思います。認知症の方などは入れ歯を使用せず、きざみ食や流動食になっている人が多いです。終末期の状態になる前の義歯治療、食支援が求められているのではないのでしょうか。
 - ・特別病気がない場合、経口的に摂食できなくなったら、死が間近に迫っているという考えが基本なので、最期まで経口的に食事が摂取できる為には口腔の清潔、歯の治療はかせないと考えている。本校の関連施設では（特養、老健）歯科ではないがSTが積極的に終末期まで高齢者に関わっている。
 - ・最期まで会話することは人として重要。そのために安全な入れ歯はとても大切です。がんばって下さい。
 - ・①経口的に食物を摂取できる期間をできるかぎり長くと考え、実践しているので、咀嚼や嚥下に関するトラブルうち、義歯の作成や残歯の処置をすれば改善が見られると考えられる時は、受診を奨励

しています。②口腔内のケアができない（歯の欠損や割れ）場合や、不良の義歯の調整をしてもらい、口腔内の清涼をめざしますので、ケアの相談にものってもらえると良いと思います。

・終末期の患者さんの口腔内は出血、痰の付着、乾燥等で見えていて気の毒になることが多々あります。Nsとして大事な思いと食物の玄関なのでケアはしますが…。歯科の先生や衛生士さんに気軽にコンサルトできるような連携した体制があれば有難いと思います。

・終末期をどのように捉えるかにもよると思うが、少なくとも嚥下機能の維持、または訪問診察等による嚥下（経口摂取）の見守り助言、口腔機能の改善、維持、ケアへの助言についてこれまで以上にかかわりをもってほしい。

・できる限り関わるべし。2)必要なら、2)のすべて。

・対象者の安楽のために関わってほしい。たとえ本人から苦痛の訴えがなくとも。口腔内の清涼維持。口腔乾燥、口内炎への予防的口腔衛生管理をしてほしい。

・通常の医療から、継続してフォローされ、終末期になったから特別(+)されるというものではない。よく、ヘルパーさんは終末期に入ったというと「それではもう口腔ケアは不要ですか？」と言う。それ自体がおかしい。終末期だろうと安定期だろうと口腔ケアは、歯がなくても人間が生きていくうえで必要な大切なケアだと思うし、あってあたりまえのものなのです。

・最期の時まで口腔内の清潔が保持できるよう訪問診療や他職種への指導体制を整えてほしいと思います。

・食べるために口腔内の環境が整っていることが必要で、積極的に虫歯治療、義歯の修正などを行ってほしい。

・終末期高齢者に含まれる、認知症、重度疾患を重ねてお持ちの高齢者への治療が困難と感じたことがあります。施設内での治療には限界があり、また受診に行くと診療台に上ることすら困難と、限られた治療しか受けられないことが残念でした。医療との連携として往診の充実を希望します。

・在院日数の短縮により、患者は在宅医療を受ける機会が多くなると思われる。通院できない患者も多いと思われるので、往診歯科医の体制を作るべきと考えます。

・最期まで経口摂取したい人ができるように、痛みがないように対応して頂ければと思います。

嚥下指導や口腔内 care における指導 etc.

・食べる楽しみを失わないために、口腔ケア、嚥下機能が低下しないよう働きかける。

・食べられるようにする処置。口内炎を含め、口腔内が清潔で快適に keep されるケア。

・口腔内の保清、保湿等衛生面の介入。

・口腔ケア、口腔衛生管理はこち良さのためにも重要と思われる。

・1. 歯肉（歯根）のマッサージ 2. うがい 3. 入れ歯は半年に1回作り替わるのではなく、状態に応じて作ることが必要。

歯がしっかりしていないと顔面に変化がありすぎるのでしっかりした口腔ケアが必要である。

積極的に訪問し、口腔内の困りごとをきいていく。口腔粘膜や嚥下のことは歯科ではないと思われている。

・口腔粘膜のケア、口腔衛生管理など歯科衛生士や看護師によるケア

・出血、疼痛がある場合の管理

・介護施設では最期まで口から食べることが大切にされていますが、義歯の不具合をかかえている人々がとても多い。最期まで最大の摂食機能を維持するために関わって頂けると良いと思う。開口制限のある方の口腔ケアも困っているので助けていただきたい。

・寝たきりで、口から栄養の摂れない方は、残歯も徐々に動揺が見られます。1回/週位で口腔衛生管理を行うと口臭を防ぎ日々の口腔ケアがやりやすくなります。

・歯の健康は身体的、精神的な健康と密接につながっていると考えます。本人が望む最期が迎えられように本人の意志を大切にしながら、医療福祉チームと連携し、歯の健康を保つことが重要だと考えます。

・最期迄誤嚥を最小限に経口摂取を継続するための摂食・嚥下・食支援への指導、口腔ケアの指導。
→「何もしない」選択をしたご家族や介護者の罪悪感を少なくするように感じる。また医療行為を最小限にした看取りの満足感を高める。

・（在宅にもっと出向く。病院、福祉関係）往診を充実させる。肺炎予防になるし、口腔機能はコミュニケーションなどにも重要なので。

・口腔衛生の基本的な事を大事にする出血等の症状の緩和方法の確立。

・できるだけ口腔より食べ物を自力摂取していただくために口腔衛生を中心に関わると良いのではないのでしょうか。

・最期まで口はきれいにしてあげてほしい。ご本人も家族も気の毒に思えることが多い。

・経口摂取を模索している間、摂取ができなくなった後も口腔刺激を行う等、最期まで必要と考える。歯科の方達の思いもわかるが、全体的に高齢者を見ることも知って欲しい。同じチームメンバーであると思っているし、そのように対応をしている、被害的にならず、持っている知識技術の共有をしたい。

・なるべく最期まで経口で食べられる状態を保てるように口腔内の治療的管理を行って欲しい。

・緩和ケアの一部として行われることを願う。

・治療後に生活の継続があるということ。在宅で診れる範囲かどうか考え、治療後指導を行って欲しい。医療はどうしても、家族や、介護職を下に観るので、良い連携はとれないと思う。

・口腔ケアを含めた歯科治療はどの発達段階においても必要であり、特に、経口摂取状態に変化をきたす終末期では、口腔内の清浄を保つ以外にも感染予防、消化器機能、認知機能等には重要である。さらに、コミュニケーションにも影響を与えるのが口腔機能であるため、終末期患者のQOLにとって欠かせない領域であるため、積極的に治療（診療）していただきたい。

・最期まで口から食べることが大切にするには口腔機能の維持は欠かせない。機能が衰えた時こそ専門的アプローチが必要であり、終末期であっても継続した歯科の関わりが重要であると考えます。

・患者が最期まで自分の口を使って食べられると言うことにこだわる又は希望するなら、積極的に関わるべきだと思う。

・口腔衛生等にはたらきかけ積極的に終末期医療に参加していくべきである。

・介護士、看護師、医師から依頼があれば、認知症であっても最善の努力をすべきである。

・高齢者のQOLを重視して医療のあり方を考える。

・最期まで自分の口で食べられるように歯科のかかわりは義歯や嚥下、口腔清潔の面で重要である。現在より歯科医師のかかわりができるようにすべき。

・歯科のユニットがなくても、なんらかの処置ができればよいと思います。訪問歯科の追及はどの程度かわかりませんが増加すればよいと思います。

・定期的な口腔内の衛生管理だと思います。現在私は教師をしています、臨床においては特に口腔ケアの重要性は理解していました。口腔ケアの実施出来ないスタッフが多いのも現状にあり指導的立場でもありました。現在は老年看護学を担当し、学生には口腔ケアの重要性や演習も取り入れています。臨床においては他職種カンファレンスで口腔内のケアについてはあまり取り入れられていない(歯科受診、対診止まり)印象にありますので、歯科の立場で臨床に出向くかアピールを行ってみては、いかがでしょう(臨床医に関してですが)。

・本人、家族が望むこと

・摂食だけでなく、顔の表情

・自力での口腔ケアが難しくなってくるが、口腔内の不快感はご本人にとっても辛いものなので、ご本人の感じる不快さを取り除けるよう関わっていただけたらと思います。

・最期まで自らの口から栄養を摂ることができるよう、定期での訪問であったり、終末期となる以前の口腔環境を整える啓発を促していく。

・尊厳ある姿を維持するために関わってほしい。

・意識のない方、認知症の方の口腔ケアは理解が得られないため難しいと感じることがあります。また口呼吸のため口腔内の乾燥が強い場合、短時間のケアではなかなかきれいになりません。その様な時等に実際に(個別の)ケアを指導していただきたいと思います。

・“食べる”ことへの支援をするためにリーダーシップを取ってチームで関わって欲しい。

・歯科をもたない施設への外部コンサルテーション(療養病床や、有料老人ホーム、特養など、平時の口腔ケアの助言に力を入れてもらいたい。)

・終末期医療において点滴治療のみでなくいかに食事を摂れる事が大事と考えている。口腔内の疼痛で摂取できない患者、義歯が合わずに辛い思いをしている患者等も多い。実際には歯科がある病院も少なく十分な治療に関われなれている。もっとかかわれるようにする事で救われる患者も多いと考える。

・①口腔内のアセスメント②口腔を清潔に保つための指導③必要な治療(歯槽膿漏治療など)④義歯が合ったものに作り直す

・感染予防の点で特に積極的に関わっていただきたい。また、少しでも経口摂取が継続できるよう支援していただきたい。

最期まで口から食べることは、その人の生きる力を支えることにつながる。口腔機能の維持改善のための支援は、その人の生きる力を支えるだけでなく肺炎の予防ができる。また義歯を適切に使用することは、会話やその人の表情にも影響を与えることから尊厳をもった生き方にも関わってくる。つまり、終末期医療に歯科は最期まで尊厳を持ってその人の生きる力を支える身近な支援者となる必要がある。

・終末期の有無に関わらず、在宅であっても急性期HPでも、もっとチームメンバーとして入って欲しい。

・医科と歯科の連携をもっと強化することにより、最期まで食べる機能を活かすこと(リスク管理を行いながら)につながると思う。

・歯科、口腔ケアは高齢者の肺炎予防につながり、QOL 向上にもつながると思う。口腔衛生、口腔内乾燥などしっかり行われることで口腔内の清潔だけでなく、摂食、嚥下機能の維持につながるため、病院、在宅含め歯科衛生士の積極的介入、看護師の口腔ケアの看護の質の向上が求められる。

残歯が 1 本でもある方には、そのケアを行えるよう訪問歯科をもっと進めて欲しいです。

- ・終末期であっても快適にすごせるように、口腔ケアを行うべきと思っています。
- ・ぜひ、依頼（必要な患者）には関わっていくべきだと考える。
- ・義歯の調整、口腔ケア
- ・終末期に必要な口腔ケアの知識の普及、技術。器具、器材、薬等の使用方法の指導、薬剤による効果の比較、選択基準の情報提供。
- ・口腔、上気道感染予防。摂食、嚥下機能、コミュニケーション機能の維持。
- ・口腔ケア
- ・口腔衛生が保てるように関わって欲しい（不快がないように）。
- ・最期まで口から食べられる様に支援していく際の口腔状態（歯、粘膜、口腔乾燥、摂食機能）の評価に基づいて、歯科チームメンバーへのケア方針の提示と専門的な技術の提供。
- ・終末期における不必要な合併症（歯周病、肺炎等）口臭の軽減のために積極的な専門的ケアが必要である。
- ・全身状態が悪く受診できない対象に、細やかに往診等で対応してほしい。
- ・最期まで口から食べられる様に目指すことが重要で、そのためには口腔ケアや適切な義歯であるよう調整することが大切だと思います。
- ・考えたことがなかったので、今後考えていきたい。
- ・もっと往診の重要性が増し、体制作りがより進んでいけたら有難いです。
- ・最期まで経口摂取できるよう、口腔ケアやマッサージを指示し、関わっていくことが望ましいと思います。
- ・終末期だとしても普通に関わればよいと思う。食べたいと思う人であれば、食べられるように痛みがあるのであれば痛みを取りのぞくように、本人の望むことを叶えるという方向で関われば良いと思う。それは一般の医療も歯科も同じと考えます。
- ・大変重要なことであり（やはり食事との関わりが大きい）もっともっと深く関わるべきだと思う。
- ・高齢者に限らず、回復の見込みのない病状での終末期は、苦痛ができるだけ緩和され「辛くなく、寂しくなく、心穏やかに」その日を迎えて頂くための支援が大切だと思います。歯科が苦痛の緩和に貢献してくれることを期待します（終末期ケアの授業でも取りあげています）。
- ・ずっと継続的に関わるべき。
- ・医療現場ではニーズがあると思います。積極的に介入して頂き、看護師への知識・技術向上に歯科衛生士が協力して頂ければと思います。
- ・現場のニーズに合った歯科医療を望む。終末期の患者に接したことのない歯科医師もあり、臨床教育は必須。又、適切な治療あってこそその患者の QOL であるため、能力向上を切に望みます。
- ・訪問歯科は金額が高いので、依頼することは困難。
- ・十分関わっていただいています。
- ・最後まで摂食を希望される方の摂食支援（嚥下のサポート）。

- ・口腔ケアによる易感染予防や本人の清涼感の保持。
 - ・口腔ケアは全身のケアに通じるため、経口摂取が不可能になっても、常に基本的な口腔の衛生管理が安楽に行われること。
 - ・食→特に食べることを楽しみにしているから。
 - ・終末期医療の前に関わるべきでは…？
 - ・認知症をもつ高齢者は、口腔が不衛生になることが多い。特に初期は家族介護のみ、またデイサービスなどの福祉系サービスのみの場合が多い。ケアマネージャーなどに働きかけ、早期に働きかけることが終末期の口腔ケアにつながると思う。
 - ・往診の有無もそうだが、歯科がどこまで介入して頂けるのかが在宅看護の立場からは見えにくい（連携が取りにくい）。→手軽に利用できるように連携が取りやすくなるようにして頂きたい。
 - ・院内に歯科口腔外科がなく連携が取りにくい。高齢者は入れ歯が合わない食事が摂れないといった口に関連する問題を抱えている場合が殆どで、もっと連携がとりやすいシステム（入院中でも地域の歯科の往診が受けられる）を整えたいと思う。
 - ・口腔内が清潔に保たれるように、実際と（看護職、介護職へ）の支援（指導）。
 - ・終末期であれ、食に関するケアは重要なので、歯科治療を行うことでQOLが向上するならば、積極的に行った方がよいと思います。
 - ・口腔ケアは重要だと思います。
 - ・食べること、話すこと、感染を起こさないことを支える。
 - ・口腔のトラブルが最小限になるような介入（残歯による口腔粘膜損傷の処置など）
 - ・訪問診療
 - ・訪問治療が定着していければよいですね。
 - ・住宅や施設での終末期の摂食、嚥下機能の低下に対する支援を中心に終末期の患者の倫理的側面を含めた支援が必要。
 - ・口腔ケアを高めることで食思がわく。
 - ・嚥下の評価をする前に口腔内のケアを行うとよい。
 - ・STと歯科医の連携ということです。
 - ・口内を清潔に保つことは終末期にとっても重要なので、他機関からの依頼に応じるほか、自ら“宣伝”などを行い、潜在患者の掘り起こしを行い、積極的に関わってほしい。
 - ・人にとって口腔ケアは大切だと思います。私のエンドオブライフケアの目標としてキスしてもらえくらいキレイな口で生きて全うしてほしいと思っています。看護では口腔ケアを頑張っているつもりですが、動揺歯があったり、それによって外傷ができてることが多く、我々の力だけでは不十分だと思うことが多々あります。エンドオブライフの方の所へ訪問診療して頂き助けて頂きたいと思います。
 - ・終末期といいきれるか否か分かりづらい高齢者もいるので皆さんと変わりなく分け隔て無く診察、対応してもらえたら助かります。
- 口から食べれるのであれば、美味しく食べれるように口腔内を best な状態に保てる様な支援を行って欲しい。誤嚥性肺炎を起こし、苦痛が増強しない様、他職種と連携を取る必要があると思う。
- ・対象者に最期まで美味しく食べて頂ける様に積極的に関わっていただきたいです（誤嚥性肺炎の予防も含む）。

