

平成23年度
老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業)

終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握 及びガイドライン等のあり方の調査研究

報告書

平成24年(2012年)3月

社団法人 全日本病院協会

— 目 次 —

調査結果概要	1
調査結果報告書	19
事業実施体制	333

平成 23 年度老人保健健康増進等事業

「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」

調査結果概要

平成 24 年 3 月

社団法人 全日本病院協会

－ 目 次 －

I	調査の目的	5
II	調査の方法	5
III	調査の結果	7
	(1) アンケート調査の結果	7
	(2) グループインタビューの結果	14
	(3) 有識者講義録からの抜粋	15
IV	まとめ	16
V	提言	17

I. 調査の目的

超高齢社会における終末期の対応、看取りのあり方は、極めて重要な課題といえる。すでにくいつかの終末期ガイドラインが提示されており、また、一般国民や医療専門職・介護職を対象とした大規模な意識調査が実施されている。死を迎える者の状態は多様であり、死を迎える場所は、医療機関、介護施設、在宅・高齢者住宅等と様々である。高齢化の進展に伴って年間死亡者数が増加するとともに、どのような状態の者がどこで最期を迎えるかについても変化があると予想される。

本調査研究では、終末期対応と看取りのあり方に関する国際比較、現行のガイドラインの実用性検証などを行い、国民的コンセンサスを得られるガイドラインの策定についての検討、提言を行うことを目的としている。

II. 調査の方法

本調査研究において、文献調査、アンケート調査、グループインタビュー、有識者講義を実施した。

文献調査では、我が国や海外における終末期や看取りの現状に関する文献（和文）を国立国会図書館の蔵書検索・申込システム NDL-OPAC から検索し、主要な文献を入手した。また、終末期に関する現行のガイドラインを収集した。

アンケート調査対象数は、病院が 2,100 件（うち一般病床 100%病院が 700 件、療養病床 100%病院が 700 件、ケアミックス病院が 700 件）、介護老人福祉施設が 1,200 件、介護老人保健施設が 800 件、介護療養型老人保健施設が 84 件、グループホームが 1,800 件、訪問看護ステーションが 1,200 件である。なお、調査対象を抽出する際、特定被災区域[※]に該当する市町村に所在する施設を除外した。

各アンケート調査対象に、施設票を 1 部、職員票を 5 部、家族票を 5 部送付した。職員票と家族票は、調査対象の施設等で無作為に抽出（例えば氏名の五十音順）した 5 名の職員と 5 名の家族に配布してもらった。

※「特定被災区域」とは、東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律（平成 23 年法律第 40 号、平成 23 年 5 月 2 日公布）第 2 条 第 3 項に規定された市町村のことである。

グループインタビューの参加者は、アンケートの施設・事業所票に回答があり、かつ当該施設・事業所の職員から職員票の回答が少なくとも1つあった施設・事業所から募った。グループインタビューへの協力依頼状を517件送付し、42件の応諾があった。開催日時および参加人数は下記の通りである。

平成24年 1月28日(土)	10:00~12:00	グループA1 看護職(病院、訪問看護ステーション) 10名
	13:00~15:00	グループB 介護職(介護保険施設、グループホーム) 8名
	16:00~18:00	グループA2 看護職(介護保険施設、グループホーム) 9名

※ 参加者は、1つのグループで最大10名とした。

終末期に係るテーマでの有識者講義を4回開催し、以下に示す5名の講師に講演してもらった。講演のテーマは、第1回「終末期の医療」、第2回「終末期医療を考える出発点 ー法哲学からの考察ー」、第3回「生命倫理主体としての認知症高齢者」、第4回「宗教者(僧侶)がチームに参加した終末期医療」、および「終末期医療と生命倫理 ー印度哲学・仏教学からのアプローチー」である。

<有識者講義の講師一覧>

	講師の氏名	講師の所属・役職
第1回	宮澤 潤	宮澤潤法律事務所・所長
第2回	奥田 純一郎	上智大学生命倫理研究所・教授
第3回	大井 玄	東京大学・名誉教授
第4回	長倉 伯博	善福寺・住職
	早島 理	滋賀医科大学・教授

Ⅲ. 調査の結果

(1) アンケート調査の結果

アンケート調査の回収状況を以下に示す。回収率は施設票が27%、職員票が22%、家族票が15%であった。

<回収状況>

施設票の種類	発送数	回収数	回収率
病院	2,100 件	427 件	20%
介護老人福祉施設	1,200 件	325 件	27%
介護老人保健施設	800 件	200 件	25%
介護療養型老健	84 件	32 件	38%
グループホーム	1,800 件	638 件	35%
訪問看護ステーション	1,200 件	319 件	27%
合計	7,184 件	1,941 件	27%

	発送数	回収数	回収率
職員票（全施設種類）	35,920 件	7,869 件	22%
家族票（全施設種類）	35,920 件	5,215 件	15%

※職員票は各施設に5通発送している。家族票も同様。

集計に必要な項目が未回答のものを除いて集計を行っているため、図表ごとに集計対象数（n数）が違っている。回答数と集計対象数（n数）との差が、当該集計での未回答数である。

以下、図表1および図表2に年間死亡者数の集計結果を示す。図表3から図表6に終末期ガイドラインに係る集計結果を示す。図表7および図表8に職員の問題意識を経験の有無別に集計した結果を示す。図表9および図表10にリビング・ウィルに係る集計結果を示す。図表11に家族票と職員票を結合したデータから、家族と施設側の終末期についての認識の一致／相違を分析した結果を示す。また図表12に本人が望む最期を迎える場所の集計結果を示す。

図表 1 年間の死亡者数（施設票）

	施設数	1施設当たり 病床数	1施設当たり 入院患者数	年間の死亡者数	
				1施設当たり	100床当たり
一般病床100%病院	120施設	154床	109人	124人	80人
療養病床100%病院	139施設	108床	100人	49人	45人
ケアミックス病院	137施設	154床	130人	106人	69人

	施設数	1施設当たり 定員数	1施設当たり 入所者数	年間の死亡者数	
				1施設当たり	定員100人 当たり
介護老人福祉施設	313施設	72人	69人	9人	13人
介護老人保健施設	196施設	86人	76人	4人	5人
介護療養型老健	31施設	51人	48人	9人	18人
グループホーム	631施設	15人	15人	1人	5人

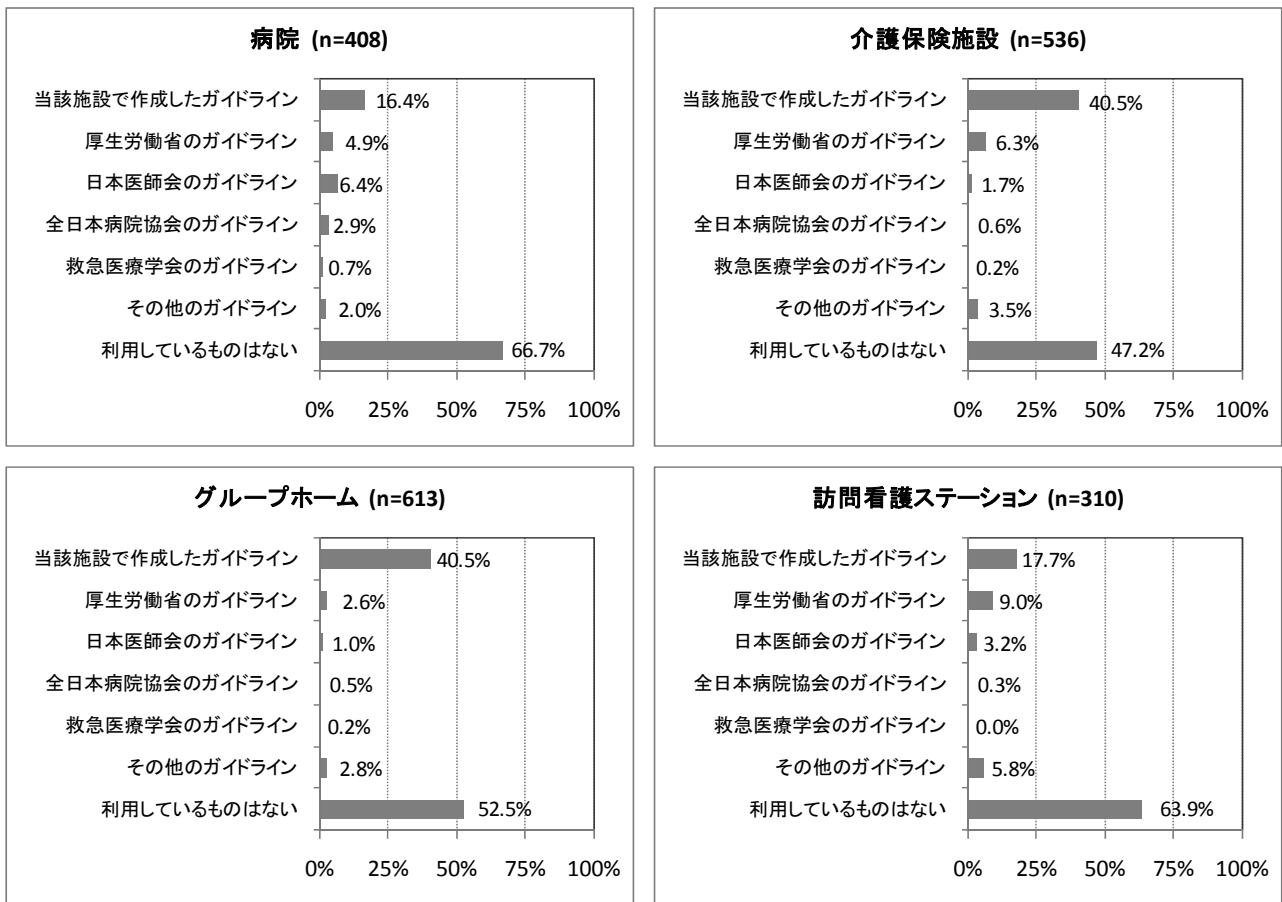
訪問看護ステーション	事業所数	利用者数		年間の死亡者数	
		1箇所当たり	(うち) 終末期の方	1箇所当たり	利用者100人 当たり
介護保険	262箇所	46人	1人	4人	9人
医療保険	262箇所	15人	1人	4人	26人
全体	262箇所	61人	2人	8人	13人

※年間の死亡者数とは、平成22年10月1日～平成23年9月30日までの1年間に施設内で死亡した者の人数であり、ただし訪問看護ステーションの場合は自宅で死亡した者の人数である（以下同様）。

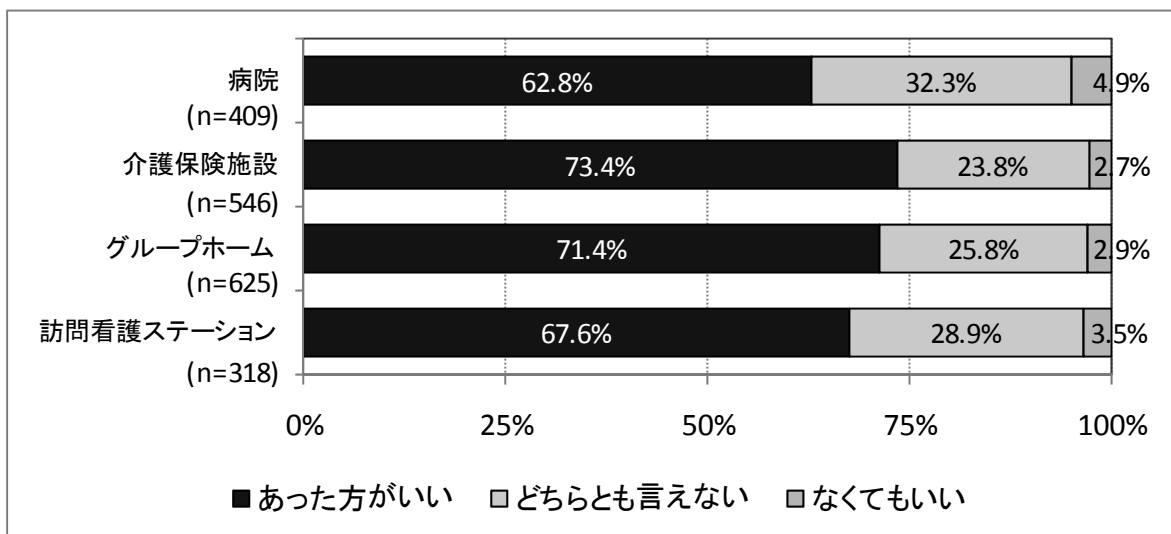
図表 2 死亡までの期間別の年間死亡者数割合（施設票）

		一般病床	医療療養病床	介護療養病床
施設数		256施設	262施設	125施設
1施設当たり病床数		114床	70床	55床
1施設当たり年間死亡者数		99人	34人	14人
期間別の 死亡者数 割合	入院後7日以内	25.8%	4.7%	1.6%
	入院後8～14日	13.4%	4.3%	2.5%
	入院後15～30日	20.5%	9.5%	5.4%
	入院後31～90日	26.8%	22.6%	14.0%
	入院後91～180日	7.8%	17.3%	11.3%
	入院後181～365日	3.1%	15.6%	13.5%
	入院後366日以上	2.6%	25.9%	51.7%

図表3 利用している終末期ガイドライン（施設票）

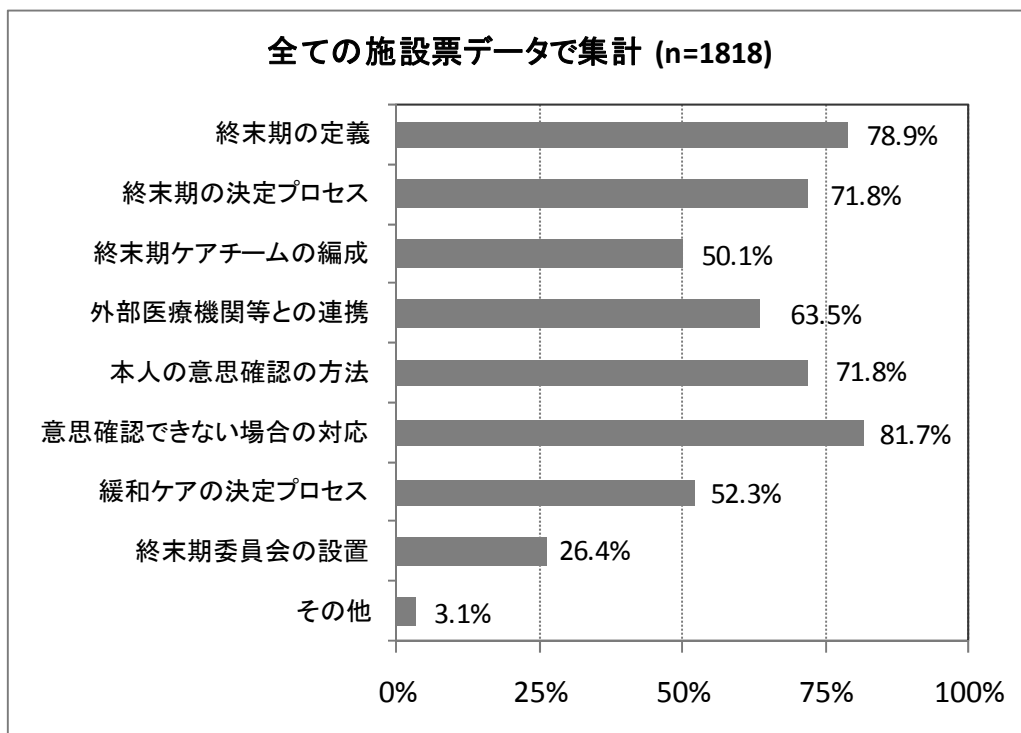


図表4 終末期ガイドラインの必要性（施設票）



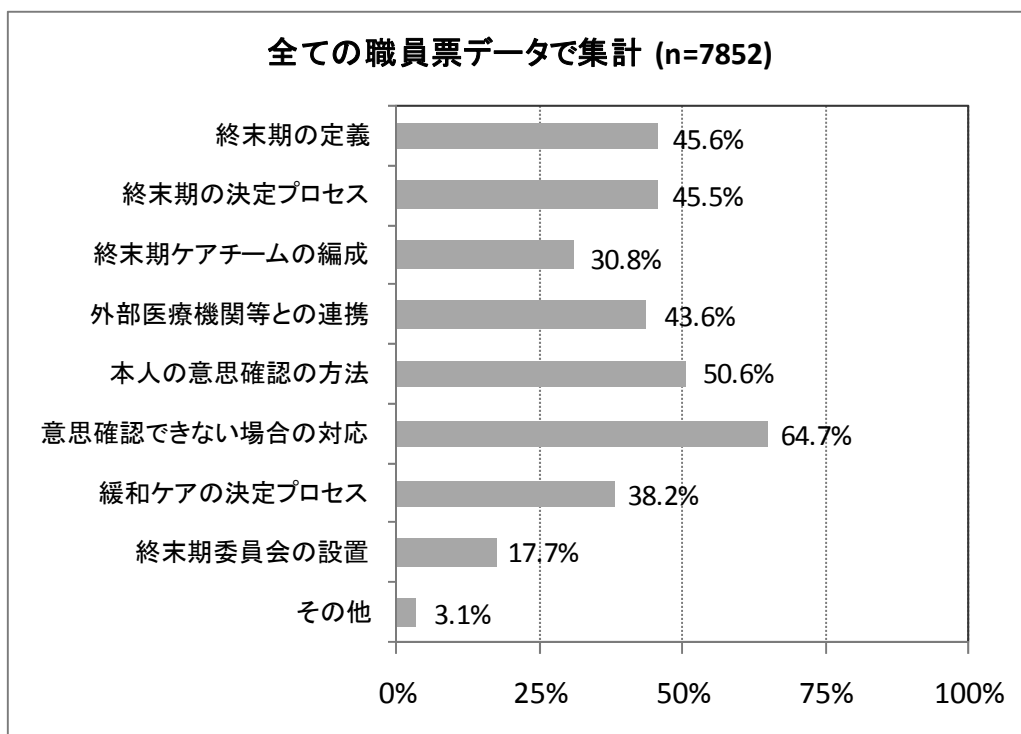
図表5 終末期ガイドラインに明記すべき事項（施設票）

<複数回答可>



図表6 終末期ガイドラインに明記すべき事項（職員票）

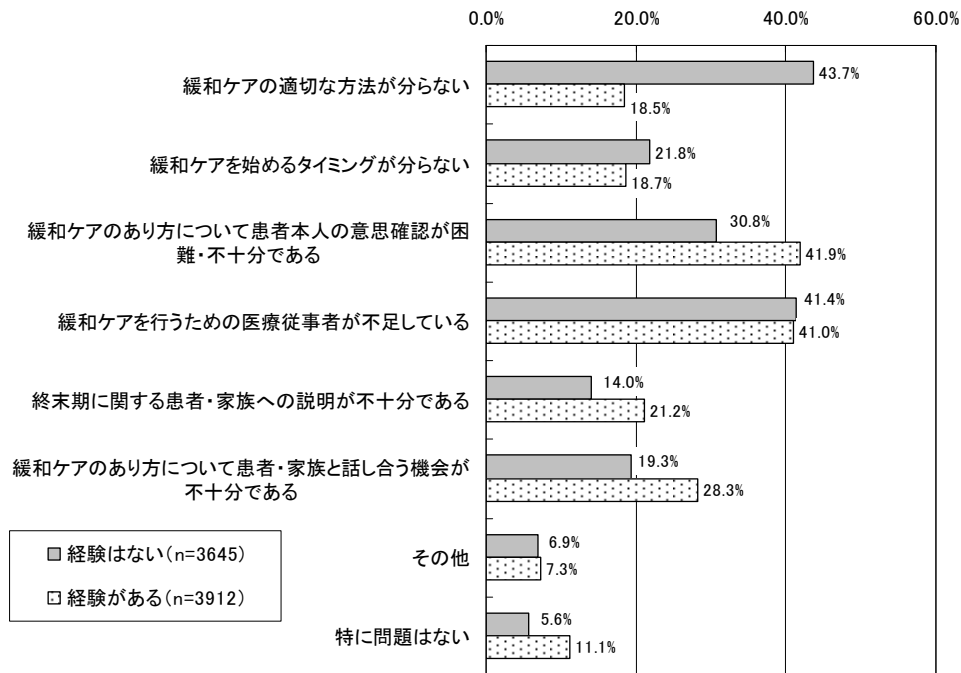
<複数回答可>



図表 7 緩和ケアを行うにあたっての問題（職員票）

<複数回答可>

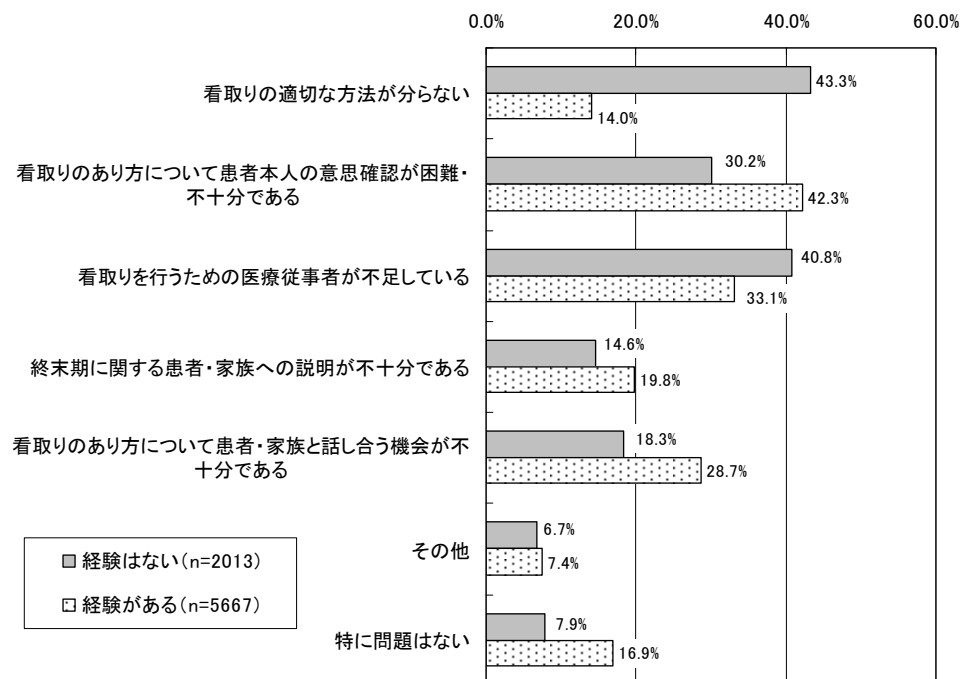
緩和ケアの経験の有無別



図表 8 看取りを行うにあたっての問題（職員票）

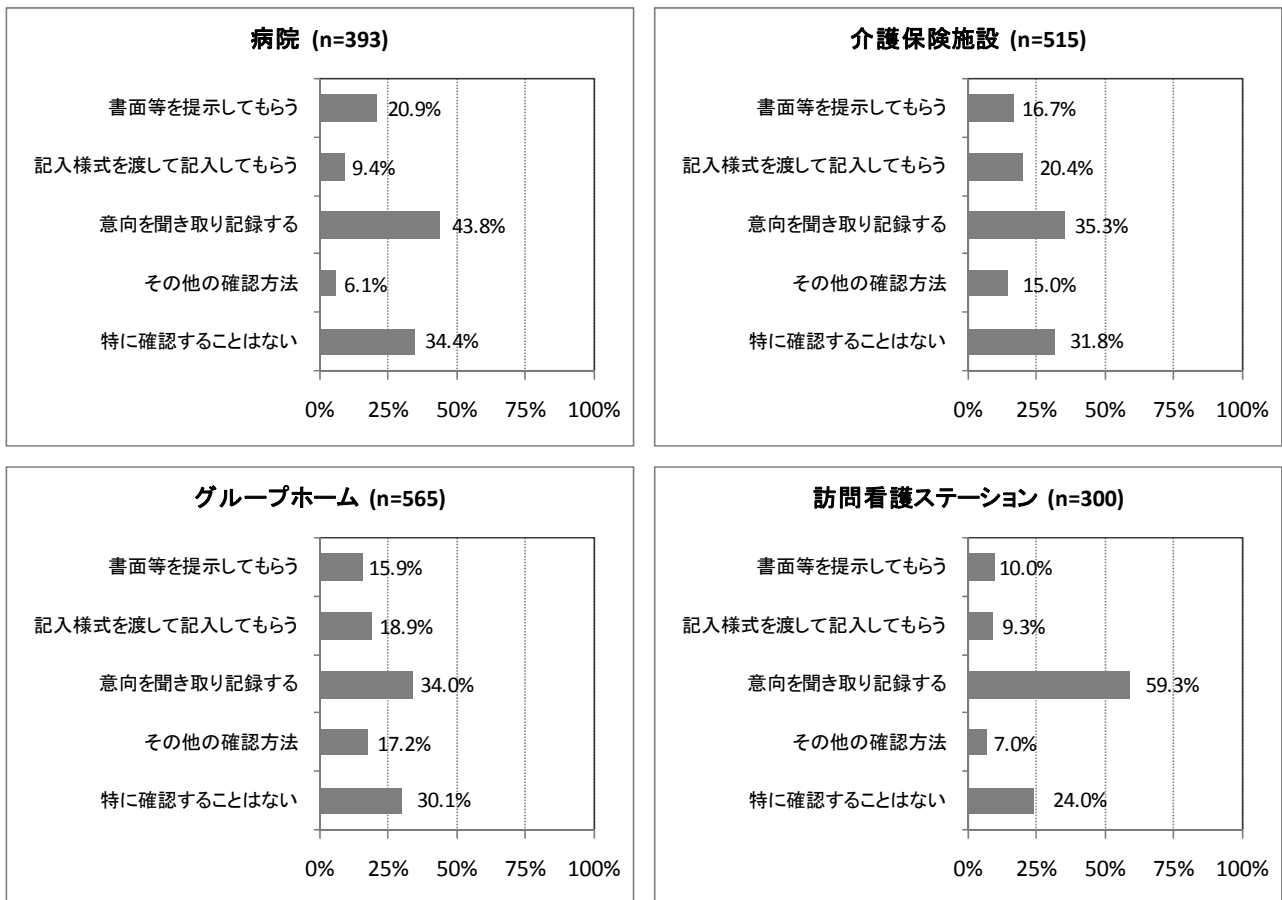
<複数回答可>

看取りの経験の有無別

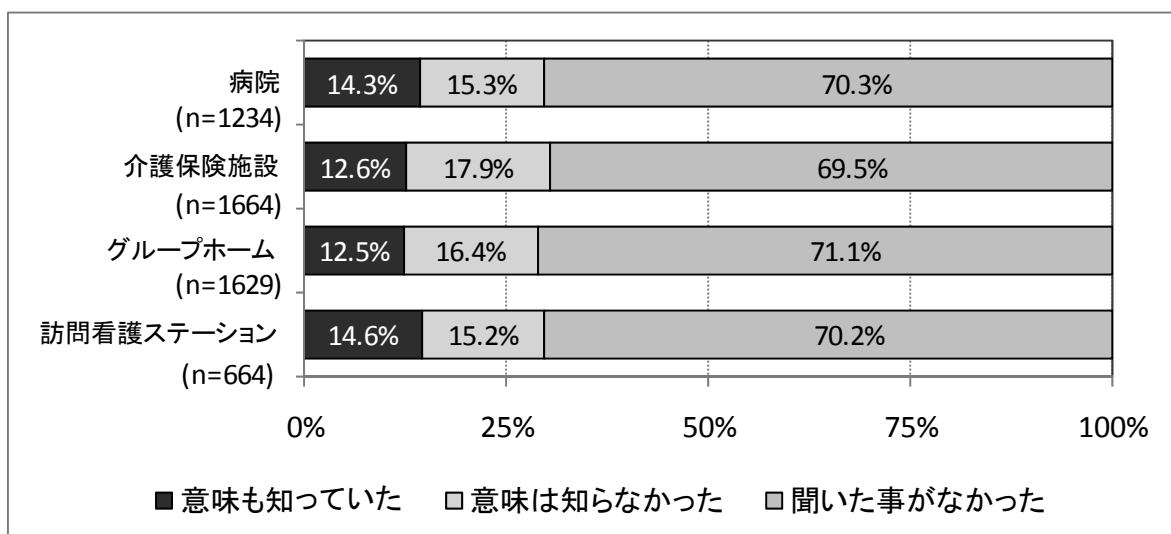


図表9 リビング・ウィルの内容の確認方法（施設票）

<複数回答可>



図表10 「リビング・ウィル」という言葉の家族の認知度（家族票）



図表 11 終末期についての認識（家族票・施設票の結合データ）

◆ 主な疾患が癌(がん)

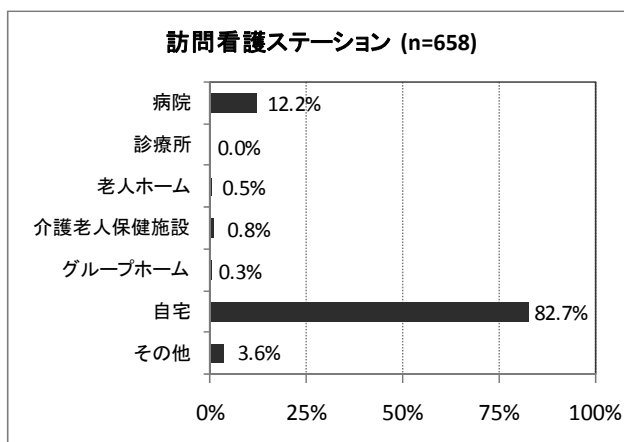
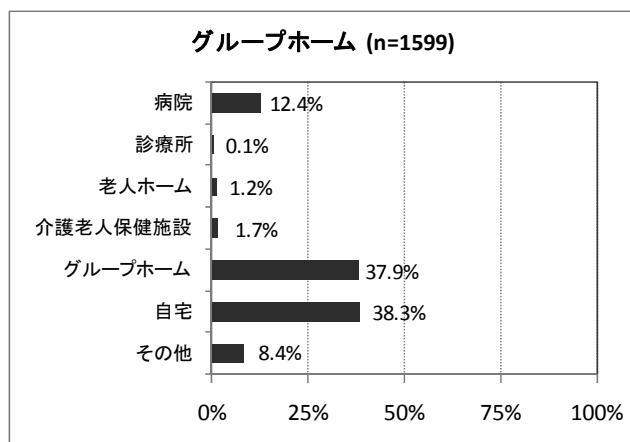
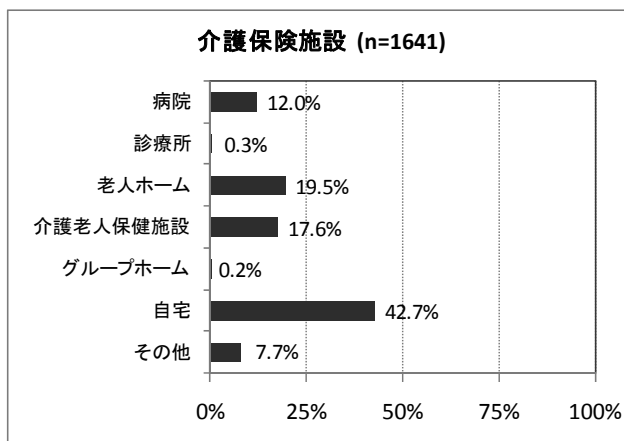
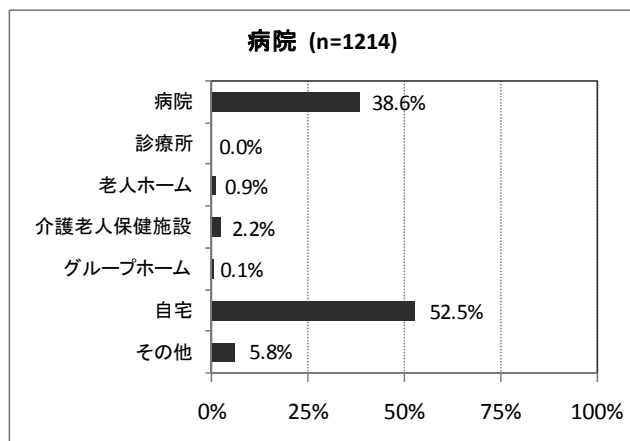
		施設・事業所票の回答内容		
		終末期 だと思う	終末期 とは思わない	全 体
家族 票の 回答 内容	終末期 だと思う	109件 (93.2%)	8件 (6.8%)	117件 (100.0%)
	終末期 とは思わない	11件 (16.9%)	54件 (83.1%)	65件 (100.0%)
	全 体	120件 (65.9%)	62件 (34.1%)	182件 (100.0%)

◆ 主な疾患が癌(がん)以外

		施設・事業所票の回答内容		
		終末期 だと思う	終末期 とは思わない	全 体
家族 票の 回答 内容	終末期 だと思う	118件 (41.1%)	169件 (58.9%)	287件 (100.0%)
	終末期 とは思わない	30件 (2.0%)	1,493件 (98.0%)	1,523件 (100.0%)
	全 体	148件 (8.2%)	1,662件 (91.8%)	1,810件 (100.0%)

※「分からない」と回答した件数を除いて集計した。

図表 12 本人が望む最期を迎える場所（家族票）



(2) グループインタビューの結果

グループインタビューを、3つのグループ（A1、A2、B）に対しておこなった。参加者からの主な発言要旨を以下に示し、同様の発言があったグループに”○”印をつけて整理した。

① 看取りの経験に基づく現場での課題や問題意識

発言要旨	A1	A2	B
・慢性期の場合、終末期カンファレンスの開始時期の判断が難しい。	○		
・家族の意見が分かれることがあり、キーパーソンの見極めが難しい。	○		
・本人の希望を聞いているが、はっきり答えられる人は少ない。		○	
・緩和ケアと延命医療を混同している場合があり、話し合いが難しい。			○
・医療機関との連携が必要だが、24時間対応の医療機関は少ない。			○

② 終末期ガイドラインについての意見

発言要旨	A1	A2	B
・終末期の定義は難しいと思うが、終末期ガイドラインで示すべきだ。	○	○	○
・各施設の状況に合わせて作り上げられる余地があった方がよい。	○	○	
・判断能力はあるが決定できない場合の対応を示してほしい。	○		
・家族と連絡が取れない、あるいは返事がこないケースが現実にある。		○	
・既存の終末期ガイドラインは医療が中心で、施設の現場に合わない。			○

③ 終末期に係るその他の意見

発言要旨	A1	A2	B
・先進的な地域では、独居高齢者の冷蔵庫に緊急時連絡先・薬剤名などを記入した紙を入れられている。そこにリビング・ウィルを追加してはどうか。	○		
・認知症の場合でも、本人がいないところで話を進めるのはよくない。	○		
・認知症の人の発言に従うのは、現場では難しいと思う。	○		○
・尊厳死を認めるような法律を整備すべきだと思う。	○	○	
・ガイドライン研修会を開くなど、内容理解の手助けが必要である。	○		
・判断能力があり意思表示をした場合でも、家族の同意をとっている。		○	
・施設側からみた本人意思を、医療機関側に伝える機会があればよい。			○

