

在宅での死亡診断における 臨床判断過程の探索的研究

坂詰大輔、國居早苗¹⁾／遠矢純一郎²⁾

桜新町ナースケア・ステーション¹⁾／桜新町アーバンクリニック²⁾

第31回日本緩和医療学会学術大会 COI 開示

演題名：在宅での死亡診断における臨床判断過程の探索的研究
発表者名：坂詰大輔、國居早苗、遠矢純一郎

演題発表内容に関連し、
主発表者及び発表責任者には、
開示すべきCOI 関係にある企業等はありません。

研究目的

高齢社会の進行に伴い、多疾患併存やフレイルを背景とした死が増加^{*注1}しており、死亡診断には多様な臨床判断が求められる。

しかし、その判断過程に関する研究は十分ではなく、とりわけ在宅医療における知見は少ない。

そこで本研究では、在宅での死亡診断における、医師の臨床判断過程について明らかにすることを目的とした。

注1:当院の令和7年データ参照

対象

桜新町アーバンクリニック在宅医療部に勤務する医師で
任意協力を得られた8名（女性4名 男性4名）

【桜新町アーバンクリニック在宅医療部について】

東京都世田谷区

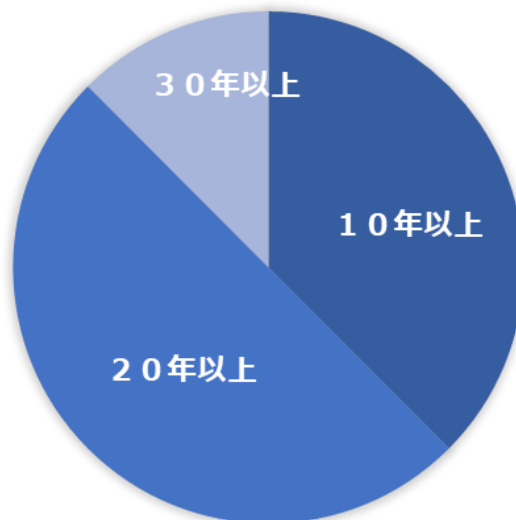
R7年 年間利用者数：870 名

R7年 看取りの場 ： 自宅98名、 施設20名、 病院14名 計132名

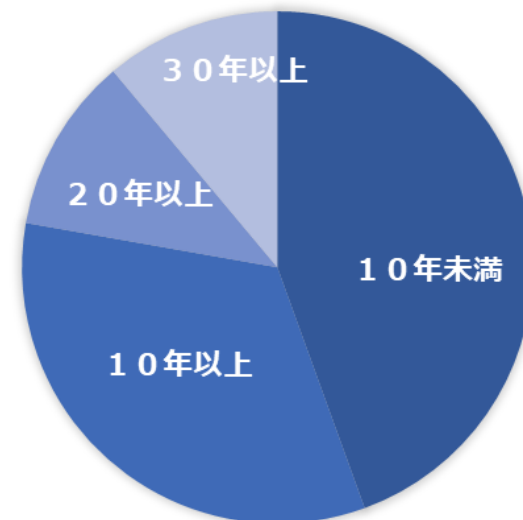
R7年 在宅看取り率：89 %

【対象者属性】

経験年数



在宅経験



期間

R7年5月15日～R7年12月30日

分析

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

【本研究について】

対象者に対し、半構造化面接を実施。逐語録を作成し、得られたデータを解釈しながら概念とカテゴリーを生成し、理論を構築した。

本研究の分析テーマは下記とした.

「在宅での死亡診断を取り巻く状況」

「在宅での死亡診断における医師の動き」

倫理的 配慮

**研究の主旨、研究参加の任意性と中断の自由、
個人情報への守秘などについて説明し、署名による
同意を得られた方を研究対象者とした。**

本研究は医療法人社団プラタナスの倫理委員会の承認を受けている。（承認番号 2025-0518 ）

結果

計240分のインタビューから74のデータを抽出 そこから 19の概念 と **5のカテゴリー** を生成

在宅での死亡診断を取り巻く状況

在宅では患者家族の感情がより見えやすくなる

- 在宅では多くの時間を家族が関わっている
- 死亡診断は家族の戸惑い、納得感といった感情と交差しながらなされる
- 患者が死にゆくことへ、家族の心の準備ができていないことがある

情報が限られた中で医学的判断を求められることがある

- 在宅医療ではすぐに精密検査ができず確定診断が困難なことがある
- 在宅医療ではより情報が限られることがある

潜在する医学的判断と患者家族の体験のずれが、 在宅では顕在化しやすい

- ときに患者と家族の思いの差異が顕在化する
- 取り切れない苦痛を伴う死においては家族の後悔の念が強くなる
- 医学的判断と患者家族の思いとのほごまで、望まない加療や治療機会の逸失への葛藤が生じる