- ・最期まで、食を諦めないように、口腔内を整える必要を感じる。

問 4.1 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・本人の意志
- ・本人の意思、考え方、現状についてどう思っているのか、どうなりたいたいのか。
- ・患者本人が現在の状況で関わりを受け入れられるタイミングや食事形態の再検討 etc、ご本人の現在の状態、関わりのヒント、きっかけ等、ご本人を交えた意見。
- ・本人の意志
- ・現在の女性の身体状況の確認（嚥下の状態、痛みの程度、どのように生活したいのかの思い）。
- ・本人の意欲、食欲。
- ・感染予防、痛み苦痛の除去の観点での本人の QOL
- ・本人の意見
- ・本人及び家族の現状の理解と歯科治療に対する理解。
- ・患者本人の苦痛の状況
- ・本人の気持ち、考え
- ・患者の苦痛は何か
- ・重度の認知症が口腔内の異物を容認できる時期かどうかの内科医、歯科医の判断
- ・本人の意思、拒否の理由理解
- ・本人の意志、重度の認知症でも本人の意志が少しでも示せるのであれば、それが最も優先されると思います。
- ・患者の口腔における苦痛の程度
- ・本人の食事や口腔ケアに対する思い。感情
- ・苦痛の軽減→各々の意見考え
- ・ケアマネを変える
- ・看護者自身の口腔 care の技術力
- ・強い拒否をする理由を考える。タイミングとか本人の体調とか。
- ・本人の反応
- ・本人に対しての説明、口腔ケア、治療に対する不安の軽減。
- ・本人の苦痛は何か。それに対するケア。
- ・御本人はどうありたいのか…。
- ・本人の訴え
- ・本人の意見

問 4.1 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・本人の意思をあらわす言葉、表情

問 4.2 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・ 本人の拒否の背景
- ・ ST
- ・ 在宅という条件は理解しているのですが、メンバーとして外せない…という思いで記しました。
- ・ 現在の口腔内の衛生状態や苦痛の状態。
- ・ PT
- ・ 本人の思い
- ・ 患者の苦痛の程度
- ・ 今の本人の意見、希望。
- ・ 本人の意見、あるいは家族へ本人だったらどう考えるか？ということの確認。

問 4.2 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・ 口腔ケアを強く拒否する理由など、アセスメントとその方法をさぐる。
- ・ 実現可能な方法の意見→チームメンバーそれぞれ
- ・ 本人に対しての説明、口腔ケア、治療に対する不安の軽減…の後に本人の意志確認。

問 4.3 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・ 専門家チームの意見（Dr、NS、PT、OT、ケアマネ等）
- ・ 肺炎の合併症や体重減少のことも考え、まず人工栄養に切り替え健康状態を整える。その後歯科的マネージメントにはいる。但し本人の不快感のある処置は極力控えたい（義歯装着等）。
- ・ 治療に伴う苦痛及び治療による効果（その人にとっての利益）
- ・ 家族の協力状況
- ・ 歯科衛生士
- ・ 患者の全身的な健康状態
- ・ 栄養マネージメント

問 4.3 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・ 管理栄養士
- ・ 在宅という条件は理解しているのですが、メンバーとして外せない…という思いで記しました。
- ・ 介護者派遣

03 日本老年歯科学会

問 2. 1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか。

- ・医療というよりは、ケアが中心
- ・安らかに死を迎えさせる
- ・歯科の関与は少ない
- ・患者の側に寄り添う
- ・患者や家族の思い描く、希望する過ごし方を出来る限り尊重した医療。ただし、患者や家族にもそもそも意識が低い、少ないが医療者へおまかせ姿勢なんてことがしばしばあることが問題と考える
- ・自らの意志のある間は意志に従って欲しい。無くなれば延命処置は不要
- ・人生最後の過ごし方
- ・高齢者終末期医療、癌終末期医療
- ・近い将来（月単位）死亡するケース
- ・認知症も、終末期医療の対象であることを知り、認識を新たにしているところ です
- ・死に至る病気（病態）となり、治療が望めない患者に対する医療
- ・癌患者、要介護高齢者に対するイメージですが、いつから終末期とするかが様々で見解に悩む
- ・患者の QOL の確保、自由な死を向かえるための準備
- ・患者および家族の QOL 向上を目的として行う医療と考えます
- ・看取り
- ・QOL を重視した治療よりも心身のケアに重きを置いた医療
- ・主たる疾患・疾病で死に至ることが確定した患者に対する医療
- ・死を迎えるまでの医療という意味がしており暗いイメージがある
- ・痛みのない緩和的医療
- ・人生の終末期において、本人及び家族にとって最も幸福な着地の仕方にもっていくかを医療の側から貢献することである
- ・意識障害と昏睡
- ・終末期だからどのような治療する（しない）ではなく、患者にとって、なにが最善かを考えるのが医療人として必要と思う
- ・人生の終末に関する医療
- ・医療者は看護や介護を後方支援するための存在
- ・現在の医療では回復の見込みのない状態で余命 1 ～ 2 ヶ月
- ・苦しまず、自然な形で生命の灯が静かに消えていく課程の手助け
- ・緩和医療
- ・本人と家族が笑顔で過ごせる様に、その人の残りの人生をアシストする
- ・死に向かう約数ヶ月間の医療
- ・がん終末期については確立しているが、非がんについては、文書等を見るかぎり、実感とのギャップを感じ、確立していると思にくい
- ・何をしても回復することなく、常に悪化または維持するのが精一杯の状態
- ・末期がんなどで余命が宣告されている患者に対する医療

- ・ 疾病を治す目的から、現在の状態に対して苦痛の除去や人間的に生活してもらう目的の医療
- ・ 寝たきりでの終末や、体はまだ動くがガンでの終末など人それぞれであり、これといった一つのイメージにはまとめられない
- ・ 患者の尊厳を尊重した医療
- ・ 人生最後のステージの医療
- ・ 医療が介入して改善、回復の見込みがないのが終末期であり、そのときに行うケア的な医療
- ・ 死へのスムーズランディング
- ・ 緩和ケア、エンゼルケア、可能であれば経口摂食
- ・ 医学的な判断、本人または、家族の意志、社会的背景を考慮して行う医療
- ・ 患者が望む医療を可能な限り提供するくらいのイメージしかありません
- ・ 治癒の見込みのない患者対象（癌の終末期など）体調や衛生状態などの管理をメインに行う
- ・ 患者様の QOL を尊重し、家族とも相談したうえで、なるべく経口摂取で栄養維持する
- ・ 経管栄養であったとしても口からの刺激は何らかあった方がよい
- ・ 死が目前に迫っている患者に対する医療
- ・ 引き返すことができないラインを超えた状態。治療よりもケア、患者の苦痛を極力取り除く努力をする時
- ・ 終末期の中で患者が人間として生きることを支える医療のこと
- ・ 末期癌患者等に対し積極的な治療を行わず、苦痛に対する処置のみを行う
- ・ 余命が確定した患者さんへの医療。終末期とはどの段階からあてはめて使用するかが不明
- ・ 治癒の見込みがなく進行し、衰弱する疾患であり、日常生活において要介護状態である方への“生活の為の”医療。ゴールが「治癒」でなく「QOL UP」
- ・ 「病気」の最終ステージではなく、「人生」の最終ステージを支える医療
- ・ 病状回復の見込みがなく、余命短い患者に対する医療
- ・ 治療はできず、疼痛の除去等に特化した医療
- ・ 看取りの医療と感じている。疾患や障害が治癒できるか否かにかかわらず見続けることの重要性を感じている
- ・ 病気の完治が目的というより、いかに QOL を保って過ごしていけるかを目的としたもの
- ・ 若年者では、精神的負担のない程度で高度医療の提供を模索。高齢者では本人の希望を第1に安楽・安静・安心の医療介護の提供をする
- ・ 人間の人生の終わりの時に医療がどう介入するかということ
- ・ 病状が不可逆的進行性で治療によって病状の好転や進行の阻止が期待できず、近い将来の死が不可逆
- ・ 看取りの医療
- ・ 最新の知見、技術をもってしても近い将来の死が避けられない時、苦痛のない状況を、患者とその周りの人達に作る
- ・ 栄養投与プランについて。胃ろう造設について
- ・ 末期患者のケア
- ・ 患者本人が望むことを第1に（本人の希望がとれないときは家族）できる限りのサポートを行う
- ・ 老年期における、衰退過程としての流れとして考える
- ・ その人らしく最後をむかえるための医療。家族ケアにもつながる

- ・患者の痛みや苦しみに対しての対応を主とし、安息な看取りを行うこと
 - ・近い将来亡くなる前提の最低限必要とされる医療、看取り
 - ・死が不可避で死が間近に迫っている人への医療
 - ・仕事上では医療者サイドの主体的なアプローチで「より永く延命」を第一に考えてきた所がある。
- 自分の身内の死を対面し、今は自分の終末期を考えると、リビングウィルをみんなが考え「生かされている」より「意味のある生命（自分の考え）」を大事にしたい
- ・イメージで答えるものではない
 - ・自然な死には医療は介入しない
 - ・ターミナルケア
 - ・自然経過に抗わず、しかし苦痛緩和の為には最大限の介入を
 - ・医学の進歩と共に終末期医療にも多くの選択肢があり、終末期医療≡延命処置というイメージが最初に思い浮かんでしまいます
 - ・癌患者さんにおける手術ならびに化学療法の適応外の患者さんたちの緩和ケア
 - ・非癌患者さんである自己決定が困難になった認知症の患者さんたちの緩和ケア
 - ・癌などのターミナルケアを思い浮かべる。なかなか終末期高齢者と結びつかない。死期が近いのは確かだが…
 - ・痛みをとりながら、安らかな死を迎える
 - ・多様すぎてその場によって変わります
 - ・患者本人に残された時間を、少しでも不快事項を少なく、心地良く過ごして頂くためのサポートであり、積極的に病気の治療を行うというよりは、QOLを維持、向上するためにできる医療的介入を加えてゆくもの
 - ・終末期と言っても人によって期間も希望も異なるので、その時の患者のQOLを高く維持することを目指しています
 - ・苦しまずに人生の最後を迎えてもらえるようにサポートすること
 - ・疾患を治療する積極的な医療ではなく、回復の見込みのない患者を対象とした、対症療法を主体した医療
 - ・通常の医療に加え精神的負担、QOLを強く考慮する。
 - ・最後まで人間らしく過ごすための手助けをするのが「終末期医療」だと思うが、具体的な点に関しては確立していない
 - ・緩和医療
 - ・死というゴールが明確になってからの医療
 - ・「がん」「アルツハイマー型認知症」等の脳、神経変性疾患以外では日本においては「終末期」という定義は明確でないのでは？
 - ・末期の患者に対して行う医療で、積極的な医療ではなくQOLに配慮した医療

問 2. 2)『終末期医療』に関して、あなたの職場で、医療・介護職種間での議題に上ったことがありますか。

- ・認知症患者の義歯管理、口腔ケアについて
- ・介護分野と医療分野でコンセンサスが得られていない感想です
- ・穏和ケア病棟があり、また癌や神経難病の患者もたくさんいるので常に議題に上がる。病状の変化に対する受容の程度（患者や家族のずれ）どこで最後を過ごすか、誰と過ごすかなどなど
自らの死生観を後世につたえる事について
- ・個人情報ですので控えさせていただきますが、あまりにも多く経験しており様々でした
- ・がんターミナル
- ・どこまで治療するか？ゴールはどうする？
- ・終末期患者の胃ろう（栄養）の問題は日常的にある
- ・治療内容について
- ・本人が拒否する際に家族の希望で無理に治療すべきか否か
- ・治療、ケアの方向性について
- ・医療としての判断と、QOL 向上としての判断に差が生じた時
- ・歯科診療方針立案時に目標とするリハ、ケアの内容を検討する際
- ・主に末期癌の患者に対してどこまで医療を行うか
- ・NST で食餌の摂取量が少ない症例にどのように対応するか
- ・気切、人工呼吸器管理のターミナルのがん患者が歯頸部カリエスを治してほしいと言われて、治療するかどうか話した
- ・余命と治療介入の必要性について
- ・在宅看とりが計画されていても、家族・本人の意向で入院となることも可
- ・症例毎にどうするかについて議題になった
- ・ターミナルケア病棟への往診が度々ある
- ・訪問治療先でのターミナルケア中の方の口腔ケア
- ・介入方法について
- ・患者の治療方針を決める時に検討した
- ・終末期の摂食・嚥下障害患者に対して、リスクと QOL のどちらを優先するか
- ・病院の転院、家族との問題など
- ・嚥下障害を認めて、胃瘻造設が必要と判断される場合でも、本人・家族が経口摂取を強く希望される場合
- ・経口摂取が不可能な状態で、少しでも安全に口にするということ
- ・どこまで伝え、どこまで希望を聞くか
- ・（効果がないにかかわらず）改善を目的とした医療を行うかどうか
- ・胃瘻を作るべきか否か
- ・ターミナルで肺炎予防や口腔乾燥で対策を相談されたり、依頼されたりなど、（依頼者より口のカピカピまで考えが及んでないにしても）
- ・カリエス処置や義歯作製や義歯治療をどこまでやるか

- ・末期肺癌の患者様で、アルツハイマー型認知症も併発している方の終末期ケアについて話をしました
- ・定義について
- ・歯科職として何ができるか。どのように口腔ケアをしていくか。いかに経口摂取ができるか、支援の方法など
- ・歯科補綴専門医としてはなかった
- ・上記のような方で、周囲の人間からみて必要と思われる(行わないことで生命をおびやかす可能性がある様な)医療に対し明確に拒否を示している場合、すべきかしないべきか、どちらが本人の人生にとって幸せであるのか誰に了解をとればモラルとして正しいのか、等の議題
- ・末期癌（ターミナル）の患者の訪問治療について
- ・NST 委員会やカンファレンスでどこまで介入すべきなど
- ・食べられなくなる高齢者への人工栄養や看取りについての勉強会を院内で開催している
- ・ホスピタル、ホスピス、ホームについて
- ・延命処置をどこまで行うか
- ・終末期の口腔ケアについて
- ・寝たきりの方の口腔ケア、誤嚥性肺炎の問題。最後まで口から食べることの重要性、胃瘻等の問題
- ・胃瘻の是非について
- ・胃瘻造設の判断の時
- ・老々介護で終末期である時、どのように支援するか
- ・毎月のように家族からの依頼で緊急入院している患者の家族への対応
- ・病院での入院患者にどう取り組むのか
- ・歯科治療の範囲について
- ・胃瘻栄養について（造設の判断をどうするか、など）
- ・衰退する過程として食事を上手に取れなくなる患者のケア
- ・どこまで治療を行うか。家族の希望と本人の希望が違う。不明なときなどの対処方法
- ・癌のターミナルかの患者への口腔ケアをどう行うか
- ・癌専門病院、特養ホームにて診療をおこなっているのではしばしば議論する
- ・経口摂取可否決定（終末期における認知症高齢者）
- ・多くは医師よりも現場でお世話をされている NS の方やヘルパーさんのお話を伺ったりします
- ・看護師に「もうそろそろ」と言われてもまだだと思ふ事も多い。議論してない
- ・終末期と想定される患者さんから訪問歯科診療の申し込みを受けた際に、治療のゴール設定や口腔ケアの介入頻度などの関わり方をどう考えていくべきかたびたび議論されています
- ・歯科治療、口腔衛生管理
- ・周術期歯科治療の際、人生のどの段階でのオペなのかが毎回話題に上がります
- ・在宅で迎えるか、病院で迎えるか。ケースバイケースとするしかない議論づけた
- ・重度認知症により、経口摂取量が減った患者に対する人工栄養の導入の可否について
- ・観血的処置（抜歯）
- ・誤嚥が認められる患者が、経口摂取を強く望んだ際にどう対応するか
- ・口腔管理をどの程度実施するかについて