(3) 有識者講義録からの抜粋

有識者による講義を4回開催し、5名の講師に講演をしてもらった。講義録からの抜粋を以下に示す。『』で囲まれた部分は、講義録からの引用部分である。

『患者さんの自己決定権が働くのは、正当な医療の範囲内に限られます。』、『特に慢性期において植物状態になってしまったら、これをどうするかというのは本当に大きな問題だと思います。私は過去に、慢性期の患者さんに治療費が多額にかかるという中で家庭が経済的に崩壊をしていくのを目の当たりに見えています。一方で、家族の気持ちをどうするのか、どのようなケアをすればいいかという問題も同時に考えなければいけないということを、このとき強く感じました。』(第1回)

『よく問題になる、「生命維持治療の停止はできないけれど、開始しないことはできる」というような言い方、これは法学者の一般的な見解で、よくありますけれど、この見解には、私はかなり否定的な見解を持っています。つまり、停止はできないけれど、不開始は肯定するというのは、やはり不均衡なことを言っているのではないか。』(第2回)

『日本で、認知症の高齢者に胃瘻の是非をきいた調査があります。重度から中等度の認知症高齢者50人を対象とした調査です。認知症の重度から中等度ですが、言語的なコミュニケーションはとれるんです。』、『治療としておなかに穴をあけて管で栄養を入れるというのがいいという方がいますが、あなたはそういうようにされますかと訊きます。非常に大切なんですけれども、このとき8割がはっきりと嫌だと言います。しかも答えるまでが早いんですね。』、『私も50人以上に訊きましたが、積極的に「はい、します」と言う人はいませんでした。』(第3回)

『僧侶が参加できる医療の現場は少なく、福祉施設は非常に行きやすいです。福祉施設の活動がビハラーは中心になっています。それは福祉施設自体がもともとボランティアを受け入れるようになっていることもあり、慰問という形で訪問することができます。ところが医療機関はそういう点では問題がいろいろあります。』

『滋賀医科大学での私の講義について申し上げます。滋賀医科大学では「患者さんの全人的サポートができる医療者の育成」をうたい文句にしています。』、『何のために医療者と宗教者が協働で活動するかといえば、もちろん患者さんを全的にサポートするためです。そういう考えをもったお医者さん看護師さんが、今はタマゴですが、医療の現場で中堅になった時に、少しは終末期医療の雰囲気が変わるかなということを期待しております。』(第4回)

IV. まとめ

以下に、アンケート調査結果のまとめを示す。

終末期ガイドラインがあった方がいいとの回答が7割程度あったが、利用している終末期ガイドラインがないとの回答も6割程度あり、必要性の認識と実際の利用状況にギャップがみられた。

看取りを行うにあたっての問題として、経験のある職員の42%が「本人の意思確認が困難・不十分」をあげているが、経験のない職員では30%と12ポイント低くなっていた。一方、経験のない職員の43%が「適切な方法が分からない」をあげているが、経験のある職員では14%と29ポイント低くなっているなど、経験の有無による問題意識の違いが明らかとなった。

家族の70%は「リビング・ウィル」という言葉を聞いた事がなかった。また言葉を聞いた事があるが意味は知らなかった家族が17%であり、「リビング・ウィル」の認知度は低いといえる。

家族票と施設票を結合したデータを集計したところ、主な疾患が癌(がん)の場合、終末期についての家族の認識と施設側の認識はほぼ一致していた。癌(がん)以外の場合、家族が終末期だと思うケースの59%で施設側は終末期だと思っていなかった。慢性期の疾患において終末期の判断が難しくなることが、この結果からもうかがえる。

また「終末期だと思わない」という判断は、家族と施設側でほぼ一致していることから、慢性期疾患では、家族の方が施設側よりも早い段階で終末期だと判断する傾向にあると考えられる。

本人が望む最期を迎える場所は、いずれの施設区分においても「自宅」との回答が最も多くなっていた。また本人が病院や施設にいる場合、4割程度がいまいる場所で最期を迎えることを望んでいた。

平成22年の人口動態統計(厚生労働省)をみると、85%が病院を含む施設内で死亡しており、自宅での死亡は13%であった。過去10年以上にわたって、病院や介護保険施設等での死亡が8割を超えている。自宅で最期を迎えることを希望する人が最も多いにもかかわらず、自宅での死亡割合が増える兆しはみえない。

V. 提言

アンケート調査結果、グループインタビュー、及び有識者講義の内容を踏まえ、本調査の委員会がとりまとめた提言を以下に示す。

◆ 終末期ガイドラインのあり方

アンケート調査の施設票と職員票の共通設問である、終末期ガイドラインに明記すべき事項の上位5項目は一致しており、①本人の意思確認ができない場合の対応、②終末期の定義、③終末期の決定プロセス、④本人の意思確認の方法、⑤外部医療機関等との連携 - であった。平成21年5月に(社)全日本病院協会は「終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～」(以下、「全日病の終末期ガイドライン」と略記する)をとりまとめており、上記の事項①～④に係る方針が示されていることから、実効性が高いガイドラインであることを確認できた。

しかしながら、全日病の終末期ガイドラインを利用している施設は、病院が2.9%、介護保険施設が0.6%、グループホームが0.5%、訪問看護ステーションが0.3%であり、ほとんど利用されていなかった。他のガイドラインも利用されている頻度は低くガイドラインの普及・宣伝が必要である。また理解され良い様な記述方法も考える必要がある。

また、当該施設で作成したガイドラインを利用している割合が最も高く、病院が16%、介護保険施設が41%、グループホームが41%、訪問看護ステーションが18%となっていた。基本的にはガイドラインは統一したものであるべきだが、現状は施設独自の物が多く使用されており、統一・普及に向けての取り組みが必要である。今後の医療介護連携も考えた場合、終末期医療の方針決定や事前指示(リビング・ウィル)等については各施設共通のフローチャートや記載方法が必要であり、細かな点に関しては使い良い様に施設毎の裁量に任せるのが適当である。

◆ 終末期に係る法律の整備

すでに尊厳死法や事前指示(リビング・ウィル)を法制化した国が20か国以上あるなか、わが国では尊厳死や事前指示に係る法律は整備されていない。

全日病の終末期ガイドラインで指摘している通り、終末期の対応や理想の看取りについての実態を踏まえれば、終末期に係る現状を十分に吟味して関係法律の整備が必要である。

◆ 自宅での看取りのサポート

自宅で最期を迎えることを望む人が最も多いが、実際には病院や施設で最期を迎える割合の方が高くなっている。終末期対応や看取り等に取り組んでいる中小民間病院や在宅療養支援診療所などが中心となって、日常的な医療・ケアニーズに対応するとともに、緊急時のゲートキーパーの役割を果たすことが、本人の希望通りに在宅での看取りを行うために必要になるであろう。

◆ リビング・ウィルの普及

リビング・ウィルという言葉を知った事がないと回答した家族は 7 割程度あり、言葉を知った事がある人の半数程度は意味を知らなかったと回答している。

リビング・ウィルの内容の確認方法として、最も多かったのが「意向を聞き取り記録する」であった。病院では 44%、介護保険施設では 35%、グループホームでは 34%、訪問看護ステーションでは 59%が、「意向を聞き取り記録する」ことでリビング・ウィルの内容を確認している。

終末期ガイドラインで、事前指示（リビング・ウィル）を聞き取り記録するプロセスや方針を示すことが考えられる。その際、以下の点に留意すべきである。

- ①判断能力はあるが決断できない場合について対応方法を提示する。
- ②認知症等で本人の判断能力がなくても決定に関与させる方法を提示する。
- ③家族・信頼できる相談人などの決定への関わり方を明確にする。

すでに行われている情報提供や意思確認の仕組みを活用して、リビング・ウィルを普及していくことで、一般の人々の認知度が高まると考えられる。

◆ 教育・研修・連携の充実

医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるとともに、医療・ケア提供者への研修を充実させることが必要である。

また、24 時間・365 日対応できる医療機関との連携が進んでいるが、連携を望んでいても連携できない施設が 1 割程度あるので、一層の充実が必要である。

今後前回提言した、認知症問題、胃瘻の問題を含めて関係者だけでなく広く国民的議論を進めより一層の理解を深める必要がある。

平成 23 年度老人保健健康増進等事業

「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」

調査結果報告書

平成 24 年 3 月

社団法人 全日本病院協会

目次

1	調査の目的と方法	23
2	アンケート調査結果	30
2. 1	施設票・事業所票の集計結果	31
2. 2	職員票の集計結果	73
2. 3	家族票の集計結果	147
2. 4	家族票と施設票・事業所票の結合データ分析	179
3	グループインタビュー結果	222
3. 1	グループA 1（看護職）	222
3. 2	グループA 2（看護職）	228
3. 3	グループB（介護職）	233
4	有識者講義録	238
4. 1	第1回有識者講義（宮澤先生）	238
4. 2	第2回有識者講義（奥田先生）	246
4. 3	第3回有識者講義（大井先生）	257
4. 4	第4回有識者講義（長倉先生）	265
4. 5	第4回有識者講義（早島先生）	274
附 論	終末期対応と看取りの国際比較（文献調査）	287
5	まとめ・提言	297
附録	アンケート調査票	301

1. 調査の目的と方法

(1) 調査の目的

超高齢社会における終末期の対応、看取りのあり方は、極めて重要な課題といえる。すでにいくつかの終末期ガイドラインが提示されており、また、一般国民や医療専門職・介護職を対象とした大規模な意識調査が実施されている。死を迎える者の状態は多様であり、死を迎える場所は、医療機関、介護施設、在宅・高齢者住宅等と様々である。高齢化の進展に伴って年間死亡者数が増加するとともに、どのような状態の者がどこで最期を迎えるかについても変化があると予想される。

本調査研究では、終末期対応と看取りのあり方に関する国際比較、現行のガイドラインの実用性検証などを行い、国民的コンセンサスを得られるガイドラインの策定についての検討、提言を行うことを目的としている。

(2) 調査の対象

本調査研究において、文献調査（第4章 附論）、アンケート調査（第2章、附録）、グループインタビュー（第3章）、及び有識者講義（第4章）を実施した。

文献調査では、我が国や海外における終末期や看取りの現状に関する文献（和文）を国立国会図書館の蔵書検索・申込システム NDL-OPAC から検索し、主要な文献を入手した。また、終末期に関する現行のガイドラインを収集した。

アンケート調査対象は、一般病床・療養病床を有する病院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーションである。アンケート調査票は、施設及び事業所を対象とした施設・事業所票、職員を対象とした職員票、患者・入所者・利用者の家族を対象とした家族票の3種類とした。職員票と家族票は、調査対象の施設及び事業所で無作為に抽出した職員（5名）と家族（最大5名）に配布してもらった。

アンケート調査対象数は、介護療養型老人保健施設は全数とし、それ以外の施設種類は約1/5抽出とした。図表 1-1 にアンケート調査対象数を示す。なお、調査対象を抽出する際、特定被災区域[※]に該当する市町村に所在する施設を除外した。

※「特定被災区域」とは、東日本大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律（平成23年法律第40号、平成23年5月2日公布）第2条第3項に規定された市町村のことである。

図表 1-1 アンケート調査対象の施設・事業所数

区 分	調査対象数
病 院	2,100 件
（うち）一般病床 100%病院	700 件
（うち）療養病床 100%病院	700 件
（うち）ケアミックス病院	700 件
介護老人福祉施設	1,200 件
介護老人保健施設	800 件
介護療養型老人保健施設	84 件
グループホーム	1,800 件
訪問看護ステーション	1,200 件

※ 調査対象の抽出において、特定被災区域に所在している施設・事業所を除外した。

グループインタビューの参加者は、アンケートの施設・事業所票に回答があり、かつ当該施設・事業所の職員から職員票の回答が少なくとも 1 つあった施設・事業所から募った。グループインタビューへの協力を依頼する対象は、①年間の施設内死亡者数がゼロではない、②終末期ガイドラインに明記されるべき項目として「本人の意思確認ができない場合の対応」を選択、③看取りの職員研修を「している」と回答 - という条件を満たしている施設・事業所とした。ただし、看取りの経験がある職員から職員票が返送されていない施設は、依頼の候補から除外している。

グループインタビューへの協力依頼状を 517 件送付し、42 件の応諾があった。出席者数が最大になるように日時を調整し、開催日時を下記の通りに設定した。

平成 24 年 1 月 28 日（土）	10:00～12:00	グループ A1 看護職（病院、訪問看護ステーション） 10 名
	13:00～15:00	グループ B 介護職（介護保険施設、グループホーム） 8 名
	16:00～18:00	グループ A2 看護職（介護保険施設、グループホーム） 9 名

※ 参加者は、1 つのグループで最大 10 名とした。

有識者講義を4回開催し、5名の講師に講演してもらった。本調査研究の事業検討委員会メンバーからの推薦をうけて講師を依頼した。講師一覧を図表1-2に示す。

また講演のテーマは、第1回「終末期の医療」、第2回「終末期医療を考える出発点－法哲学からの考察－」、第3回「生命倫理主体としての認知症高齢者」、第4回「宗教者（僧侶）がチームに参加した終末期医療」、および「終末期医療と生命倫理－印度哲学・仏教学からのアプローチ－」である。

図表 1-2 有識者講義の講師一覧

	講師の氏名	講師の所属・役職
第1回	宮澤 潤	宮澤潤法律事務所・所長
第2回	奥田 純一郎	上智大学生命倫理研究所・教授
第3回	大井 玄	東京大学・名誉教授
第4回	長倉 伯博	善福寺・住職
	早島 理	滋賀医科大学・教授

(3) 調査の方法

文献調査は、国立国会図書館の蔵書検索・申込システム NDL-OPAC を利用して文献を検索・収集した。また、Web 検索を利用して、終末期に関する現行のガイドライン等を収集した。

アンケート調査は、調査対象の施設・事業所に施設票（もしくは事業所票）を1部、職員票を5部、家族票を5部送付した。施設（もしくは事業所）で無作為抽出（例えば氏名の五十音順）してもらい、5名の職員に職員票と返信用封筒のセットを配布してもらった。家族票についても同様の方法で無作為抽出してもらい、最大5名の家族に家族票と返信用封筒のセットを配布してもらった。

施設票・事業所票の調査項目を図表1-3、職員票の調査項目を図表1-4、家族票の調査項目を図表1-5に示す。また、アンケート調査票を附録Bに載せている。

図表 1-3 施設票・事業所票のアンケート調査項目

- ・ 開設者
- ・ 許可病床数、定員数、利用者数
- ・ 入院患者数、入所者数
- ・ 主要死因別の年間死亡者数、死亡までの期間別の年間死亡者数
- ・ 最期を迎えるとき、他の病院・施設に移ったり、自宅に戻った人数
- ・ 主に利用している終末期ガイドライン、既存の終末期ガイドラインの必要性、終末期ガイドラインに明記されるべき事項
- ・ 主に利用している看取りの手引書・マニュアル等、看取りの手引書・マニュアル等の必要性
- ・ 「リビング・ウィル」の内容の確認方法、「リビング・ウィル」を提示された事例の有無、「リビング・ウィル」に従った事例の有無
- ・ 緊急・急変時の24時間・365日対応できる医療機関との連携体制
- ・ 本人への余命告知、本人・家族への余命告知の状況把握
- ・ 本人・家族への終末期の状況説明
- ・ 緩和ケアの実施状況
- ・ 緩和ケアの職員研修の実施状況、看取りの職員研修の実施状況
- ・ 本人・家族への最期を迎える場所の希望確認の状況
- ・ 延命医療を開始する際のインフォームド・コンセントの実施状況、延命医療を中止する際のインフォームド・コンセントの実施状況
- ・ 本人・家族から治療・処置等の内容の変更依頼があったときの対応
- ・ 終末期の対応や看取りにおける課題及び今後改善すべき事項（自由記載）
- ・ 家族票を配布した本人の状態像等（家族票データと結合して分析）

図表 1-4 職員票のアンケート調査項目

- ・ 個人属性（性別、年齢、職種、勤務形態、経過年数）
- ・ 緩和ケア・看取りの経験、終末期の状況を家族に説明した経験、緩和ケア・看取りに関する研修を受けた経験
- ・ 緩和ケア・看取りについてチームや委員会等で検討する体制の有無
- ・ 緩和ケアに対する考え、緩和ケア・看取りを行うにあたっての問題
- ・ 「リビング・ウィル」の内容の確認方法、「リビング・ウィル」普及の必要性
- ・ 終末期ガイドラインの必要性、知っている既存の終末期ガイドライン、終末期ガイドラインに明記されるべき事項
- ・ 看取りの手引書・マニュアル等の必要性、手引書・マニュアル等の利用状況
- ・ よりよい終末期の対応や看取りを行うために今後必要な取り組み

図表 1-5 家族票のアンケート調査項目

- ・ 本人の属性等（性別、年齢、続柄、要介護度）、記入した家族の性別と年齢
- ・ 「リビング・ウィル」を知っていたか、「リビング・ウィル」の書面等の有無
- ・ 意思表示の状況
- ・ QOL に関する設問（EQ-5D：移動、身の回りの管理、ふだんの活動、痛み／不快感、不安／ふさぎ込み）
- ・ 急変時の 24 時間・365 日対応についての家族の認識
- ・ 治療を受けている主な疾患、主な疾患の回復の見込み、余命告知の状況、緩和ケアの状況、終末期（ターミナル）であるかの家族の認識
- ・ 医師等からの説明や意思確認の状況、同意した内容の変更についての家族の認識、治療や処置等の内容についての気持ちの揺らぎ、本人意思の尊重の状況
- ・ 本人が望んでいる最期を迎えたい場所

グループインタビューでは、看取りの経験がある職員の意見を訊くことで、現場の問題意識や今後の課題が何であるか、また現場が求めている必要事項が何であるかを捉えることを目指した。グループインタビューのテーマ等を以下に示す。

【テーマ】

「延命医療」に関する終末期ガイドラインのあり方
～ 本人の意思確認ができない場合の対応について ～

○実施日：2012年1月28日（土） 各グループ2時間

○実施場所：社団法人 全日本病院協会 大会議室

○参加人数

グループA1：看護職（病院、訪問看護ステーション） 10名

グループA2：看護職（介護保険施設、グループホーム） 9名

グループB：介護職（介護保険施設、グループホーム） 8名

○タイムテーブル

5分	趣旨説明
5分	自己紹介（通常業務等について）
30分	第一部「看取りの経験に基づいたご意見や問題意識」
20分	第二部「既存の終末期ガイドラインについて」
10分	休憩
50分	第三部「延命医療と終末期ガイドラインのあり方」

グループインタビューは、匿名での参加とした。受付時に紐付の番号札を手渡し、受け取った番号の座席に着席してもらった。

グループインタビューでの発言内容は全て録音しており、録音した内容を逐語録に起こした。また、グループインタビューでは対象者の発言要旨を記録するとともに、対象者全員の非言語的表現についても記録している。顕著な反応がある場合については、図表1-6の記号を用いて所定の用紙に記録した。

図表1-6 グループインタビューにおける非言語的表現の記号表

	非言語表現	動作の例	記号
発 言 者 自 身	高揚	身体の動きが大きい等	C+
	意気消沈	がっかりした表情、動きが止まる等	C-
	自信あり	はっきりした口調で声大きい等	G+
	自信なし	うつむく、声が小さい等	G-
	満足	表情、うなずき、しぐさ等	M+
	不満	表情、首振り、しぐさ等	M-
	楽しさ	笑い、ほほえみ、身振り、手振り、抑揚等	T
	怒り	強い口調、身振り、手振り、抑揚等	I
	悲しみ	表情、口調等	K
他 の 参 加 者	同意	うなずき等	○
	拒否・反対	首を振る等	×
	関心あり	体を向ける、目を見開く等	+
	無関心	表情、しぐさ等	-
	その他	(適時記入)	

<記録用紙>

グループインタビュー記録用紙

()グループ()部()校目

時間	発言者	発言内容(要約)	反応																
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10							

※ 記録用紙の「反応」欄にある数字は、参加者に割り当てた番号を表している。

2. アンケート調査結果

アンケート調査票の回収状況を以下に示す。施設票の回収率は27%であった。職員票の回収率は22%、家族票の回収率は15%であった。

なお、白紙で戻ってきた調査票は回収数に含めていないので、回収数に含まれている施設はいずれかの設問への回答が記入されている。しかし、全設問の回答が記入されているとは限らないので、設問によって未回答数が異なっている。施設票の集計においては、未回答数を除いているので設問ごと（図表ごと）に集計対象数（n数）が違っている。回答数と集計対象数（n数）との差が、当該設問の未回答数である。

<施設票の回収状況>

施設票の種類	発送数	回収数	回収率
病院	2,100 件	427 件	20%
介護老人福祉施設	1,200 件	325 件	27%
介護老人保健施設	800 件	200 件	25%
介護療養型老健	84 件	32 件	38%
グループホーム	1,800 件	638 件	35%
訪問看護ステーション	1,200 件	319 件	27%
合計	7,184 件	1,941 件	27%

<職員票・家族票の回収状況>

	発送数	回収数	回収率
職員票（全施設種類）	35,920 件	7,869 件	22%
家族票（全施設種類）	35,920 件	5,215 件	15%

※職員票は各施設に5通発送している。家族票も同様。

2. 1 施設票・事業所票の集計結果

(1) 年間の死亡者数

平成22年10月1日～平成23年9月30日までの1年間に、施設内で死亡した入院患者数・入所者数（訪問看護ステーションの場合は、自宅で死亡した利用者数）を集計した結果を図表2-1-1～図表2-1-3に示す。

図表2-1-1 病院における死亡者数

	施設数	1施設当たり 病床数	1施設当たり 入院患者数	年間の死亡者数	
				1施設当たり	100床当たり
一般病床100%病院	120施設	154床	109人	124人	80人
療養病床100%病院	139施設	108床	100人	49人	45人
(うち)医療療養のみ	60施設	92床	86人	45人	48人
ケアミックス病院	137施設	154床	130人	106人	69人

図表2-1-2 介護保険施設及びグループホームにおける死亡者数

	施設数	1施設当たり 定員数	1施設当たり 入所者数	年間の死亡者数	
				1施設当たり	定員100人 当たり
介護老人福祉施設	313施設	72人	69人	9人	13人
介護老人保健施設	196施設	86人	76人	4人	5人
介護療養型老健	31施設	51人	48人	9人	18人
グループホーム	631施設	15人	15人	1人	5人

図表2-1-3 訪問看護ステーション利用者の死亡者数

訪問看護ステーション	事業所数	利用者数		年間の死亡者数	
		1箇所当たり	(うち) 終末期の方	1箇所当たり	利用者100人 当たり
介護保険	262箇所	46人	1人	4人	9人
医療保険	262箇所	15人	1人	4人	26人
全体	262箇所	61人	2人	8人	13人

(2) 死因別の死亡者数割合

年間死亡者数を死因別に集計した結果を図表 2-1-4～図表 2-1-7 に示す。

例えば図表 2-1-4 の「一般病床」の施設数は、一般病院 100%および一般病床を有するケアミックス病院の施設数であり、病床数は一般病床の許可病床数である。また図表 2-1-5、「ユニット型」の施設数は、ユニット型を有する介護保険施設の施設数であり、ユニット型と従来型を併設する施設も含まれているが、定員数とはユニット型の部分の定員数である。

一般病床では癌（がん）の死亡者数割合が 33%と最も高くなっているが、医療療養では 16%、介護療養では 8%であった。医療療養病床および介護療養病床では、肺炎の死亡者数割合が最も高くなっている。

死因が老衰の死亡者数割合を病床種類で比較すると、介護療養病床が 19%であり、次いで医療療養病床の 10%、一般病床の 3%であった（図表 2-1-4）。

介護保険施設およびグループホームでは、介護療養型老健のユニット型を除くと老衰の死亡者数割合が最も高くなっている（図表 2-1-5、図表 2-1-6）。

訪問看護ステーションは、介護保険の利用者と医療保険の利用者で傾向が異なり、介護保険の利用者では老衰が 34%と最も高くなっており、癌（がん）が 18%、肺炎が 11%、脳血管疾患が 10%、心疾患が 8%であった。一方、医療保険の利用者では癌（がん）が 82%と最も高くなっており、老衰が 5%、肺炎が 3%、心疾患が 2%、脳血管疾患が 1%であった（図表 2-1-7）。

図表 2-1-4 病院における死因別の死亡者数割合

		一般病床	医療療養	介護療養
施設数		256施設	262施設	125施設
1施設当たり病床数		114床	70床	55床
1施設当たり年間死亡者数		99人	34人	14人
死 因 別 の 死 亡 者 数 割 合	(うち)癌(がん)	33.1%	15.5%	8.0%
	(うち)心疾患	12.5%	15.7%	17.6%
	(うち)脳血管疾患	7.6%	8.0%	9.9%
	(うち)肺炎	19.5%	29.5%	27.0%
	(うち)老衰	2.5%	10.0%	18.8%
	(うち)上記以外	24.8%	21.4%	18.6%

図表 2-1-5 特養及び老健における死因別の死亡者数割合

		介護老人福祉施設		介護老人保健施設	
		ユニット型	従来型	ユニット型	従来型
施設数		116施設	240施設	35施設	181施設
1施設当たり定員数		58人	66人	50人	83人
1施設当たり年間死亡者数		6人	9人	2人	4人
死 因 別 の 死 亡 者 数 割 合	(うち)癌(がん)	5.5%	4.2%	13.7%	9.0%
	(うち)心疾患	14.2%	14.6%	19.2%	14.0%
	(うち)脳血管疾患	3.6%	4.9%	6.8%	6.5%
	(うち)肺炎	14.3%	18.5%	6.8%	12.1%
	(うち)老衰	54.6%	44.3%	47.9%	44.4%
	(うち)上記以外	7.7%	13.5%	5.5%	13.9%

図表 2-1-6 療養型老健及びグループホームにおける死因別の死亡者数割合

		介護療養型老健		グループホーム
		ユニット型	従来型	
施設数		2施設	29施設	631施設
1施設当たり定員数		44人	51人	15人
1施設当たり年間死亡者数		10人	9人	1人
死因別の死亡者数割合	(うち)癌(がん)	36.8%	9.4%	11.0%
	(うち)心疾患	5.3%	16.2%	14.1%
	(うち)脳血管疾患	0.0%	14.3%	3.0%
	(うち)肺炎	52.6%	18.9%	12.2%
	(うち)老衰	0.0%	25.7%	48.3%
	(うち)上記以外	5.3%	15.5%	11.4%

図表 2-1-7 訪問看護ステーション利用者の死因別の死亡者数割合

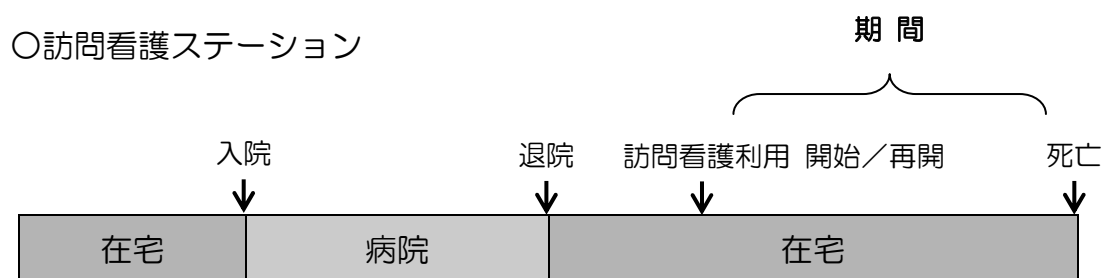
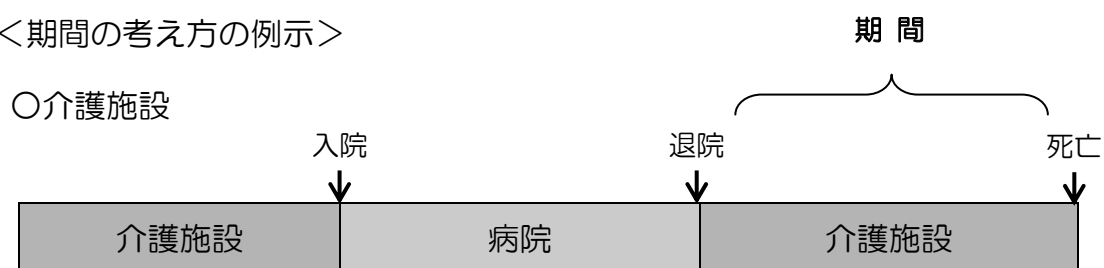
		訪問看護ステーション	
		介護保険	医療保険
事業所数		260箇所	258箇所
1箇所当たり利用者数		47人	15人
1箇所当たり年間死亡者数		4人	4人
死因別の死亡者数割合	(うち)癌(がん)	18.2%	81.7%
	(うち)心疾患	8.1%	1.5%
	(うち)脳血管疾患	9.8%	0.9%
	(うち)肺炎	10.9%	3.2%
	(うち)老衰	33.8%	4.9%
	(うち)上記以外	19.1%	7.8%

(3) 死亡までの期間別の死亡者数割合

年間死亡者数を死因別に集計した結果を図表 2-1-8～図表 2-1-11 に示す。

「期間」とは、病院であれば最後の入院から死亡までの日数であり、介護施設であれば最後の入所・入居から死亡までの日数とした。訪問看護ステーションの場合は、利用者の方が在宅での最後の療養で訪問看護を開始してから死亡までの日数としており、それ以前に入院・入所していた日数は含めていない。

<期間の考え方の例示>



図表 2-1-8 病院における期間別の死亡者数割合

		一般病床	医療療養	介護療養
施設数		256施設	262施設	125施設
1施設当たり病床数		114床	70床	55床
1施設当たり年間死亡者数		99人	34人	14人
期間別の死亡者数割合	入院後7日以内	25.8%	4.7%	1.6%
	入院後8～14日	13.4%	4.3%	2.5%
	入院後15～30日	20.5%	9.5%	5.4%
	入院後31～90日	26.8%	22.6%	14.0%
	入院後91～180日	7.8%	17.3%	11.3%
	入院後181～365日	3.1%	15.6%	13.5%
	入院後366日以上	2.6%	25.9%	51.7%

図表 2-1-9 特養及び老健における期間別の死亡者数割合

		介護老人福祉施設		介護老人保健施設	
		ユニット型	従来型	ユニット型	従来型
施設数		116施設	240施設	35施設	181施設
1施設当たり定員数		58人	66人	50人	83人
1施設当たり年間死亡者数		6人	9人	2人	4人
期間別の死亡者数割合	入所後7日以内	1.2%	0.8%	4.1%	4.0%
	入所後8～14日	0.6%	0.4%	4.1%	2.5%
	入所後15～30日	0.7%	1.6%	6.8%	4.3%
	入所後31～90日	4.8%	3.3%	19.2%	11.7%
	入所後91～180日	6.1%	4.5%	20.5%	12.5%
	入所後181～365日	10.1%	8.4%	13.7%	12.9%
	入所後366日以上	76.6%	81.1%	31.5%	52.1%

図表 2-1-10 療養型老健及びグループホームにおける期間別の死亡者数割合

		介護療養型老健		グループホーム
		ユニット型	従来型	
施設数		2施設	29施設	631施設
1施設当たり定員数		44人	51人	15人
1施設当たり年間死亡者数		10人	9人	1人
期間別の死亡者数割合	入所後7日以内	0.0%	3.4%	0.4%
	入所後8～14日	5.3%	4.2%	1.3%
	入所後15～30日	15.8%	9.1%	2.1%
	入所後31～90日	26.3%	17.4%	6.1%
	入所後91～180日	10.5%	17.0%	7.0%
	入所後181～365日	26.3%	20.0%	8.0%
	入所後366日以上	15.8%	29.1%	75.1%

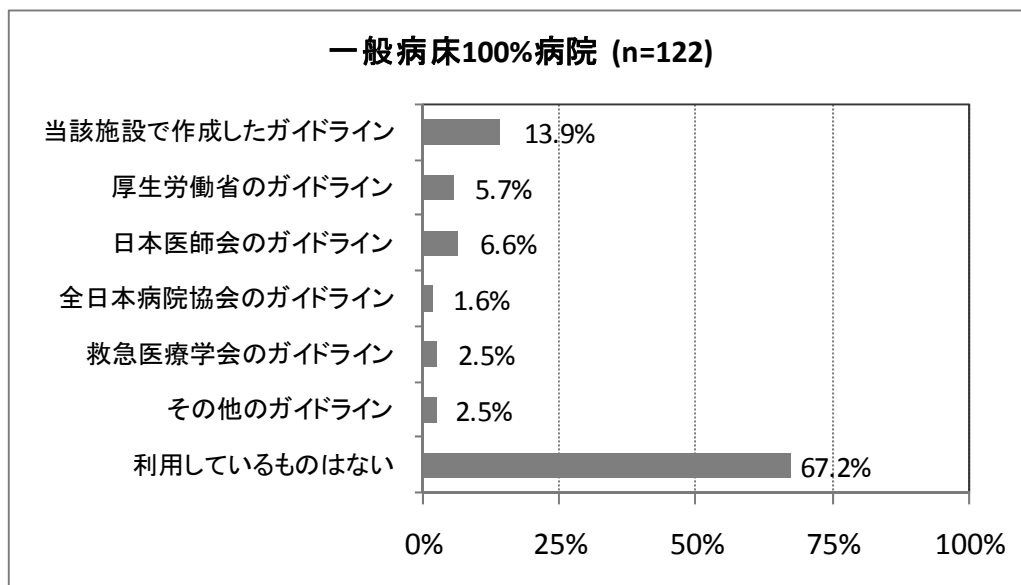
図表 2-1-11 訪問看護ステーション利用者の期間別の死亡者数割合

		訪問看護ステーション	
		介護保険	医療保険
事業所数		260箇所	258箇所
1箇所当たり利用者数		47人	15人
1箇所当たり年間死亡者数		4人	4人
期間別の死亡者数割合	療養後7日以内	8.6%	15.2%
	療養後8～14日	7.3%	14.1%
	療養後15～30日	13.0%	20.8%
	療養後31～90日	17.7%	23.0%
	療養後91～180日	12.9%	11.3%
	療養後181～365日	13.1%	6.1%
	療養後366日以上	27.4%	9.5%