在宅での死亡診断における医師の動き

医師は対話を通して診療を積み重ねる

- 患者の変化と家族の病状理解に差異が広がらないよう説明を繰り返す
- コミュニケーションを重要視する
- 患者家族の文脈を受け取り、それに合わせて関わり方を調整する
- 死亡診断時に時間をかける
- 残された時間を逆算し、なだらかな気持ちで向き合えるように段階的に説明を行う
- 患者家族への関わり方は臨床経験や個人的な死別体験を重ねる中で形づくられていく
- 患者家族の人生史にふさわしい死亡診断を考える
- 医学的倫理に照らし合わせつつ、グリーフケアを意識した死亡診断名を考える

医師は医学的判断と患者家族の体験を橋渡ししながら 死亡診断を行う

- 「これでよかった」と思えるよう家族に伴走する
- 患者家族との関係性を大切にする
- 死亡診断は、患者家族の人生の節目となりうる

考察

【74のデータの中から抜粋】

考察



医師E

急変時、本人も家族も搬送を望んでいなくて。大きなイベントがあったと思うけど、それで診断名を書くわけにはいかず、その人は全てひっくるめて老衰とした。



医師C

全部わかりたい人もいるでしょうけど、わかりたい人ばかりではないですから。知らないことが幸せに繋がる方もいらっしゃる。

生成された
概念

すぐに精密検査ができない

情報が限られている

カテゴリー

1 情報が限られた中で医学的判断を求められることがある

【74のデータの中から抜粋】

考察



医師A

亡くなった時、家族から「もう少し治療した方がよかったかな」なんて言われたことがあります。



医師B

患者家族と話し合う時間が多いので。熱心な介護体制とか、緊急連絡の頻度や内容で思いを感じ取ることも多い。

生成された
概念

多くの時間を
家族が関わっている

家族の戸惑い

家族の心の準備が
できていないことがある

カテゴリー

2 在宅では患者家族の感情がより見えやすくなる

【74のデータの中から抜粋】

考察



医師A

最後つらそうで。「本当にこれで良かったのかしら？」なんて、言われると、自信を持って「これでよかったんです」と言い切れなかったりする。



医師G

急変時、娘さんは搬送を考えていたけれど、僕は「搬送しても多分助からない…、本人にとって良いことは？」と考えていた。医療って侵襲も大きいから悩むことはありました。

生成された
概念

ときに患者と家族の
思いの差異が顕在化

家族の後悔

望まない加療、治療への可能性
とのはざまで葛藤

カテゴリー

3 潜在する医学的判断と患者家族の体験のずれが
在宅では顕在化しやすい

【74のデータの中から抜粋】

考察



死亡診断はプロセスだと思う。誤嚥で亡くなったとしても、本人が望んでることを話し合った上でなので。「最後に食べられてよかったね」って話だと思う。



家族が追いつかない場合、少し匂わせ段階的に説明する。急激な坂の降り方よりも、なだらかな気持ちで向き合えるように調整する。

生成された
概念

患者家族の文脈を受け取る

病状理解に差異が
広がらないように

医療倫理に照らしつつ、
グリーフケアを意識した死亡診断

カテゴリー

4 医師は対話を通して診療を積み重ねる

【74のデータの中から抜粋】

考察



医師H

“死亡診断書を書く”ってことと、“死亡診断をする”っていうことの意味合いはちょっと違うのかな。死亡診断をすることは、人生の区切りだったり、家族の区切りにもなるので、とても大きな意味がある。



医師G

医学も完全じゃないから、不確定なことが起こるし、抗えない運命や神様の存在みたいなものを感じることもある…。それでもなお患者さん家族が納得して、「これで良かったんだ」って思えるように導いていく…。それこそ僕らのプロフェッショナルリティ。