問 3. 6)あなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかかわるべきと考えますか？

- ・がん末期（緩和ケア含む）でも非がんでも、誤嚥性肺炎の予防のために口腔ケア（器質的・機能的）を積極的に取り組むべきである
- ・緩和ケアと口腔内管理（生活の上で問題とならない口腔づくり）
- ・歯科専門職等により口腔衛生管理を行い出来る限り口からの摂食できる様、努める
- ・患者の看取りを任せてもらえる立場
- ・歯科として関わるという以前に、医療者として関わる、という考え方が必要かと思う。歯科というどうにも口腔のプロフェッショナルな関わりをイメージするが、そのような関わりだけをイメージするとどうにも患者や家族の生活、生き方、が見えなくなり、まず義歯の関わりありきとなってしまう。あくまでも我々は医療者として患者や家族を（生き方）サポートするに過ぎない。このくらいのスタンスで終末期医学に望むことが、当の本人である患者や家族自身の意識・考えを尊重できるのではないかと思う
- ・摂食、嚥下機能の維持・回復と口腔ケアに尽きると思います
- ・患者の全身状態を考え、感染予防、咬傷予防、脱水予防等を口腔内から考えられる専門家として多職種連携をはかり最終的にはグリーフケアにまで係れれば良いかと思われま
- ・多職種の中で、歯科の主たる知識、手技を提供すべきと思う。現在医療職としてかかわっているものの、歯科に必要とされる行為があまり大きく寄与していない場が多いのではないかと感じる
- ・口腔衛生管理が最も大切であると考えています
- ・口腔内の疼痛や不快症状を無くすことと現状が良好であればそれを維持していけるように指導することにかかわれば良いと思う
- ・口腔ケアによる嚥下性肺炎の予防。口腔癌 terminal care
- ・終末期のイメージを他職種と共有し積極的に関わるべき
- ・現在、日本歯科医師会が推奨している 8020 運動は終末期の歯科医療としては違うと思う。8000 運動（80 歳で 0 本の歯）をすすめるべき。
- ・診療、ケア、リハビリテーションを通して、最後の日まで、少しでも、心穏やかに、痛み少なく過ごせる口腔環境を整えることをふまえて、臨むべきと考えます
- ・残された時間を有意義に過ごすには“食”が充実していることが大切です。歯科医師は口から食べることの支援を積極的に行うことが重要だと思います
- ・終末期には特に歯科関係者が積極的にかかわるべきであると考えます
- ・一般の歯科治療とは全く違った考えで望むことが多い。また、歯科医の技量も大切
- ・末期癌の若年者で顔貌上の問題で前歯部の補綴を希望されたことがあります、それを健康保険で負担すべきものなのか？と疑問に思いました。患者の満足を満たすことと医療を施すことは別物と思います。苦痛は取るべきと思いますが、補綴はいかがなものかと思います
- ・最後まで、患者の負担と利益を考えながらできる限りの医療とケアを提供し、口腔の健康の維持に努めるべき
- ・患者、介護者（家族）が満足していただける状態にもっていく
- ・先ず口腔、義歯の清潔に関するお世話＝口腔ケア
- ・細口でも食べられる人には QOL 維持のための摂食支援

- ・それに対して必要であれば義歯の方、動揺歯の固定など歯科全般の処置が必要
- ・ターミナルの方は口腔乾燥やカンジダなど粘膜疾患もみられるためこれに対する加療、食べられなくても口腔ケアが必要
- ・全ての看取りにおいて関与すべきと考える。口腔衛生が最後には重要となる
- ・口腔ケアを中心とすべき
- ・口腔ケア、摂食嚥下
- ・医師主治医（担当医）による医療情報を受けてケアを中心として、しかし必要であれば治療を行う
- ・QOLを維持する観点から痛みが歯科的原因であるならそれを取り除いてあげる治療と口腔内の状態を最後まで良好に保ってあげる口腔ケアの両面でサポートすべきだと考えます
- ・食支援
- ・口腔機能の低下はやむをえないが、その速度を遅くするような治療やケアを行うことで、身体機能の維持をはかれるように関わるとよい
- ・最後まで経口摂取が維持出来るようなケア（食べられる口を創る）、リハビリ（代償的介入、装具調整）、そして、それらを支える歯科治療を届ける
- ・積極的にカンファレンスに参加し、患者をみとる一員になる必要があると思う
- ・継続的に診療している患者さんが終末期医療として歯科を必要としている場合には専門性に関係なく診療を行うべきだと思います。またこれに伴う保健点数の改正も必要です
- ・過剰な介入に留意し患者の苦痛を最小の介入で合理的効率的に解消するよう配慮すべきと考えます
- ・まず、終末期とはどの時期からのこと言うのだろうか。問4の症例は私のイメージからすると、終末期の前段階ととらえている。終末期の範囲を広くとらえるのであればいくつかの段階に分ける必要がある。それを定義し、段階毎に歯科のかかわりを考えるべきである。QOL向上（本人&家族）、救急等患者の環境改善とケアを主体にする
- ・在宅での看取りにかかわれるようになるため、例えば補液とか、軽い発熱時の点滴等の医療処置ができるようになるような体制づくりが必要
- ・普通の歯科医療を実践するべきだと思います
- ・胃ろうをせずに、口から食物を摂取していくことが良いとするならば、歯科の果たす役割は大きいと思います
- ・人生の終末まで歯科医療は関与すべきで、本人の意志もしくは家族の意志を尊重しつつ、できる限りの関与をすべきと考える
- ・特に在宅における終末期では訪問医師看護師と連携した対応を歯科が積極的に行うべきである
- ・ガン患者においては口腔乾燥への対応、摂食機能低下に関しては経管栄養の必要性、楽しみ程度の会、水分補給方法等、本人や家族が納得できる説明や援助
- ・全身に悪い影響を及ぼす歯科疾患があれば治療する。また、口腔ケアは必須であると考えます
- ・医療、介護の場で、多職種と連携しながらのトータル口腔ケア
- ・訪問治療として積極的に行うべき取り組む
- ・呼吸や発語、会話が楽になるように口腔の管理、QOLの向上のために歯科は積極的に関わっていくべきだと思うが、医科的知識も必須である
- ・親族の見舞いに行った折、義歯の不良。口腔衛生管理が、行われていなかったのも、慢性期病院や介護支援施設においては口腔全般の管理が必要と思われる

- ・口腔の苦痛の緩和
- ・口腔内のトラブルを気にせず生活ができる様にサポートする
- ・廃用症候群の進行をおさえるためにも咬合訓練の実施し、咀嚼筋のリハビリを行う。そのことで咀嚼筋の筋力回復等得られると教えています。一般のリハビリ以上に簡単に実施でき効果が期待できると思います
- ・現在、体系づけられた領域ではなく、臨床家個人個人が各々の価値観で実施している印象がある。老年歯科医学会が中心となってリードしていく必要があると考えます
- ・終末期には必ず口腔内トラブルが発生し、するしないにかかわらず、対応可能な状態になっていくべきと思う
- ・終末期医療に大切なのは、いかに健康な（正常な）状態を取り戻すかではなく、いかにして、その患者の苦痛を和らげ、少しでもQOLを向上するかということだと思う。よって、積極的な治療というより、チームの一員として、歯科医療を提供すべきだと考える
- ・歯科は口腔の専門家として、急性症状の治療から機能的な面まで、かかわり、終末期医療をうけている患者とそれを支える周囲の環境にアプローチしていくべきと考える
- ・口や顔面は他人を迎える際に必ず見せる場所であり、最後までキレイにしておくべきである。その専門家として口腔衛生管理に積極的に取り組むべきである
- ・医師と連携しながら、できるかぎり摂食、嚥下機能を回復させるように試みる必要があると考える。
- ・終末期と言っても幅広い時間があると考え。その与えられた時間の中で本人や家族が満足の得られることを第一に考え、また苦痛等を考慮することも加味しなければいけない。歯科は死亡直後（エンゼルケア含む）の対応をも考えなければ、実践しなければいけないと。私は実践している
- ・口腔衛生管理の徹底を行う
- ・誤嚥性肺炎の予防
- ・患者のQOLを保つための、サポート体制を確立する
- ・食事に関して関わる必要があると考える。口腔衛生管理と共に
- ・チームとしてカンファレンスなども行いながら、その患者の治療計画に参画する
- ・よくわかりません
- ・その人のステージにとって最適、最良の口腔内環境を整え、安全でおいしく手軽に摂取を継続できるように支援するべき
- ・かかわって当然
- ・他職種と連携し積極的に関わるべき。できれば終末期になる前から定期的に歯科との関わりをもち、終末期になっても対応できるような体制を作っていくべき
- ・呼吸苦や発熱のある状態での口腔ケアや嚥下障害の評価、介入。支えるケア
- ・医師がかかわると同様に、病院、施設、在宅で当然のように歯科医療を提供する。
- ・積極的にかかわってゆく
- ・全身状態と終末期に対する患者および家族の意志を確認しながら、できる治療を行う
- ・日頃から診ていたケースが終末期に移行することが多いのでないか。家族等では負えない粘膜疾患や大きなう窩にセメント充填するなど教科書にない処置や保険請求は出来ないことがある
- ・「食べる」ということに関して最後の最後まで、かかわるべきであると思います。介護されている方々の意見も十分に考慮した上での考えであります

- ・他職種との連携のもとで安全に十分配慮してかわる必要がある。また、できることとできないことの判断と患者、家族および他職種への説明が重要と思います
- ・患者にも医療人にも優しい治療
- ・大上段に構えずに専門知識を持った上で、とにかく付き合うことが大切だと思います。
- ・患者さんの希望によるもの、家族の希望に添うものを提供してゆくことかなと思います。その際、家族、ケアスタッフと何ができるか、可能かを話しあってできるだけ口元がきれいな状態で（口がきれいだと顔もきれい。呼吸もよいような？）見守ることができるとよいと思う。なしとか好きな食物も食べさせてあげたい。（は願望？）
- ・緩和のケアと栄養管理に関わるべきだと考える。栄養管理は、嚥下機能の評価はもちろん、胃瘻の可否決定の際、嚥下評価をして唾液誤嚥がある人には、胃瘻をしないようにすすめる。胃瘻に関しても歯科の立場から意見が必要。また、認知機能の状態により、義歯の管理や口腔管理を行っていく必要があると思います
- ・可能な限り歯の痛みがなく過ごせるようにするしかないかと思います。入れ歯に関する問題は個々のケースで変わってくる
- ・多職種連携の一員として、歯科も積極的に参加する（ケース・カンファレンスなど）
- ・患者や家族のことを第一に考えた上、安全に十分配慮して治療プラン or ケアプランを立案する。そのプランに沿って、連携の上実施する
- ・急変時に備えて、緊急時対応システムを確立させておく
- ・再評価を行い、現状に沿った治療やケアを行う
- ・基本的には、在宅診療にて口腔ケア及び、摂食・嚥下ケアによる栄養改善、経口摂取支援等に関わることが可能と考えます。特に経口摂取による栄養補給は重要であると思います
- ・積極的に関わる
- ・できる範囲で患者・家族の希望に合わせて歯科治療、口腔ケアなどを行えば良い
- ・患者が置かれている状況（病状、余命、経口、非経口、etc)に応じて、苦痛を取り除き、安心感を持てるように支援。具体的には口腔内のケア（器算的）、経口摂取の可能性の模索等。歯科職として、他のスタッフ（医療福祉等）へ情報の積極的な伝達
- ・積極的に関わっていくべき。歯科として、医療と同じステージに立ち介入していくためにも。積極的に歯科の知識を習得するべきだと思う
- ・終末期といえ、患者の身体状況・精神状況にも様々な差があると思われる。可能であれば、治療し得る処置をし、その時点での最善の状態で生活を行ってもらえる様努力をすべきである。しかし、そのためには患者本人だけではなく、家族及びケア実際に行っている者の協力が大切となってくると考える
- ・肺炎防止のための口腔ケア義歯管理にかかるべきと考えます
- ・口腔衛生管理、食支援
- ・歯科と医科がさらに連携し、訪問医療の場を広げるべき
- ・関われる機会があればどのようなことでも関わって行くべきだと思う
- ・“治療”の間に歯科にかかることが出来ないことは多くあるとは思いますが“療養”に移る時に歯科の支援を受けられる様にすべき。歯科・口腔の問題がないうちから歯科が継続的に関わることで家族や患者に関わる他の職種とのコミュニケーションが可能になり“生活の支援”が実現するものと思われる

- ・口腔機能管理
 - ・口腔ケア以外にも、可能な治療を行うことで、より良い終末期とする手助けはできていると思っている。
- 歯科の必要性が、他職種や家族にもっと理解してもらえればと思う
- ・歯科が介入すべき分野があまりにも広くまだ自身の内では確立しておりません
 - ・生活機能の低下し始めた時期から、終末期まで歯科の関わる部門はある。終末期の身体ケア（口腔衛生や粘膜の保清と苦病に対して）や心のケア（スピリチュアルケア）さらに食べたい時の経口摂取の点で本人と関わるができる。患者家族へのスピリチュアルケアやケア担当等の看取りのための準備の支援を行うことができる
 - ・後方支援としてしっかり役割を担うべきだと思います
 - ・QOLのことを考えたら、もっとも近くにいる存在だと思います。肺炎やその他の感染症予防として、そして心のケアとして関わるべきです
 - ・口腔衛生管理に参画する。全ての対象施設において
 - ・口腔ケア、摂食支援、口腔内の環境整備（必要最低限の治療）など歯科がまだまだ関わらなくてはいけない分野であり、さらに他職種との連携が必要です
 - ・できる限り最後まで経口で栄養がとれるように支える為の歯科医療を実施する
 - ・口から食べることは、患者の身体的、精神的な状態を良くすることにつながり、患者のQOL向上に重要である。歯科はこの分野でもっと活動しなければならないが、多職種との連携が欠かせないのも事実であり、もっと他職種へ積極的にアプローチすべきと考えます
 - ・患者のQOLを考え、希望する治療を行う。歯科である程度の見解が必要かも知れない。しかし、これに囚われ過ぎてはいけない
 - ・かかわるというより、かかわらざるを得ない“放置できない”“無関心ではいられない”というのが正直な感想である。健常者と同様あたりまえのように歯科医師が関わりを持てるようでありたいと考える
 - ・経口摂取、継続のサポート
 - ・口腔環境機能の保持
 - ・口腔不快事項への対応
 - ・歯科としての専門性を求められた時、求められた分だけの確にかかわれるようにするべきと考えます
 - ・終末期における医療やケアにおけるチームの一員として、知識技術を他のメンバーと補充しながら貢献していくことが望ましいと思います。transdisciplinaryなチームアプローチが必要だと思います
 - ・積極的にかかわるべき待ちの医療から参加する医療へシフトすべき
 - ・苦痛の除去、快適さの保障
 - ・終末期医療について歯学部、歯科衛生士養成学校で、教育体制を整えるべき。終末期であるということで、消極的になるべきではない。本人、ご家族のお話をよく聞き、治療を勧めるべき。
 - ・終末期の患者のQOLを高めるためにかかわるべき
 - ・もっと終末期の患者のところへ歯科が出ていくことがまず大切なのは。それがないと何もはじまらない
 - ・疾患特性を十分に理解すること。その衰退過程での摂食・嚥下機能の理解と患者さんの御家族を心理的ケアが必要と考える

・歯科医療は終末期の緩和医療欠くことができないものであり、積極的な口腔への支援を行うべきである

・積極的に関わる必要がある。顔貌を整えるなど対象者の家族のニーズを満たす役割もある

・口腔衛生管理

・いわゆる口腔衛生の向上、口腔の管理にとどまらず、口から食べることや、口から食べないことの支援をすべきと考えます

・安らかな死、家族の満足を糧として関わっていく

・他職種連携を推進し、（過剰ではない）必要な歯科治療を提供できる体制をとる

残存歯によって口腔内に外傷等を引き起こさないように対処する。誤嚥を引き起こさない程度の口腔ケアを実施する

・歯科医師も死生観を持ってターミナルにかかわるべきだと思います。長寿研の大島伸一総長も「食べる事は生きる事だ」と話されています。胃瘻の問題も含めての社会問題に対して、口腔の専門家として歯科も当然入って行かなければならないと考えています。本人と家族の意見（ご希望）が同じでない場合等、臨床倫理上の問題も考えていく必要があります

・衛生管理しやすい口腔内環境の整備。安全な栄養摂取法の確立のための助言。口腔内の疼痛の管理が求められていると考えます

・後ろ向きな考えかと思いますが、主科 Dr から依頼、相談があれば可能な限り対応する考えは一貫しています。ですが、歯科 Dr が熱心で担当医が冷めていては上手く連携できない。なので、医科 Dr との連携強化をすることが、歯科が介入できる入口なのかと考えます

・口から食べる事に関わっていく

・口腔の管理に必要な最小限の治療は行っていく

・終末期医療の内容全てに歯科が関わるものではないと思いますが、可能な限り口から美味しく食事が出来るために歯科にしか出来ない仕事があると思います。また、人生を終えようとされている方々の口腔が原因のトラブル（咬傷や歯痛、粘膜痛や不快感、誤嚥等）に速やかに対応してそのような苦しみから解放してあげることに貢献出来ると思います

・癌患者にしても非癌患者にしても緩和ケアとしての口腔ケアをいつでも提供出来るようにすべきである。また、口腔ケアは歯科専門職が担当するものと限定せずに、看護師等の口腔ケアに対するマネジメント、コンサルティングができるオーラルマネジメントを確立すべきである。→リハビリにおけるリハ医の役割が参考になると思われます

・終末期の患者においても提供されるべきもの歯科医療関係者の責務。口腔機能管理を目的とし、積極的な治療は困難だとしても可及的に患者や家族の希望をかなえ「全人的苦痛」の緩和軽減につとめる（total pain）