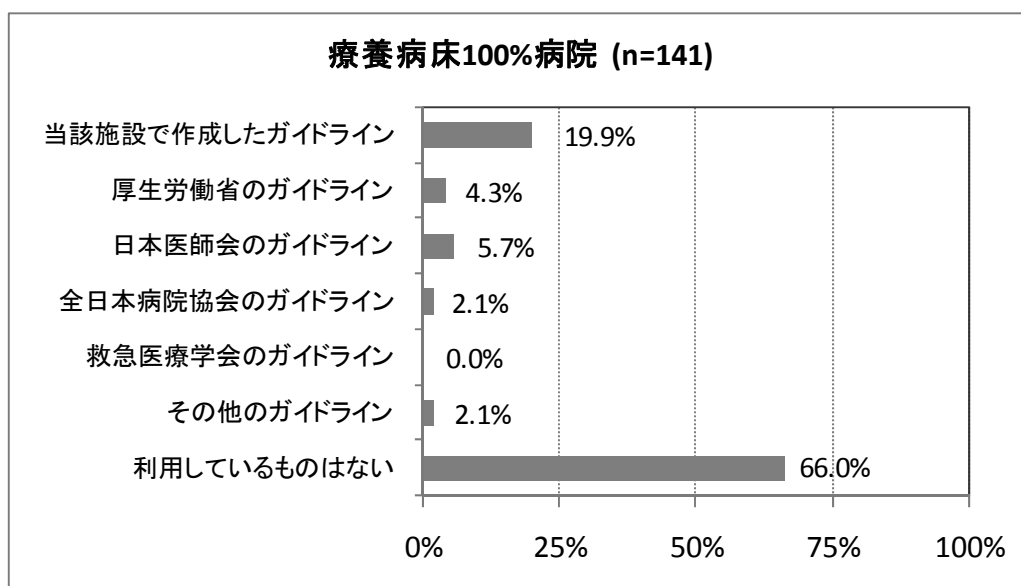
(4) 終末期ガイドライン及び看取りの手引書・マニュアル等について

終末期ガイドラインや看取りの手引書・マニュアル等に係る設問への回答を集計した結果を、図表 2-1-12～図表 2-1-37 に示す。

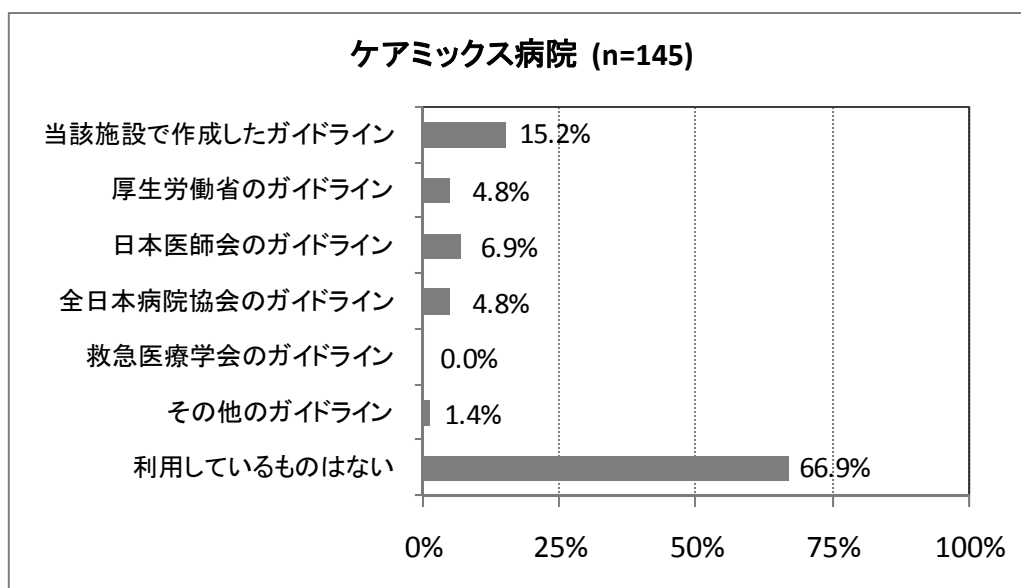
図表 2-1-12 利用している終末期ガイドライン（一般病床 100%病院）



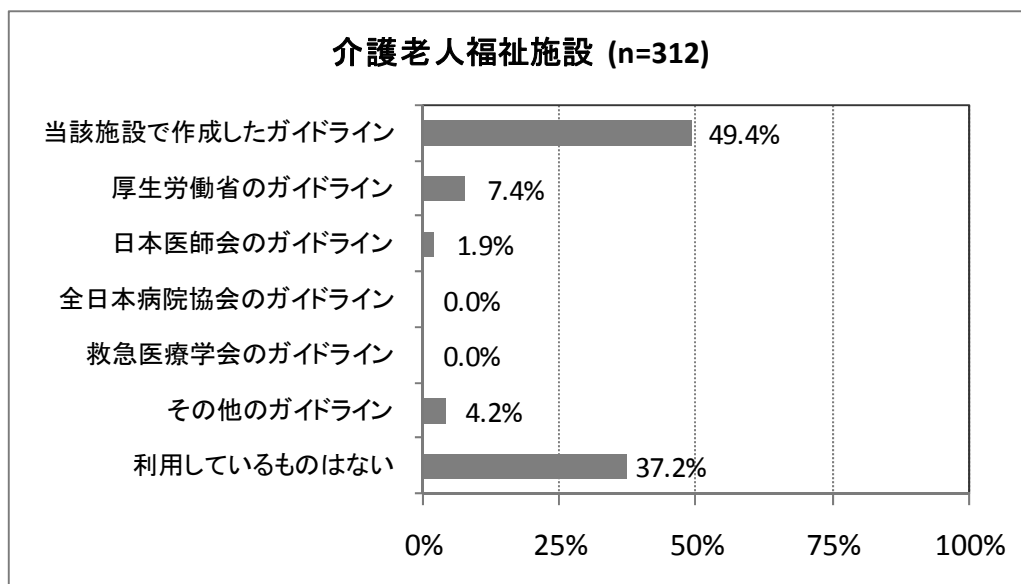
図表 2-1-13 利用している終末期ガイドライン（療養病床 100%病院）



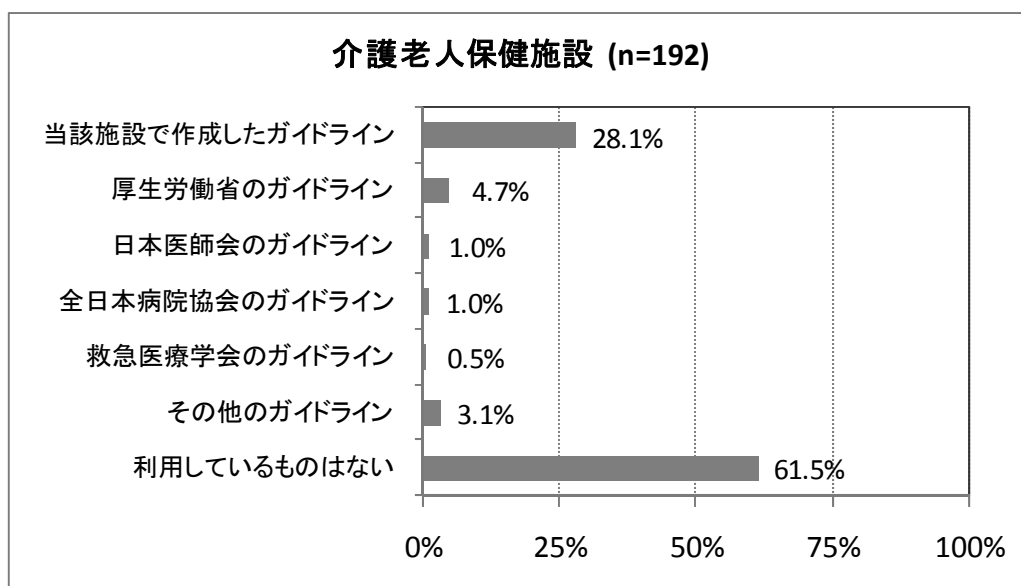
図表 2-1-14 利用している終末期ガイドライン（ケアミックス病院）



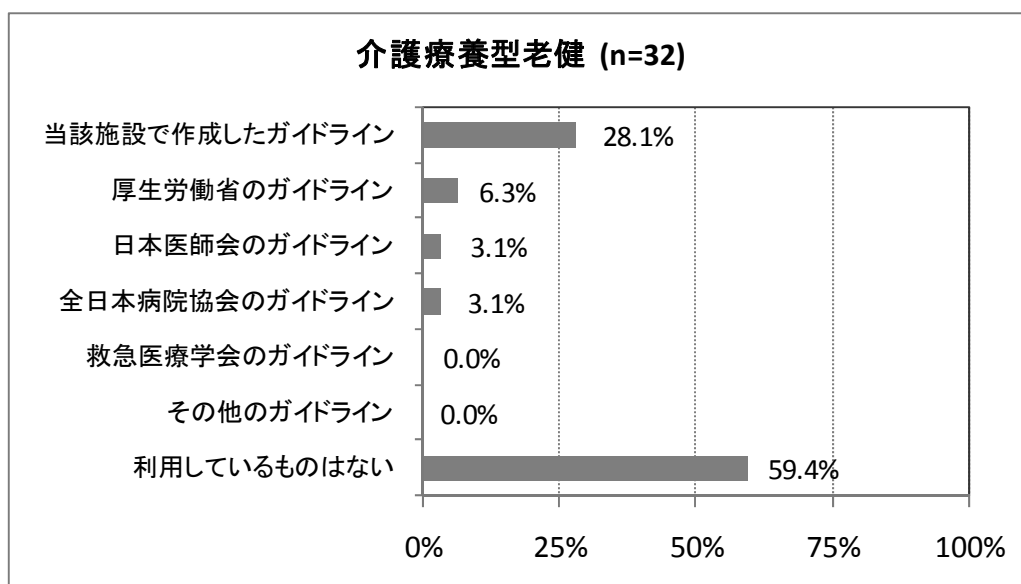
図表 2-1-15 利用している終末期ガイドライン（介護老人福祉施設）



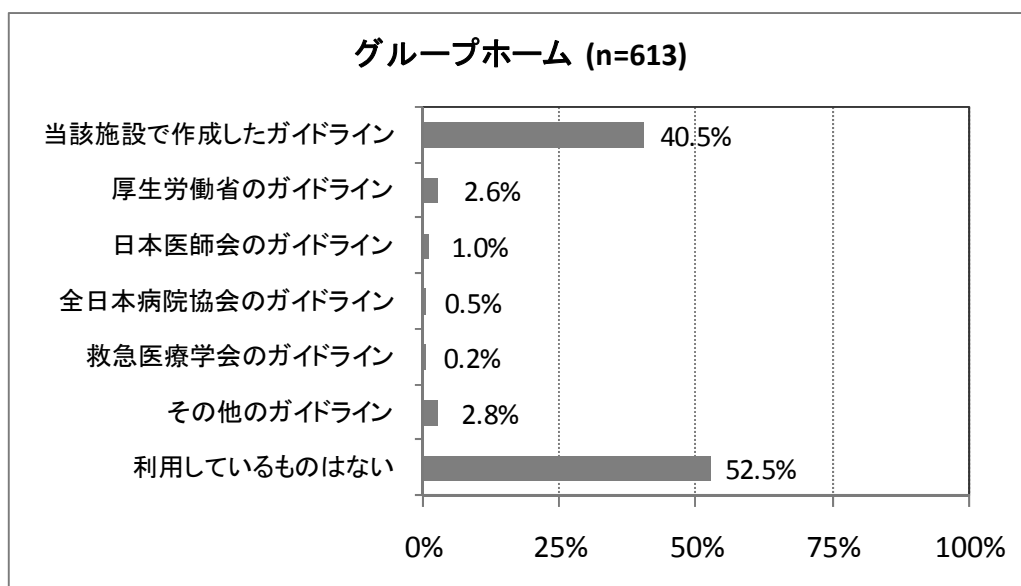
図表 2-1-16 利用している終末期ガイドライン（介護老人保健施設）



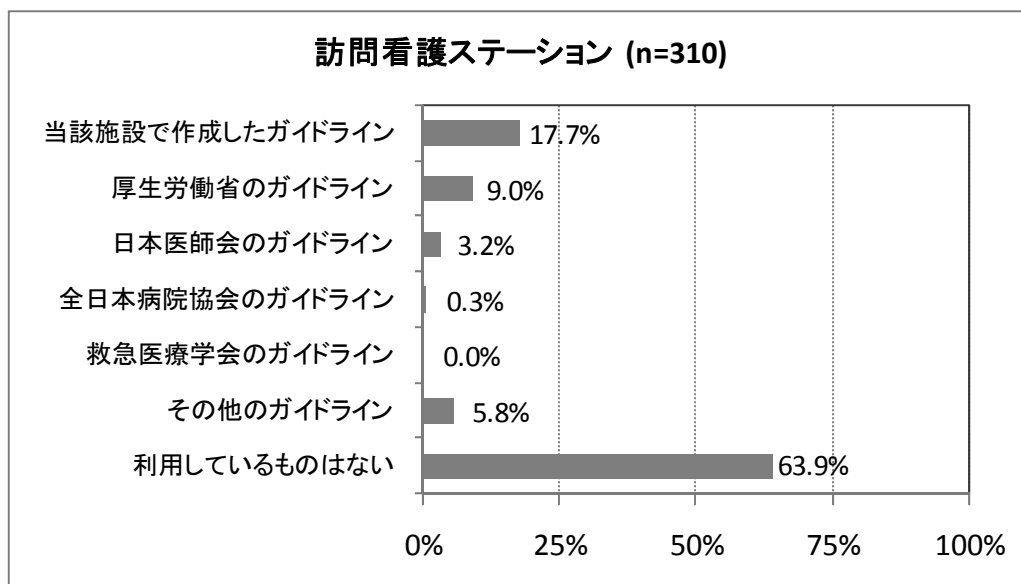
図表 2-1-17 利用している終末期ガイドライン（介護療養型老健）



図表 2-1-18 利用している終末期ガイドライン（グループホーム）



図表 2-1-19 利用している終末期ガイドライン（訪問看護ステーション）

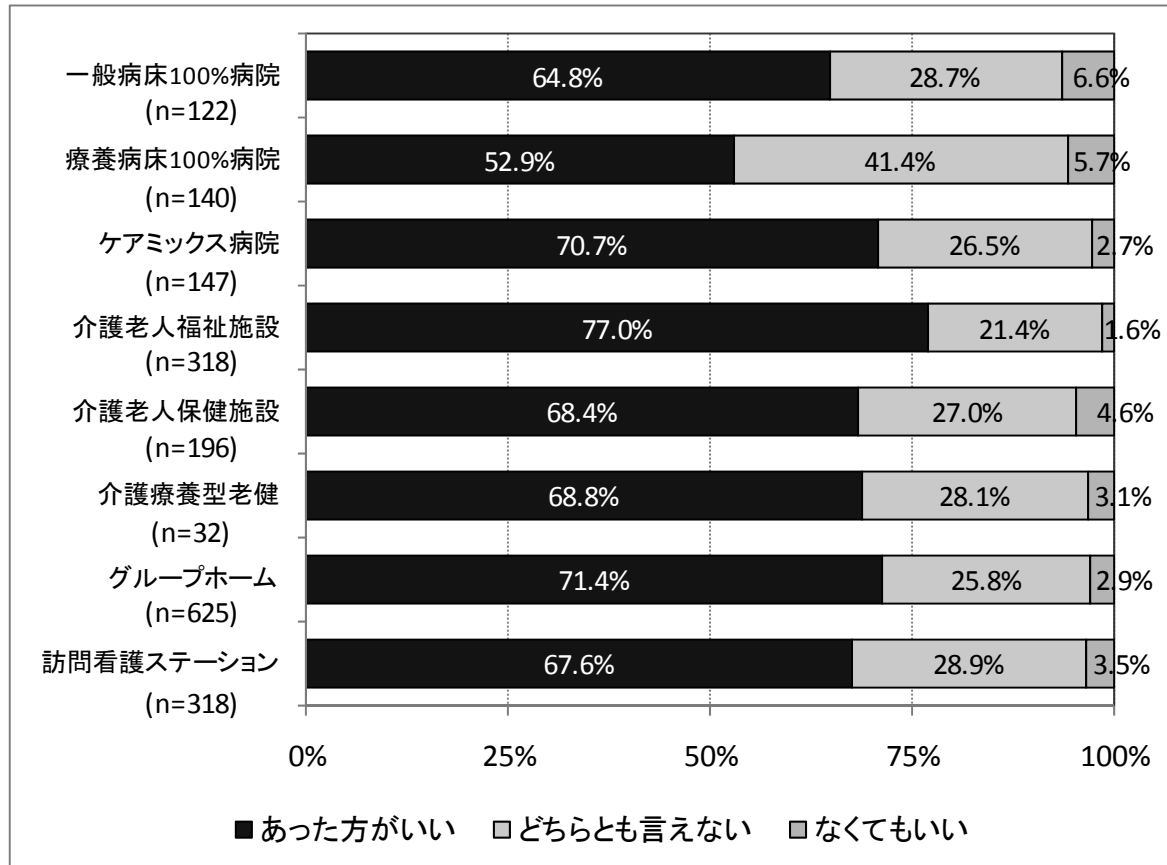


既存の終末期ガイドラインを利用している一般病床 100%病院は 33%、療養病床 100%病院は 34%、ケアミックス病院は 33%であった（図表 2-1-12～図表 2-1-14）。一方、既存の終末期ガイドラインがあった方がいいと回答した施設は、一般病床 100%病院で 65%、療養病床 100%病院で 53%、ケアミックス病院で 71%であった（図表 2-1-20）。

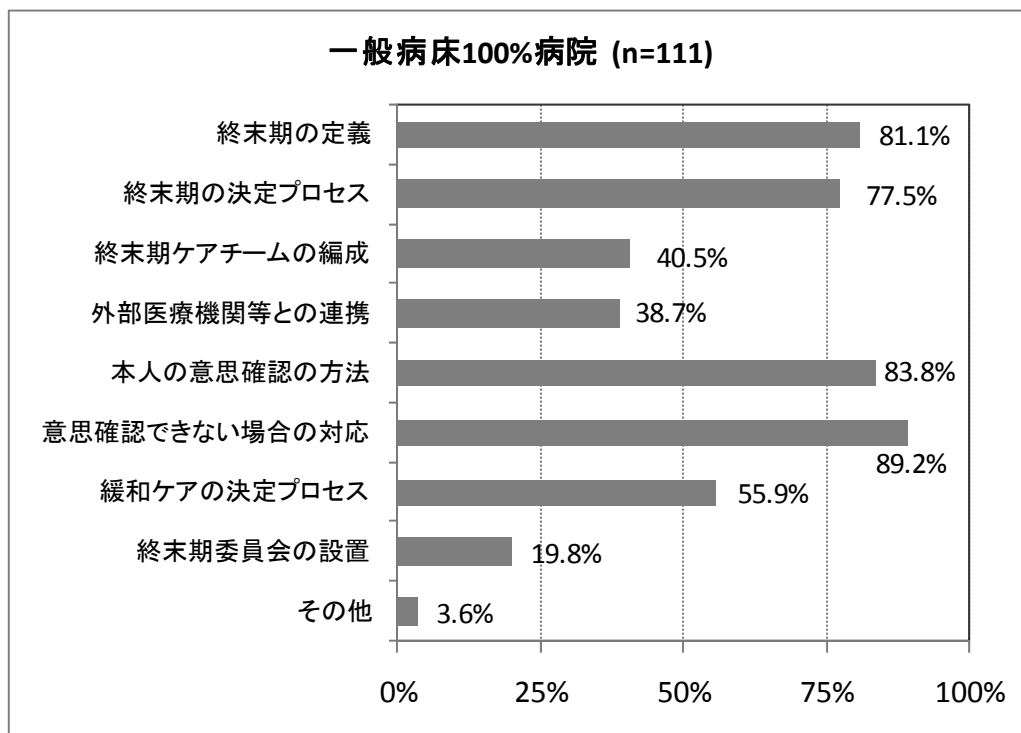
既存の終末期ガイドラインを利用している介護老人福祉施設は 63%、介護老人保健施設は 39%、介護療養型老健は 41%であった（図表 2-1-15～図表 2-1-17）。一方、既存の終末期ガイドラインがあった方がいいと回答した施設は、介護老人福祉施設で 77%、介護老人保健施設で 68%、介護療養型老健で 69%であった（図表 2-1-20）。

また、既存の終末期ガイドラインを利用しているグループホームは 47%、訪問看護ステーションは 36%であった（図表 2-1-18、図表 2-1-19）。一方、既存のガイドラインがあった方がいいと回答した施設・事業所は、グループホームで 71%、訪問看護ステーションで 68%であった（図表 2-1-20）。

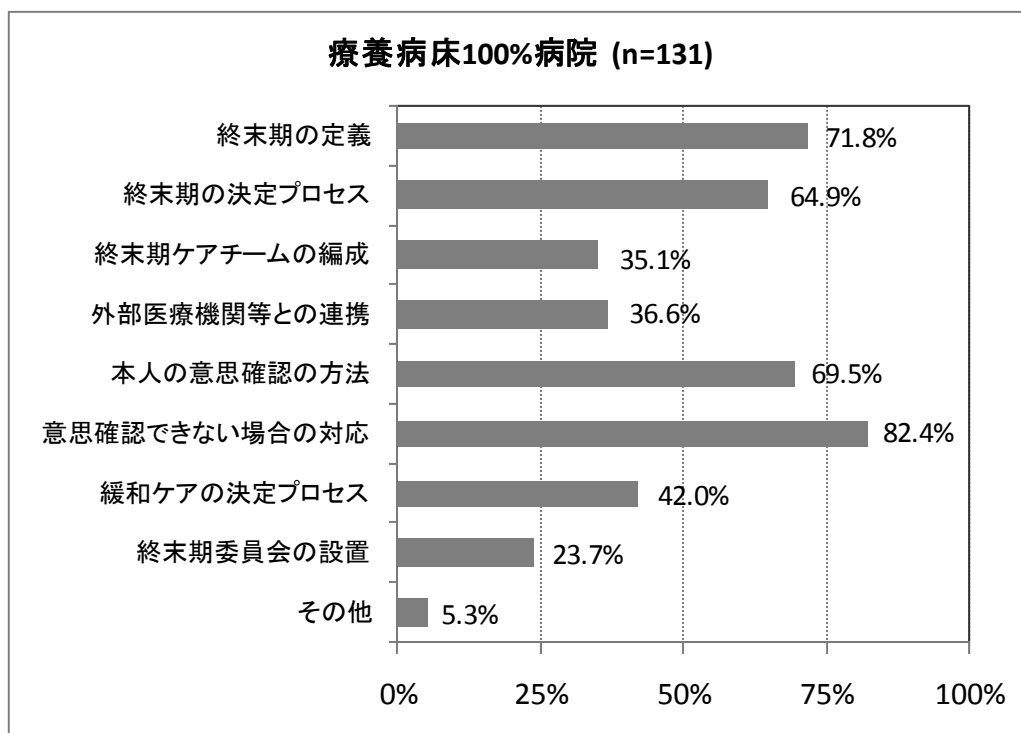
図表 2-1-20 既存の終末期ガイドラインの必要性



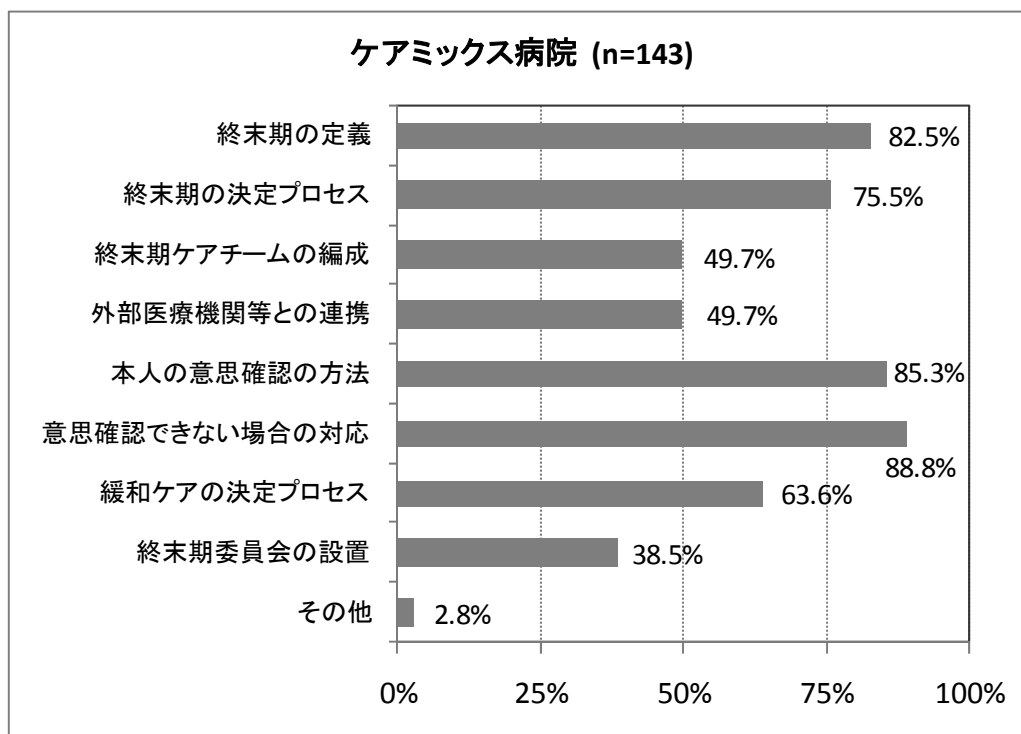
図表 2-1-21 終末期ガイドラインに明記すべき事項（一般病床 100%病院）



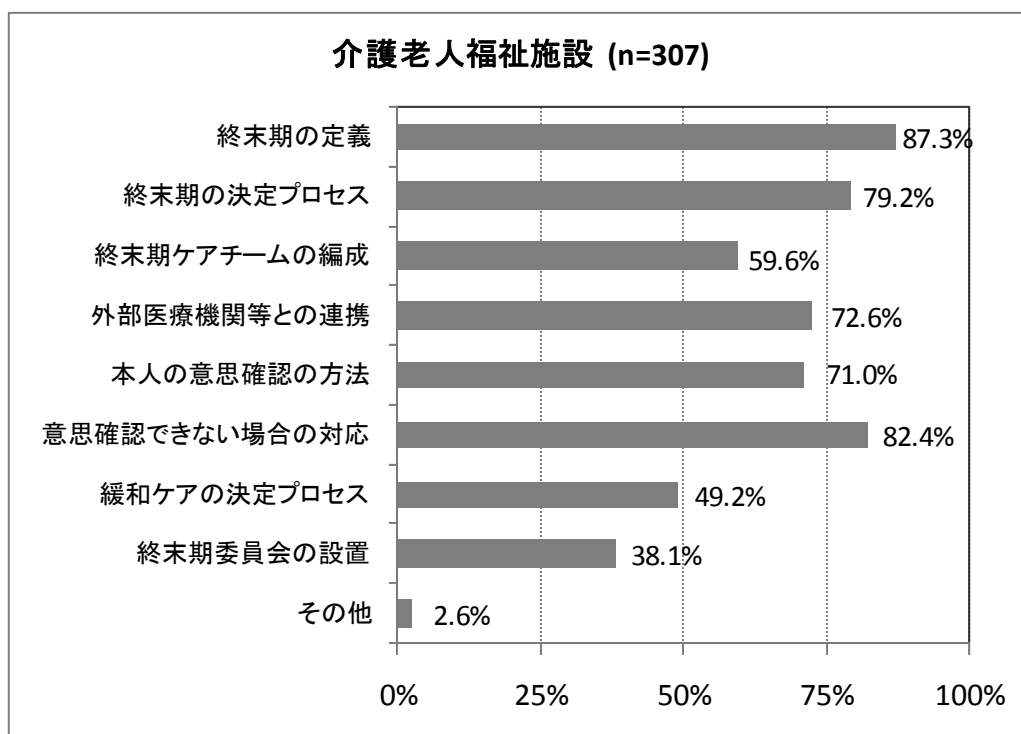
図表 2-1-22 終末期ガイドラインに明記すべき事項（療養病床 100%病院）