生成された
概念

死亡診断は、患者家族の人生の節目

「これでよかった」と
思えるように家族に伴走

カテゴリー

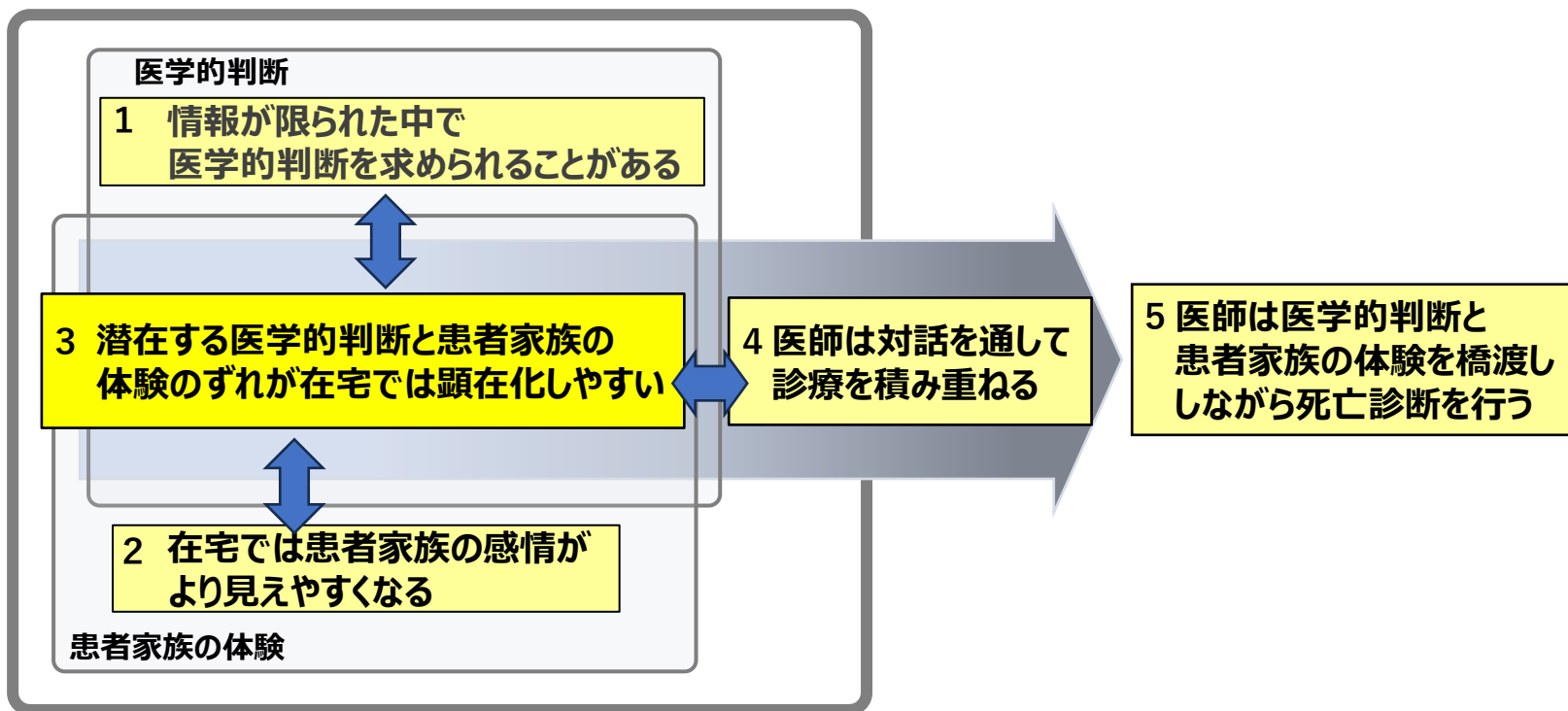
5

医師は医学的判断と患者家族の体験を
橋渡ししながら死亡診断を行う

そもそも 医学的判断 と 患者家族の体験は “文脈” が違うが、
多くの場合は、医師がICを行い、穏やかに死亡診断が行われている。

しかし、在宅では患者家族は感情が表出しやすく、
ときに、普段は口に出さない思いの “ずれ” が顕在化することがある。

考察

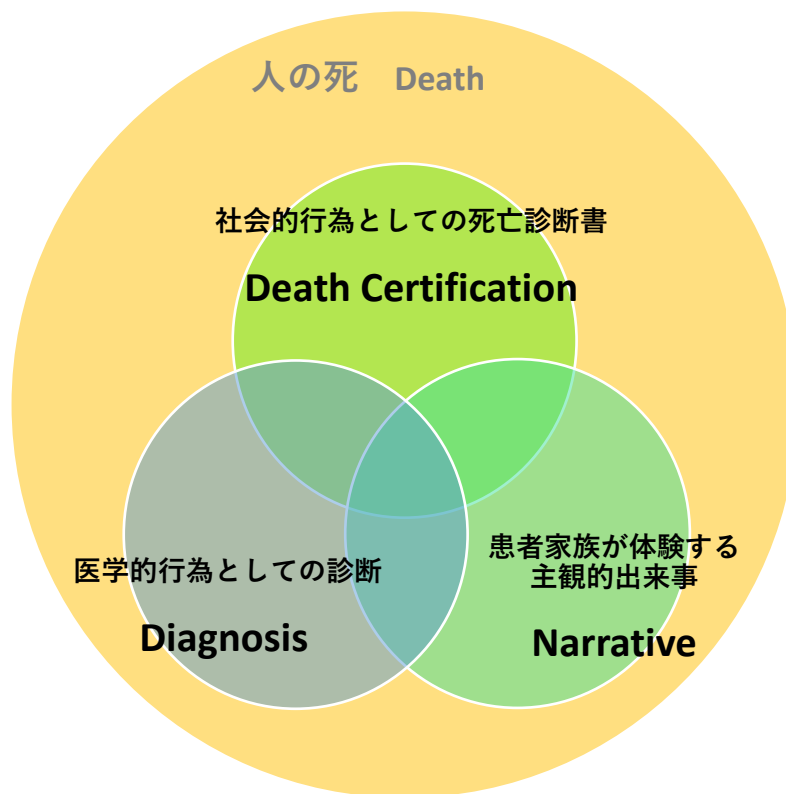


生前からの経過

～時間経過の中で起きる様々な出来事～

死亡診断時

現代における人の死は・・・

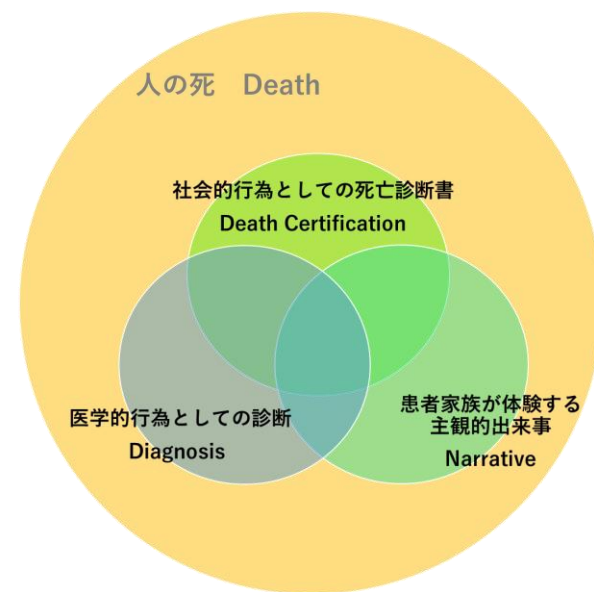
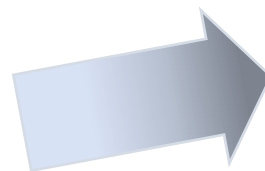
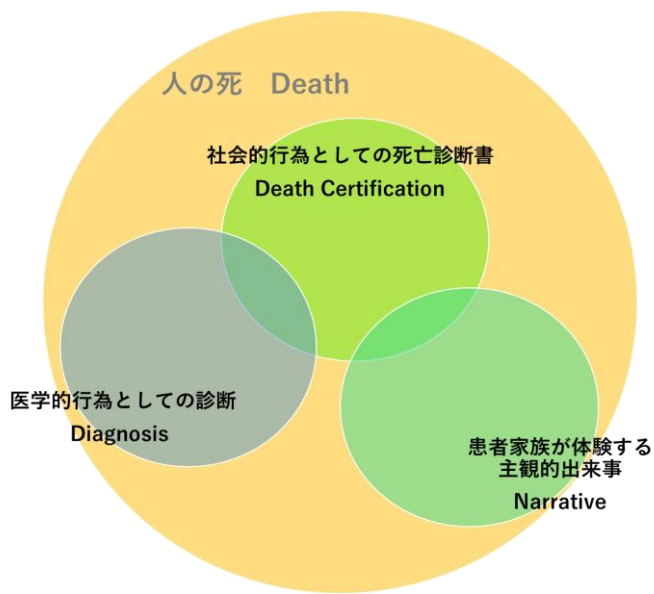


各文脈は比重は千差万別

考察

医師が橋渡しを行うことで
文脈同士が補完しあう

各文脈がバラバラだと・・・



結論

結論

死亡診断は、死因を記録する社会的行為にとどまらず、医学的判断、患者家族の体験といった複数の文脈を橋渡ししていく過程であることが明らかとなった。

また、潜在する医学的判断と患者家族の体験のずれが在宅では顕在化しやすく、医師は対話を通して、診療を積み重ね、死亡診断を行っていることが示唆された。

研究の 限界

本研究ではデータ収集における対象者が 8 名であり、知見を一般化するには限界がある。今後も対象を増やし、考察していくことが重要である。

その人の診断書なんだけど、その人は関係性の中で生きて最後を迎えているので、全員で納得できるというか・・・。

医学的に正しいということだけでなく…、関わってる人の中で、ふさわしい診断書であり、病名であり、時間であり・・・。

それが本来の死亡診断の意味といえは意味なのかもしれないなと思っています。

【74のデータの中から抜粋】

文献

- 1 今永光彦. 老衰チェックポイント&アート. 中外医学社. 2024
- 2 名郷直樹. これからの「お看取り」を考える本. 丸善出版. 2023
- 3 内ヶ崎西作. 中田金一 死亡診断書（死体検案書）について. 日大医誌 2019; 78:65-70
- 4 ウラジミール・ジャンケレヴィッチ. 死. みすず書房, 1978;