・終末期に入る前段階から関与していくべき。食事の経口摂取の必要性を家族、スタッフ等に積極的に啓蒙していく

・出来る範囲内で関わる

・潜在的に終末期高齢者における歯科的ニーズはかなり高いように感じます。しかし、当該時期において、ご本人や、ご家族、介護関係職間で歯科の重要性があまり認識されていないようにも思います。終末期の介護・医療にもっと積極的に歯科が関わり、口腔ケア、管理（治療含む）の意義を関係する

方々に認知してもらう為にも地域において訪問診療、在宅医療に携わる歯科医師が増える必要があると考えます。最後まで口から食べる楽しみ、会話する楽しみをもって頂けるように努めたいと思います

- ・多職種へ口腔衛生管理&口腔機能維持・向上に関する啓蒙活動とその実践
- ・生活にぴったり密着した形でかかると自然に終末期に歯科がかかわることになると思う
- ・患者さんが、死を迎える日まで。直前という意味ではなく（決して、歯科医が臨終に立ち会うということではなく）、死ぬまで関わるという意味
- ・口腔内の疾患によって経口摂取が困難とならないように急性症状の発生を予防し、機能に合わせた食支援を行うよう努める
- ・本人、介護者等にとって良好となる様に積極的に参入すべきと思います
- ・口腔疾患の専門医として、主導的立場にならねばならない。しかしながら、時間的・コスト的に積極的な介入は困難である。制度を整えば大いにかかわる余地があると思う
- ・学校歯科医の様に、在宅も含め、歯科医師がチェックできる制度を設け摂食嚥下の評価も含めて、口腔環境の管理をする
- ・歯科担当者および看護関係者への歯科の役割を理解させる努力（終末期医療とは何かを再考）
- ・本人と家族への説明と理解を保ったうえでの実施
- ・歯科として理想を押しつけることがないように十分話しあう必要がある
- ・終末期になる以前からの口腔管理をしっかり行い、その方が終末期になった時にもかかわる、いわゆる「かかりつけ医」となるべきであると思う
- ・終末期の期間は短い。しかし、その時「口」で食事をし、会話をする。私たちはこの口腔機能を診ていくために期間は短くとも関与していかなければならない
- ・終末期医療における歯科のゴール明確にすべきであろう
- ・食支援の立場から、終末期医療の「看取り」まで関わっていく必要があると思われます
- ・開業歯科医師にも教育・研修を積極的に行うべき
- ・終末期すべての医科治療に対して、とりわけ積極的な治療ではなく QOL に配慮した治療を行っていくべきだと考える

問 3. 7) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はありましたか。

- ・今後の口腔衛生の管理が家族への指示
- ・入院中に歯科で行った治療、口腔ケア、嚥下訓練を退院後に関わる医療者へ伝えた
- ・胃ろう造設について家族親類に状態説明
- ・個人情報ですので控えさせていただきますが、家族によって様々でありその場その場で判断して行きました。今でも正しい判断であったか振り返る時があります
- ・家族に最後まで好物を食べさせてあげたいとのことであった
- ・現在母が嚥下性肺炎にて入院治療中
- ・ガン（口腔）ターミナル
- ・胃瘻にするか否か
- ・口腔ケア施行について、依頼を受けて話し合った

- ・歯を抜くかどうか、他
- ・口腔ケアに対する拒否があったり、意識障害があった場合の口腔ケアの継続実施について
- ・胃ろう造設について
- ・義歯を入れておくか否か
- ・嚥下機能は著しく低下しており、経口摂取を続けるか否か、本人や家族の意志を尊重する方針を選ぶため
- ・残存歯の問題解決、口腔ケア、どこまで介入するかなど。Ns、家族で話し合ったことがある
- ・インプラント上部構造を固定式から有床型に変更することについて家族と話し合った
- ・体重減少に対する食事管理、食支援について
- ・介護施設にて
- ・経口摂取が困難になってきた。重度の下痢が続いて体力低下が著しいなど
- ・末期癌患者（肝ガン）の口腔ケア、経口摂取の継続について。
- ・認知症高齢者で、経口摂取の訴えが強いが、誤嚥性肺炎を繰り返している場合（口腔ケアは拒否）
- ・口から食べることに关するもの
- ・延命処置をするのかしないのか、病院へ搬送するのかしないのか
- ・経口摂取させるかさせないかの話し合いで摂食機能の評価者として参加
- ・施設（特養）の口腔ケア班と口腔ケア会議を隔月に行う際、終末期の接し方等について時々話し合うことがある
- ・慢性期病院への転院について
- ・最後、在宅へ戻る時
- ・経口摂取するか否か
- ・摂食機能療経・食支援
- ・PEG 造設の検討など
- ・経口摂取をさせて良いか
- ・胃瘻を作るべきか否か
- ・口腔ケアをどうしたとか…。食事、肺炎予防など（家族から歯医者を呼んで来いと言われたと聞きました）
- ・医療はあまり相談にのってくれない
- ・重度、認知症患者で、経管栄養が必要だったが、家族の意向で口からの楽しみだけでもという希望があり、話し合いを行い経口摂取を一時的に開始した
- ・在宅患者のカンファレンスに出席して、意見交換
- ・義歯管理、口腔乾燥処置
- ・認知症重度で嚥下障害が著しい状態になってきた際、この後の栄養摂取計画も含めた療養の方向性を考える話し合い
- ・誤嚥性肺炎で再入院を繰り返す患者への訪問治療開始3ヶ月目に食事内容や、食事量が減った時の栄養管理等の話し合いを歯科から企画した
- ・自分はスパゲティはイヤとか、生きたいとか意志を入れ墨しろとか
- ・死ぬ前に少しでも口から食べさせたいという家族の強い希望があり、話し合いの場を持ちました
- ・患者の希望をどの様に行うか、緊急時の対応など

・認知症の徴候等は歯科医院では発見しやすい。例えば予約を忘れるとか何度も同じことを繰り返す等そういった場合ではケアマネや家族に積極的に介入している

- ・在宅看取りとするか、入院させておくか
- ・看護師、ケアマネとともに嚥下性肺炎の予防を目的として話し合いをした。
- ・認知症高齢者の終末期において、人工的水分栄養法の選択について話し合いをしている。
- ・胃瘻で2ヶ月に1回位の役割で入院している患者のケア
- ・地域との連携関係を結ぶこと（口腔ケアと摂食）
- ・家族のニーズをくみとる
- ・口腔衛生管理の必要性
- ・意識消失した患者さんに安らかな口元をどうしたら得られるかについて
- ・在宅へ移行するにあたっての口腔衛生管理
- ・経口摂取可否決定のための嚥下機能評価（画像診断）の同意説明
- ・PEGを選択するかどうかの話し合い
- ・顎関節の頻回な習慣性脱臼に対して、家族、看護師を交えて話し合いを行い手術は選択せずに保存的に行くことにしました
- ・毎回受診時又は回診時に家族が同席している場合は担当スタッフを部屋に呼んだりして話し合いをもつようにしています
- ・家族に対して、口腔ケアをすることで、「口腔内をさっぱりした気持ちの良い状態」で最後を迎えるように努めると話した
- ・嚥下障害が悪化し、経口摂取が困難になったパーキンソン病終末期患者の職種間会議に参加した。
- ・観血的処置を行う場合
- ・NST担当医師と共に家族と今後の方針について話し合った
- ・歯科が関わる範囲とその程度について本人と家族の希望聴取
- ・口から食べられる様にして頂くのは良いが本人の痛くない様に！
- ・歯科治療指針について家族の意見の統一
- ・どこまでの治療を行うか（手術を行うのか、対症療法にするのか）

問3.8) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療の一部を断念したケースを経験したことがありますか。

- ・義歯の製作など
- ・抜歯が必要であったが義冠切断にて対応
- ・ギシの新製やリベース→調整のみやティッシュコンまでとした。
- ・白血病による全身状態悪化のため入院
- ・末期癌の口腔内転移
- ・多くは補綴的治療
- ・個人情報ですので控えさせていただきますが、家族によって様々でありその場その場で判断していきました。今でも正しい判断であったか振り返る時がありますが、死に直結又は家族に了解が得られないケースです

- ・急化 Pul で抜髄を行い、痛みをとってあげたかったが、家族の希望でなにもしなくてよいとのことであったため、断念せざるをえなかった
- ・ガンターミナルでの抜歯、義歯作製など
- ・義歯製作の中断
- ・認知症患者の抜歯
- ・抜歯を見送り、自然脱落を待ったことがある
- ・断念はしない。その状況で可能な治療をした
- ・当然抜歯して補綴すべきものを抜歯せず、補綴せず、口腔ケアのみで対処した。
- ・観血処置
- ・外科処置、義歯新製など
- ・Cost の面、又、家族の同意が得られないケースがあった
- ・義歯新製を断念し、修理で対応した
- ・積極的避けて保存的に行った
- ・口腔ケアによるリスクが高くなったため断念したケース
- ・癌患者
- ・咬合傷のある動揺歯の抜歯を計画したが、着手できず断念した
- ・小臼歯欠損のための補綴治療
- ・全身状態や常備薬の問題で歯周病、う蝕治療も姑息的に対応せざるを得ない物もあった。通院できなくなり終了したが、次の医療者に情報提供を行った
- ・家族は歯科治療を希望したが、本人は希望しなかった
- ・本人や家族の同意が得られない場合
- ・断念ではなく、現状で最低限必要な範囲のことを行った
- ・成人なら CR 充頂をするとところを、口腔ケアをしっかりすることで、経過観察等実施するが、断念とは思わない。義歯を入れなくても良いと判断したことも多い
- ・補綴治療の継続ができなかった症例がありました
- ・寝たきり患者（認知症にて）の歯科治療
- ・残根は抜歯しない
- ・義歯の新製
- ・閉口障害の為、治療中断
- ・抜歯や義歯作製、う蝕処置
- ・抜歯が必要であったが、患者の状態をみて抜歯せずに、対症療法を行った。また、義歯や Br 製作でなく、鋭縁削合
- ・全員 Br を PD にした。
- ・機能回復を目指した摂食機能訓練を中断し、残存機能での食の楽しみを優先した。
- ・口腔癌による呼吸不全。洗浄のみ
- ・多数歯残根を認めたが、本人・家族が積極的な治療を希望されなかった
- ・口腔内の汚染がひどいが呼吸状態が悪く介入できなかった
- ・歯冠補綴を行わない方針でなるべく早くかめるようにした
- ・口腔からの摂食を断念し、経管栄養、胃瘻を造設した

- ・断念という意味がわかりません
- ・呼吸状態が不安定になってきた際
- ・嚥下訓練、補綴治療
- ・補綴や抜歯を止めた
- ・脳卒中寝たきりの方
- ・先方（病院や家族）からもういいですよと言われた
- ・終末期であることを知ればやれることは限られてくるのであれこれと欲張らない。出来ることをやるしかないと思います
- ・義歯不適合で修理を行いたいが、認知機能が低下して指示が入らずに義歯修理できない場合が多い。修理できれば、摂食もスムーズに行えると思うケースが多くある。
- ・C3pul で痛みを訴える入院患者で医師から「さわるな！」と言われた
- ・補綴治療を中断した。
- ・ターミナルの患者さんの義歯作製を断念。残存歯の要抜歯するところも介入せず、口腔ケアのみとなった
- ・義歯製作
- ・義歯の調整を繰り返し、できるだけ経口摂取ができるようにかかわった。経口摂取ができなくても、口腔周囲の拘縮を予防するために義歯の装着を試みた。全身状態が悪くなった時には、義歯装着はあきらめ、最後は保湿・保清のみとなった
- ・義歯装着、嚥下訓練
- ・抜歯を行わなかった
- ・断念したわけではなく、特に処置を行わなかったケースや終点視察したケースがある
- ・抜歯に関して主治医より差し控え指示があった。又は自ら計画を中止した（急変し臨死期になった）
- ・治療可能にもかかわらず、家族に断られる
- ・「断念」の意図が不明。歯科医療には治療と家族支援が含まれるのか?それぞれの状況で必要とされることを「選択」する
- ・御本人がどうしても義歯治療を受け入れられず中断したケースがあります。(家族の希望が強かったですが)
- ・パーキンソン病で口腔が硬直している
- ・抜歯
- ・義歯の作製を依頼されることはあるが、筋力の低下や認知度の問題で断念して頂いたことはある。
- ・下顎呼吸で Vital sign が不安定であったケース
- ・義歯の装着を断念したり、積極的な摂食、嚥下訓練を実施できなかった。
- ・根尖性歯周炎で排膿をしている。苦痛はないようであったので経過観察していた。終末期で抗生剤が投与され、症状は軽快している
- ・義歯の作製など
- ・口腔内の癌骨転移のため抜歯断念
- ・在宅での終末期の関わり
- ・治療の見合わせよくある
- ・開口困難の為

- ・口腔内癌が大きすぎて何もできませんでした
- ・口腔腫瘍悪化で義歯装着不可となった
- ・根管治療や歯冠補綴は断念することがあった
- ・口唇を像つける歯の抜歯を断念し、アプライアンスを装着した
- ・抜歯、義歯の装着（義歯の誤飲）
- ・開業医ですから訪問で施設や病院へ伺いますが、口腔ケアを断られるケースや逆に抜歯の必要性をなかなか理解して頂けなかった御家族から、全身状態が悪化してから依頼され断ったケースもあります
- ・顎関節の習慣性脱臼に対する手術の断念
- ・敗血症患者に対する歯周病ケアを断念しました（内科医との協議によります）
- ・残根の抜歯
- ・開口出来ず、無理に開口させると骨折させてしまう危険性があったため
- ・義歯の咬合採得がコミュニケーション不足で断念
- ・動揺歯の抜歯を依頼されたが、重度認知症により拒否強いため口腔内に触れることさえ出来ず治療そのものを断念した。有病高齢者の場合、治療に際し抑制をどこまでしていいものか非常に悩んでいます
- ・死亡される数日前で食事也十分に食べられず、褥瘡も徐々に大きくなっている状態で口腔内のアフタの相談を受けたが、家族と話がしやすいようにキシロカインでの含漱後に保湿材を使用する指示のみ行い栄養指導等はできなかった。結局本人の得意な分野の雑談に付き合った
- ・義歯作製を予定した（まだ十分使用出来そうだと判断したよう）が、家族に断られたことがある。
- ・認知症高齢者の新義歯作製を断念し、咬耗著しい不適合義歯の調整のみ行った
- ・患者の状態の変化で
- ・積極的な治療を控えた（床裏装を T.cond に技髄を歯冠部のみに等）
- ・がんによる出血を止めるため、全身麻酔下の処置が必要だったが、予後を考え断念した

問 3. 9) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療を追加した（ないし、急遽行った）ケースを経験したことがありましたか。

- ・義歯補綴
- ・結膜面に著しく痂皮付着が見られた為。除去を行った
- ・口腔ケアや粘膜炎、カンジダ病への対処（処方など）
- ・上顎総義歯製作
- ・多くは抜歯
- ・抜歯
- ・医科の医師からの依頼で誤咬（咬傷）の原因歯の抜歯（複数歯）
- ・家族の依頼による口腔ケア
- ・義歯作製を急いで行ったことがある
- ・余計なことはしない必要最低限のことをしています。
- ・家族の希望で義歯を作った
- ・口腔を害する歯牙の削合、抜歯

- ・嚥下の評価、口腔ケア、義歯修理、歯の固定
- ・Cost の面、又、家族の同意が得られないケースがあった
- ・上記（７）同様のケース。インプラント上部構造を固定式から有床型（可撤式）に変更した
- ・口腔内異物除去等
- ・経口摂取が中止され口腔乾燥、口内炎がひどくなったためその対応で治療を追加したケース
- ・口腔出血、口腔乾燥、咬傷、潰瘍などなど多数
- ・終末期であるが見た目を回復するための義歯装着
- ・経管栄養の方に口腔ケアの中で、好きな味を作って提供する等、あるが、比較的少ない、いつも通りが多い。食物の形態調整の相談にのる
- ・義歯装着を行ったのち数日～１週間で死去したケース、症例を経験した。親族、介護者等が大変感謝された
- ・口内炎の治療
- ・義歯作製。見栄えの問題で
- ・歯科医師だけでは不十分と感じ、衛生士による訪問を追加した
- ・末期の末期に前歯欠損部の応急的な接着 Bridge…
- ・安全な療養生活が行えるように支障となり得る歯をあらかじめ抜歯した
- ・摂食に関する再検討
- ・口腔ケア
- ・再診頻度を上げた
- ・介入頻度を多くした（特に口腔衛生管理）
- ・粘膜の処置。鋭縁の削合。動揺歯挺出孤立歯の抜歯
- ・死ぬ前に義歯を入れてほしいという依頼から義歯装着。きれいな仮歯にしてほしいという依頼（前歯がなかったけど時間もなかった。根はありました）
- ・歯の顎堤粘膜の食い込み。補綴物の脱離による。誤飲、誤嚥のリスク回避
- ・補綴治療中断後、病室での口腔衛生管理をメインにした
- ・重度の歯周炎になり動揺度が著しい歯を誤嚥しないように早急に抜歯した症例
- ・癌の進行により、急速に悪化したケース、経口摂取量が２～３日低下し、意識レベルが下がった患者に対する支援を施設より依頼させ、口腔ケアを開始、職員にも方法・観察ポイント等を伝えた
- ・口腔衛生管理
- ・専門職による口腔ケアの追加は多い。「終末期高齢者」であることを理由に選択肢が減ると感じている
- ・残存歯が対合（義歯なし）に食い込み、潰瘍となっていたため、残存歯切断した
- ・緩和ケアの場で、口腔乾燥や口腔清掃、義歯の修正を行い“楽しみ”程度の機能を回復した
- ・平均年齢 88 才の高齢者を急性期病院で年間 600 人診察している
- ・入れ歯を作り、Dr の息子を呼び一緒に最後の寿司を食べました
- ・歯牙破損部の鋭縁を予防的に削合した
- ・ターミナルケアとしての口腔ケア依頼があって対応した
- ・質問の内容はわからないが、医師というのは頼まれたら断れない性分である
- ・開口障害のある患者への装着可能な形態の義歯修理
- ・残存歯牙による粘膜損傷を予防するための抜歯