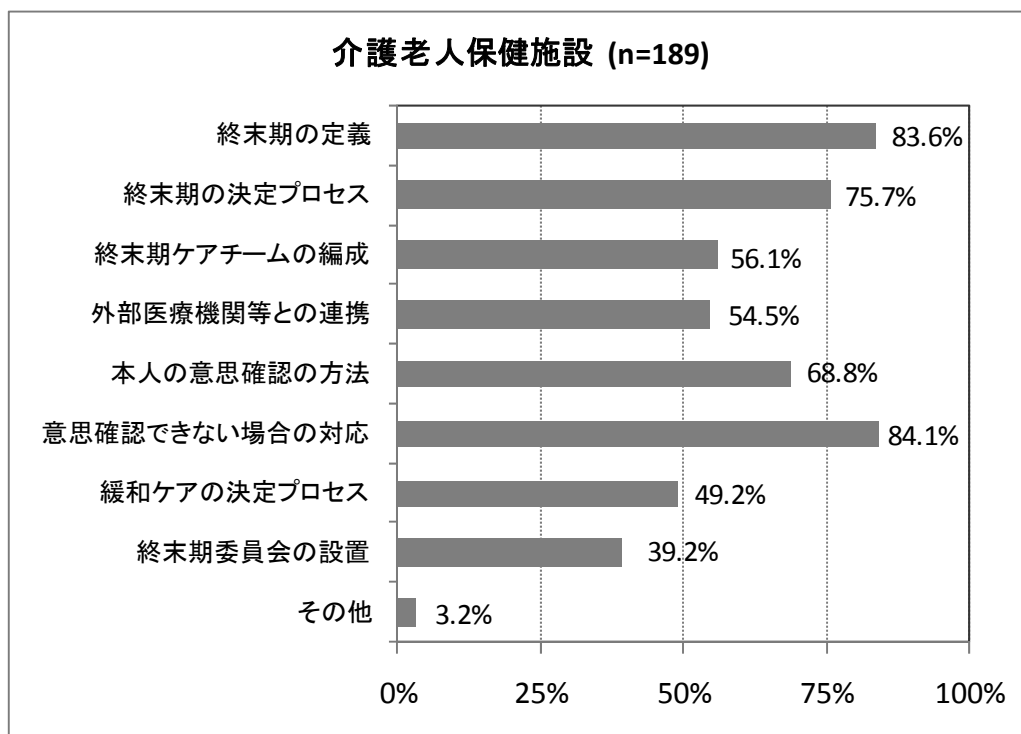
図表 2-1-23 終末期ガイドラインに明記すべき事項（ケアミックス病院）



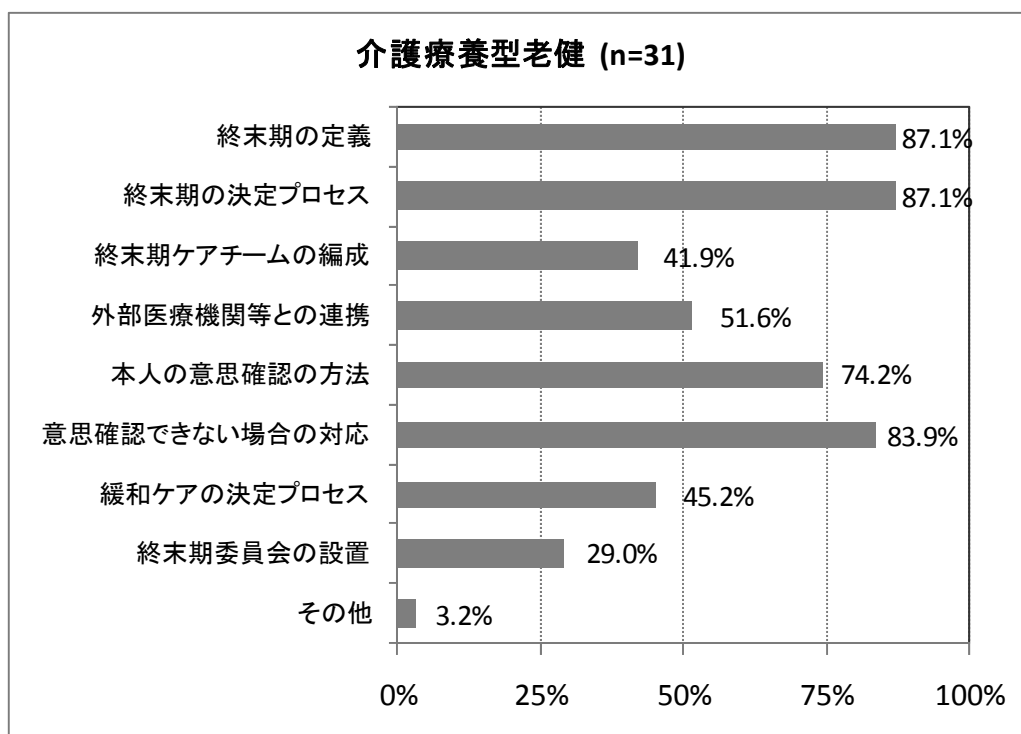
図表 2-1-24 終末期ガイドラインに明記すべき事項（介護老人福祉施設）



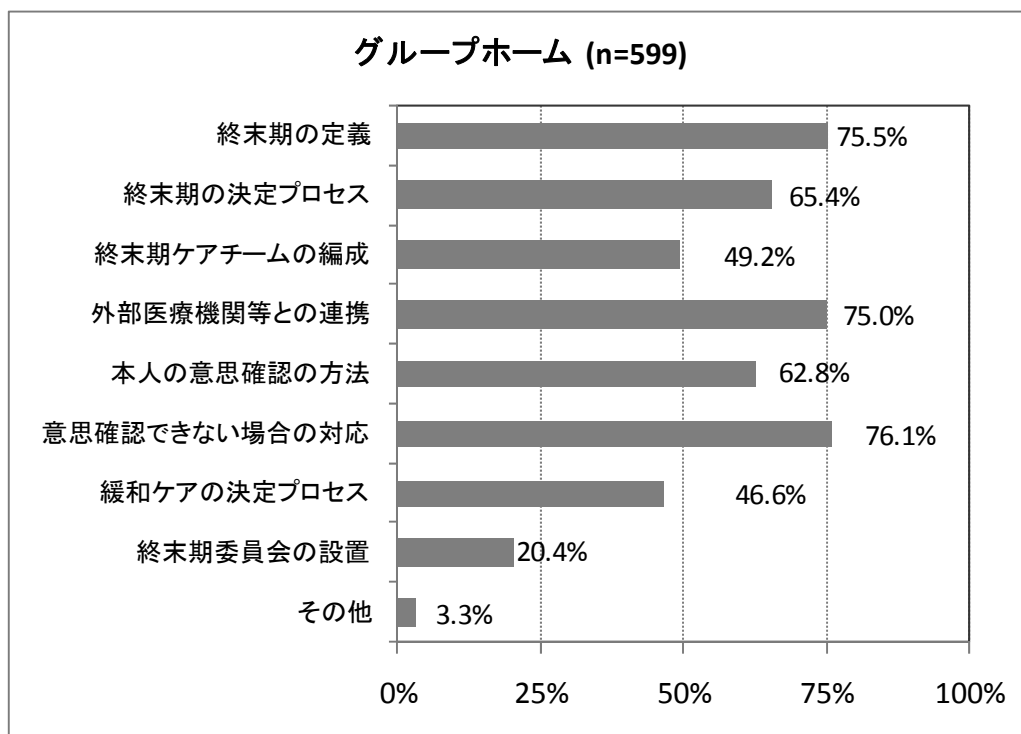
図表 2-1-25 終末期ガイドラインに明記すべき事項（介護老人保健施設）



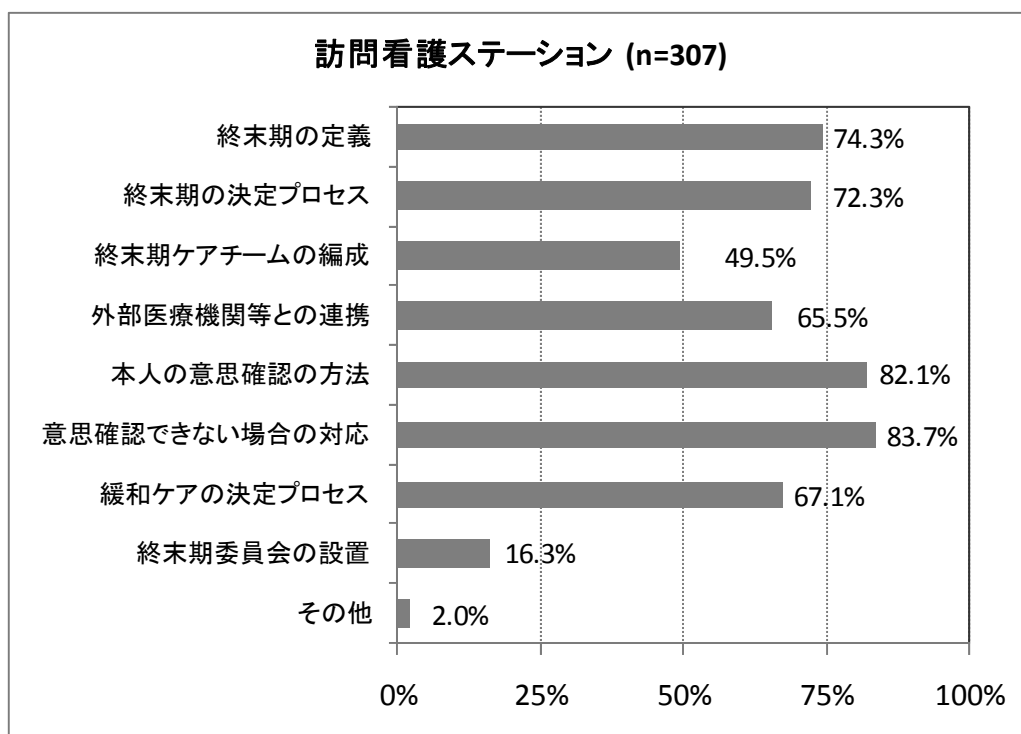
図表 2-1-26 終末期ガイドラインに明記すべき事項（介護療養型老健）



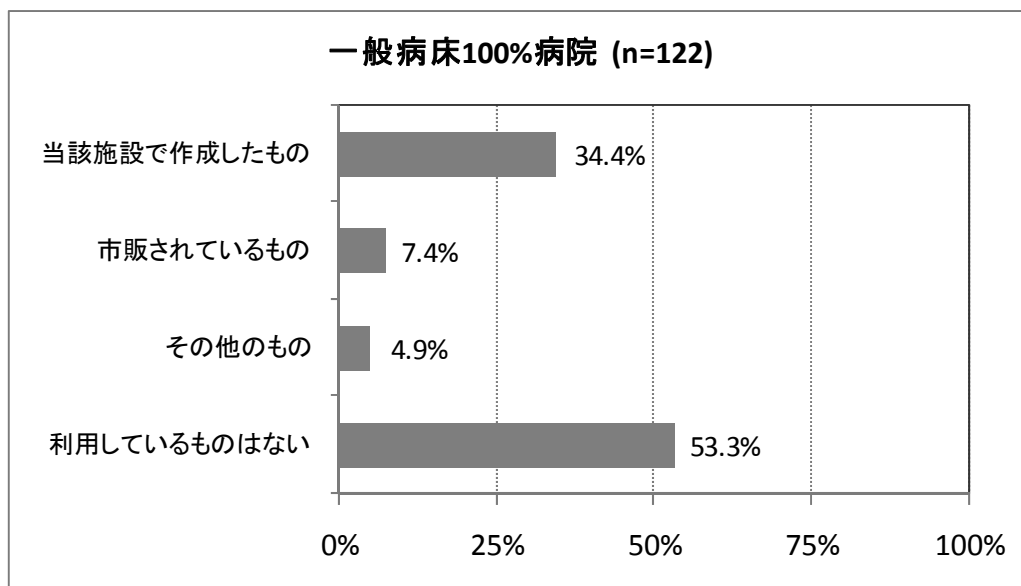
図表 2-1-27 終末期ガイドラインに明記すべき事項（グループホーム）



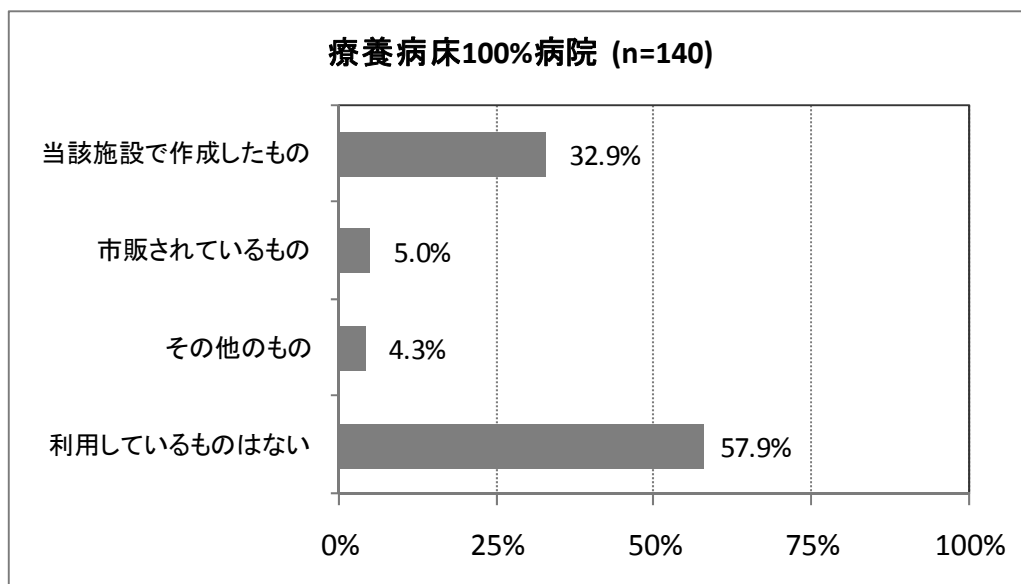
図表 2-1-28 終末期ガイドラインに明記すべき事項（訪問看護ステーション）



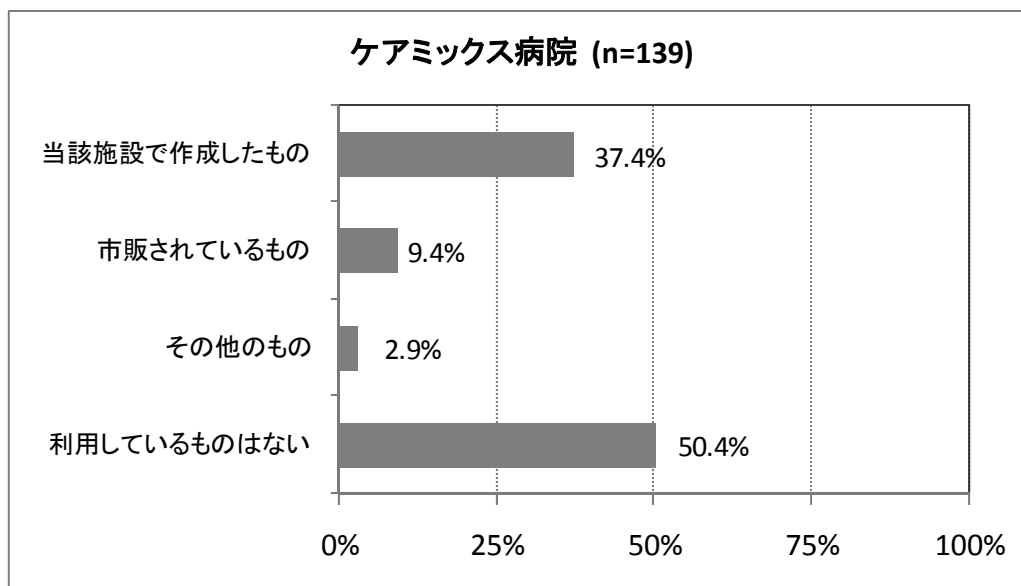
図表 2-1-29 利用している看取りの手引書等（一般病床 100%病院）



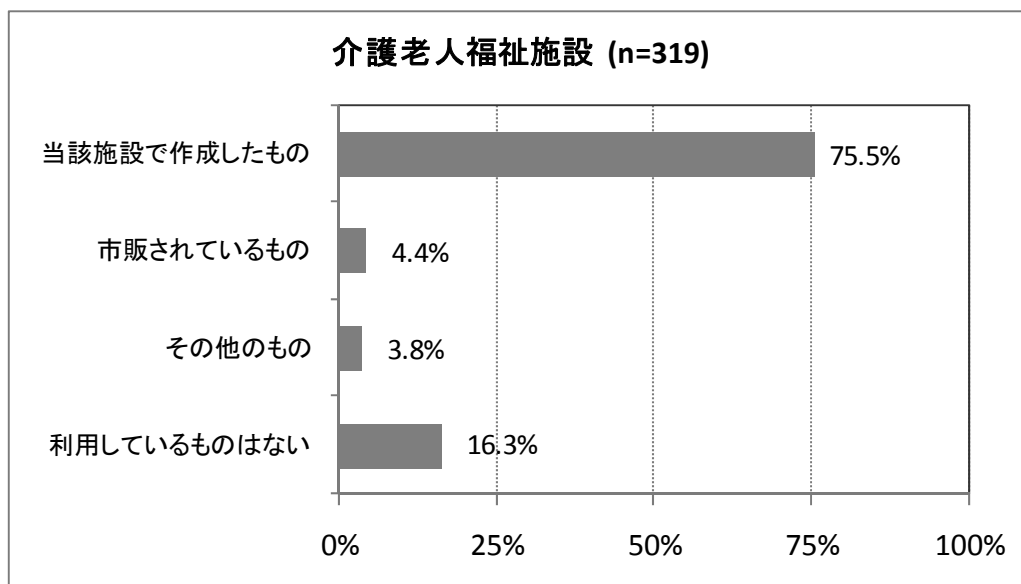
図表 2-1-30 利用している看取りの手引書等（療養病床 100%病院）



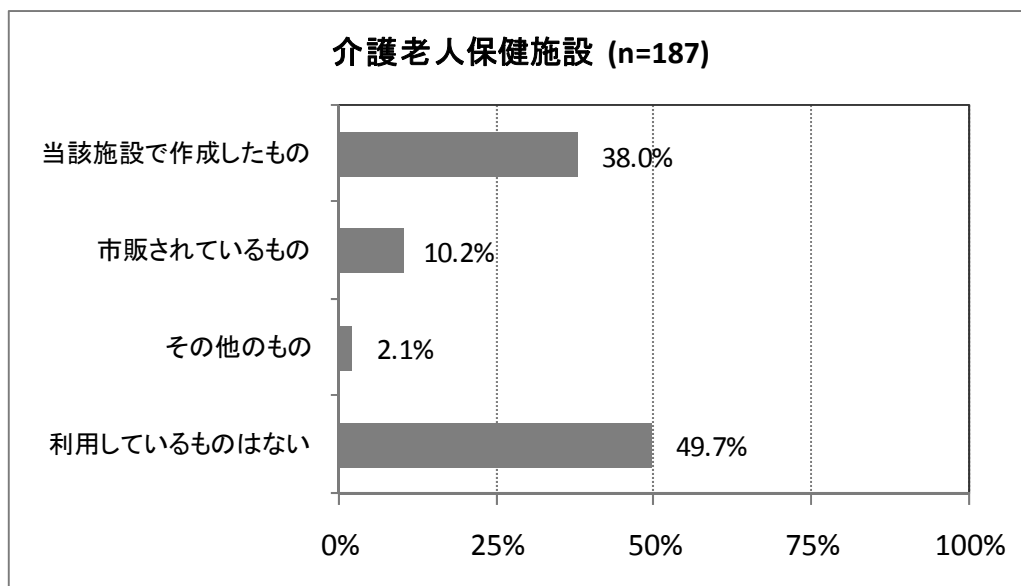
図表 2-1-31 利用している看取りの手引書等（ケアミックス病院）



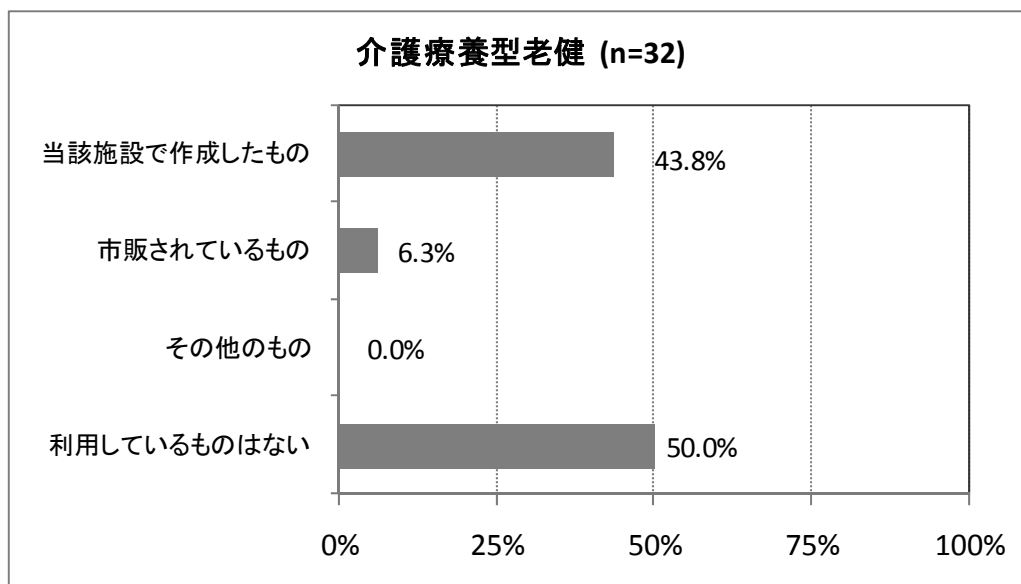
図表 2-1-32 利用している看取りの手引書等（介護老人福祉施設）



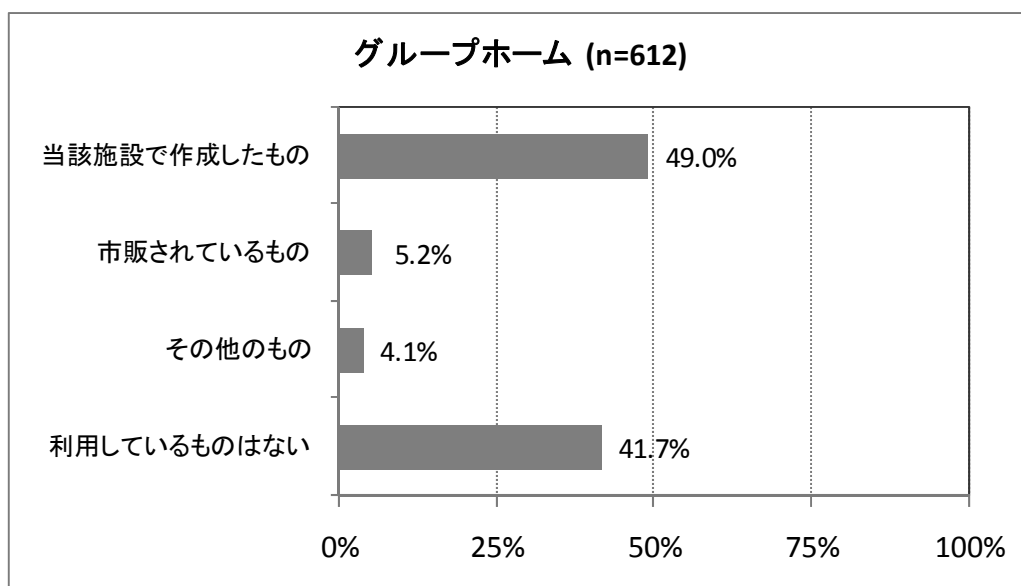
図表 2-1-33 利用している看取りの手引書等（介護老人保健施設）



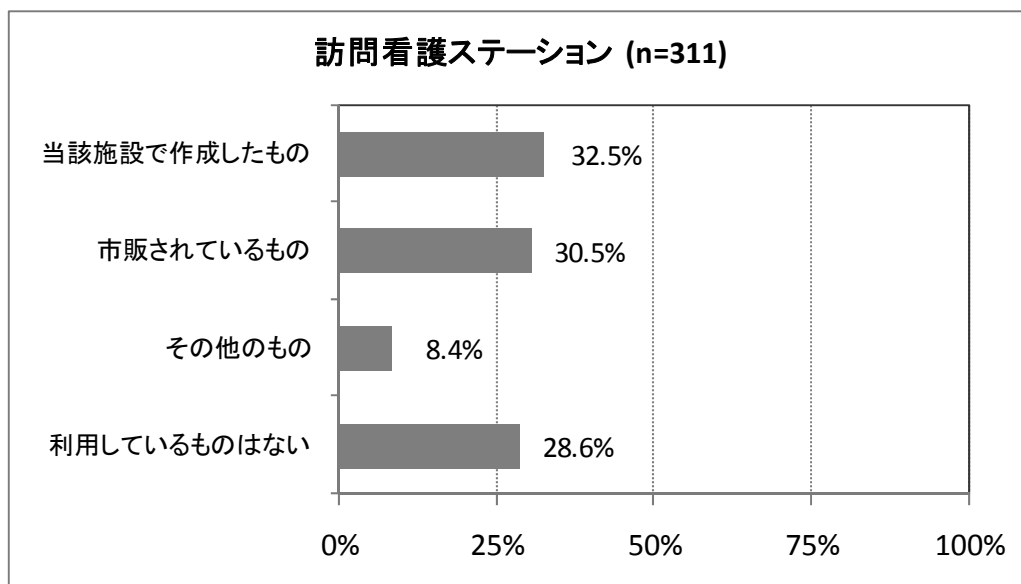
図表 2-1-34 利用している看取りの手引書等（介護療養型老健）



図表 2-1-35 利用している看取りの手引書等（グループホーム）



図表 2-1-36 利用している看取りの手引書等（訪問看護ステーション）

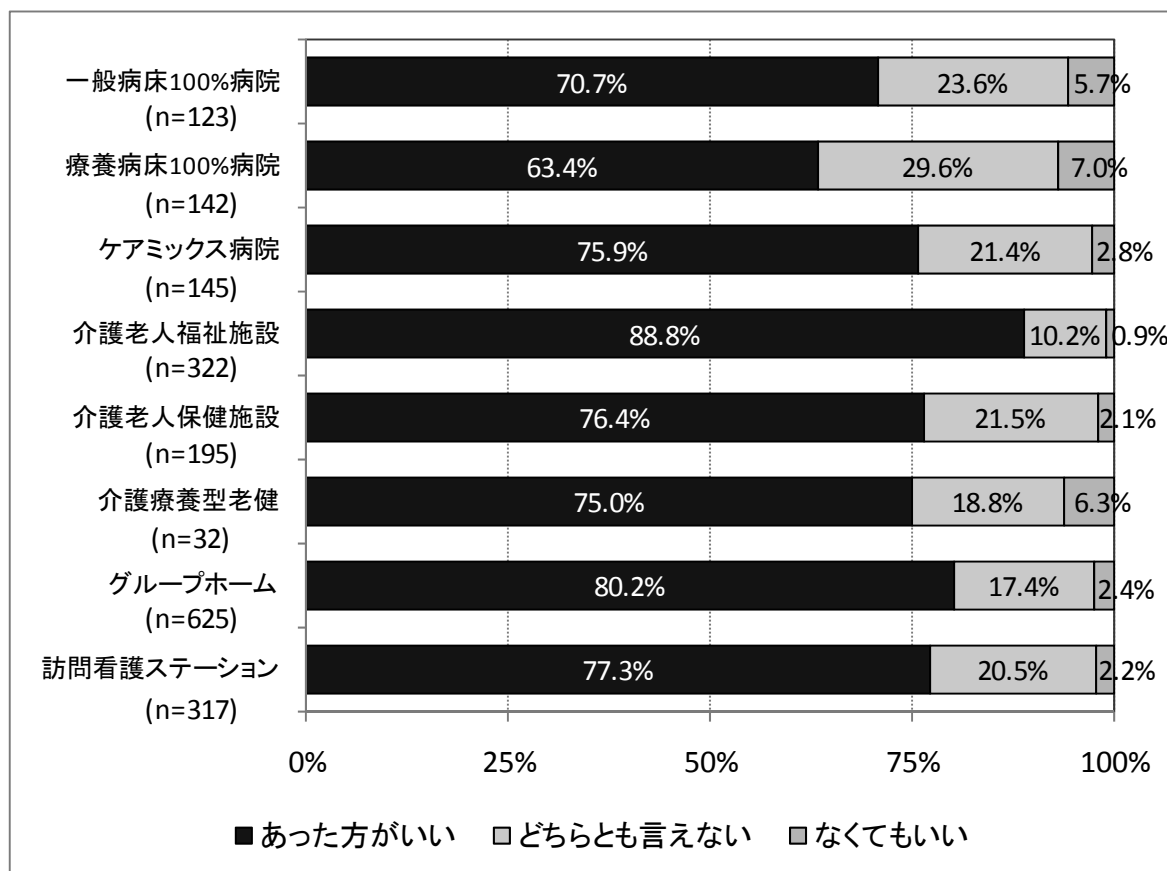


既存の看取りの手引書・マニュアル等を利用している一般病床 100%病院は 47%、療養病床 100%病院は 42%、ケアミックス病院は 50%であった（図表 2-1-29～図表 2-1-31）。一方、手引書・マニュアル等があった方がいいと回答した施設は、一般病床 100%病院で 71%、療養病床 100%病院で 63%、ケアミックス病院で 76%であった（図表 2-1-37）。

既存の看取りの手引書・マニュアル等を利用している介護老人福祉施設は 84%、介護老人保健施設は 50%、介護療養型老健は 50%であった（図表 2-1-32～図表 2-1-34）。一方、手引書・マニュアル等があった方がいいと回答した施設は、介護老人福祉施設で 89%、介護老人保健施設で 76%、介護療養型老健で 75%であった（図表 2-1-37）。

また、既存の看取りの手引書・マニュアル等を利用しているグループホームは 58%、訪問看護ステーションは 71%であった（図表 2-1-35、図表 2-1-36）。一方、手引書・マニュアル等があった方がいいと回答した施設・事業所は、グループホームで 80%、訪問看護ステーションで 77%であった（図表 2-1-37）。

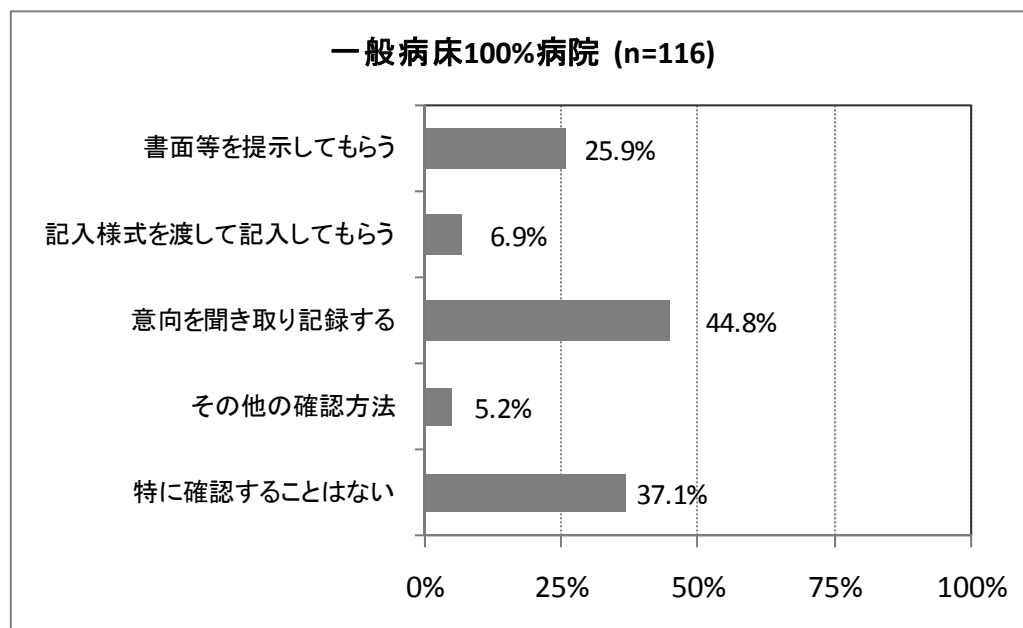
図表 2-1-37 看取りの手引書・マニュアル等の必要性



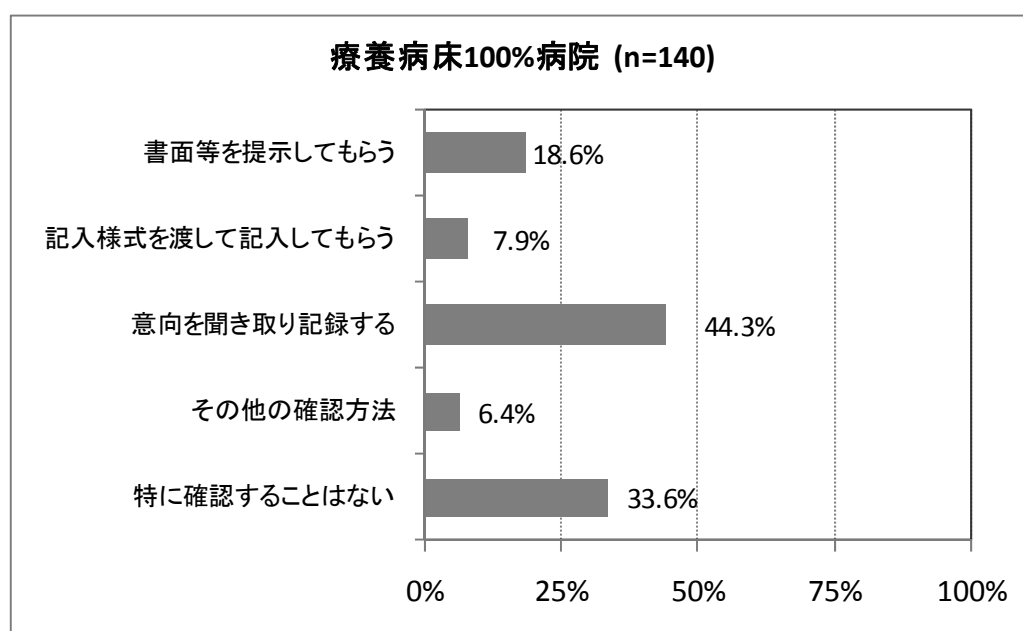
(5) リビング・ウィルについて

リビング・ウィルに係る設問への回答を集計した結果を、図表 2-1-38～図表 2-1-47 に示す。

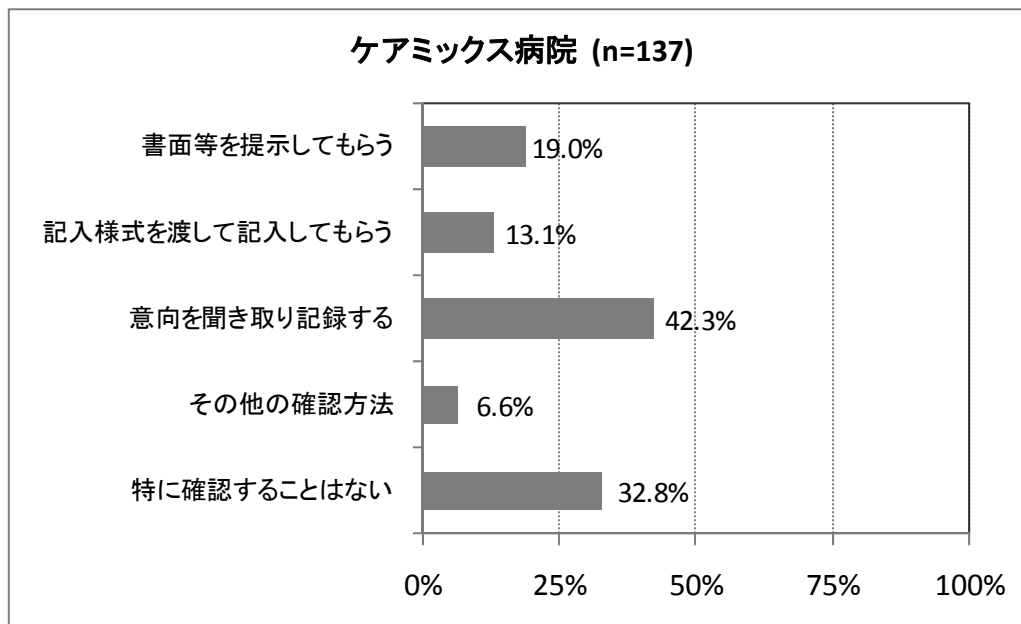
図表 2-1-38 リビング・ウィルの内容の確認方法（一般病床 100%病院）



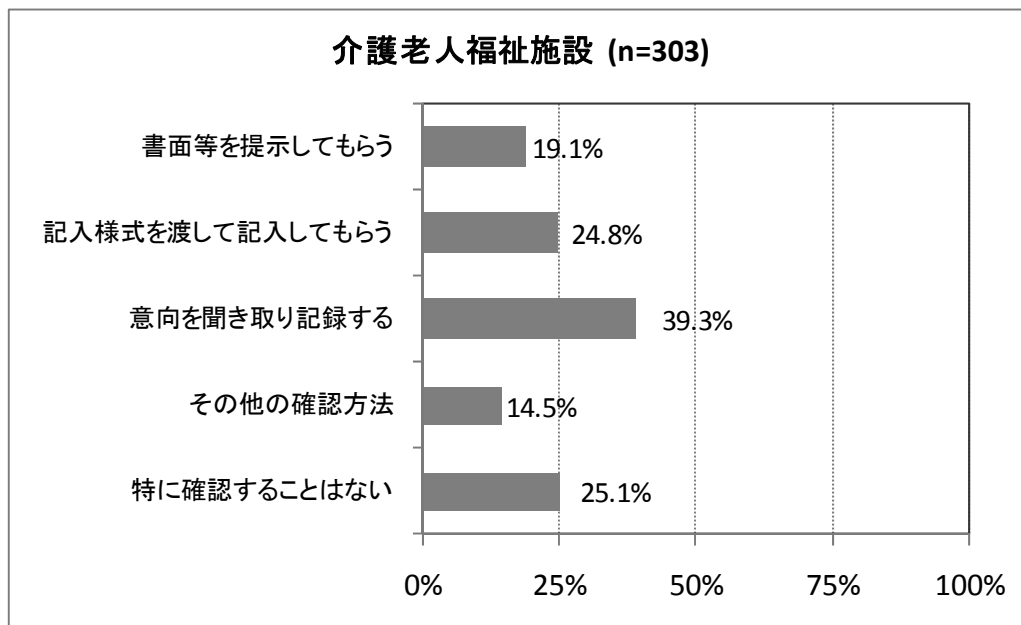
図表 2-1-39 リビング・ウィルの内容の確認方法（療養病床 100%病院）



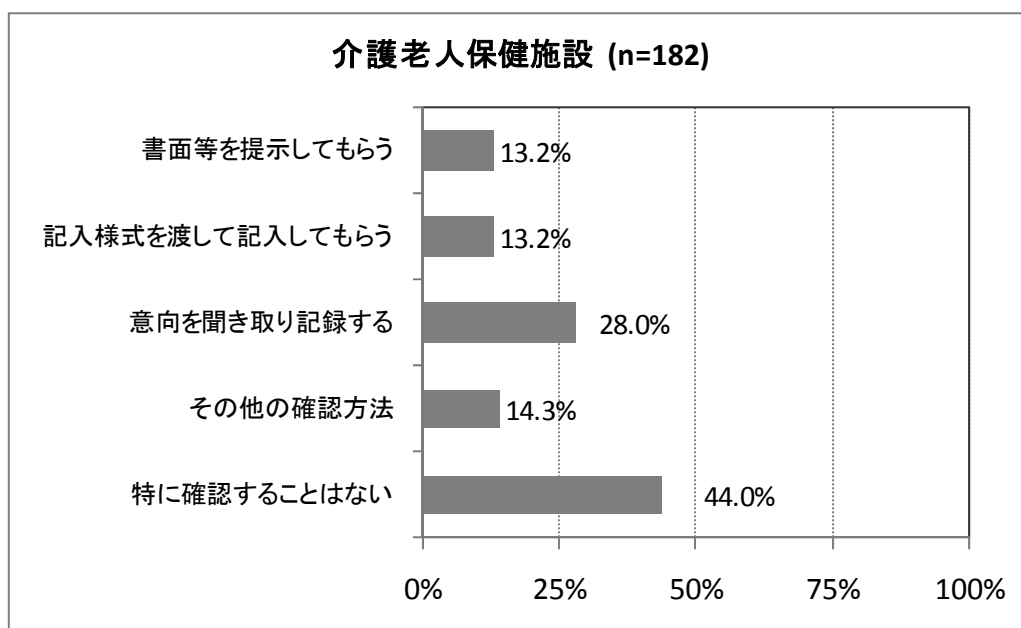
図表 2-1-40 リビング・ウィルの内容の確認方法（ケアミックス病院）



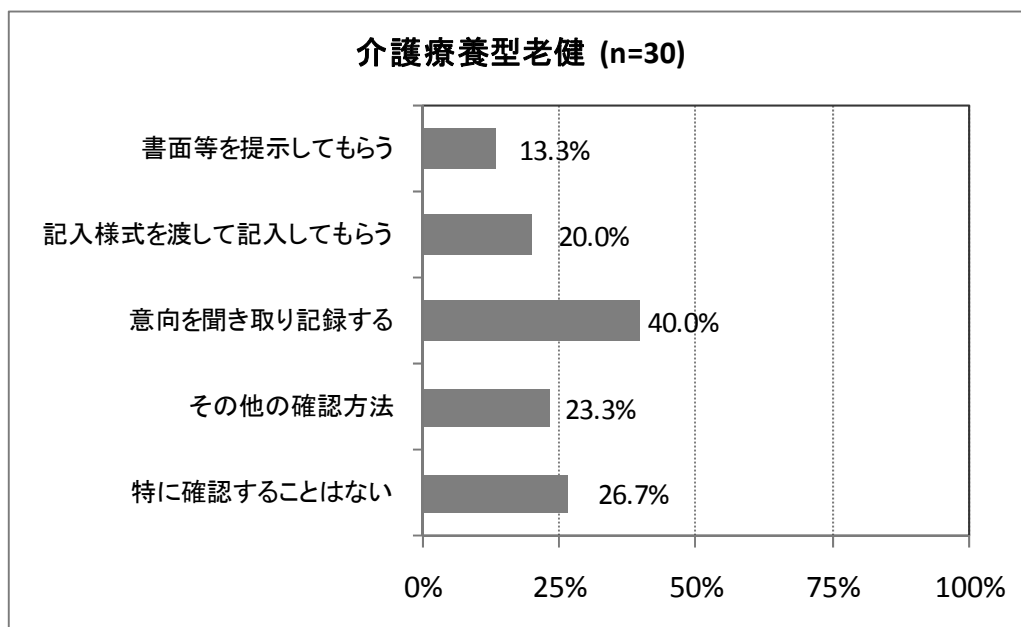
図表 2-1-41 リビング・ウィルの内容の確認方法（介護老人福祉施設）



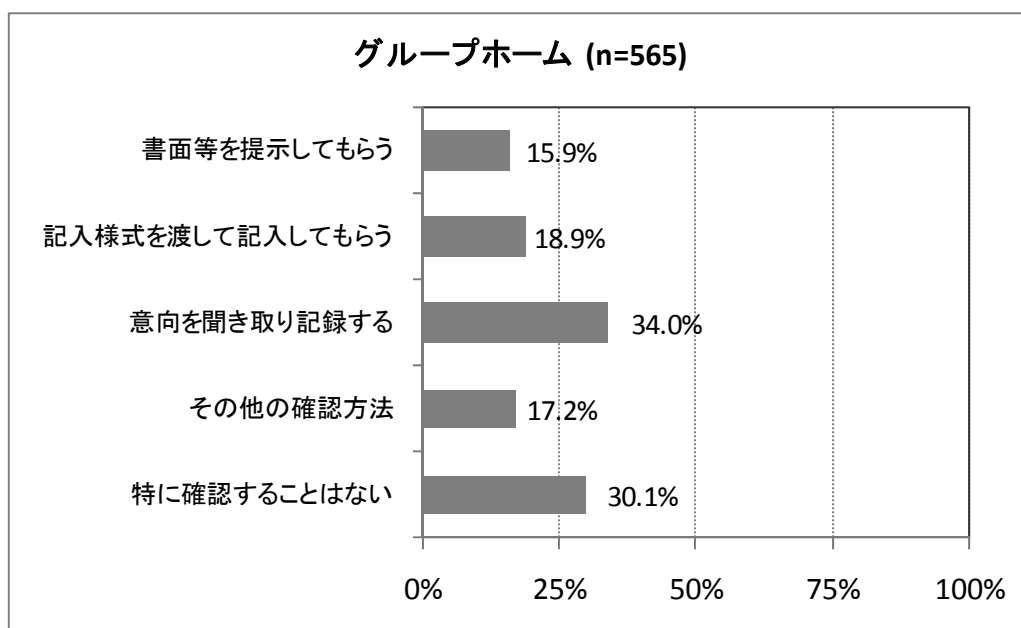
図表 2-1-42 リビング・ウィルの内容の確認方法（介護老人保健施設）



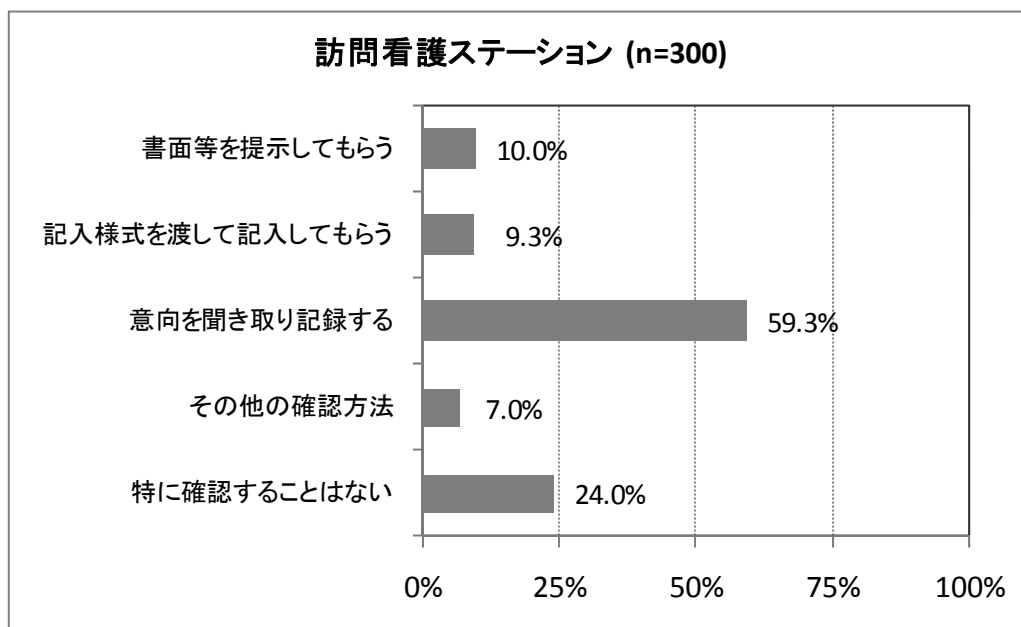
図表 2-1-43 リビング・ウィルの内容の確認方法（介護療養型老健）



図表 2-1-44 リビング・ウィルの内容の確認方法（グループホーム）



図表 2-1-45 リビング・ウィルの内容の確認方法（訪問看護ステーション）

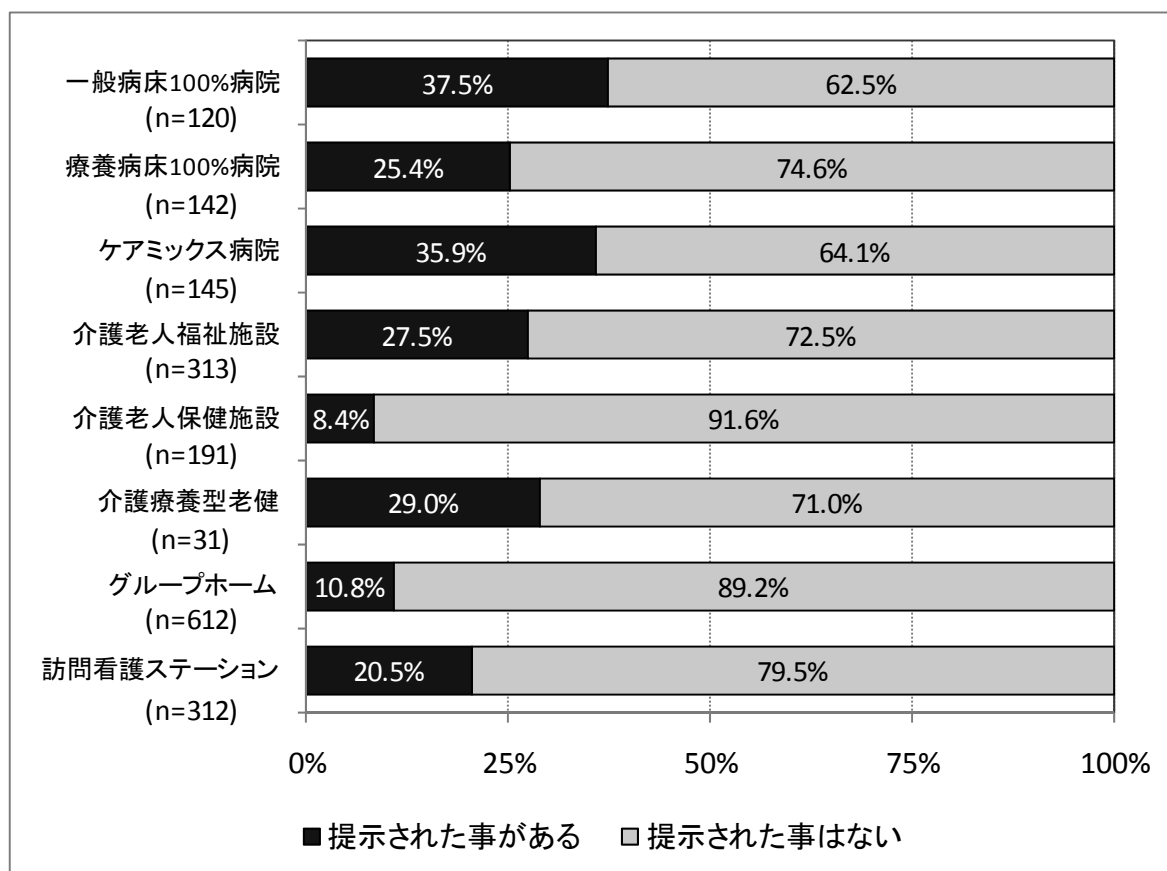


リビング・ウィルの内容確認方法で「書面等を提示してもらおう」と回答した施設は、一般病床 100%病院が 26%、療養病床 100%病院が 19%、ケアミックス病院が 19%、介護老人福祉施設が 19%、介護老人保健施設が 13%、介護療養型老健が 13%、グループホームが 16%、訪問看護ステーションが 10%であった（図表 2-1-38～図表 2-1-45）。

一方、実際にリビング・ウィルを提示された事例があると回答した施設は、一般病床 100%病院で 38%、療養病床 100%病院で 25%、ケアミックス病院で 36%、介護老人福祉施設で 28%、介護老人保健施設で 8%、介護療養型老健で 29%、グループホームで 11%、訪問看護ステーションで 21%であった（図表 2-1-46）。

介護老人保健施設とグループホームを除けば、書面等を提示してもらいリビング・ウィルを確認している施設の割合よりも、実際にリビング・ウィルを提示された施設の割合の方が高くなっている。

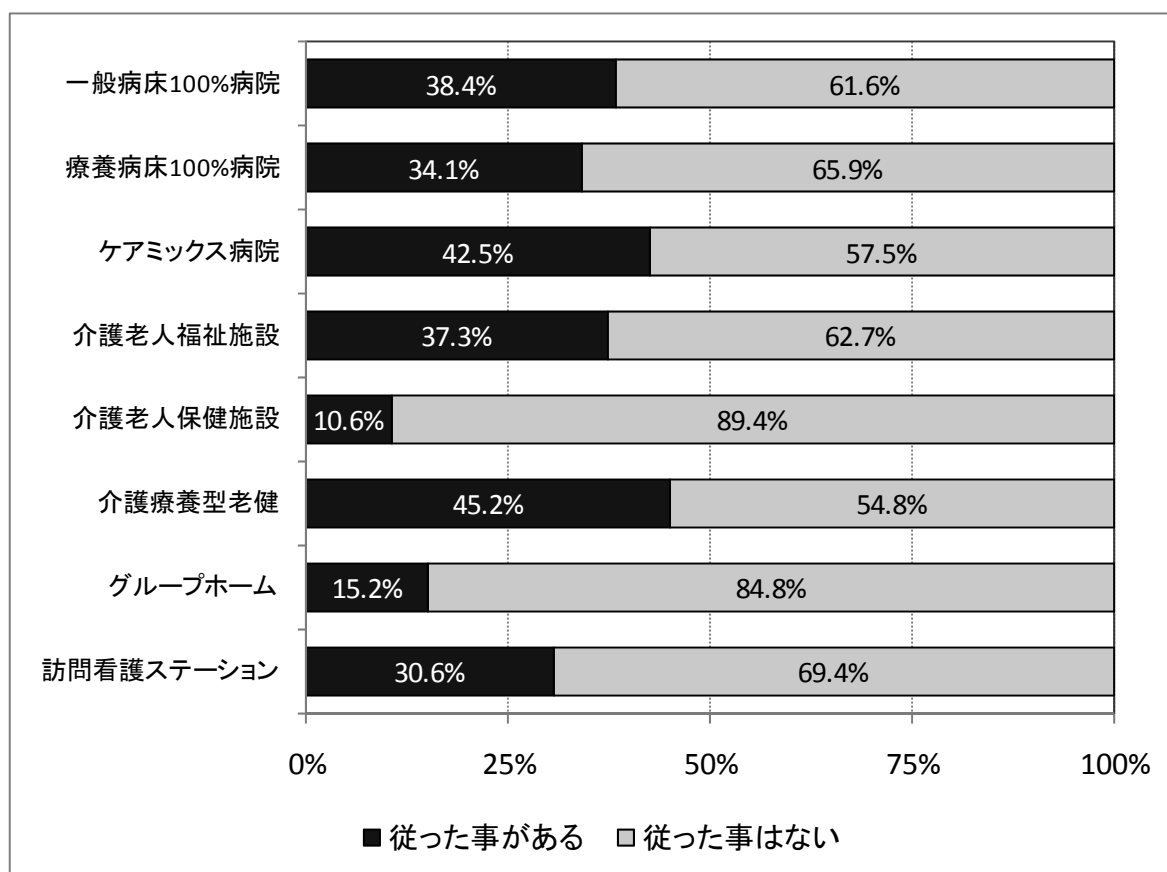
図表 2-1-46 リビング・ウィルを提示された事例の有無



リビング・ウィルに従った事例があると回答した施設は、一般病床 100%病院で 38%、療養病床 100%病院で 34%、ケアミックス病院で 43%、介護老人福祉施設で 37%、介護老人保健施設で 11%、介護療養型老健で 45%、グループホームで 15%訪問看護ステーションで 31%であった（図表 2-1-47）。

リビング・ウィルを提示された割合（図表 2-1-46）よりも、リビング・ウィルに従った事例がある割合の方が高くなっている。この背景として、リビング・ウィルの確認方法の中で、意向を聞き取り記録するという方法をとっている施設の割合が 28%~59%あり（図表 2-1-38~図表 2-1-45）、確認方法の中で最も高い割合になっていることが考えられる。

図表 2-1-47 リビング・ウィルに従った事例の有無



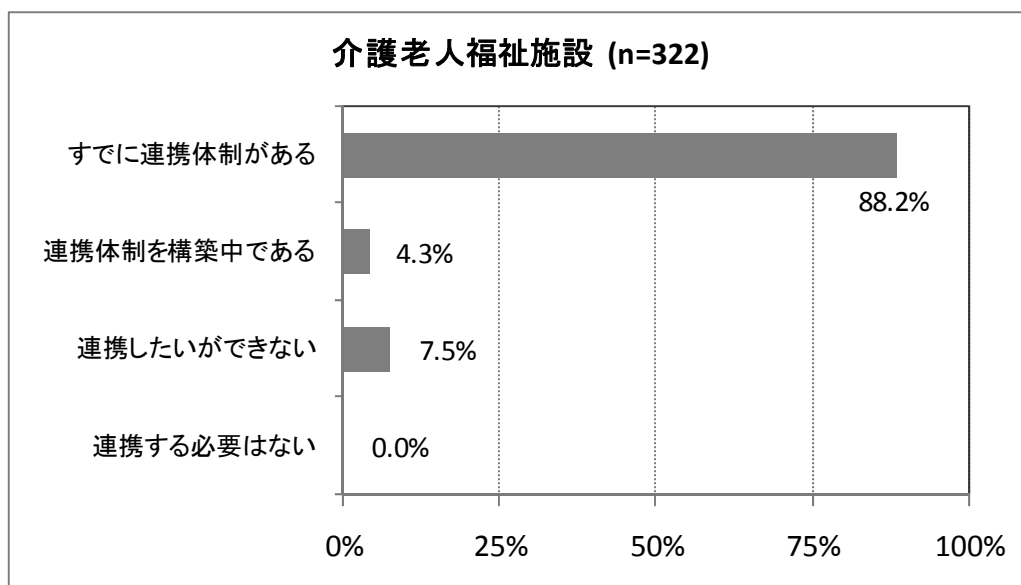
(6) 24時間・365日対応できる医療機関との連携体制について

介護保険施設、グループホーム、及び訪問看護ステーションに対して、入所者や利用者の緊急・急変時に24時間・365日対応ができる医療機関との連携状況を聞いた。集計結果を図表2-1-48～図表2-1-52に示す。

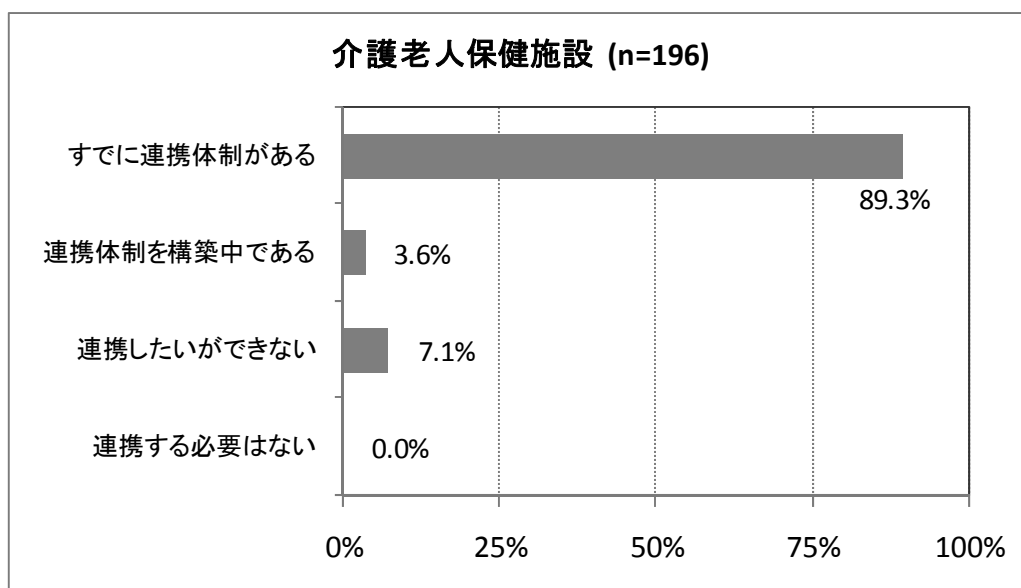
すでに連携体制があると回答した割合が最も高くなっており、介護老人福祉施設で88%、介護老人保健施設で89%、介護療養型老健で94%、グループホームで83%、訪問介護ステーションで75%であった。

一方、連携をしたいができないと回答した施設が6%～13%であった。連携する必要はないと回答した施設は1%以下であった。

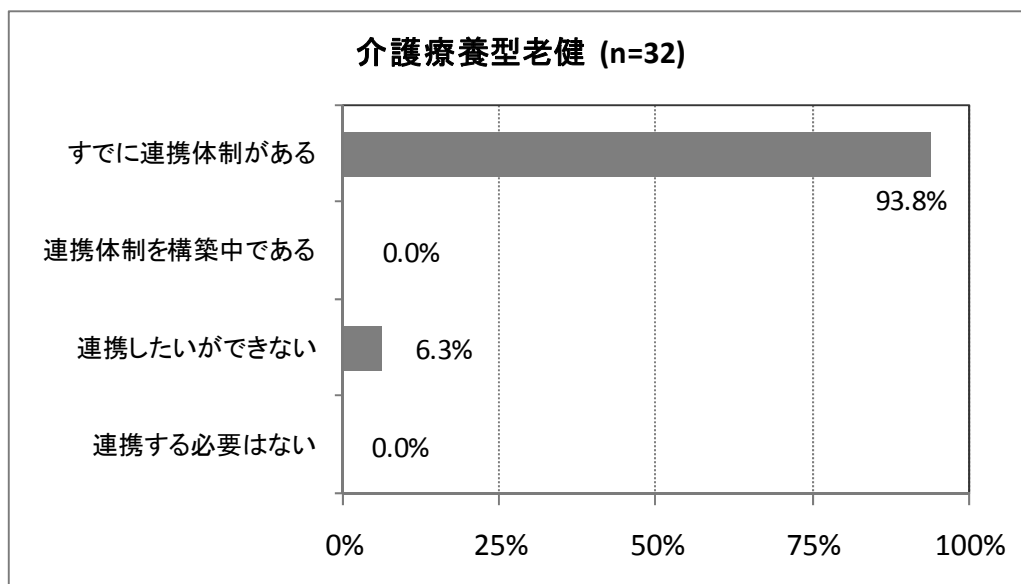
図表 2-1-48 医療機関との連携体制（介護老人福祉施設）



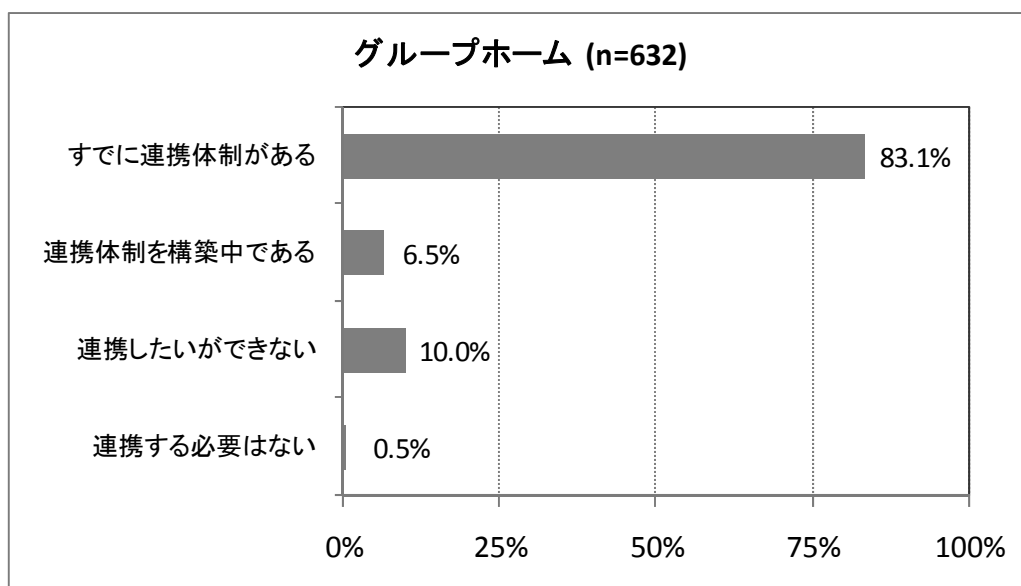
図表 2-1-49 医療機関との連携体制（介護老人保健施設）



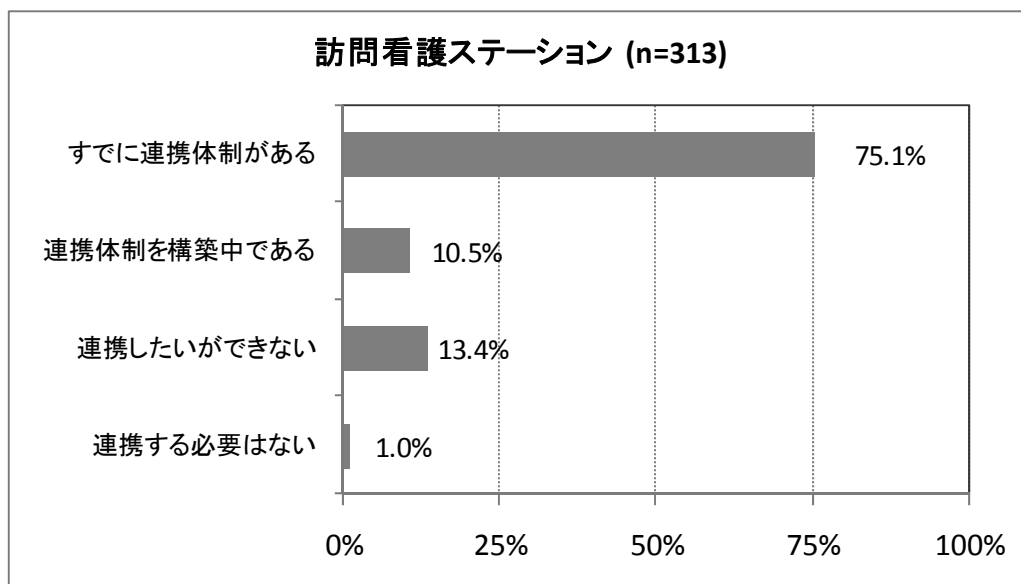
図表 2-1-50 医療機関との連携体制（介護療養型老健）



図表 2-1-51 医療機関との連携体制（グループホーム）



図表 2-1-52 医療機関との連携体制（訪問看護ステーション）

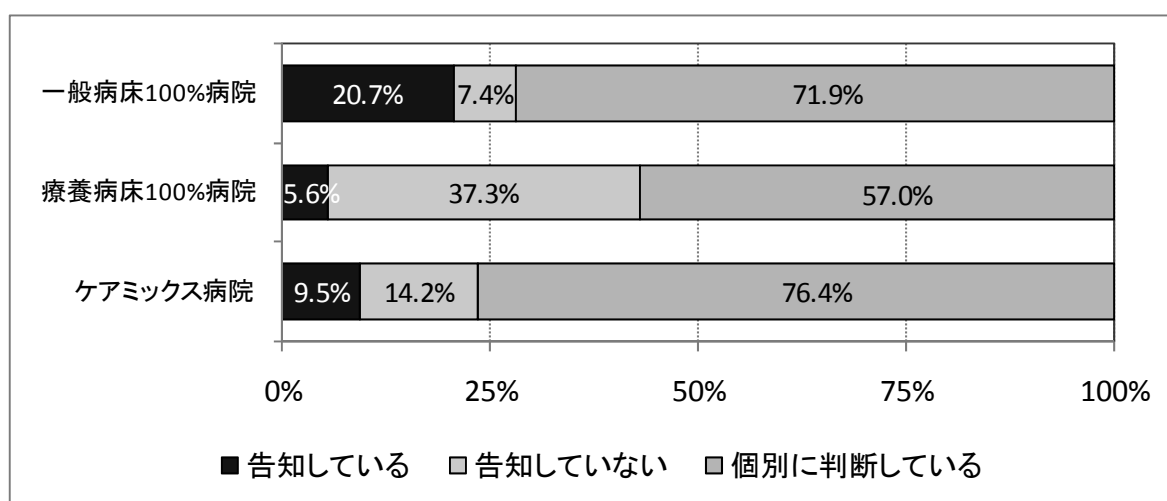


(7) 終末期対応や看取りに関する取り組み状況について

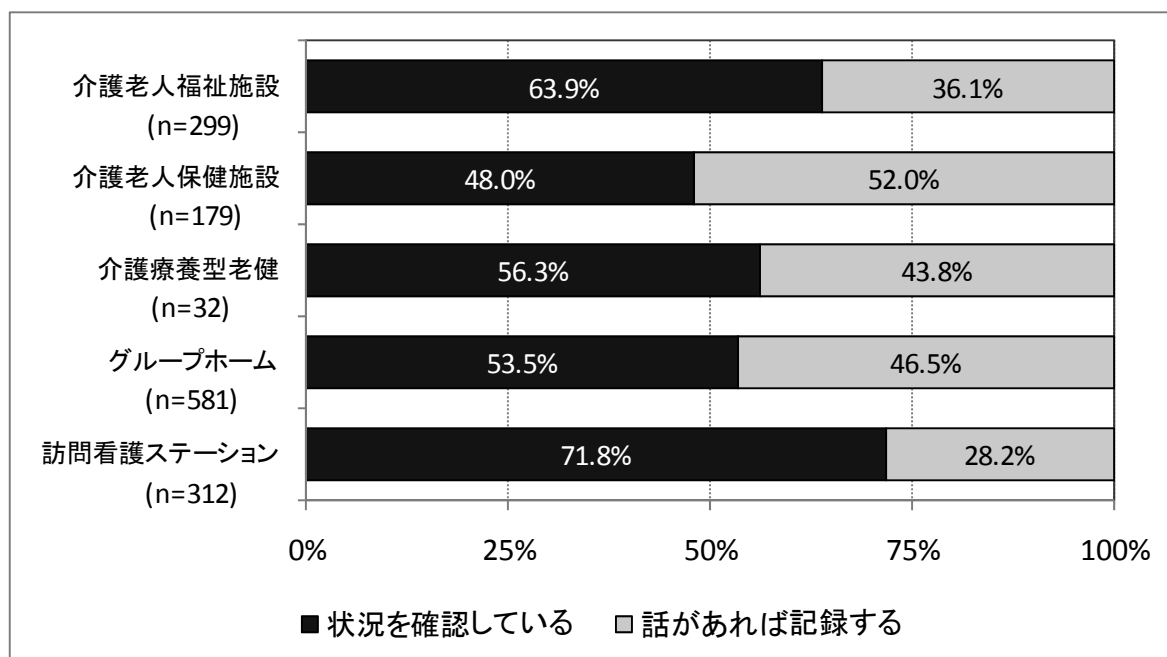
終末期対応や看取りに関する取り組み状況を集計した結果を、図表 2-1-53～図表 2-1-62 に示す。

余命告知については、病院では告知状況を、病院以外では告知状況の把握を訊いている。病院では、「個別に判断している」の割合が最も高く 5 割を超えていた。

図表 2-1-53 本人への余命告知（病院）

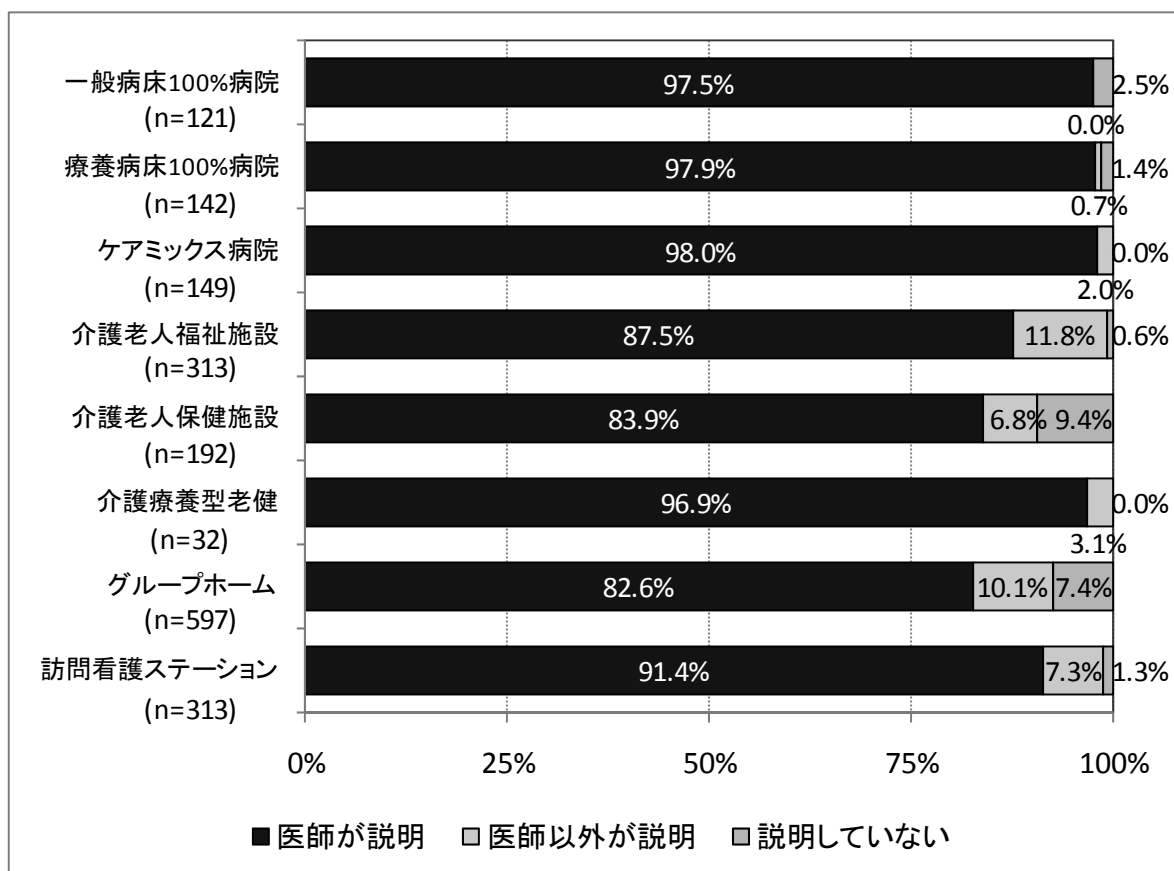


図表 2-1-54 本人・家族への余命告知の状況把握（病院以外）



医師が本人・家族へ終末期の状況を説明している割合は、83%～98%であった。医師以外が説明していると回答した割合は、介護老人福祉施設が最も高く12%あり、次いでグループホームの10%であった。本人・家族へ終末期の状況を説明していないと回答した割合は、介護老人保健施設が最も高く9%あり、次いでグループホームの7%であった（図表2-1-55）。

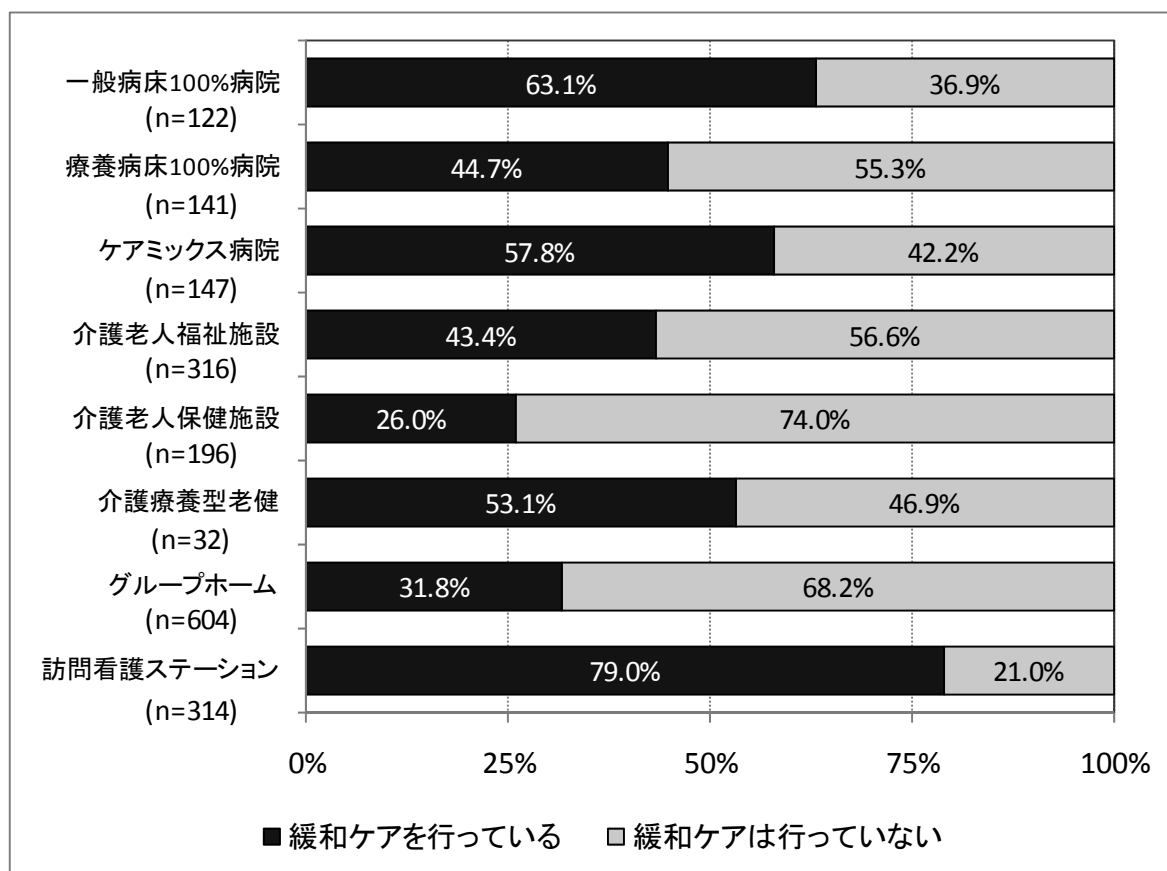
図表 2-1-55 本人・家族への終末期の状況説明



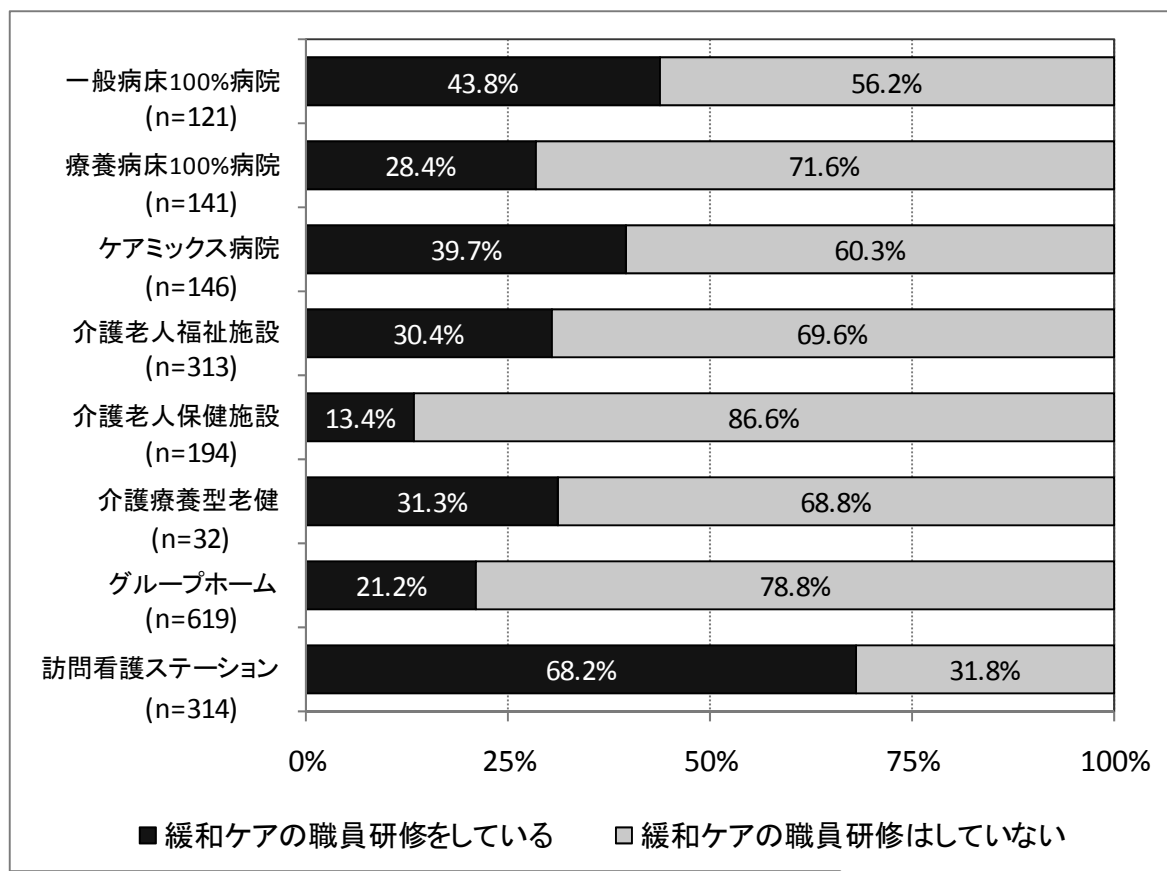
緩和ケアを行っている」と回答した割合は、訪問看護ステーションが最も高く 79%あり、次いで一般病床 100%病院の 63%、ケアミックス病院の 58%、介護療養型老健の 53%であった。一方、緩和ケアを行っていない」と回答した割合は、介護老人保健施設が最も高く 74%あり、次いでグループホームの 68%、介護老人福祉施設の 57%、療養病床 100%病院の 55%であった（図表 2-1-56）。