- ・亡くなる前に入れ歯が欲しいと依頼があり、新義歯を作製した
- ・隣接面う蝕のため歯肉炎になりやすい。咬合面う蝕で薬が残る時に、充填治療を行った
- ・義歯の作製、修理など
- ・義歯の作製で通常のステップをとばして完成を急いだなど
- ・「終末期高齢者」への歯科医療が他職種に対してアピールされていない
- ・前歯の補綴、等々
- ・動揺歯の誤飲を回避するための抜歯
- ・口腔の乾燥やコアグラの付着が多い方で、家族や主治医からは口腔への訴えはとくにありませんでしたが、口腔ケア、残根の削合をしました
- ・口から食べられない人でしたが、咬傷が強かったため、義歯を作りました。咬傷がよくなって患者さんも喜んでいました
- ・義歯調整
- ・施設入所の高齢者が永眠し、帰宅準備の時に義歯を口腔内に入れても落ちてしまう。なんとかならないか？」と相談をうけた。その時は com で対応した
- ・口腔粘膜に対するケア、口腔衛生管理
- ・自然脱落寸前の残存歯の抜歯など（口腔、顎、顔面領域におけるリスク管理）挺出による対合顎堤への咬傷のため、歯冠を削合して顎提とした
- ・一昨年延命処置を拒否されていた 99 才の女性ですが、10 年前に私共で作製した義歯が体重の減少と共に不適合部分がありましたので調整、内面を T コンで埋めて静かに最後を過ごして頂きました。
- ・剥離上皮膜の除去、口腔粘膜の乾燥改善
- ・残根の抜歯（家族了解の上で）
- ・ご本人が義歯を十分に使用出来る状況ではなかったが、最後の時に新しい入れ歯を望む家族の希望もあって義歯を急いで新製したケースがあった
- ・死期が近く食事は現義歯が不自由なく使用出来ていたにもかかわらず、患者本人がきれいな義歯作製にこだわった為、週 2 回往診し、コピーデンチャーを使用して作成にかかる診療回数を単縮し、急いで義歯を新製した。義歯をおわたした数日後に亡くなった。
- ・口腔ケア、の必要性（特に誤嚥性肺炎予防）を強調して歯科参加の機会を得たことがある
- ・家族、介護者、主治医等からの口腔内状況改善が多い
- ・最後に嚙んで食べたいと訴える入院患者を紹介され、急遽義歯作製を行った
- ・口腔粘膜を損傷する歯の削去、抜歯保護床作製
- ・点滴もはいりづらくなった方の口腔ケア、経口摂取について依頼された
- ・専門職による口腔衛生管理
- ・義歯の修理を行い家族の要望をかなえた

問 4. 1) 1 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・本人の意見（認知症が重度であったとしても）
- ・主訴

- ・まず単治、反射嚥合などで様子を見る。患者さんのおかれている状態をさぐる
- ・処置の必要性（局所の予後予測）
- ・食べられなくなった時の本人と家族の意見や、その背景の理解の度合い
- ・痛み、炎症の程度
- ・口腔の残存歯削合（抜歯は動揺がひどい場合のみ）
- ・患者本人の状態（全身疾患、服薬内容、認知力、体力など）
- ・食事量

問 4. 1) 2 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・年金
- ・昼間食事を提供しているデイサービスやヘルパーの意見
- ・うがいができるかどうか（患者の嚥下機能の評価）
- ・弁護士の意見
- ・患者の病態やバイタルサイン
- ・治療時の患者の状態
- ・歯科医療による経口摂取量の低下および注水による誤嚥リスク

問 4. 1) 2 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・患者の全身状態の把握（血液データ、ECG、バイタルサイン）
- ・息子とその他の家族のケアやリハビリへの参加の意思
- ・口内炎の消炎及び口腔ケア

問 4. 1) 3 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・本人の希望や反応
- ・服薬の管理、左下顎 3 ～右下顎 3 の仮歯、PAPC について
- ・歯科医療・口腔ケア時の抵抗の有無

問 4. 1) 3 番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

- ・認知機能
- ・治療時の患者の拒否状況
- ・歯科医療による BPSD への影響

O4 在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士

問 2. 1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか。

- ・ターミナルケア。人工栄養（経管栄養）でベッドにベルトで固定されて生きる事の意味を考える
 - ・人生の終わりに向かって静に人間らしく迎えて頂けるよう医療人として関わってゆく
 - ・家での終末を希望しているが家庭の事情で無理な時は病院又は施設でもと思う
 - ・人生を終わるに近い方が最後まで人として尊厳死を迎えられるようにする（どうケアしてゆくか？医療人としてどう接していくか）
 - ・介護力のある家族の場合は在宅で主治医と訪看、ヘルパー、訪入などを利用した看取りの体制をイメージする
 - ・緩和ケア、在宅医療
 - ・"積極的な治療（延命治療含む）の有無
 - ・摂食することが出来なくなると、経管栄養か IVH の選択をさせられ延命するというイメージです
 - ・無理な延命処置をすることなく、自然に安楽な最期を迎える
 - ・経口摂取のため口腔機能の維持、口腔衛生＜口腔ケア＞の重要性を感じる
 - ・無理しない、本人家族の希望中心に対応
 - ・最期まで人間らしく尊厳ある様支える
 - ・緩和ケア
 - ・状態が改善できる治療手段が尽き、本人の尊厳を優先に選択されるべき時期にある
 - ・今の医学では回復の見込みがない状態において、痛みに関する処置以外は本人のもてる力を専門的に支援していく
 - ・"高齢になる→在宅→施設へ→在宅でできる限りの努力を！
- 施設によるが思うように生活できない→体、力、その他が低下して、心身共々低下
- ・自然死への支援
 - ・ガンの終末期はホスピスをイメージする。その他、認知症や疾患のある方、老衰でも終末期は必ず訪れ、どこで最期を過ごすかにより QOL に大きな差が生じる
 - ・延命治療はしなくてよいとか、自分は告知して欲しいとか、そういうイメージです
 - ・自分にもおとずれるかも知れない
 - ・"QOL を一番に考えた医療。最期までその人らしく生活できる支援。苦痛を取り除く医療と快適に過ごす為のケア
 - ・個人の意志、人格を尊重した医療を行う
 - ・治療による回復が見込めず、死を避けられない状態になった時の医療
 - ・個人が人生を終える瞬間まで快適に過ごせる環境づくり
 - ・日頃から話題として家族で話し合っている、現実となった時は、家族の思いも変化することも予想されるので、だいたいになっている
 - ・口腔内を清潔にし機能を維持し最後まで誤嚥などを起こさず自分の口から食事ができる
 - ・デイサービス等に関わっていて、亡くなる高齢者が多いが、現状ではまだどうにもできないことで

毎回、残念である

- ・癌だけでなく、あらゆる疾患において QOL、ADL の低下、日常生活行動の低下、本人ができるだけ苦しみから開放される緩和医療

- ・ターミナルケア、ホスピス、緩和病棟、緩和ケア、心のケア当事者が望む方法を選択してもらう。

死に場所、最後に誰と居たいか…

- ・治癒を目的とするより、緩和ケアに近いもの

- ・緩和ケア、心のケア

- ・大変

- ・まわりの家族の中において自然に溶け込んでいけるもの？（特別にあれこれと固めなくてもいいものではないと思う気持ち）

- ・現在臨床現場に勤務していないので、「終末期医療」に対応する状況にない

- ・ご本人の希望がある場合（はっきりしている）とない場合によって異なる

- ・痛みの緩和

- ・日々の苦痛を出来る限り取り除き、清潔に穏やかに、その人らしく過ごして頂ける様、支援する医療

- ・ホスピスのようなイメージ、医療により末期を安らかに迎えてもらう為の行為

- ・病状の改善を期待できず、近い将来に死を迎えるであろう状態

- ・痛みの緩和、できるだけ安定した精神状態で過ごせるように支援する

- ・終末期医療＝ターミナルケア 緩和ケア

- ・その人（もしくは家族）が望む最期の姿

- ・言葉では聞き慣れているが反映されていない

- ・寝たきり状態になり、会話も出来ず、口から栄養摂取もできなくなり意識もなくなっているようなイメージ

- ・人生の終着時期が確定しているにもかかわらず、わずかながらでも延命を試みようとする医療

- ・緩和医療を必要とする高齢者であり緩和医療（ケア）と等しい

- ・ターミナルケア、末期癌患者の看護。終末療養

- ・自分が今そうだ。と宣言されたら。医療に頼るわけでもなく何事でもなく、自分自身強くありたい。

- ・治療の出来ない、死亡するまでの期間

- ・積極的な医療を必要とせず、安楽に死が迎えられようにする医療

- ・死にゆく者に対し、安息のための医療やケアを提供すること

- ・（緩和ケア）本人の気持ちに合わせて治療していく

- ・患者の主治医を中心とした医療チームと患者及びその家族との信頼関係が最も重要と感じている。

- ・癌等の疾病の終末期を迎えた患者さんに対する医療。心のケアや医療行為

- ・回復の見込みがなく、死期が近い者へ対する、身体的、精神的に個人を尊重し、死を迎えるまでの生活の質を守る為の医療

- ・終末期という言葉はあまり好ましい表現ではないと思う

- ・治る手立てのない患者に対して、積極的な延命処置は行わず、主に痛みや苦痛を取り除く医療

- ・寝たきり、動けない人などが人間らしく終末を迎える医療

- ・住みなれた自宅で、家族や親しい方たちの支援、介護を受けながら生涯を終えられることが、理想的だが、現状は本人の意志や家族の思いに反したかたちで、終末期を迎える方が多いように感じる。

- ・在宅は難しいであろう、ホスピスでの延命なしで痛くない医療をイメージしている
- ・漠然としかわからない
- ・本人の希望を考慮して、終末期をどんな状態で受け入れたいかの選択かつ継続的ケアができる体制が望ましいですが…
- ・ターミナル・緩和ケア・患者の死生観・口腔ケアの介入方法
- ・人間らしく、終わりの stage を過ごすための医療
- ・人間、自分らしくおだやかに最後を待つ
- ・その方の望む形で最後を迎えられるよう、周囲や家族と話し合っていく必要があると考えます
- ・死を目前とした患者への医療の提供、およびご家族に対する支援
- ・終末期というと余命 6 ヶ月以内の方のケア、私の仕事は QOL をあげる口づくりだと思っているから
- ・緩和ケアによる心の安寧
- ・最後の時までその人らしく、高度医療を利用しない方向での最低限の医療での最期を
- ・患者本人や家族の意向を尊重して、おだやかでできる限り満足の最後を迎えられるようにしていく
- ・終末期であるかどうかは患者が人生の一部として認めた場合だと思う。終末期は患者に意識がある場合は最終的には自己決定と思うが意識がない（又は認知症）の場合は医療的な診断はあっても、自己決定はない為難しい
- ・口から食べられなくなったら命の終わりと考えている

問 2. 2)『終末期医療』に関して、あなたの職場で、医療・介護職種間での議題に上ったことがありますか。

- ・施設側と家族間での行き違いがある事
- ・主治医次第。主治医が応診しないといった場合どうするかと話題が出る
- ・緩和ケア
- ・関わるにあたり技術的なスキル他職種、家族等の連携について
- ・「終末期医療」という表現は出ませんでした。認知症の方で食べられなくなり、この先を…という話は出ましたが、食べられなくなり脱水になり医療へ繋げる形となりました
- ・介護を行う家族の支援
- ・緩和ケアに関わっている。
- ・経管栄養で生かされていて良いのか…etc
- ・廃用が進行し、胃ろうからの経腸栄養量が計算上必要なエネルギー量分注入できない（量を増やすと痰の量も増え、誤嚥窒息のリスクが高い）。入院では補液が可能だが家族の在宅介護の希望強く、退院を調整するにあたり、”終末期”を共通認識とするカンファレンスを開催した
- ・口底がんの人のことで話し合った
- ・終末期高齢者の水分摂取や食事量について、栄養学的に考えるのではなく、本人の状況を一番に考えていくことの共通認識
- ・歯科、一般臨床医院→在宅→施設に様子と医療範囲が移行するので、限られてくる
- ・安全に食べることと、本人、家族、医療従事者とのギャップ
- ・食事量が減ってきた時、胃ろう、NG チューブにするか否かの相談を家族に受け、食条件の評価、提

案をした。その際には職種間で話し合った

- ・告知のこと、延命治療のこと
- ・どこまでの医療提供が最適か。どんな最期を迎えたいのか。家族（時には本人へも）に情報提供し共に話し合います
- ・職種により、思いが異なる。本人、家族の意見のとり方も異なる（職種なのか？人それぞれなのか？）
- ・積極的な治療を望まず、自然な死を待つ患者の口腔ケアについて
- ・個人のケースの対応の仕方について考え方について
- ・実際には携わっておりませんが、研修会等で勉強している
- ・ご本人の意志の尊重の在り方、家族の健康状態について
- ・ナースの見解で、だんだん利用者が終末期に入っているのではないかということが介護者にも感じるものが上がった
- ・研修会等に参加した
- ・経口摂取が困難になった利用者の栄養摂取（方法、内容、介助方法）また義歯の使用について
- ・在宅で終末期医療を実現する方策について（病院や施設は飽和状態であるため）
- ・歯科衛生士として、今、患者に対して何が出来るのか
- ・歯科衛生士間で、というレベルですが、寝たきりの方への口腔ケア方法について
- ・人間らしく自己を尊重した終末にしたい。自己を失った延命は自分だったら嫌だ！！
- ・口腔と QOL の関わりについて
- ・（患者さん、家族の意向を最優先することを基本とする）延命を目的とするのではなく、緩和医療を優先
- ・寿命を自然な形で迎えられよう医療的支援
- ・終末期は在宅で…
- ・あまり積極的な歯科治療は行わない
- ・患者対応について
- ・本人、患者にとり最良は何なのか
- ・状態が悪い入所者の看取りを医療的な処置がほぼできない施設とするのか、病院に行くのか？との選択
- ・25 年程前、歯科訪問を取り入れたきっかけは、保健師との同伴訪問時「何故人の最期は（口の中は）こんなにも悲惨なのだろう?！」と愕然とし、職場に持ち帰り歯科スタッフと話し合って（小規模ながら）次年度に予算計上しました
- ・緩和ケアチームに所属しているので、チームカンファレンスで常に議題に上っている
- ・本人の意志が一番大切。本人の意志がしっかりしているうちに意思表示をするべき（できれば書面で）家族が決めるのは酷である
- ・医療職として、終末期をむかえる利用者に対して、何をすることができるのか、何をしたいと望まれているのか、感じ取る力が必要ではないか
- ・口腔ケアや乾燥等
- ・入院中の癌末期患者の在宅希望を叶えるには…連携はいかに
- ・緩和ケアを取り上げた講習会の際、終末期医療が議題に上った
- ・在宅独居の方が、上記のようになられた時、子供達とご本人の相違があった時

- ・先日、老健職員向けに口腔ケア研修会を行うにあたり、向かうべき目標はどこにあるか常勤歯科衛生士と確認した。きれいな口元で終末を迎えて欲しい
- ・終末期と思って関わるのではなく、今より元気になって欲しいと思って関わっています。その為に何をしたらいいか…をいつも考えています
- ・胃瘻の必要性、何を大切にしていくか
- ・情報提供が片寄った情報の様にも思えるし、家族も勉強してほしい。胃瘻にするのか自然に任せるのか、家族への説明がしっかり行われていない