緩和ケアの職員研修を実施していると回答した割合は、訪問看護ステーションが最も高く 68%あり、次いで一般病床 100%病院の 44%、ケアミックス病院の 40%であった。また、「緩和ケアを行っている」と回答した施設について、緩和ケアの職員研修を実施している割合を集計した結果、一般病床 100%病院が 67%、療養病床 100%病院が 51%、ケアミックス病院が 58%、介護老人福祉施設が 61%、介護老人保健施設が 42%、介護療養型老健が 59%、グループホームが 45%、訪問看護ステーションが 79%であった（図表 2-1-57）。

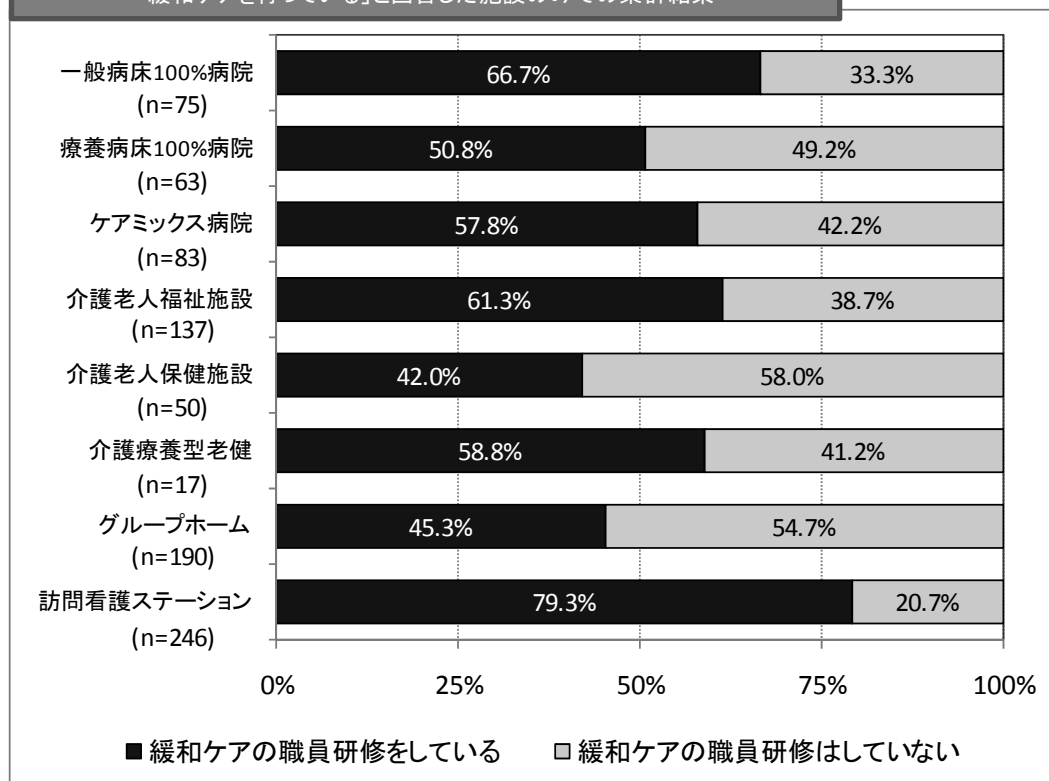
図表 2-1-56 緩和ケアの実施状況



図表 2-1-57 緩和ケアの職員研修の実施状況

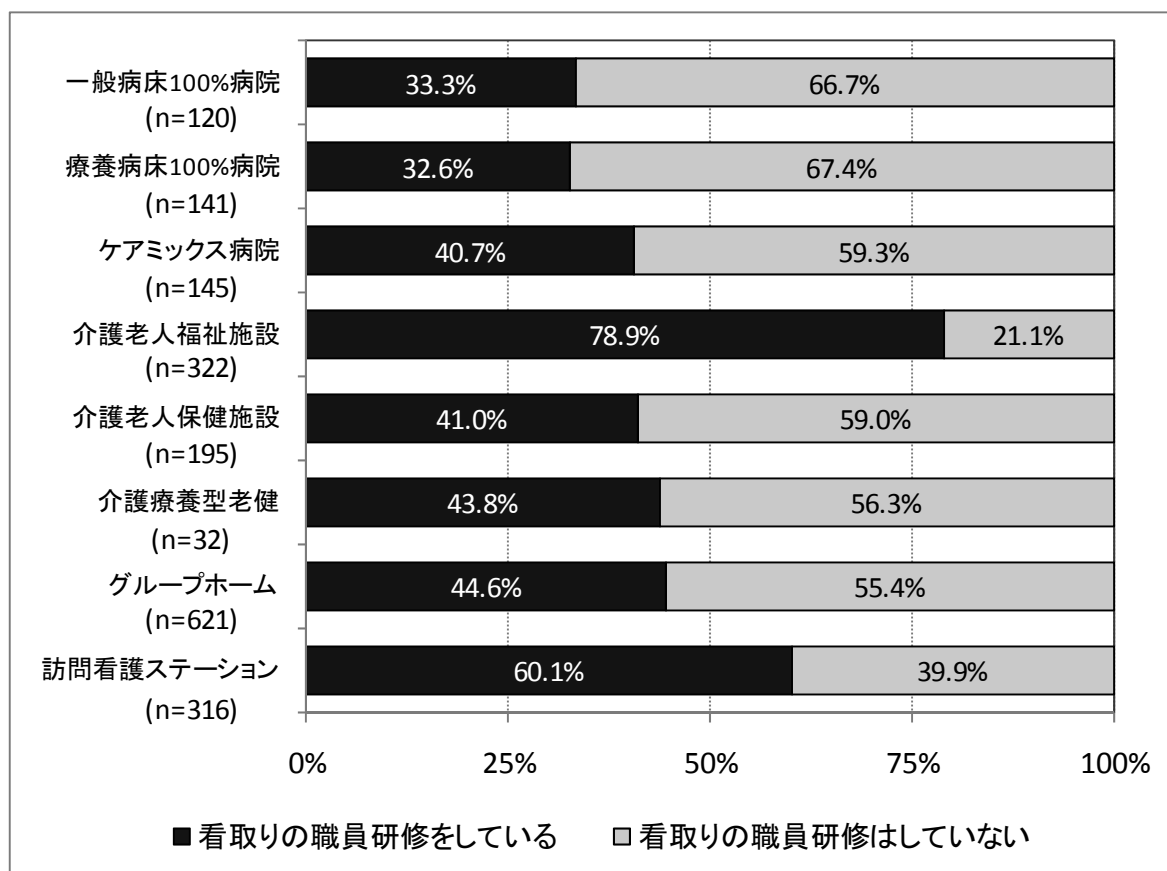


「緩和ケアを行っている」と回答した施設のみでの集計結果



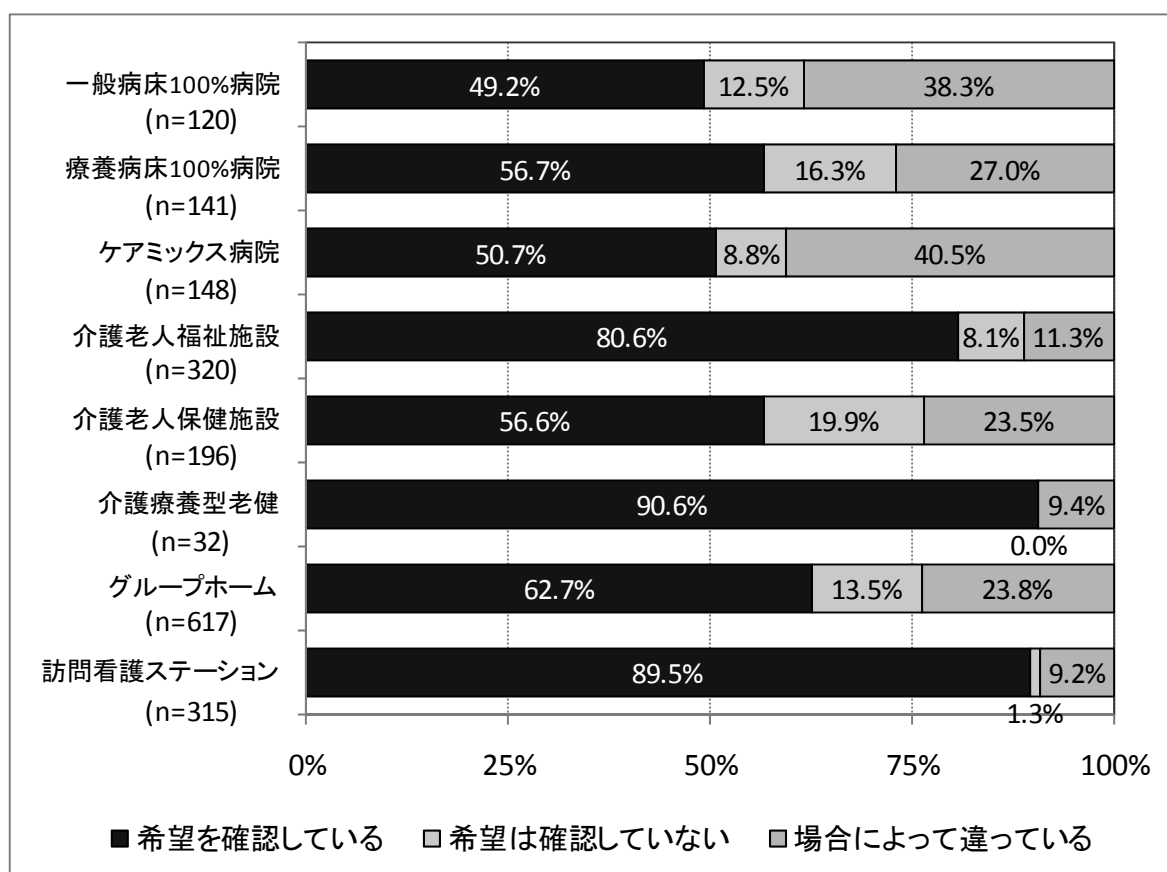
看取りの職員研修（外部研修を含む）を実施していると回答した割合は、一般病床100%病院が33%、療養病床100%病院が33%、ケアミックス病院が41%、介護老人福祉施設が79%、介護老人保健施設が41%、介護療養型老健が44%、グループホームが45%、訪問看護ステーションが60%であった（図表2-1-58）。

図表 2-1-58 看取りの職員研修（外部研修を含む）の実施状況



最期を迎える場所について、本人の希望を確認していると回答した割合は、一般病床100%病院が49%、療養病床100%病院が57%、ケアミックス病院が51%、介護老人福祉施設が81%、介護老人保健施設が57%、介護療養型老健が91%、グループホームが63%、訪問看護ステーションが90%であった。また、最期を迎える場所の希望確認について、場合によって違っていると回答した割合は、ケアミックス病院で最も高く41%あり、次いで一般病床100%病院の38%、療養病床100%病院の27%であった（図表2-1-59）。

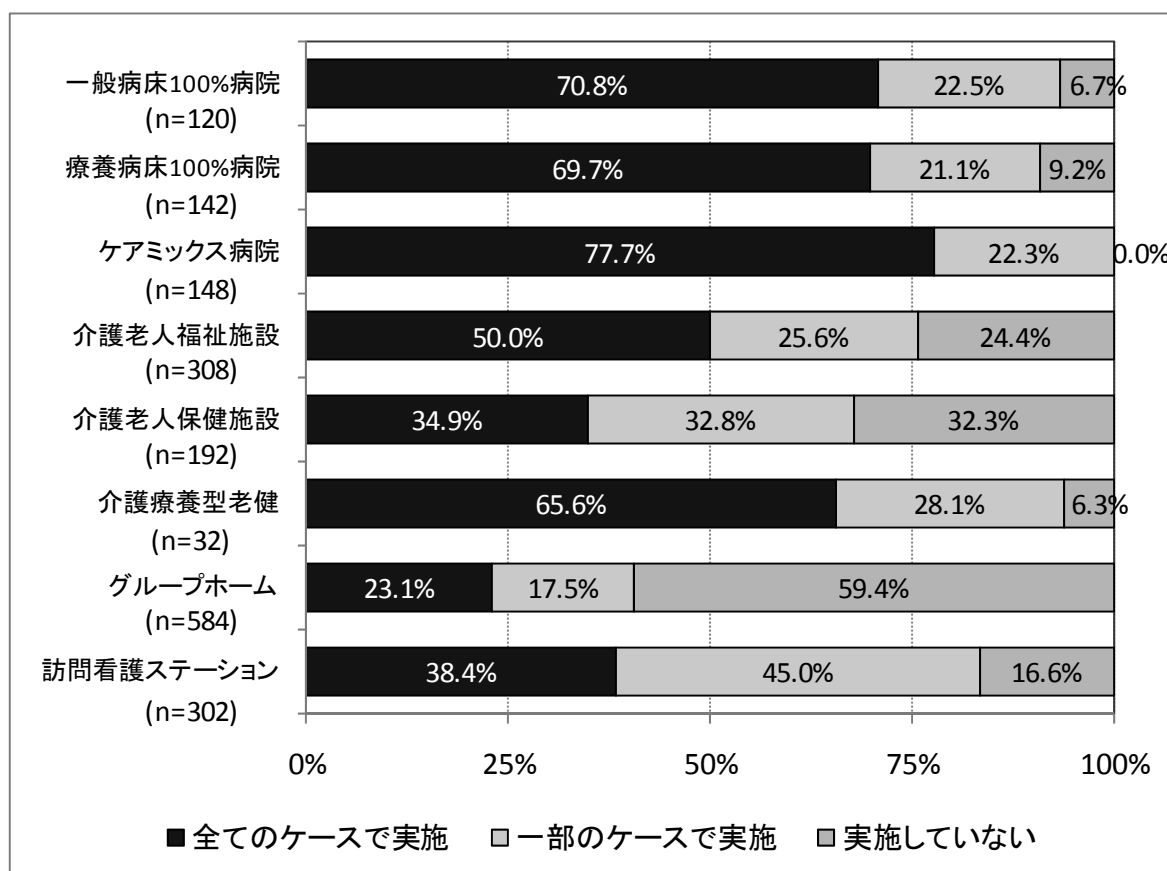
図表2-1-59 本人・家族への最期を迎える場所の希望確認



延命医療を開始する際のインフォームド・コンセントの実施状況について集計した結果、一般病床 100%では「全てのケースで実施」が 71%、「実施していない」が 7%であった。療養病床 100%病院では「全てのケースで実施」が 70%、「実施していない」が 9%であった。ケアミックス病院では「全てのケースで実施」が 78%、「実施していない」が 0%であった。

同じ設問について、介護老人福祉施設では「全てのケースで実施」が 50%、「実施していない」が 24%であった。介護老人保健施設では「全てのケースで実施」が 35%、「実施していない」が 32%であった。介護療養型老健では「全てのケースで実施」が 66%、「実施していない」が 6%であった。グループホームでは「全てのケースで実施」が 23%、「実施していない」が 59%であった。訪問看護ステーションでは「全てのケースで実施」が 38%、「実施していない」が 17%であった（図表 2-1-60）。

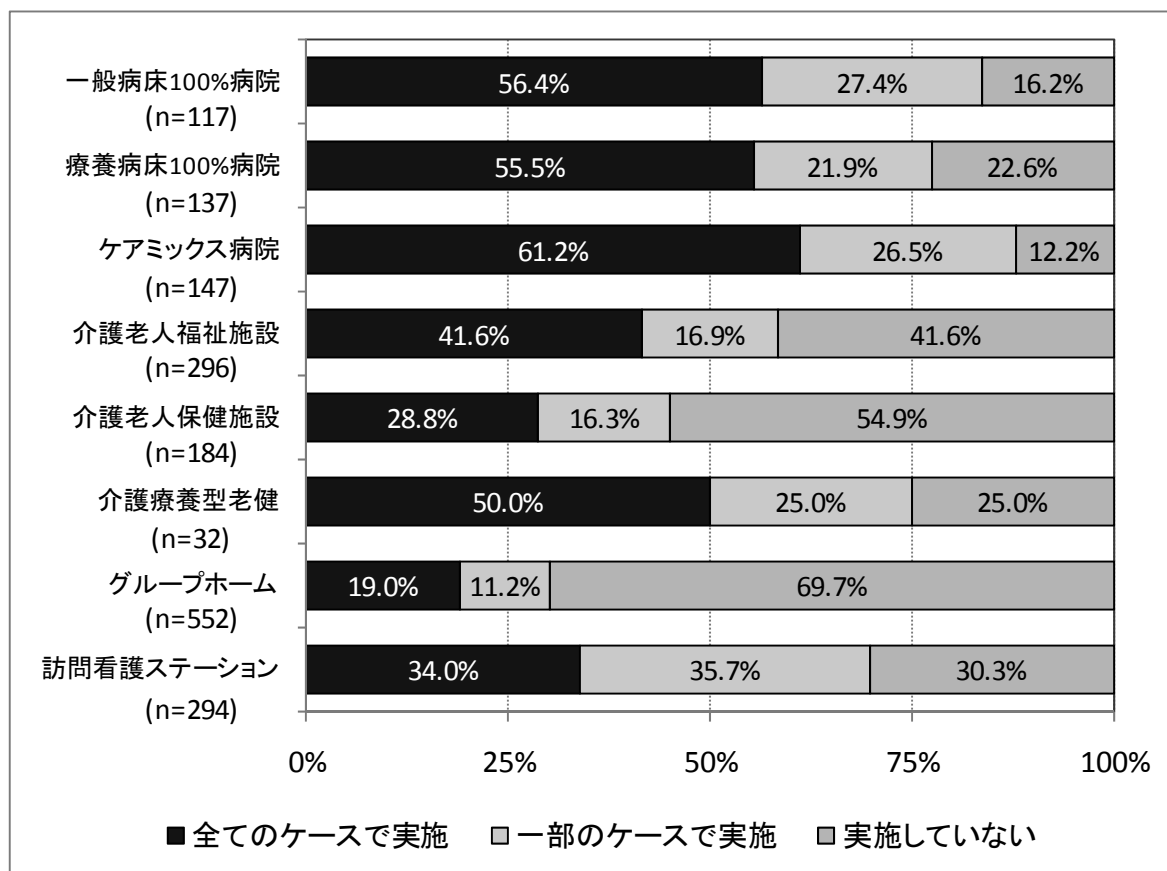
図表 2-1-60 延命医療を開始する際のインフォームド・コンセントの実施状況



延命医療を中止する際のインフォームド・コンセントの実施状況について集計した結果、一般病床 100%では「全てのケースで実施」が 56%、「実施していない」が 16%であった。療養病床 100%病院では「全てのケースで実施」が 56%、「実施していない」が 23%であった。ケアミックス病院では「全てのケースで実施」が 61%、「実施していない」が 12%であった。

同じ設問について、介護老人福祉施設では「全てのケースで実施」が 42%、「実施していない」が 42%であった。介護老人保健施設では「全てのケースで実施」が 29%、「実施していない」が 55%であった。介護療養型老健では「全てのケースで実施」が 50%、「実施していない」が 25%であった。グループホームでは「全てのケースで実施」が 19%、「実施していない」が 70%であった。訪問看護ステーションでは「全てのケースで実施」が 34%、「実施していない」が 30%であった(図表 2-1-61)。

図表 2-1-61 延命医療を中止する際のインフォームド・コンセントの実施状況

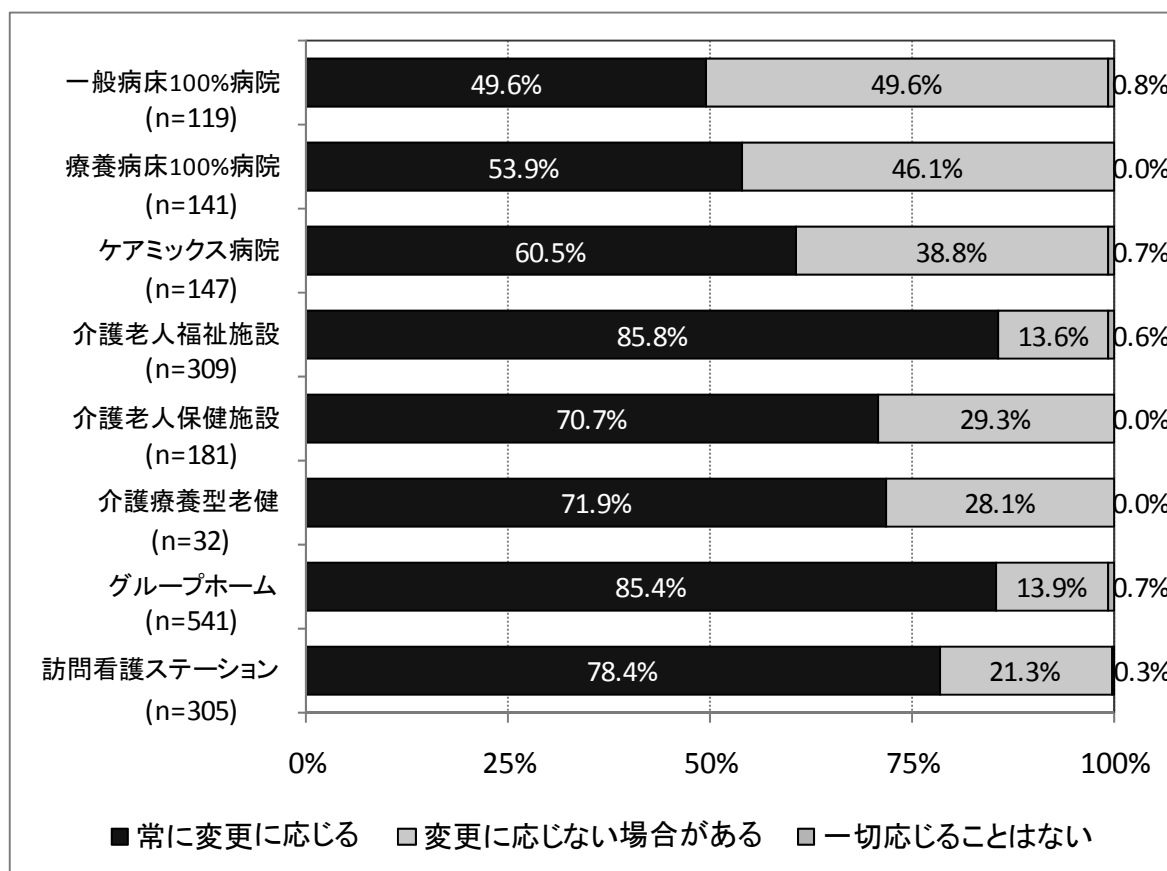


本人・家族から治療・処置等の内容変更依頼があったときに「一切応じることはない」と回答した施設はほとんどなく1%以下であった。

一般病床100%では「常に変更に応じる」が50%、「変更に応じない場合がある」が50%であった。療養病床100%病院では「常に変更に応じる」が54%、「変更に応じない場合がある」が46%であった。ケアミックス病院では「常に変更に応じる」が61%、「変更に応じない場合がある」が39%であった。

介護老人福祉施設では「常に変更に応じる」が86%、「変更に応じない場合がある」が14%であった。介護老人保健施設では「常に変更に応じる」が71%、「変更に応じない場合がある」が29%であった。介護療養型老健では「常に変更に応じる」が72%、「変更に応じない場合がある」が28%であった。グループホームでは「常に変更に応じる」が85%、「変更に応じない場合がある」が14%であった。訪問看護ステーションでは「常に変更に応じる」が78%、「変更に応じない場合がある」が21%であった（図表2-1-62）

図表 2-1-62 本人・家族から治療等の内容の変更依頼があったときの対応



(8) 年間死亡者数で階級分けしたときの施設数分布

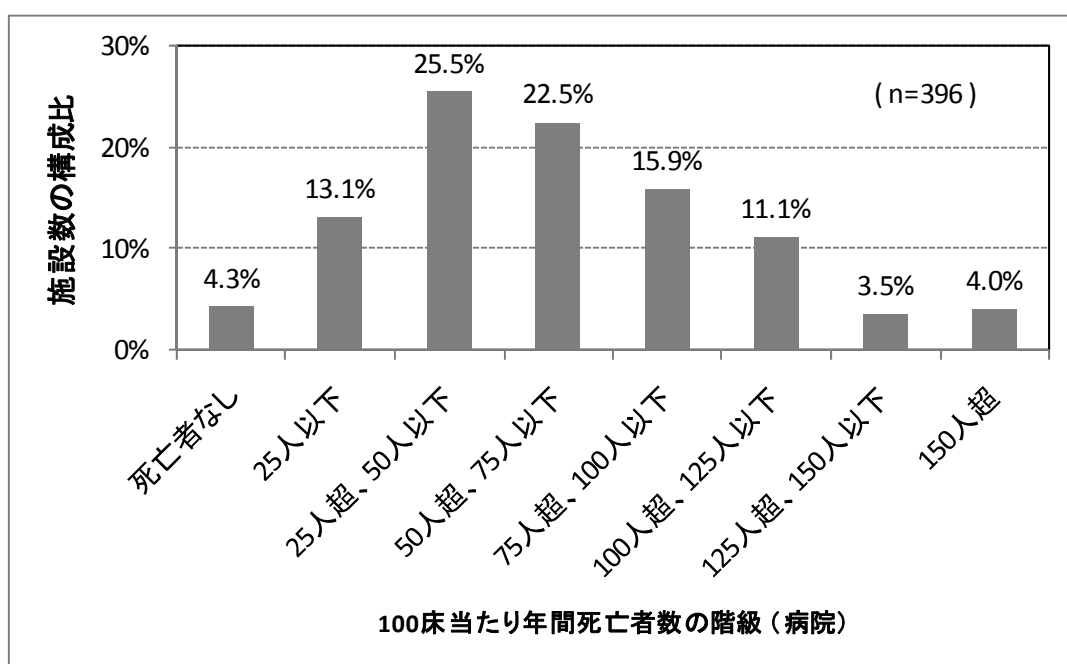
病院ごとの年間死亡者数を、100床当たりの年間死亡者数に換算した値を25人の幅で階級分けした。施設数の構成比を図表2-1-63に示す。100床当たりの年間死亡者数が「25人超、50人以下」の構成比が26%と最も高くなっている。

特養及び老健の施設ごとの年間死亡者数を、定員100人当たりの年間死亡者数に換算した値を5人の幅で階級分けした。特養の施設数の構成比を図表2-1-64に、老健の施設数の構成比を図表2-1-65に示す。「死亡者なし」の構成比は特養で14%となっているのに対して、老健では38%となっている。

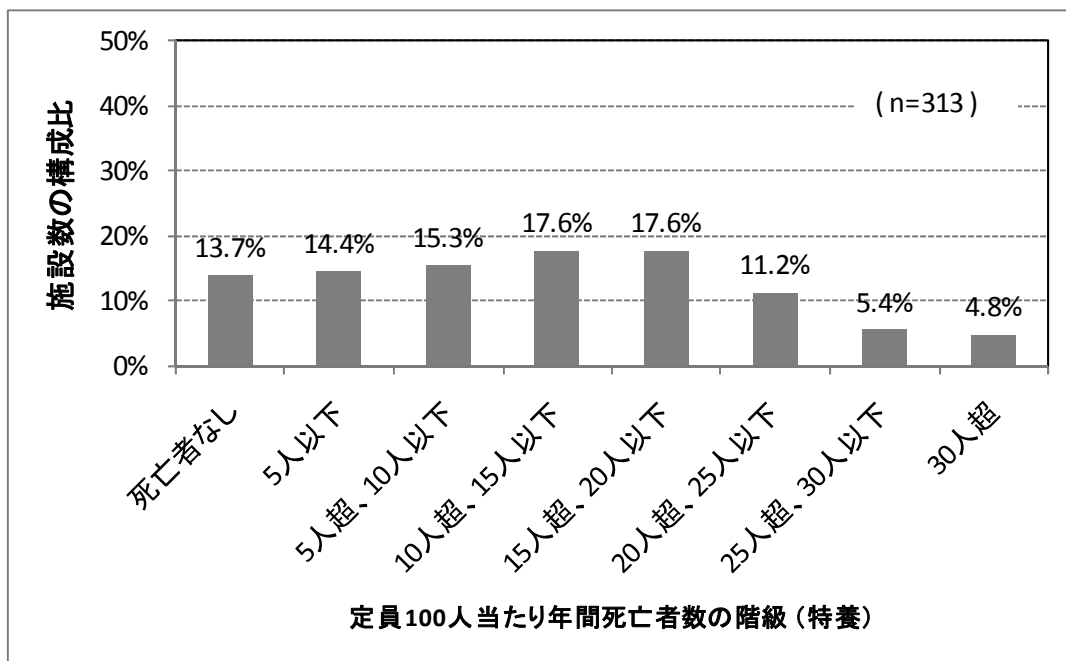
グループホームの施設ごとの年間死亡者数を、定員20人当たりの年間死亡者数に換算した値を1人の幅で階級分けした。施設数の構成比を図表2-1-66に示す。「死亡者なし」の構成比が59%となっている。

訪問看護ステーションの事業所ごとの年間死亡者数を、利用者50人当たりの年間死亡者数に換算した値を5人の幅で階級分けした。施設数の構成比を図表2-1-67に示す。利用者50人当たりの年間死亡者数が「5人以下」の構成比が35%と最も高く、次いで「5人超、10人以下」の31%となっている。

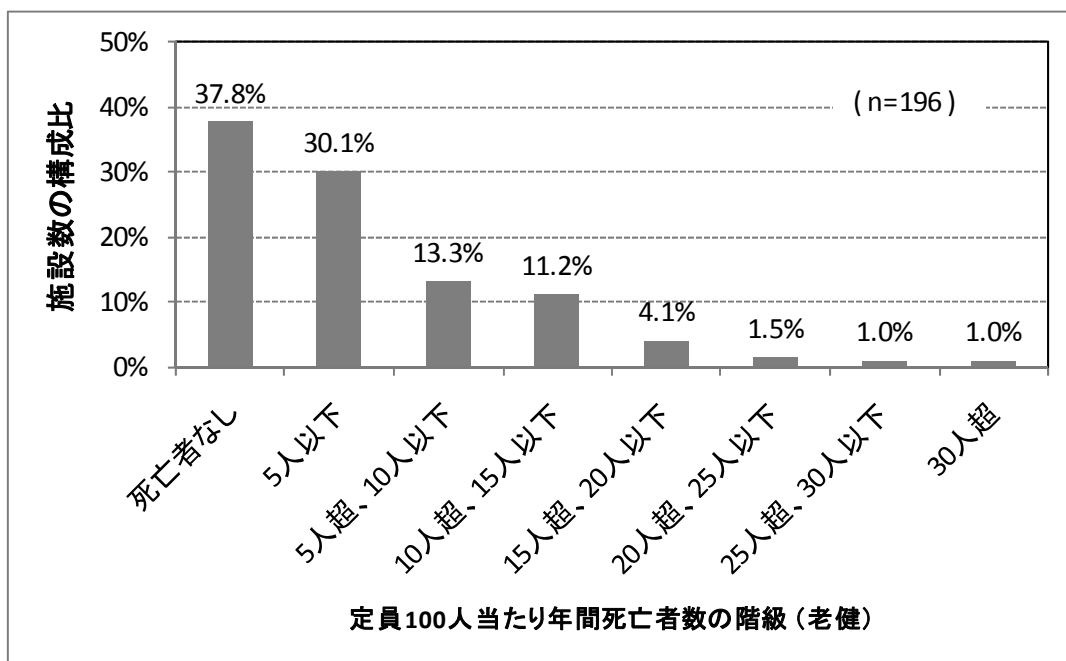
図表2-1-63 100床当たり年間死亡者数の階級別の施設数構成比（病院）



図表 2-1-64 定員 100 人当たり年間死亡者数の階級別の施設数構成比(特養)

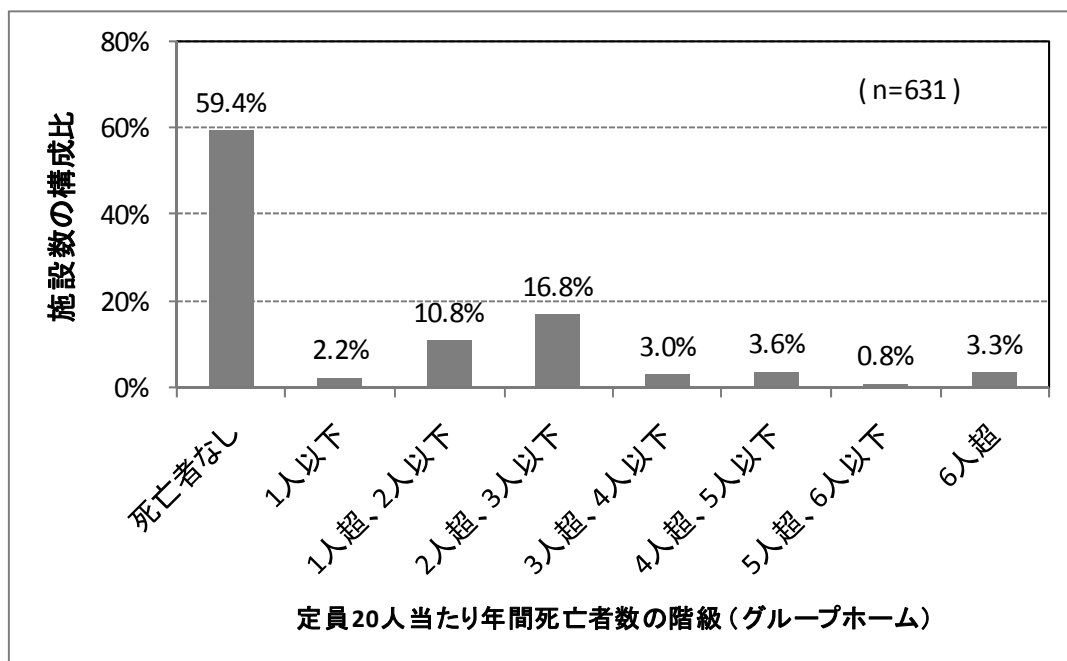


図表 2-1-65 定員 100 人当たり年間死亡者数の階級別の施設数構成比(老健)



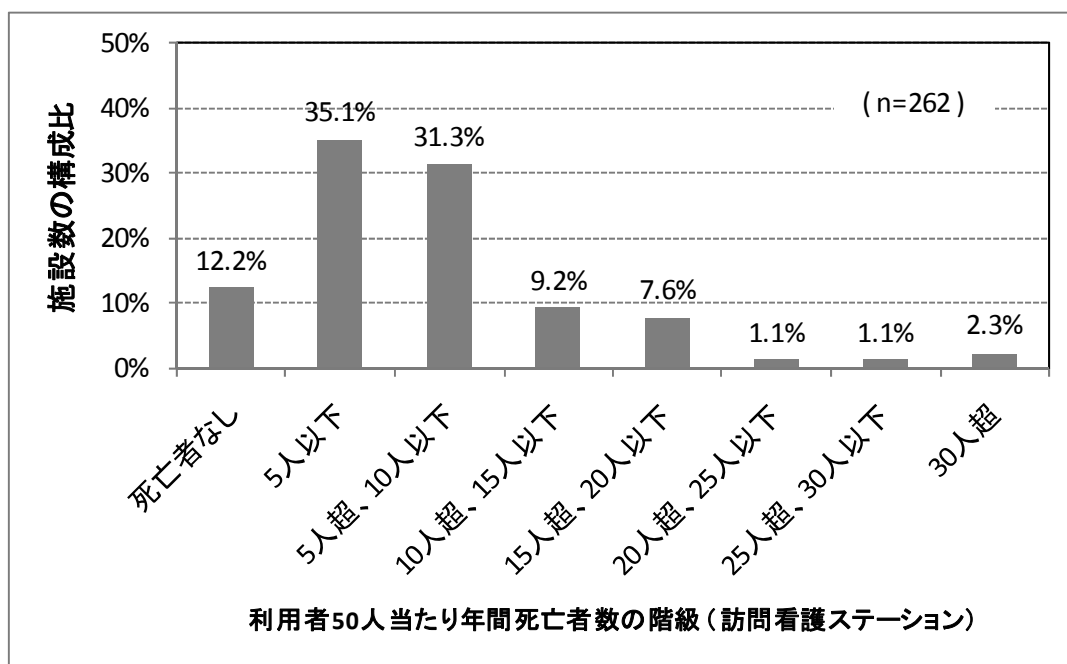
図表 2-1-66 定員 20 人当たり年間死亡者数の階級別の施設数構成比

(グループホーム)



図表 2-1-67 利用者 50 人当たり年間死亡者数の階級別の事業所数構成比

(訪問看護ステーション)



2. 2 職員票の集計結果

(1) 職員票の回答者

職員票の回答者の属性等について、集計結果を図表2-2-1～図表2-2-5に示す。

職員票の集計では集計対象数（n数）が3以上の場合に集計結果を表示するようにしているので、集計対象数（n数）が2以下の場合は集計結果を表示していない。

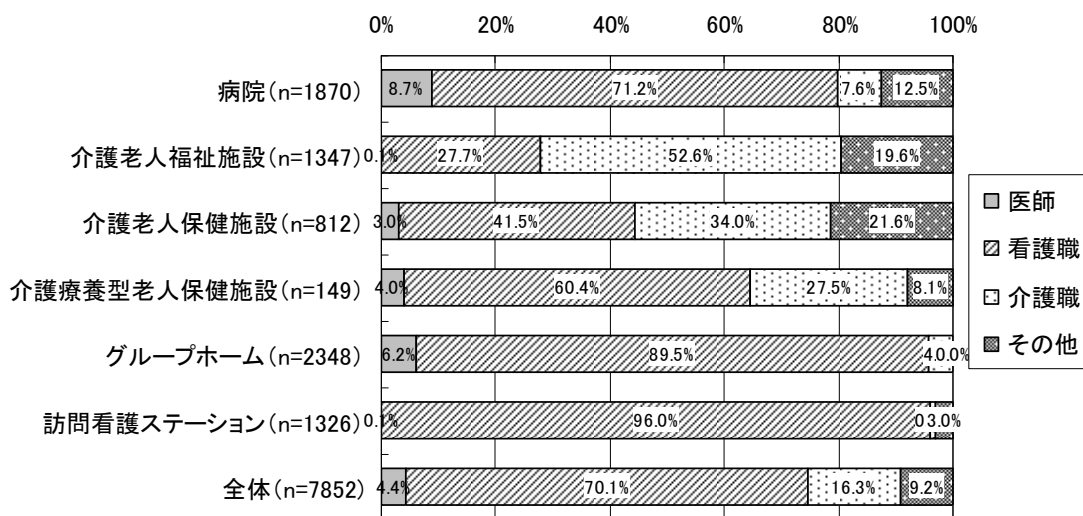
図表 2-2-1 職員票の回答者の属性

	人数	性別（割合）		平均年齢
		男性	女性	
医師	342人	50.3%	49.7%	52.8歳
看護職	5506人	9.8%	90.1%	45.1歳
介護職	1280人	31.1%	68.7%	39.3歳
その他	724人	43.0%	57.0%	40.1歳
全体	7852人	18.1%	81.8%	44.0歳

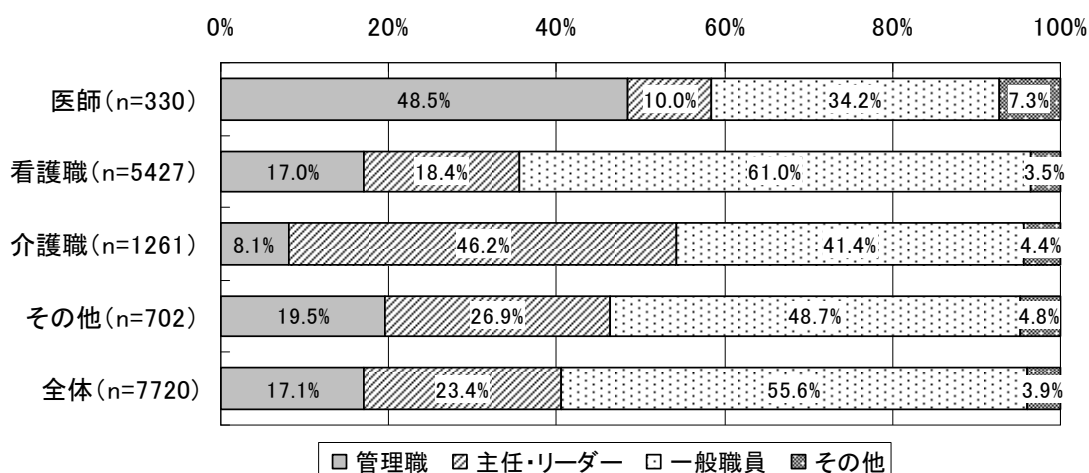
図表 2-2-2 施設区分別の回答者数

	人数	割合
病院	1870人	23.8%
特別養護老人ホーム	1347人	17.2%
介護老人保健施設	812人	10.3%
介護療養型老人保健施設	149人	1.9%
グループホーム	2348人	29.9%
訪問看護ステーション	1326人	16.9%
全体	7852人	100.0%

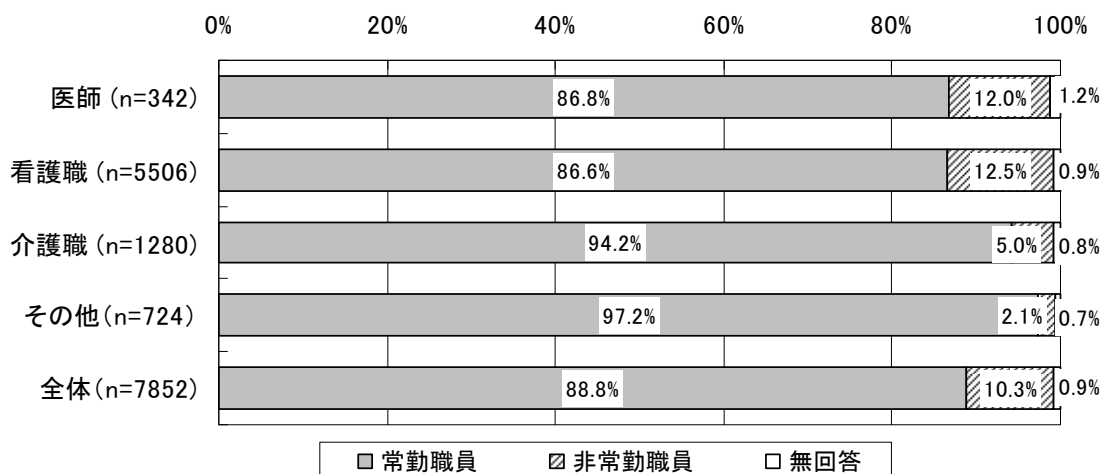
図表 2-2-3 施設区分別の職種構成比



図表 2-2-4 職種別の職位構成比



図表 2-2-5 職種別の勤務形態構成比



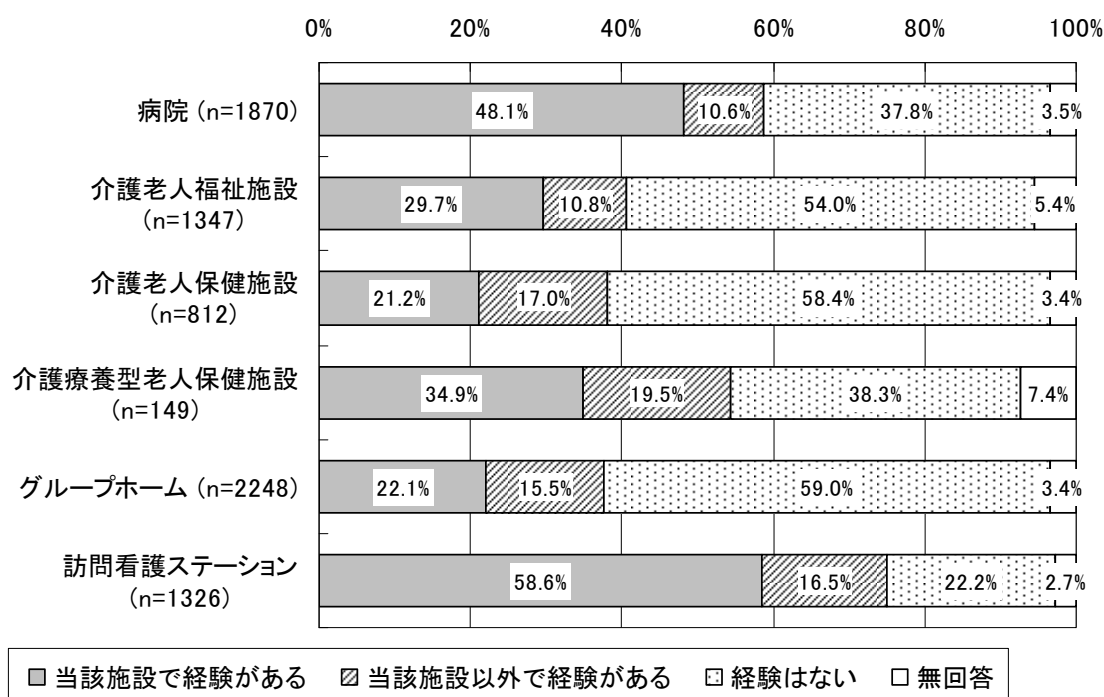
(2) 緩和ケア・看取りに関する意識

緩和ケア・看取りに関する職員の意識の集計結果を、図表 2-2-6～図表 2-2-73 に示す。

「緩和ケアの経験がある」（当該施設で経験がある、あるいは当該施設以外で経験がある）と回答した職員の割合は、病院で 59%、介護老人福祉施設で 41%、介護老人保健施設で 38%、介護療養型老人保健施設で 54%、グループホームで 38%、訪問看護ステーションで 75%であった（図表 2-2-6）。

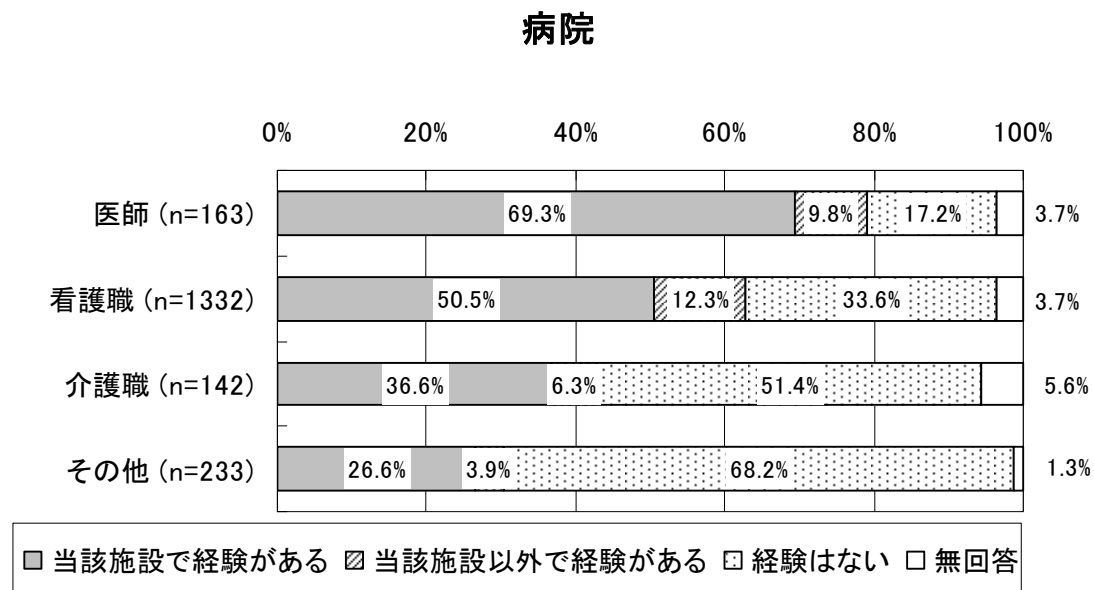
職種別にみると、いずれの施設区分別においても医師、看護職で「緩和ケアの経験がある」と回答した職員の割合が高いが、介護職の約 3 割が緩和ケアを経験していた（図表 2-2-7～図表 2-2-12）。

図表 2-2-6 緩和ケアの経験の有無

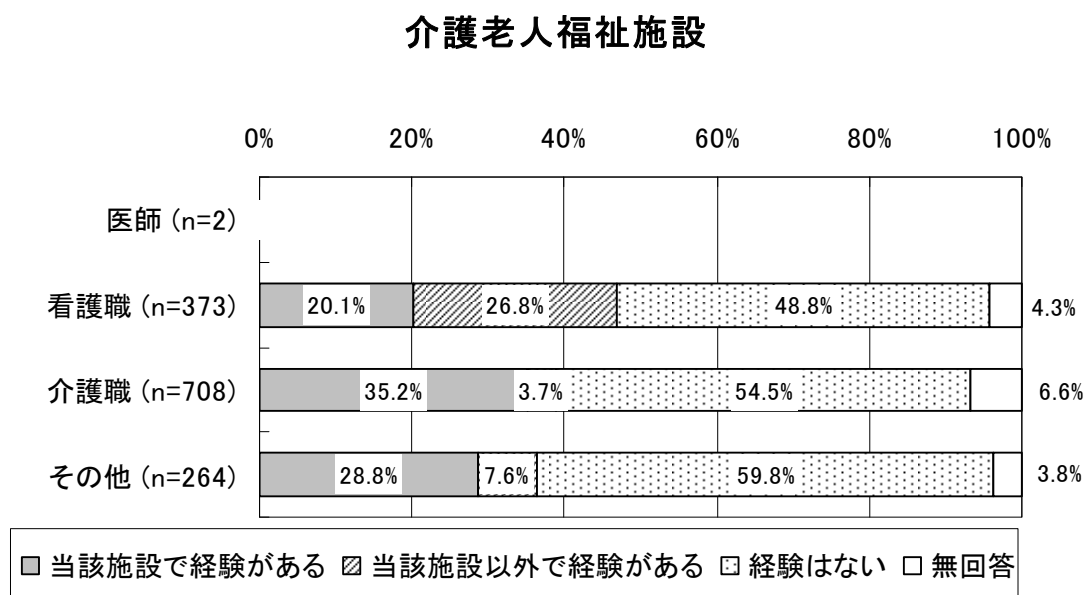


※緩和ケアについて、「当該施設で経験がある」と回答した 899 人のうち、急性期で経験した者が 361 人、慢性期で経験した者が 458 人であった。また、「当該施設以外で経験がある」と回答した 198 人のうち、急性期で経験した者が 117 人、慢性期で経験した者が 67 人であった。

図表 2-2-7 緩和ケアの経験の有無（職種別：病院）

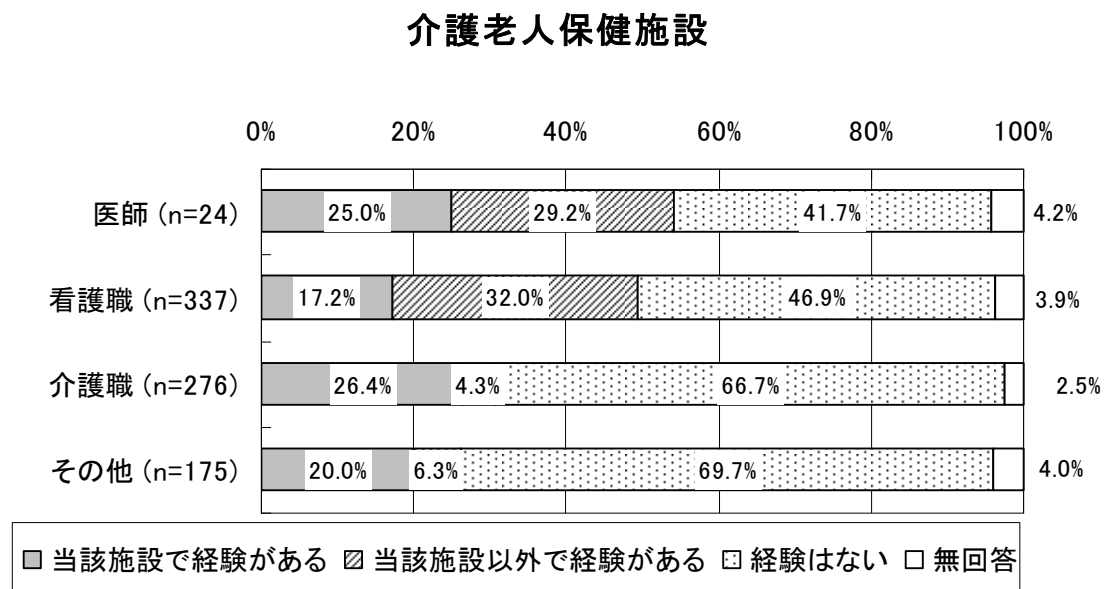


図表 2-2-8 緩和ケアの経験の有無（職種別：介護老人福祉施設）

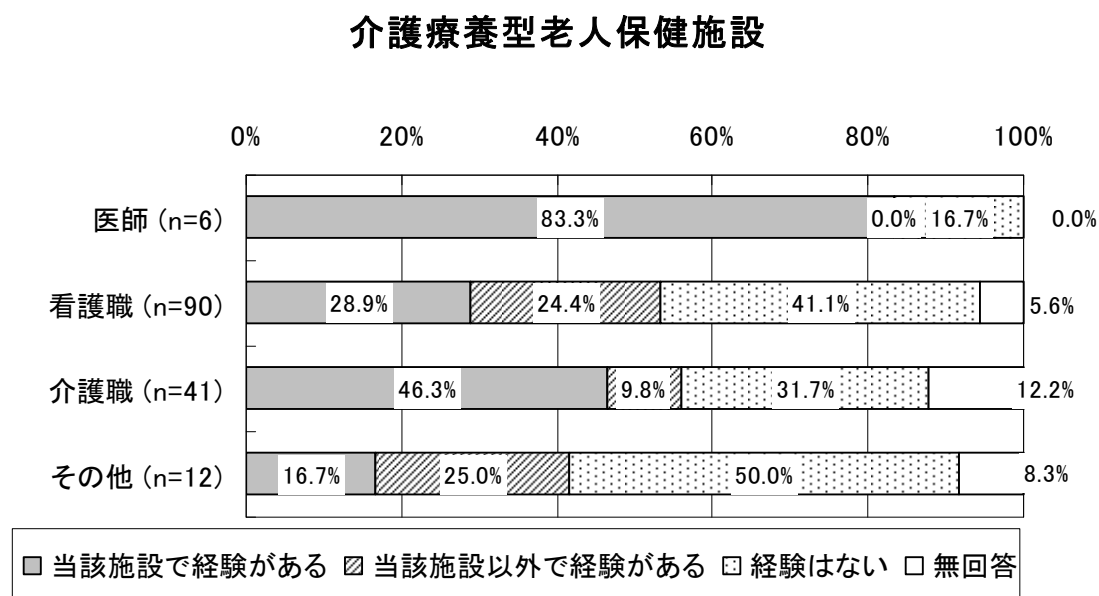


※集計対象数（n数）が2以下の場合は、集計結果を表示していない（以下同様）。

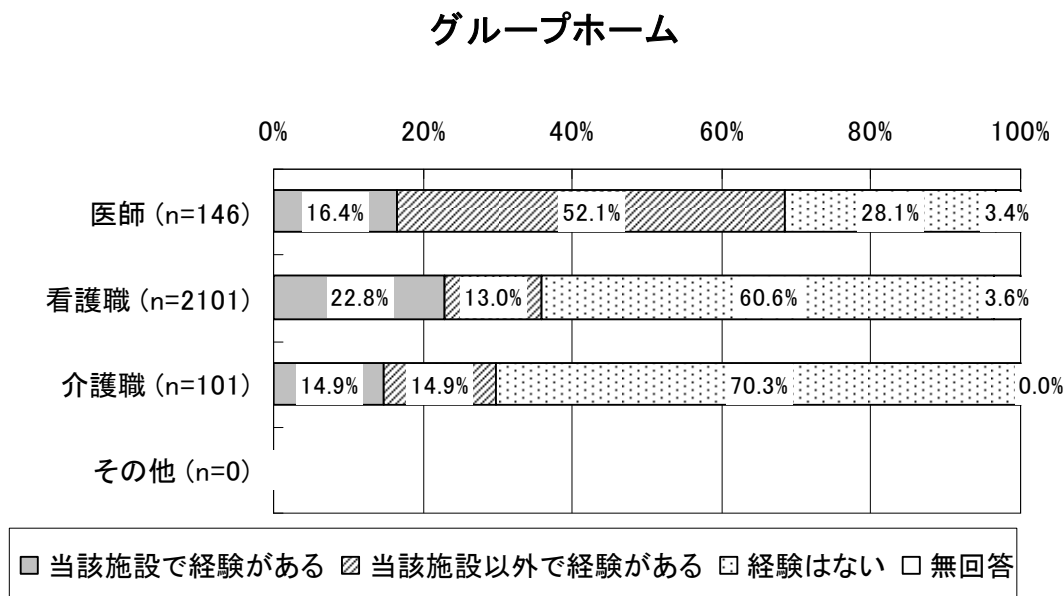
図表 2-2-9 緩和ケアの経験の有無（職種別：介護老人保健施設）



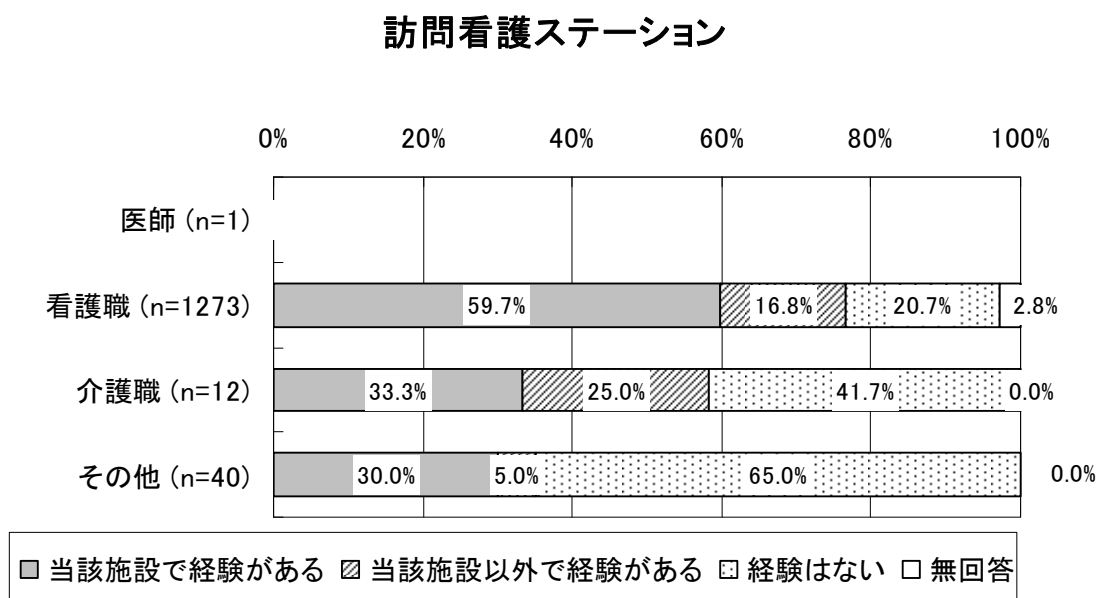
図表 2-2-10 緩和ケアの経験の有無（職種別：介護療養型老健）



図表 2-2-11 緩和ケアの経験の有無（職種別：グループホーム）



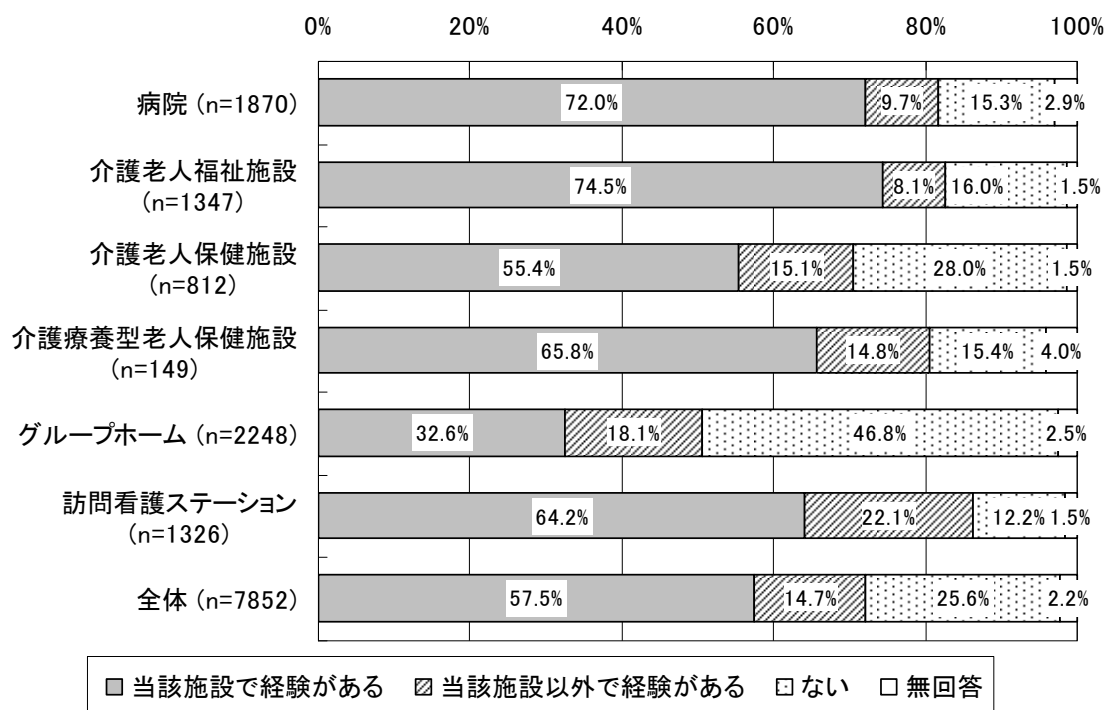
図表 2-2-12 緩和ケアの経験の有無（職種別：訪問看護ステーション）



「看取りの経験がある」（当該施設で経験がある、あるいは当該施設以外で経験がある）と回答した職員の割合は、病院で82%、介護老人福祉施設で83%、介護老人保健施設で71%、介護療養型老人保健施設で81%、グループホームで51%、訪問看護ステーションで86%であった（図表2-2-13）。

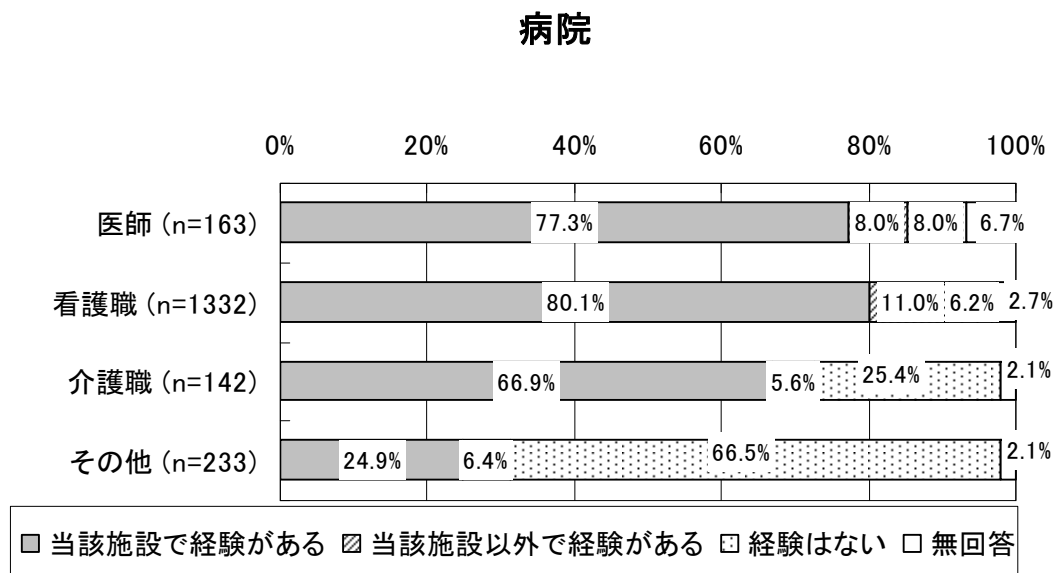
職種別にみると、いずれの施設区分別においても医師、看護職で「緩和ケアの経験がある」と回答した職員の割合が高いが、介護職の約3割が緩和ケアを経験していた（図表2-2-14～図表2-2-12）。

図表 2-2-13 看取りの経験の有無

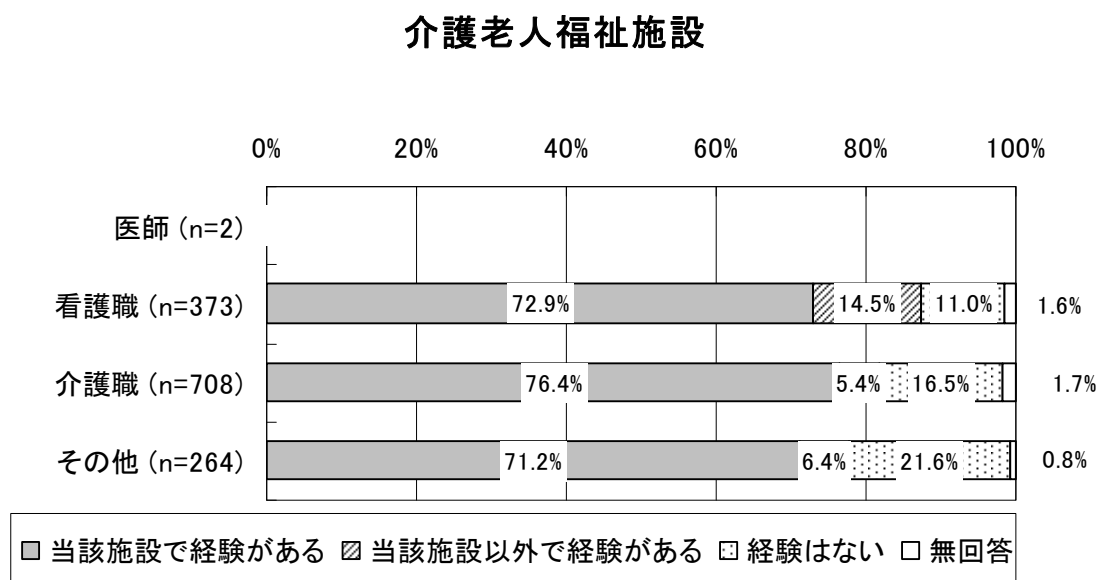


※看取りについて、「当該施設で経験がある」と回答した 1346 人のうち、急性期で経験した者が 516 人、慢性期で経験した者が 417 人であった。また、「当該施設以外で経験がある」と回答した 182 人のうち、急性期で経験した者が 96 人、慢性期で経験した者が 73 人であった。