問 3. 6) あなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかかわるべきと考えますか？

- ・口腔内環境を整える為、歯科衛生士の専門的口腔ケアは必要だと思う
- ・口腔内が清潔に保たれ終末を迎えられる状態にする
- ・まずは患者自身の苦痛をやわらげる。次にご家族の負担の軽減やストレスの解消。歯科が関わることで介護負担が多くなるようなことは絶対にしてはならないと思う
- ・積極的治療とまではいかないが、看護をサポートし、QOL の向上に少しでも関われるのであれば医療サポートの一端として関わるべきではないかと思います
- ・口腔衛生が随時できる様、日常の関わり関係者にアドバイス、及び専門的口腔ケアを提供する
- ・私の地域では、住民の方々に歯科衛生士による専門的口腔ケアや摂食嚥下や食支援に関わり、そこからの維持向上に導けることの実態を知られる方は一握りの方もみえないと思います。関心がないと浸透はしませんが、アピールの必要性を感じます（歯科関係者だけが頑張っていて、そこでストップしている風土です）
- ・人としての尊厳を支えていく。その人を介護する家族も支える。口から食べることで、口腔内の衛生状態を良好に保つことで介護者の対応が変わる様子を目の当たりにした。表舞台に出ることがない縁の下で支援する役割と認識する
- ・医療、介護の現場で積極的に歯科衛生専門職による口腔衛生管理が大事だと考えます。
- ・医療と介護をつなぐ口腔ケアを行う家族（ヘルパー）の支援
- ・最期まで口腔内環境を整え可能な限り経口摂取をサポート、エンゼルケアとして口を整える等
- ・肺炎予防に口腔ケア、粘膜ケアを行い保湿に努める。出来る限り口から食べられる様、機能向上に関わる
- ・看護、介護スタッフへの口腔ケア手技の伝達（評価できることが望ましい）（家人への指導伝達も可能となる）
- ・高齢と共に口腔機能が衰え、認知症も進行すると、嚥むことも、飲み込むことも分からない状態になり、洗口することも自身で歯磨きが出来ない状態になり、胃ろうや経管の人達は特に口腔内乾燥しているが、息づかいが荒いので手短かにケアをして肺炎を予防するように歯科が関わるべきと思います。（食支援でも）
- ・最後まで、口への関わりを持っていくべきと考える。治療→食事→補水→口腔衛生管理→口腔粘膜の保護等、ご本人のステージに合わせて口腔内を触っていくことが必要と考える
- ・病気などにより終末期の状態は様々である。最後まで食べられる方にはその支援も。そして口腔内を気持ち良く保ってあげることができるよう。周りの方々と連携し、みんなで見守っていることを感じてもらえるケアを
- ・できるだけ食べられる状況に、ケアしていく。食べられない原因を明らかにして改善を訴えます又、老年歯科衛生士の目と知恵で改善を提案していく
- ・要請があった時に積極的に関わるべき
- ・たとえ口から食べられなくなっても生きている限り口腔環境は整えてあげたい。その為の歯科でありたいと考えます
- ・その方がどのような終末期を選択されたかを知り、その意向を全う出来るように、それに合わせて必要なケアや治療を行う。多くの場合、その中心になるのは治療よりもケア。食支援や苦痛緩和も含

めた口腔機能管理だと考える

- ・かかりつけ医から最後まで関わって行けたらどうでしょうか？
- ・される側に立って考えると、痛みの緩和と保湿を希望する
- ・口から食べる、食べられる口を作る
- ・口腔機能の廃用に対するケアへ積極的に関わるべき
- ・歯科は欠けることなく参加が必要。行われる治療効果に関係なく、食べる、話す器官であるため、どのような科よりも積極的にケアなどで介入するべき
- ・エンゼルケアと言われるように、苦しんだ顔のまま、見送りの方々と対面させるのは悲しみが増大する。生前のような口元を回復させることは旅立つ方の尊厳を保つものであり、人として礼儀である。エンゼルデンチャーも製品としてありますし、あの世でも使えるように棺の中に入れるご家族もおります
- ・出来るだけ口からの摂取が可能となるような口腔へと管理する
- ・少しでも快適に旅立ちを迎えられるよう、最後まで関わるべきと思う
- ・口腔清掃の必要性を強く感じます
- ・具体的にイメージできていないが、関わるべきと思う
- ・その人らしさの維持には、口腔が清潔にでき、潤いを保てるようにすることが不快感なく過ごすことや安心感となり表情と関係し、時にご自分の好きな食べ物を少量だとしても口にした時に味わえる力を作ります
- ・他業種と連携し最後までQOLの低下を防ぎ自分の口から食べられる生活が出来るように手助けする
- ・医療、介護のチームの一員として、歯科部分を担当すべき
- ・相手に対し寄り添うこと。少しでもおいしく食べ、話せ、笑顔が出ることを支援できる
- ・口腔衛生管理が病棟看護師では難しくなるので、歯科の関わりは大切だと思う。患者家族から喜ばれることが多くあった
- ・患者様の苦痛をできるだけ取り除くべく、口腔内の専門職として疼痛緩和、最後まで、お口から食べられる様に口腔衛生管理に努めるべきだと思います
- ・呼吸器官の入口である口腔の衛生保持（保湿を含む）を行い、できるだけ楽に呼吸ができるようケアを行う
- ・最後の最後まで人としての尊厳を守るお手伝いとしての口腔ケア
- ・食べたいもの、飲みたいものを一口でも口にできるケア
- ・お見送り時の顔縁を整える補綴
- ・積極的に食支援に関わり、家族、本人の思いをきちんと理解した上で情報提供をし選択できる状況を、最後に満足出来る介護をサポートすべきだと思います
- ・その人の人生の最後の場面において、例えば、お酒の好きな人であればお酒で口腔内を湿らせてあげるとか、その人生を肯定できる様な場面のために歯科から提案できる事を、勇気を持って打ち出していく
- ・寄り添うように関わる（積極的でもなく、消極的でもなく）
- ・チーム医療に歯科も参加し、頂きの高い終末期の支援が出来るようにする。
- ・医科、家族、歯科として、もう少し患者さんのことをよく情報交換し、何をサポートしていけるのか？してほしいのか？考えるべきではないかと思われる

・最後まで口腔ケア（清潔とリハビリ、マッサージ、保湿）を行いたい。経管栄養は必要以上に行うべきではない（延命治療のための）

・患者様の苦痛緩和、軽減には是非積極的に関わるべきだと考えます。もちろん他職種間で相互に状況提供をし、その時点で何が一番必要かを一緒に考えながら行動すべきだと思う。自分は総合病院勤務だったので、安心して行動できた

・本人の家族の方のストレスが少しでも緩和できるようにすべきだと思います

・その人（家族）のケースにあった介入、最期が迎えられる様にしていく

・自分の歯が多数残っている方には、不良補綴物や口腔清掃不良、歯周病、う蝕の放置など問題をかかえた方が多く、今後”8020”推進によりますます増加するものと思われます。歯科専門職として多様なニーズにもできるだけ応えていくべきだと思います

・最後まで食べることへの支援をするべきだと思う。最後まで清潔で口腔機能が保持されるよう支援すべきだと思う

・最後まで自分の口を使って食べられる様にしたい

・かかりつけ医の在宅への関わりをもっと普及させられると良いと思います

・積極的な治療はせずに、対症療法で対応すれば良いと考えます。口腔衛生は最後まで大切だと思います

・多職種連携のもと、あらゆる面において、それぞれの役割で支援し関わっていくことが重要であると考えます。そのためには、ケアカンファレンスに参加することも重要で、終末期医療において口腔機能管理は欠かせないと思っています

・末期ガン患者の口腔内を見てきて、歯科も積極的に関与すべきだと考えます。口腔乾燥、自浄作用低下による歯質の脱灰、口腔内の疼痛緩和等、医科だけでは無く、歯科からのアプローチも必要なのではと思います

・全身状態の理解と口腔衛生の重要性を他職種および家族にも浸透するようにアピールする。

・終末期になると口から食べる事がなくなり、口で呼吸して舌も沈下していく為、口の中が、カラカラに乾燥したり、痂皮が付着したりして、息がしづらくなったり、臭いがでたり、最悪肺炎を起こしてしまうので、それらの予防の為にも歯科はかかわっていくのが、必要と考える。人間らしい最後を迎えるのも大切と考える

・口を閉鎖することもできなくなるような筋力低下で口腔乾燥が著しい患者さんの口内に加湿を伴うジェントリーな口腔ケアを施し、口を閉じることができ、元の顔ぶりに近づけるような関わりをもちたい

・医科、医師とわず毎日、又は定期的に同じ様に関わる事だと思う。全身の一部を切り離しては考えず日々の変化を見届ける

・医科歯科連携体制を取っていくこと

・問3(3)協力が必要と感じたで(1)あったと回答しましたが、単に(4)(5)の回答でなくDHとしてぜひ協力が必要と思ったのであったにしました

・咀嚼・嚥下出来る機能が少しの時間でもあれば、スタッフの一員として歯科に関わるのは普通である。と考えています

医療・栄養面・体力的に、今の状態で何をすべきなのか、に歯科は大切な役割があると実感しています。が、そうでないのが現状です

- ・主病で療養しているだけで苦痛のはずなので、口腔くらいは清潔で最後まで口で食べることが出来るようにしていきたい
- ・医科などのバックアップ体制のもと歯科治療におけるリスクの管理をきちんと行ってその方の余命が安楽に過ごせるようなケアやキューを行う
- ・病院や介護施設に1カ所につけ歯科衛生士が1人以上設置されるべきだと思う。
- ・チーム医療の一員として口腔に関わる問題点を考えながら歯科衛生士としての専門的な口腔ケアをしてきたと思っている。現在は歯科治療の面が大きくかかわっているので病棟に入院している患者様に対してケアを行えていないのが実情である
- ・歯科医師は痛みがあれば、痛みを取り除くための、また、噛めなければ口で味わえる（または噛める）ための歯科治療を。歯科衛生士は（入院や入所の場合は看護師、介護職に委ね）在宅で最期を迎える方の口腔ケアを
- ・本人の意志がはっきりしているのであれば最後までお口から摂食し美味しく味わってほしい。その為にも口腔ケアの必要性があると思う。又、認知症で終末期であったとして嫌がらなければ口腔ケアをやってあげるべきと思う
- ・終末期医療チームの一員として、患者、家族の思いを受け止めたサポートが出来るよう最後まで寄り添うものと考えています
- ・患者さんの状態をよく知り、患者さん本人の思い、家族の思いを聞いて、それに重点をおきながら、自分の出来ることを考えたり、周りにアドバイスをもらい、出来ることをしていく。専門的な知識や医療行為はもちろん、メンタルな面でも話を聞いてあげたり、不安をはき出させてあげられるような歯科衛生士であれば良いと思う
- ・口腔の機能を熟知している歯科関係者が、積極的に介入するべき。生活観や加齢という現象を体験した（しつつある）、ある程度ベテランの歯科医療職者が、もっと勉強して終末期の方へ接する機会を増やすべきである。個々に全く違う習慣、器質、機能を持っている口の中のことは歯科医療のものが、一番理解しているはずである
- ・口腔の機能を失う前に、機能の大切さを全ての人に教育するのも、必要と思う。高齢になってからでは遅い
- ・食事が思うように食べられない事程、生き甲斐、病気に立ち向かおうとする心、明日への希望等を経ってしまう事柄は無い程、口から食べられるという事は大切な事であると思う。それに一步近付けるよう医療スタッフが協力し、歯科も口腔ケア、口腔機能維持管理にかかわっていくべきだと思う
- ・最後までおいしく食べる。食べる喜びを持つ。口腔を作ること、残すこと
- ・人間の尊厳を保つには口腔ケアは欠かせないと思っている。セルフケアが難しい終末期こそ、歯科職は介入する必要がある。だが、ハイリスク患者なので術者の技量不足ではかえって患者に苦痛を与えてしまう。知識や技術面での歯科職のレベルアップが必要だと思う
- ・終末期といっても人生の一部です。気持ち良く穏やかに生活していただく為に協力していきたい。協力は本人家族の希望の範囲内でしていく
- ・疾患や服薬の影響から口腔内環境不良、口腔機能の低下が進行していくことで低栄養、疾用の進行や、さらなる疾患の進行が予想される。それらを緩和し、終末期の患者、介護保険利用者が、穏やかに生活していけるよう、口腔内環境を整えてあげる。口腔疾患を軽減するために必要最低限の治療で口腔内の疼痛緩和を行うべきではないか

- ・義歯やインプラント、補綴に関わった歯科医師は週1回でも訪問歯科が望ましいと考える。
- ・歯科治療、口腔ケアを受ける事ができるという窓口（往診や相談ができる窓口を提示して頂きたいです）
- ・最後まで口腔内でのいろんな苦痛を緩和してあげたい
- ・口から食べられなくなり、胃瘻で栄養管理されている時こそ、口腔内乾燥や最近が多くなる環境になると考えられるので、口腔の機能訓練及び口腔ケアが必要だと思うがケアする側がしっかりその人の嚥下機能の状態を把握した上で関わっていくべきである
- ・患者の口腔に対する不安や痛みを取り除き口腔を快適に過ごせる様に関わる。
- ・終末期にかかわらず、入院し口腔廃用状態の口を作らないように係わることが大切と感じています。
- ・乾燥し、口呼吸で肺炎を起こす。歯科に関わることでもっと快適に過ごせる時間を多くしてあげるお手伝いをするべきと考えます
- ・御本人が最後まで最後の一口まで、口から食べたいと言うのなら、もっともっと医科と情報交換をしていかないといけないと思う。歯科で終末期医療に係わるなんて、ほんのひとにぎりです。なさけない……
- ・祖母の入院時、終末の直前まで病院で世話をしておりましたが、入院と同時に義歯を外され、好きだった食事を摂れず、認知が進んで行きました。終末の前夜、好きだった赤飯を食べ旅立って行った祖母は幸せだったと思います。自身の経験から、エンゼルケアを含めた歯科医療体制の確立が必要であると考えます
- ・摂食機能の維持
- ・栄養状態の改善など
- ・口は「健康の入口、魂の出口」最後まで口の役割を十分に発揮できるよう歯科が支援していく事がQOL向上につながると思う
- ・終末期における日常性の維持・回復。および原疾患に付随する身体兆候の抑制と口腔機能の維持を目的に関わる
- ・キューは必要であれば痛みを取るなどの最低限はやらなければならないと思うが、やはりケアは毎日でも必要だと感じる
- ・歯科衛生士や歯科関係者が毎日通うのは不可能であるため在宅であれば家族や付き添いの方への指導、病院であればナースの協力が欠かせないと感じる
- ・患者さん本人が残された日々を気持ち良くおだやかに生活できるよう支援すべきである。
- ・「食べる」「呼吸」「話す」と基本的な行いが、終末期には満足に行えないようになってくる。その中で、口腔に関係する歯科が、本人も家族も支えられるように、治療のみでなく、ケアの面でかわっていくことが大切だと思う
- ・個人、個人の病状や希望（本人又は家族）によって、歯科の介入方法は違ってくる。少なくとも医療上の診断で機械的な判断での関わりはすべきではない。その事を前提として、誰にでも訪れる「死」の直前の口腔内が乾き、干からびた苦しみを伴う物とならない様、社会への必要性を訴える事が歯科に課せられていると思う。終末期という言葉が「医療的に治癒しない」という切り切り捨てと患者に受け取られない配慮をすべきであり歯科を理解したコーディネーターが必要
- ・積極的な侵襲的医療より、ケアに力を入れた対応にすべきと思います。口腔機能の維持・向上を目標にしながら、口腔ケアに力を入れ現在の口腔機能に見合った食形態を誤嚥の危険のない様提供して行くべきと考えています

問 3. 7) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はありましたか。

- ・退院カンファレンスや担当者会議に参加や企画運営した
- ・緩和ケアでのチームカンファレンス
- ・慢性期病院にて、看護師の方々と交えての食と口腔機能、専門的口腔ケアの話し合いをしました。
- ・家族／医師／ヘルパー／ケアマネ 担当分担（在宅）
- ・緩和ケア、カンファレンスへの出席、ターミナルを自宅で迎えるにあたり関係職種としてサポートするため
- ・口腔ケアの役割分担、又、いつどのタイミングで手技の統一等
- ・摂食機能の衰えて食べられなくなり、食支援をどうしたら良いかの話し合い
- ・摂食嚥下訓練と食形態の向上についての終末期の対応について
- ・病院では、これ以上出来ることがなく、在宅に戻ることになった等の職種間のカンファ、在宅で出来ることの話し合い
- ・在宅での看取りを決めたご家族と、訪問看護師、歯科医師、歯科衛生士で、話し合った（胃ろう、点滴のご希望の有無、口腔ケアのご希望などについて。心肺停止時の連絡法なども）
- ・どこまでの医療提供が最適か。どんな最期を迎えたいのか。家族（時には本人へも）に情報提供し共に話し合います
- ・院内にシステムがある
- ・症状や今後の説明の場に出た
- ・ご本人の意志を尊重するために職種間の役割について家族を含め話し合った
- ・介護施設においてターミナルケアの利用者のカンファレンスに参加。胃ろうを選択せずに経口摂取をできるところまで行う方向を他職種にて決定
- ・口からだけの栄養では無理がある事、これからの最後を病院でなのか施設なのか在宅なのかを説明する時
- ・摂食について
- ・ケアカンファレンス
- ・今後の治療方針の進め方。各職種の役割支援
- ・担当者会議
- ・口腔乾燥が強く、口臭がひどいため介護施設、家族と話し、口腔ケアを行うことを決めた
- ・居宅の場合症状としてどの様になるのか、どのような対処が適切なのか、各々の立場で家族に伝える
- ・食事中の覚醒が非常に悪くなり、いよいよ胃瘻などの経管栄養が必要となった時、本人は胃瘻を拒否したが、ご家族が希望された
- ・自分自身が家族として参加した話し合いには歯科衛生士と協働する言語聴覚士と管理栄養士が看護師、医師とともに出席された経験がある
- ・認知症の進行により、経口摂取での栄養摂取が困難となり、PEG 造設された方が在宅生活に戻られる際
- ・終末期、在宅で看取るか、病院に行くか等の話し合い
- ・口腔内の出血や摂食について

- ・患者が「口から食べたい」希望だが機能的に困難になって来た。これからのサポートについて。
- ・最後のゴールを決めるのに今後どうかかわって行けるかということで
- ・摂食嚥下訓練について

問3.8) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療の一部を断念したケースを経験したことがありますか。

- ・介護施設でケアしていた患者が入院して帰って来られなかった
- ・抜歯できなかった
- ・ご家族が拒否された。負担が多いとのこと
- ・SP02 の管理、困難
- ・器質的ケア、機能的ケアの継続で嚥下能力が向上し、直接訓練でのエンゲリッド摂食、発熱もなく経過していたが、吸引器内の色をみただけで医師は痰が多いことでの（摂食）中止を言い渡された
- ・積極的治療を行わない。口腔衛生管理のみ行う
- ・顎関節脱臼（慢性、習慣性）
- ・SP02 の数値が上がらず、リスクがあったため
- ・在宅から施設へ移動した為
- ・体調と経済的理由
- ・内科主治医に胃ろうにしたので、口腔ケアは必要ないと言われた。お楽しみ程度の経口摂取も禁止され、口腔リハビリも必要ないとの判断だった
- ・どの様なケースでも経過観察は実施します
- ・家族が希望されない
- ・ガンで本人も積極的な治療を望まず、残存歯1本が上顎の粘膜に当たって痛いということで、義歯の作成を勧めたが、何もしないことを望まれた
- ・医師の指示で口腔ケアは困難となり断念
- ・衛生管理のみ
- ・主に義歯の修理や使用に関する事、また、ターミナル期に固縮によって残存歯で口唇を傷つけるのを予防する目的でスプリント作成を依頼したかったが困難
- ・間質性肺炎の患者さんメンテナンス、歯石除去を断った（誤嚥性肺炎の危険がある為）
- ・継続的に口腔ケアを実施していても、全身状態が悪化してくると、口腔ケアは拒否される
- ・抜歯が必要であるが残根のまま補綴したり、（補綴物にしても使えなかった）最終的には家族の同意がなかった
- ・他科の Dr. から（一部ですが） ”これ以上は…” というような言葉があり、口腔衛生のケアを中断させられた
- ・ブリッジの脱落や歯頸部のう蝕による破折、重度歯周病の放置、カンジダ症と思われるケースの放置など
- ・痛みの除去、リスク管理にとどまり一般的な歯科治療の終末とは違う
- ・補綴
- ・現疾患が優先され、口腔ケアを断念したことがあった

- ・居宅より施設入所となり介護施設が口腔管理をしていない為ケアが中止となり、すぐに誤嚥で死亡
- ・胃瘻患者の義歯作製（十数年前）
- ・口腔機能に著しい低下があると、歯科医師の指示で義歯治療にすすめなくなった
- ・入院中、治療に行く事ができないため。往診の対応は困難であった
- ・処置が必要でしたが、血液検査の結果が悪く感染の恐れがあつて断念した
- ・う蝕で歯冠補綴物が脱離したが仮封のみでCの治療はせず経過観察とした
- ・全身的リスクを考えるとできないこともあつた
- ・CRP、アルブミン値、血圧、呼吸、感染と次々と問題が上がってきて、本人の意識がなくなり、離れている家族、子供がみえて、もうそこまで、いいですと
- ・施設で口腔ケアを行っていたが、体調悪化により病院へ転院し戻らないままとなる
- ・入院の為、他施設に入院された
- ・義歯作製など
- ・遷延性意識障害の患者さんの抜歯
- ・動揺が激しいブリッジがあつた時、無理に抜歯をせず、口腔ケアに力を入れながら、見守り、自然脱離を待った

問3.9) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療を追加した（ないし、急遽行つた）ケースを経験したことがありましたか。

- ・酸素マスクで口腔乾燥、口臭がひどく、口腔ケアが不十分であつた
- ・上の義歯だけでも作って欲しいと家族の希望
- ・著しく動揺し、自然抜去しそうな上前歯の固定
- ・動揺歯の抜歯、固定
- ・在宅から施設へ移動した為
- ・動揺の激しい歯の抜歯を歯科に依頼、同時にケアマネ、訪問医師、看護師にも連絡。粘膜や舌、口唇などを傷つけてしまう恐れのある歯も同様
- ・残存歯が唇に入り込むようになり傷口が化膿していたので歯科往診に来てもらったが、オーラルバランスが処方されただけでした。歯科衛生士側で工夫し、ロールガーゼを口腔前庭にはさむことで傷口をずらした
- ・亡くなられる直前に、口臭が強くなり歯科衛生士による口腔ケアの回数を増やした
- ・義歯嚥下粘膜面調整（歯科医師の補助）
- ・義歯作成（とくに前歯部、審美的理由）
- ・本人がインプラントを入れており、口の手入れを強く希望され、終末期で他のスタッフより依頼された
- ・本人の希望で義歯の作製
- ・病気が急速に進み（口腔ケア、摂食、嚥下支援が必要となり、訪問（嚥下、リハ）を依頼された
- ・ターミナル患者で口腔内からうじが出た時
- ・咽頭部に付着したカピカピの痰がどうしても除去できない。呼吸にも影響しているため、残された1～2日を少しでも楽に過ごさせてあげたいという看護師の希望により

- ・即時義歯作製
- ・口腔全体の口内炎のケース→1ヶ月で消失しその後死亡2日前まで携わった
- ・歯科医師に歯冠補綴物、鋭縁の削合（頬粘膜を傷つけるため）を依頼
- ・破折義歯の修理を急ぐよう歯科医師に依頼
- ・希望があり口腔ケア
- ・現疾患、食道癌。誤嚥性肺炎を併発するため、口腔ケアを行った
- ・口腔衛生管理
- ・患者、家族の希望により何かを食べたい、水を飲みたい、味わいたい。ケアに参加
- ・総合病院内に併設の歯科で看護師の依頼で残った歯牙が口唇にささり、潰瘍を作った患者がいた時に Ext になった
- ・在宅介護中の家族からの「最期まで口から食べさせたい」の思いに応えた義歯作製（十数年前）
- ・H.19年より、胃瘻、意識障害、寝たきり、ほとんど歯が残っている方の（70代）口腔ケアを週1回（中断も含め）現在に至るまで、口腔ケアしております。（在宅）最近、訪問NSと同席してもらい、口腔ケア中の吸引をしてもらっています。医療職での連携はとても重要と考えます
- ・自分の父の口腔ケア（24H酸素吸入、中心栄養、造血細胞減少）による口腔乾燥の軽減
- ・専門的口腔衛生管理
- ・（治療回数がかかり）治療で保存可能な歯牙でも感染の可能性があった為
- ・急性期病院で内科病棟の医師からの依頼にて
- ・口腔ケア、暫間歯牙固定など
- ・最後に「食べさせたい」や「食べたい」と言ったことが始まり
- ・摂食嚥下訓練など
- ・遷延性意識障害の患者さんの口腔ケアと抜歯
- ・残根により、口唇が切れ出血する様な場合、歯科医師に削合して頂いた

問4. 1) 2番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・家族の介護力と意見

問4. 1) 3番目あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

- ・専門的口腔ケア状態
- ・可能であれば入院全麻下で全身管理歯科治療による2本の残存歯抜歯

資料編

日本老年医学会専門医用調査票

終末期高齢者の歯科診療ニーズに関するアンケート調査

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

- 日本老年医学会では 2012 年 1 月、「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する立場表明が改訂され、終末期高齢者医療における医療・ケアの提供に関し倫理的検討のうえ指針を打ち出す流れとなっています。また非がん疾患における終末期、特に認知症の重篤化に伴って生じる摂食・嚥下障害に関しては、「食べられなくなった」際の人工栄養適応に関しての議論が緒についたところであります。
- この中で、特に終末期高齢者の経口摂取の問題は、悪化すれば生命予後を左右する栄養状態に直結することから重要な課題であります。しかし、摂食・嚥下機能に大きく関わる口腔機能および口腔衛生に関する課題の実態把握は十分できていないのが現状です。
- 本事業では、①終末期高齢者の歯科ニーズの実態、②歯科的管理の実態と効果、③QOL を踏まえた倫理的検討、以上の項目について調査検討し、終末期高齢者に対しての効果的かつ苦痛を緩和する歯科的管理素案を提案するものであります。以上より得られた情報は、特に非がん疾患の終末期高齢者に対する効果的な口腔管理への提言に資するものとなるものと考えております。

【ご回答いただくに当たって】

- 本調査票は老年医学会の専門医の方に郵送しております。
- あなたのお考えでご回答をお答えください。
- お忙しいところ誠に恐縮ですが、記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、平成 25 年 X 月 XX 日までにご投函下さい。切手は不要です。
- 尚、アンケート内容につきましては個人が特定できないよう集計・報告いたしますので、忌憚のないご回答をお願いいたします。

【実施主体】一般社団法人日本老年歯科医学会（理事長 森戸 光彦）

【問合せ先】

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 平野浩彦

電話 03-3964-3241（内線 3111） E メール hhirano@tmig.or.jp

主 な 職 場 (複数回答有)	医 療 ・ 介 護 ・ 教 育 ・ 研 究 ・ そ の 他		
ご 年 齢	歳	役職	
臨 床 経 験 年 数	年	性別	男 ・ 女

問1 「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012」が発表されたことに関してお聞きいたします。

1) 上記立場表明が改定されたことを御存知でしたか。

1 知っている

2 知らなかった

2) 10年前の2001年にも「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』」が発表されましたが、これについてはご存知でしたか。

1 知っていた

2 今回の改定で知った

3 知らなかった

1) ないし2)で「1知っていた」「2今回の改定で知った」と回答された方にお聞きいたします。

3) 日本老年医学会の立場表明について、あなたの職務上で参考にした事がありましたか。

1 あった

2 なかった

問2 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についてお聞きいたします。

1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか。

1. 確立している 2. だいたいしている 3. あまりしていない 4. していない

2) 『終末期医療』に関して、あなたの職場で議題に上ることはありますか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

3) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はどの程度ありますか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

4) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療の一部を断念した経験はありましたか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

5) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療を追加した(ないし、急遽行った)経験はありましたか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

問3 終末期患者に関する歯科医療との連携についてお聞きいたします。

1) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期にある患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼したことがありますか。

1 あった

2 なかった

年間 約

例

2) あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼しようとしたが、依頼先がなく断念したことがありますか。

1 あった

2 なかった

3) あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療（口腔ケアを含む）を依頼したが、断られたことがありますか。

1 あった

2 なかった

(断られた理由)

問3の1)～3)の設問のいずれかで「1 あった」と回答された方にお聞きいたします。

4) それはどのような場所でしたか。(複数回答)

1. 急性期病院

2. 慢性期病院

3. 介護施設

4. グループホーム

5. 在宅

6. その他 ()

5) それはどのような歯科治療、ないしケアの内容でしたか。(複数回答)

1. う蝕治療

2. 動揺歯の処置

3. 義歯治療

4. 抜歯・消炎・外傷

5. 口腔粘膜に対する治療（口腔乾燥、口内炎など）

6. 摂食機能療法・食支援

7. 歯科専門職による口腔衛生管理

8. その他 ()

6) あなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかわるべきと考えますか。

--

問4 以下の事例のような患者に対応する際の、あなたの考えをお答えください。

【事例】89歳女性。在宅療養中の要介護度4で64歳の息子と同居しているが、日中は独居である。高血圧、糖尿病、腰椎圧迫骨折の既往があるが、服薬の管理は十分でないという。重度の認知症があり、以前使用していた義歯の装着を拒否するので2年間ほど使用していないという。下顎左右犬歯が残存しているが、う蝕にて崩壊状態で上嘴唇および舌に常に咬傷や口内炎をおこしている。また、3か月前に下顎左側犬歯周囲がひどく腫脹し、自宅で抗生物質（抗菌薬）の点滴を行った。食事はペースト食の経口摂取が可能であるが、ムセることが増え、食事を拒否することも多いという。この3カ月で6kg痩せ、現在の体重は42kg（身長150cm，BMI：18.7）だという。口腔ケアには強い拒否を示している。

あなたがこの患者の歯科治療方針の議論に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

1 番 目		2 番 目		3 番 目	
-------	--	-------	--	-------	--

1. 家族の意見
2. 担当歯科医師の意見
3. 予後予測（余命など）
4. ケアマネージャーの意見
5. 歯科2次医療機関受診の可否
6. 緊急時の体制（主治医、看護師のバックアップ体制）
7. 主治医の意見（医師の方はご自身の意見とお考えください）
8. 担当訪問看護師の意見
9. 患者本人の健康な時の医療に対する姿勢（侵襲的治療に対する受け入れ状況）
10. 歯科訪問提供体制、設備（歯科緊急時の対応体制や、モニター、救急薬品の有無など）
11. その他（ ）
12. その他（ ）

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

日本老年看護学会会員用調査票

終末期高齢者の歯科診療ニーズに関するアンケート調査

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

- 日本老年医学会では2012年1月、「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する立場表明が改訂され、終末期高齢者医療における医療・ケアの提供に関し倫理的検討のうえ指針を打ち出す流れとなっています。また非がん疾患における終末期、特に認知症の重篤化に伴って生じる摂食・嚥下障害に関しては、「食べられなくなった」際の人工栄養適応に関する議論が緒についたところであります。
- この中で、特に終末期高齢者の経口摂取の問題は、悪化すれば生命予後を左右する栄養状態に直結することから重要な課題であります。しかし、摂食・嚥下機能に大きく関わる口腔機能および口腔衛生に関する課題の実態把握は十分できていないのが現状です。
- 本事業では、①終末期高齢者の歯科ニーズの実態、②歯科的管理の実態と効果、③QOLを踏まえた倫理的検討、以上の項目について調査検討し、終末期高齢者に対しての効果的かつ苦痛を緩和する歯科的管理素案を提案するものであります。以上より得られた情報は、特に非がん疾患の終末期高齢者に対する効果的な口腔管理への提言に資するものとなるものと考えております。

【ご回答いただくに当たって】

- 本調査票は日本老年看護学会の承認を得て、日本老年看護学会会員の方に郵送しております。
- 本調査は一般社団法人日本老年歯科医学会が平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業「終末期高齢者に対する歯科医療と口腔ケアの役割」の委託により行っております。
- 本調査は一般社団法人日本老年歯科医学会の倫理委員会の承認を得ております。
- 各設問に対して、あなたのお考えでご回答をお答えください。
- お忙しいところ誠に恐縮ですが、記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、平成25年X月XX日までにご投函下さい。切手は不要です。
- 尚、調査票の郵送・回収・入力・解析に関しては、外部機関（みずほ情報総研）に委託し、個人情報の管理を徹底するとともに、個人の特定ができないよう集計・報告いたしますので、忌憚のないご回答をお願いいたします。

【実施主体】一般社団法人日本老年歯科医学会（理事長 森戸 光彦）

【問合せ先】

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 平野浩彦

電話 03-3964-3241（内線 3111） Eメール hhirano@tmig.or.jp

主 な 職 場 (複数回答有)	医療 ・ 介護 ・ 教育 ・ 研究 ・ その他			
ご 年 齢	歳	役職		
臨 床 経 験 年 数	年	性別	男 ・ 女	

問1 『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012』が発表されたことに関してお聞きいたします。

2) 上記立場表明が改定されたことを御存知でしたか。

1 知っている

2 知らなかった

2) 10年前の2001年にも『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』が発表されましたが、これについてはご存知でしたか。

1 知っていた

2 今回の改定で知った

3 知らなかった

1) ないし2)で「1知っていた」「2 今回の改定で知った」と回答された方にお聞きいたします。

3) 日本老年医学会の立場表明について、あなたの職務上で参考にした事がありましたか。

1 あった

2 なかった

問2 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についてお聞きいたします。

1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか。

1. 確立している 2. だいたいしている 3. あまりしていない 4. していない

2) 『終末期医療』に関して、あなたの職場で議題に上ることはありますか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

3) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はどの程度ありますか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

4) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療の一部を断念した患者の看護を行った経験はありましたか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない

(内容)

5) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に医療を追加した(ないし、急遽行った)患者の看護を行った経験はありましたか。

1. よくある 2. 時々ある 3. ほとんどない 4. 全くない
(内容)

問3 終末期患者に関する歯科医療との連携についてお聞きいたします。

1) これまでのご自身が看護した終末期患者の、歯科治療(口腔ケアを含む)を依頼された経験がありますか。

1 あった	2 なかった
年間 約	例

2) あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療(口腔ケアを含む)を依頼しようとしたが、依頼先がなく断念した患者の看護を経験したことがありますか。

1 あった	2 なかった
-------	--------

3) あなたはこれまで、終末期患者の歯科治療(口腔ケアを含む)を依頼したが、断られたことがありますか。

1 あった	2 なかった
(断られた理由)	

問3の1)～3)の設問のいずれかで「1 あった」と回答された方にお聞きいたします。

4) それはどのような場所でしたか。(複数回答)

1. 急性期病院	2. 慢性期病院	3. 介護施設
4. グループホーム	5. 在宅	6. その他 ()

5) それはどのような歯科治療、ないしケアの内容でしたか。(複数回答)

1. う蝕治療	2. 動揺歯の処置	3. 義歯治療	4. 抜歯・消炎・外傷
5. 口腔粘膜に対する治療(口腔乾燥、口内炎など)		6. 摂食機能療法・食支援	
7. 歯科専門職による口腔衛生管理			
8. その他 ()			

6) あなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかわるべきと考えますか。

--

問4 以下の事例のような患者に対応する際の、あなたの考えをお答えください。

【事例】89歳女性。在宅療養中の要介護度4で64歳の息子と同居しているが、日中は独居である。高血圧、糖尿病、腰椎圧迫骨折の既往があるが、服薬の管理は十分でないという。重度の認知症があり、以前使用していた義歯の装着を拒否するので2年間ほど使用していないという。下顎左右犬歯が残存しているが、う蝕にて崩壊状態で上口唇および舌に常に咬傷や口内炎をおこしている。また、3か月前に下顎左側犬歯周囲がひどく腫脹し、自宅で抗生物質（抗菌薬）の点滴を行った。食事はペースト食の経口摂取が可能であるが、ムセることが増え、食事を拒否することも多いという。この3カ月で6kg痩せ、現在の体重は42kg（身長150cm，BMI：18.7）だという。口腔ケアには強い拒否を示している。

あなたがこの患者の歯科治療の方針について看護師の立場から議論に参加する際に、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

1 番 目		2 番 目		3 番 目	
-------	--	-------	--	-------	--

1. 家族の意見
2. 担当歯科医師の意見
3. 予後予測（余命など）
4. ケアマネージャーの意見
5. 歯科2次医療機関受診の可否
6. 緊急時の体制（主治医、看護師のバックアップ体制）
7. 主治医の意見
8. 担当訪問看護師の意見（看護師の方はご自身の意見とお考えください）
9. 患者本人の健康な時の医療に対する姿勢（侵襲的治療に対する受け入れ状況）
10. 歯科訪問提供体制、設備（歯科緊急時の対応体制や、モニター、救急薬品の有無など）
11. その他（ ）
12. その他（ ）

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

日本老年歯科学会専門医・認定医用調査票

終末期高齢者の歯科診療ニーズに関するアンケート調査

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

- 日本老年医学会では 2012 年 1 月、「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する立場表明が改訂され、終末期高齢者医療における医療・ケアの提供に関し倫理的検討のうえ指針を打ち出す流れとなっています。また非がん疾患における終末期、特に認知症の重篤化に伴って生じる摂食・嚥下障害に関しては、「食べられなくなった」際の人工栄養適応に関しての議論が緒についたところであります。
- この中で、特に終末期高齢者の経口摂取の問題は、悪化すれば生命予後を左右する栄養状態に直結することから重要な課題であります。しかし、摂食・嚥下機能に大きく関わる口腔機能および口腔衛生に関する課題の実態把握は十分できていないのが現状です。
- 本事業では、①終末期高齢者の歯科ニーズの実態、②歯科的管理の実態と効果、③QOL を踏まえた倫理的検討、以上の項目について調査検討し、終末期高齢者に対しての効果的かつ苦痛を緩和する歯科的管理素案を提案するものであります。以上より得られた情報は、特に非がん疾患の終末期高齢者に対する効果的な口腔管理への提言に資するものとなるものと考えております。

【ご回答いただくに当たって】

- 本調査票は日本老年歯科医学会専門医・認定医の方に郵送しております。
- あなたのお考えでご回答をお答えください。
- お忙しいところ誠に恐縮ですが、記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、平成 25 年 X 月 XX 日までにご投函下さい。切手は不要です。
- 尚、アンケート内容につきましては個人が特定できないよう集計・報告いたしますので、忌憚のないご回答をお願いいたします。

【実施主体】一般社団法人日本老年歯科医学会（理事長 森戸 光彦）

【問合せ先】

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 平野浩彦

電話 03-3964-3241（内線 3111） E メール hhirano@tmig.or.jp

主 な 職 場 (複数回答有)	医 療 ・ 介 護 ・ 教 育 ・ 研 究 ・ そ の 他		
ご 年 齢	歳	役職	
臨 床 経 験 年 数	年	性別	男 ・ 女

問1 『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012』が発表されたことに関してお聞きいたします。

3) 上記立場表明が改定されたことを御存知でしたか。

1 知っている	2 知らなかった
---------	----------

4) 10年前の2001年にも『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』が発表されましたが、これについてはご存知でしたか。

1 知っていた	2 今回の改定で知った	3 知らなかった
---------	-------------	----------

1) ないし2)で「1知っていた」「2今回の改定で知った」と回答された方にお聞きいたします。

5) 日本老年医学会の立場表明について、あなたの職務上で参考にした事がありましたか。

1 あった	2 なかった
-------	--------

問2 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についてお聞きいたします。

1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか？また、今のご自身の『終末期医療』のイメージをお答えください。(自由記載)

1 確立している	2 だいたいしている
3 あまりしていない	4 していない
(自由記載)	

2) 『終末期医療』に関して、あなたの職場で、医療・介護職種間での議題に上ったことがありますか。

1 あった	2 なかった
(内容)	

問3 終末期患者に対する臨床経験についてお聞きいたします。

1) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期にある患者の歯科治療や口腔衛生管理を依頼されたことがありますか？

1 あった	2 なかった
-------	--------

2) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期患者の歯科治療や口腔衛生管理を経験されたことがありますか？

1 あった	2 なかった
-------	--------

3) あなたはこれまで、終末期患者に歯科医療関係者の協力が必要と感じたことがありますか？

1 あった	2 なかった
-------	--------

問4 以下の事例のような患者に対応する際の、あなたの考えをお答えください。

【事例】

89歳女性。在宅療養中の要介護度4で64歳の息子と同居しているが、日中は独居である。高血圧、糖尿病、腰椎圧迫骨折の既往があるが、服薬の管理は十分でないという。重度の認知症があり、以前使用していた義歯の装着を拒否するので2年間ほど使用していないという。下顎左右犬歯が残存しているが、う蝕にて崩壊状態で上口唇および舌に常に咬傷や口内炎をおこしている。また、3か月前に下顎左側犬歯周囲がひどく腫脹し、自宅で抗生物質（抗菌薬）の点滴を受けたことがあったという。食事はペースト食の経口摂取が可能であるが、ムセることが増え、食事を拒否することも多いという。この3カ月で6kg痩せ、現在の体重は42kg（身長150cm、BMI：18.7）だという。口腔ケアには強い拒否を示している。

- 1) あなたがこの患者の歯科治療方針の検討に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に3つあげてください。

1 番目：	2 番目：	3 番目：
-------	-------	-------

1. 自身の技量
2. 家族の意見
3. 医科主治医の意見
4. 予後予測（余命など）
5. 担当訪問看護師の意見
6. ケアマネージャーの意見
7. 歯科2次医療機関受診の可否
8. 担当歯科衛生士の意見
9. 緊急時の体制（医科主治医、看護師のバックアップ体制）
10. 患者本人の健康な時の医療に対する姿勢（侵襲的治療に対する受け入れ状況）
11. 歯科訪問提供体制、設備（歯科緊急時の対応体制や、モニター、救急薬品の有無など）
12. その他（ ）
13. その他（ ）

- 2) あなたはこの患者ないし家族に対して、強く観血処置の必要性を説明しますか？

1 する	2 おそらくする	3 しない
4 分からない		

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。

日本歯科衛生士会認定在宅療養指導
(口腔機能管理) 認定歯科衛生士用調査票

終末期高齢者の歯科診療ニーズに関するアンケート調査

調査ご協力をお願い

【調査の趣旨】

- 日本老年医学会では 2012 年 1 月、「高齢者の終末期の医療及びケア」に関する立場表明が改訂され、終末期高齢者医療における医療・ケアの提供に関し倫理的検討のうえ指針を打ち出す流れとなっています。また非がん疾患における終末期、特に認知症の重篤化に伴って生じる摂食・嚥下障害に関しては、「食べられなくなった」際の人工栄養適応に関しての議論が緒についたところであります。
- この中で、特に終末期高齢者の経口摂取の問題は、悪化すれば生命予後を左右する栄養状態に直結することから重要な課題であります。しかし、摂食・嚥下機能に大きく関わる口腔機能および口腔衛生に関する課題の実態把握は十分できていないのが現状です。
- 本事業では、①終末期高齢者の歯科ニーズの実態、②歯科的管理の実態と効果、③QOL を踏まえた倫理的検討、以上の項目について調査検討し、終末期高齢者に対しての効果的かつ苦痛を緩和する歯科的管理素案を提案するものであります。以上より得られた情報は、特に非がん疾患の終末期高齢者に対する効果的な口腔管理への提言に資するものとなるものと考えております。

【ご回答いただくに当たって】

- 本調査票は日本歯科衛生士会在宅療養指導（口腔機能管理）認定歯科衛生士の方に郵送しております。
- あなたのお考えでご回答をお答えください。
- お忙しいところ誠に恐縮ですが、記入済みの調査票は、同封の返信用封筒に入れて、平成 25 年 X 月 XX 日までにご投函下さい。切手は不要です。
- 尚、アンケート内容につきましては個人が特定できないよう集計・報告いたしますので、忌憚のないご回答をお願いいたします。

【実施主体】一般社団法人日本老年歯科医学会（理事長 森戸 光彦）

【問合せ先】

〒173-0015 東京都板橋区栄町 35-2

東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 平野浩彦

電話 03-3964-3241（内線 3111） Eメール hhirano@tmig.or.jp

主 な 職 場 (複数回答有)	医療 ・ 介護 ・ 教育 ・ 研究 ・ その他		
ご 年 齢	歳	役職	
臨 床 経 験 年 数	年	性別	男 ・ 女

問1 「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』2012」が発表されたことに関してお聞きいたします。

6) 上記立場表明が改定されたことを御存知でしたか。

1 知っている

2 知らなかった

2) 10年前の2001年にも「『高齢者の終末期の医療およびケア』に関する日本老年医学会の『立場表明』」が発表されましたが、これについてはご存知でしたか。

1 知っていた

2 今回の改定で知った

3 知らなかった

1) ないし2)で「1 知っていた」「2 今回の改定で知った」と回答された方にお聞きいたします。

3) 日本老年医学会の立場表明について、あなたの職務上で参考にした事がありましたか。

1 あった

2 なかった

問2 『終末期高齢者』、または『終末期医療』についてお聞きいたします。

1) あなたはご自身のなかで『終末期医療』という言葉のイメージが確立していると思われますか？
また、今のご自身の『終末期医療』のイメージをお答えください。(自由記載)

1. 確立している 2. だいたいしている 3. あまりしていない 4. していない

(自由記載)

2) 『終末期医療』に関して、あなたの職場で、医療・介護職種間での議題に上ったことがありますか。

1. あった

2. なかった

(内容)

問3 終末期患者に対する臨床経験についてお聞きいたします。

1) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期患者の歯科治療や口腔衛生管理を
依頼されたことがありますか？

1 あった

2 なかった

2) あなたはこれまで、ご自身の臨床の現場において終末期患者の歯科治療や口腔衛生管理を
経験されたことがありますか？

1 あった

2 なかった

3) あなたはこれまで、終末期患者に歯科医療関係者の協力が必要と感じたことがありますか？

1 あった

2 なかった

問3の1)～3)の設問のいずれかで「1 あった」と回答された方にお聞きいたします。

4) それはどのような場所でしたか。(複数回答)

1. 急性期病院

2. 慢性期病院

3. 介護施設

4. グループホーム

5. 在宅

6. その他 ()

5) それはどのような歯科治療、ないしケアの内容でしたか。(複数回答)

1. う蝕治療 (残根削合を含む)

2. 歯周治療 (動揺歯の固定、歯冠除去含む)

3. 補綴治療 (主に義歯に関する治療)

4. 外科治療 (抜歯・消炎、外傷)

5. 口腔粘膜に対する治療 (口腔乾燥、口内炎など)

6. 摂食機能療法・食支援

7. 歯科専門職による口腔衛生管理

8. その他 ()

6) あなたは今後、終末期医療に歯科はどのようにかかわるべきと考えますか?

7) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に、特別に家族を含めた関係職種間での話し合いの場に参加した経験はありましたか。

1. あった

2. なかった

(内容)

8) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療の一部を断念したケースを経験したことがありましたか。

1 あった

2 なかった

(内容)

9) あなたは患者が『終末期高齢者』であることを理由に歯科医療を追加した(ないし、急遽行った)ケースを経験したことがありましたか。

1. あった

2. なかった

(内容)

問 4 以下の事例のような患者に対応する際の、あなたの考えをお答えください。

【事例】89 歳女性。在宅療養中の要介護度 4 で 64 歳の息子と同居しているが、日中は独居である。高血圧、糖尿病、腰椎圧迫骨折の既往があるが、服薬の管理は十分でないという。重度の認知症があり、以前使用していた義歯の装着を拒否するので 2 年間ほど使用していないという。下顎左右犬歯が残存しているが、う蝕にて崩壊状態で上口唇および舌に常に咬傷や口内炎をおこしている。また、3 か月前に下顎左側犬歯周囲がひどく腫脹し、自宅で抗生物質（抗菌薬）の点滴を受けたことがあったという。食事はペースト食の経口摂取が可能であるが、ムセることが増え、食事を拒否することも多いという。この 3 カ月で 6 kg 痩せ、現在の体重は 42 kg（身長 150 cm, BMI : 18.7）だという。口腔ケアには強い拒否を示している。

1) あなたがこの患者の歯科治療方針の検討に参加する上で、参考にする項目を重要と思うものから順に 3 つあげてください。

1		2		3	
---	--	---	--	---	--

1. 自身の技量
2. 家族の意見
3. 医科主治医の意見
4. 予後予測（余命など）
5. 担当訪問看護師の意見
6. ケアマネージャーの意見
7. 歯科 2 次医療機関受診の可否
8. 担当歯科医師の意見
9. 緊急時の体制（医科主治医、看護師のバックアップ体制）
10. 患者本人の健康な時の医療に対する姿勢（侵襲的治療に対する受け入れ状況）
11. 歯科訪問提供体制、設備（歯科緊急時の対応体制や、モニター、救急薬品の有無など）
12. その他（ ）
13. その他（ ）

2) あなたはこの患者ないし家族に対して、強く観血処置の必要性を説明しますか？
（担当の歯科医師に説明するよう促しますか？）

1 する 2 おそらくする 3 しない 4 分からない

質問はこれで終わりです。ありがとうございました。