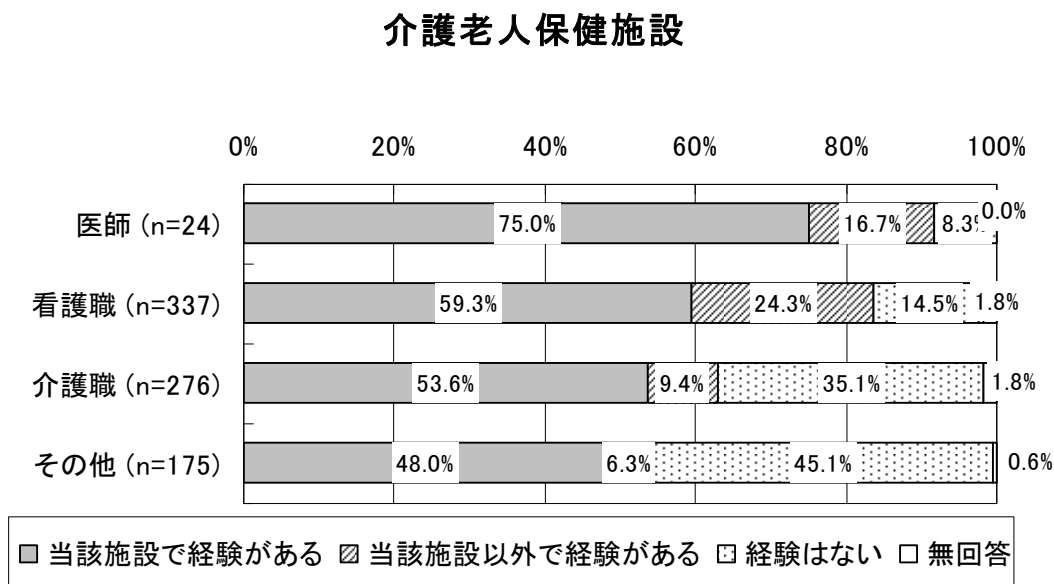
図表 2-2-14 看取りの経験の有無（職種別：病院）



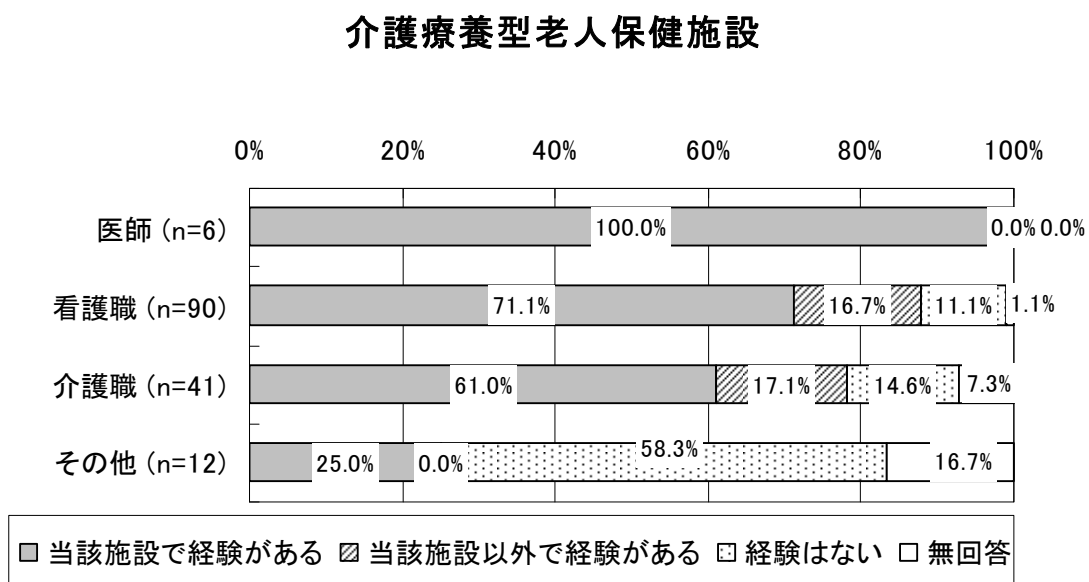
図表 2-2-15 看取りの経験の有無（職種別：介護老人福祉施設）



図表 2-2-16 看取りの経験の有無（職種別：介護老人保健施設）

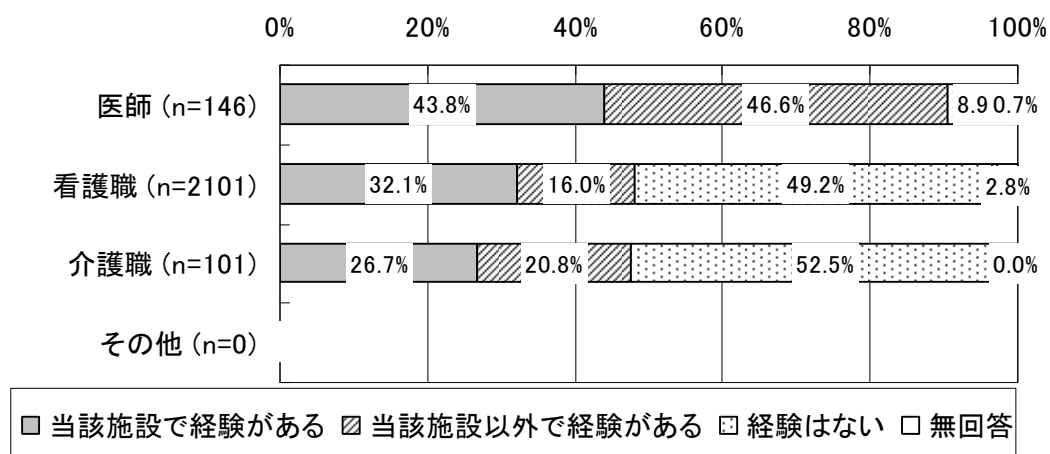


図表 2-2-17 看取りの経験の有無（職種別：介護療養型老健）



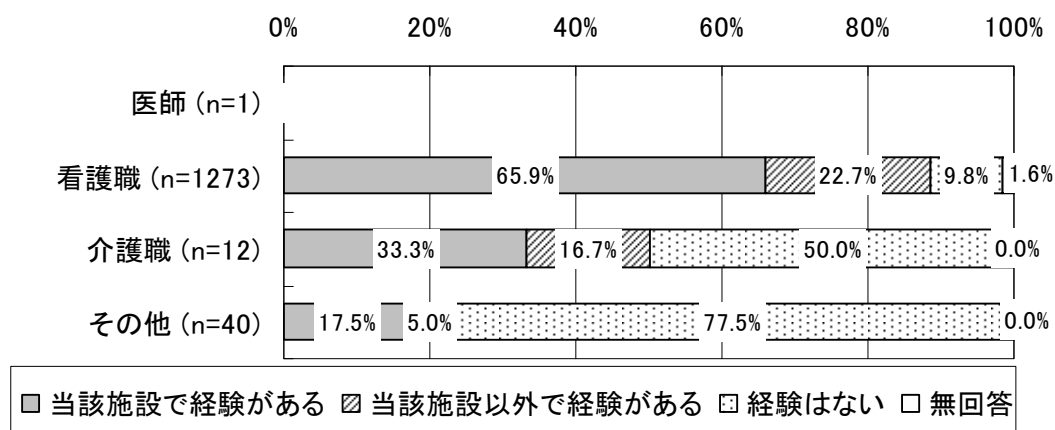
図表 2-2-18 看取りの経験の有無（職種別：グループホーム）

グループホーム



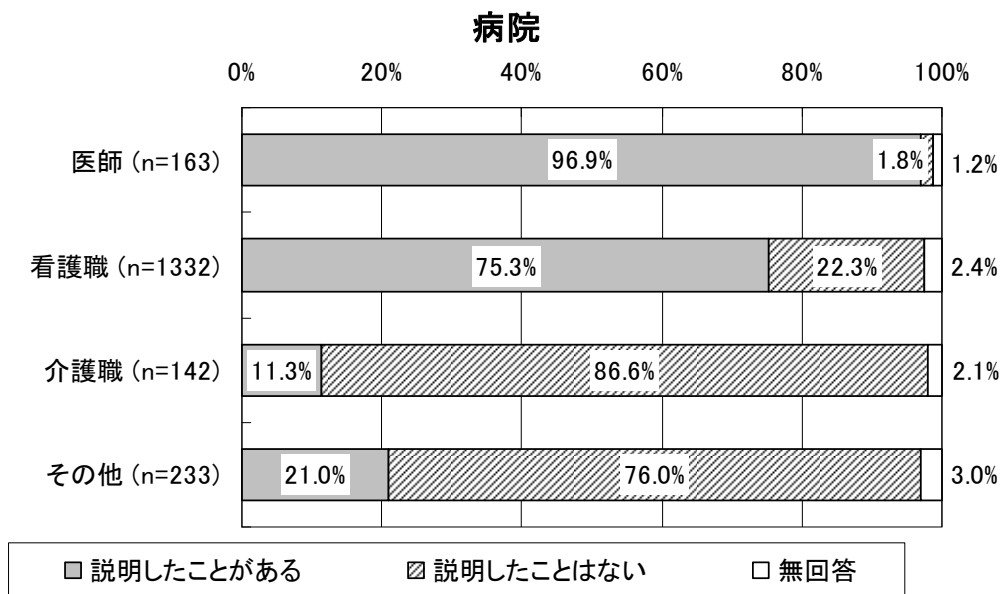
図表 2-2-19 看取りの経験の有無（職種別：訪問看護ステーション）

訪問看護ステーション

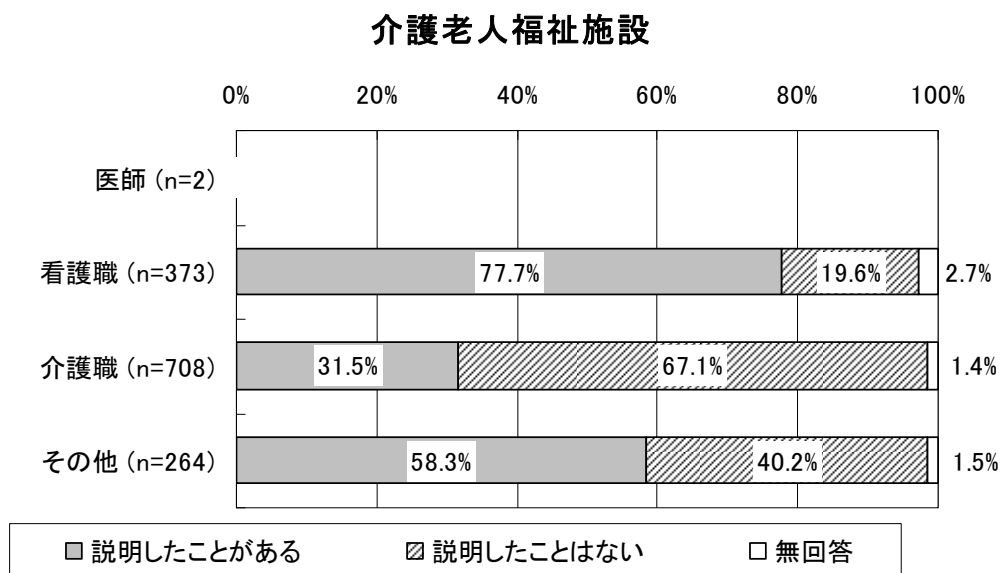


「終末期の状況を説明したことがある」と回答した職員の割合について見ると、いずれの施設区分別においても医師、看護職で高かった。介護職においても約1～4割の職員が説明したことがあると回答しており、特にグループホーム、訪問看護ステーションにおいて割合が高かった（図表2-2-20～図表2-2-25）。

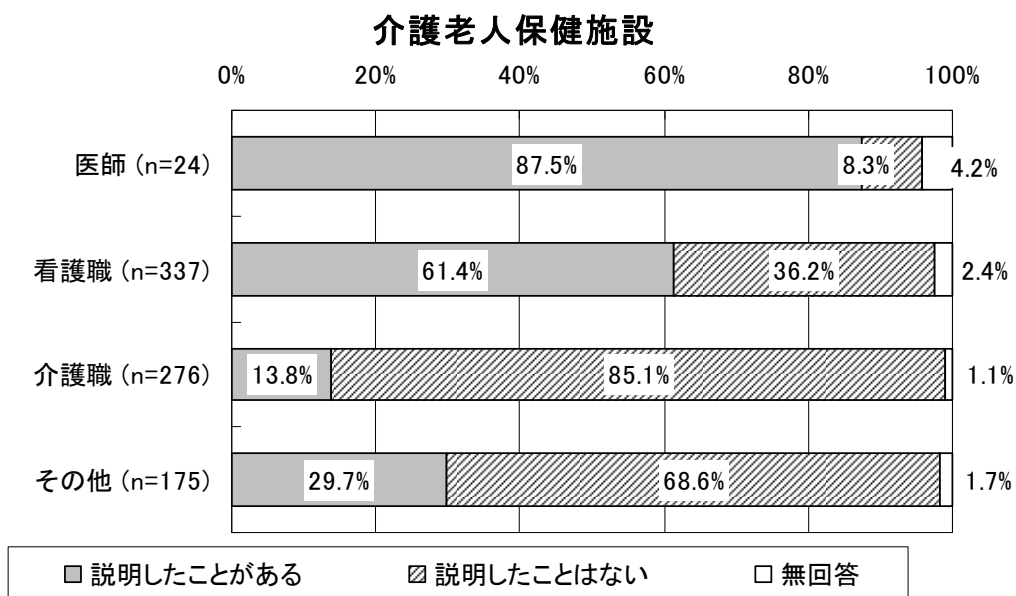
図表 2-2-20 終末期の状況を説明した経験の有無（職種別：病院）



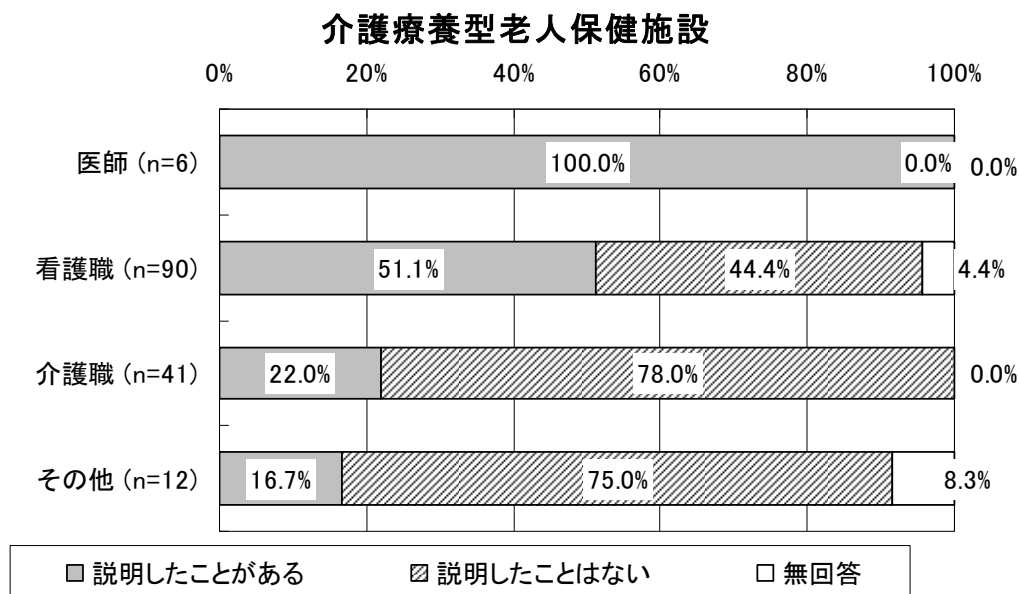
図表 2-2-21 終末期の状況を説明した経験の有無（職種別：介護老人福祉施設）



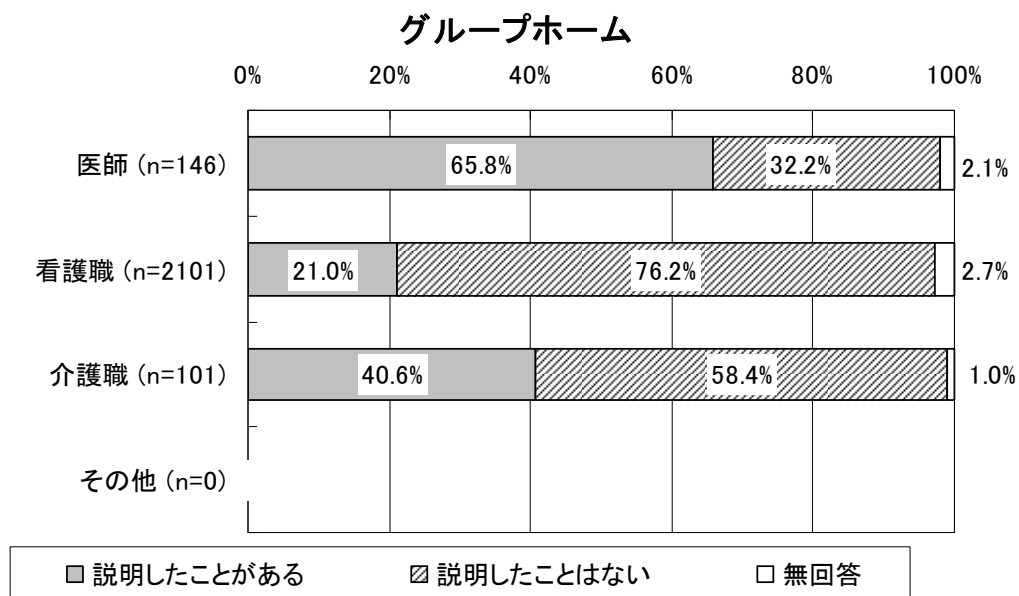
図表 2-2-22 終末期の状況を説明した経験の有無（職種別：介護老人保健施設）



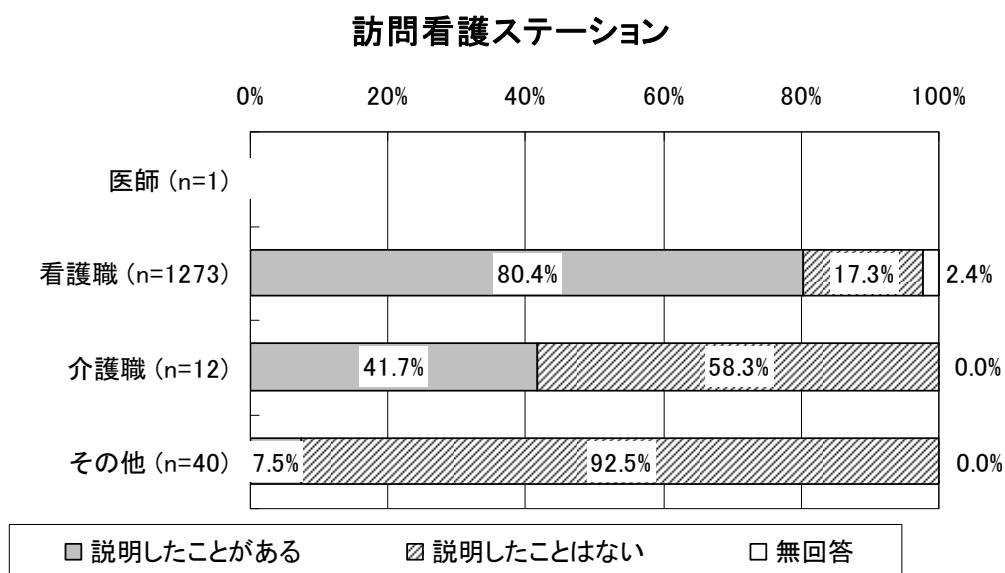
図表 2-2-23 終末期の状況を説明した経験の有無（職種別：介護療養型老健）



図表 2-2-24 終末期の状況を説明した経験の有無（職種別：グループホーム）

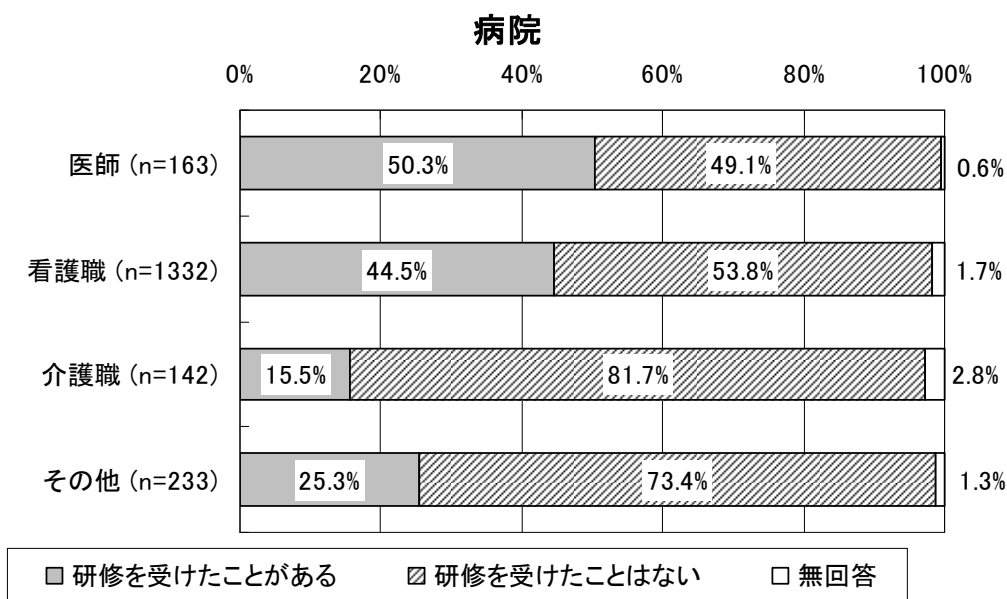


図表 2-2-25 終末期の状況を説明した経験の有無
 (職種別：訪問看護ステーション)

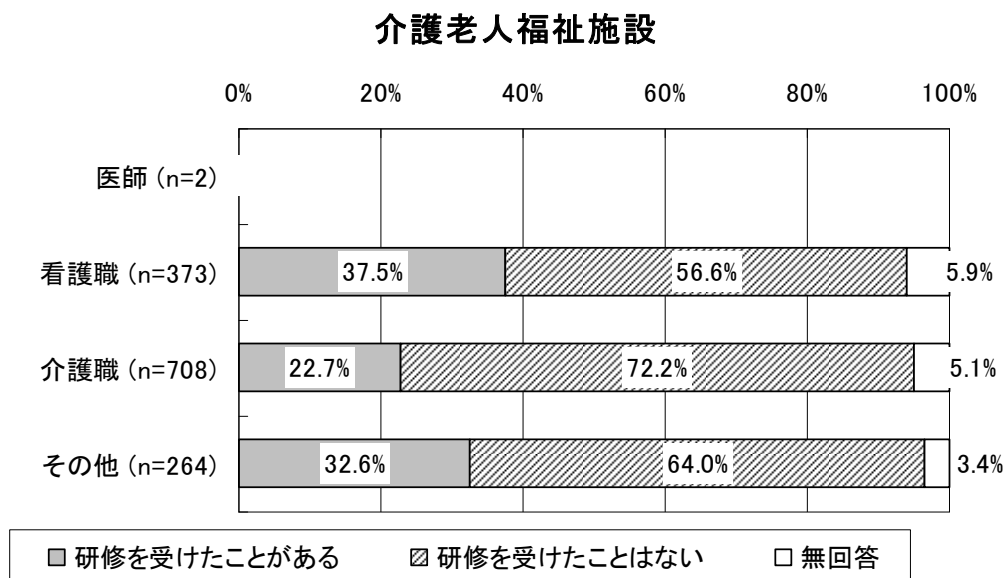


緩和ケアの研修を受けた経験の有無を見ると、病院及び介護療養型老人保健施設の医師、訪問看護ステーションの看護職は半数以上が研修を受けていたが、その他の職種は半数未満にとどまった（図表2-2-26～図表2-2-31）。

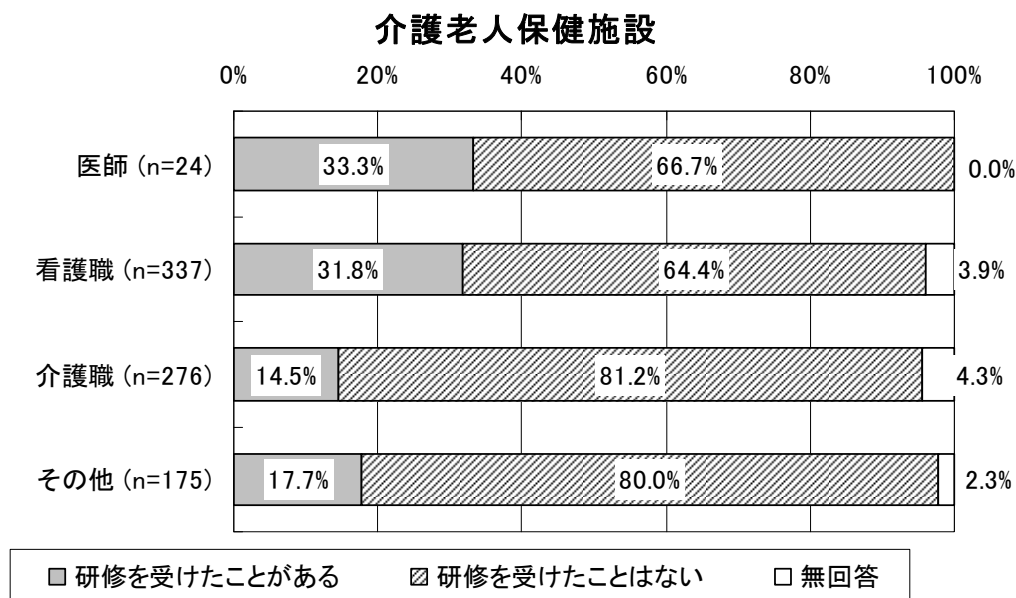
図表 2-2-26 緩和ケア研修を受けた経験の有無（職種別：病院）



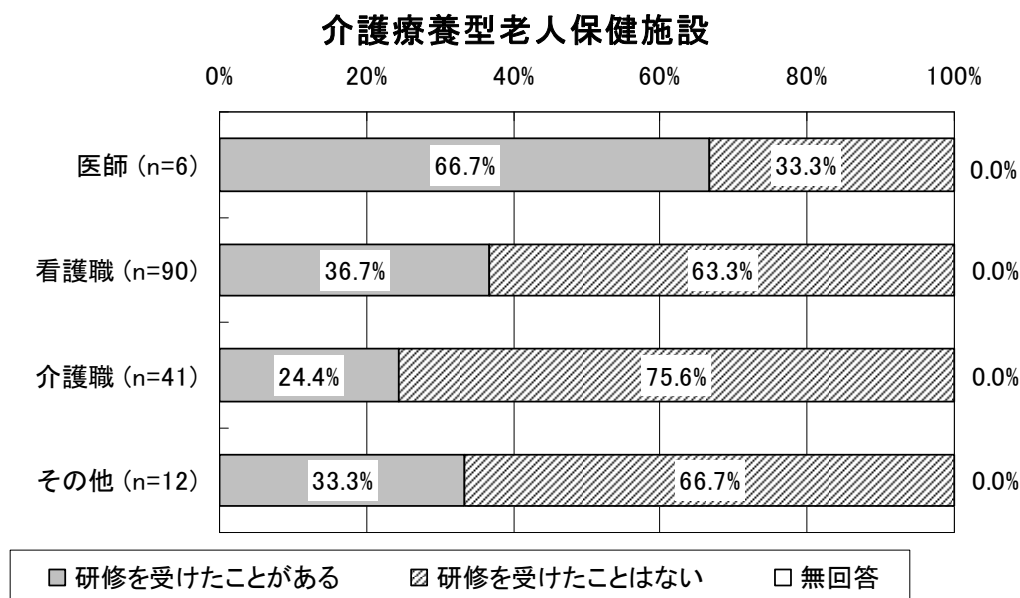
図表 2-2-27 緩和ケア研修を受けた経験の有無（職種別：介護老人福祉施設）



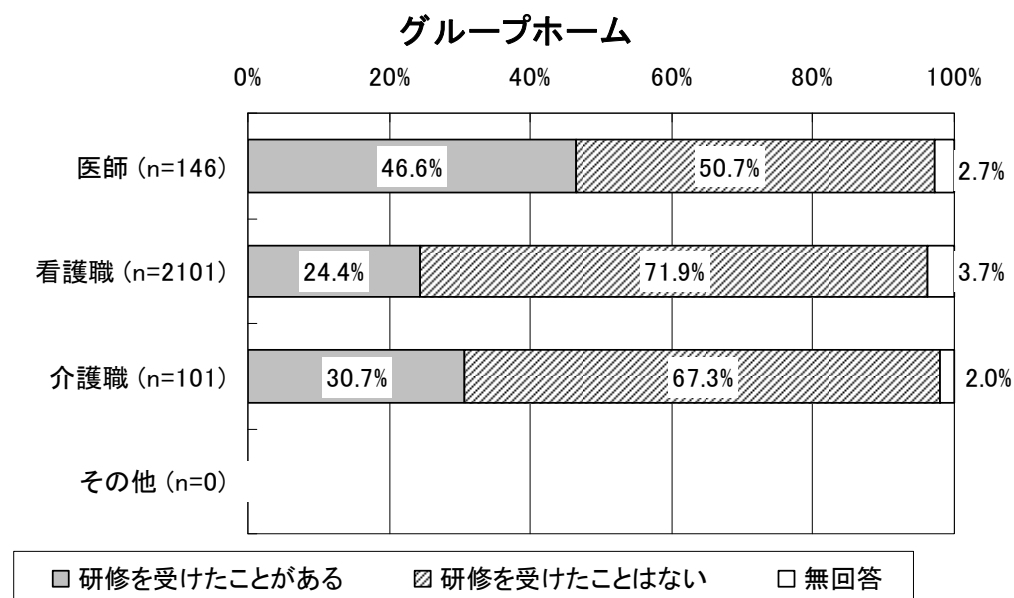
図表 2-2-28 緩和ケア研修を受けた経験の有無（職種別：介護老人保健施設）



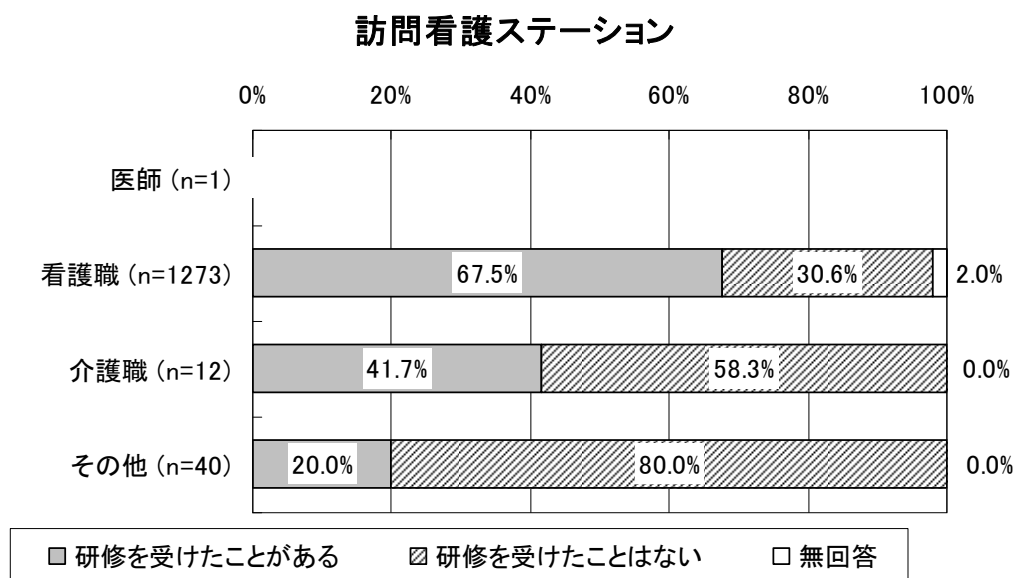
図表 2-2-29 緩和ケア研修を受けた経験の有無（職種別：介護療養型老健）



図表 2-2-30 緩和ケア研修を受けた経験の有無（職種別：グループホーム）

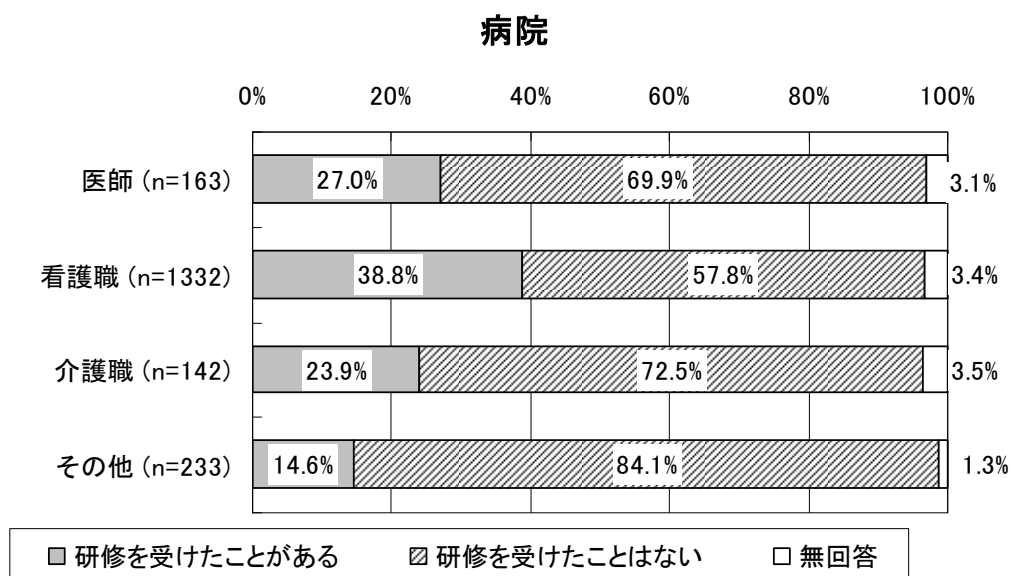


図表 2-2-31 緩和ケア研修を受けた経験の有無
 (職種別：訪問看護ステーション)

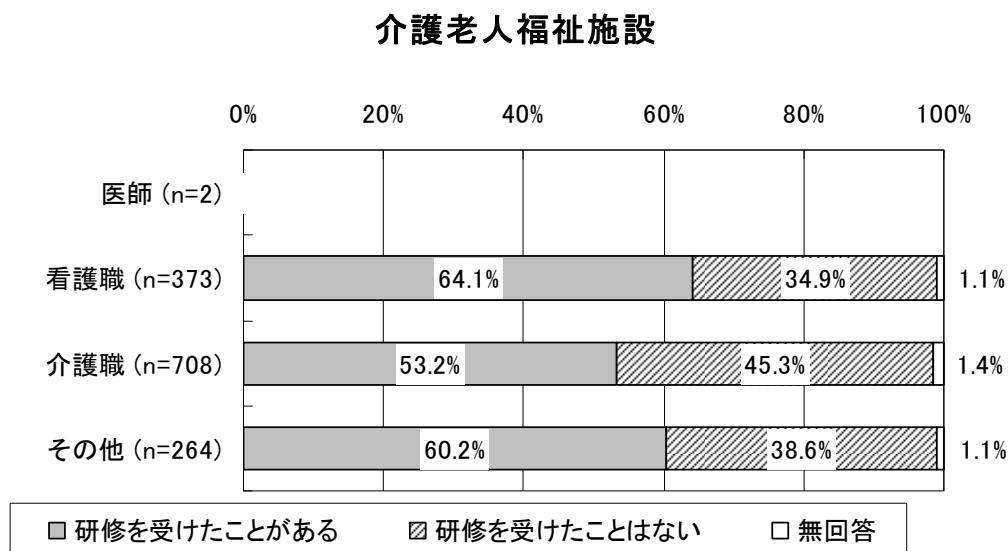


看取りの研修を受けた経験の有無を見ると、介護老人福祉施設においては、看護職、介護職ともに半数以上の職員が研修を受けていた（図表2-2-33）。また、訪問看護ステーションの看護職の57%が研修を受けていた（図表2-2-37）。それ以外の職種においては、研修を受けた職員の割合は約2～4割にとどまっていた（図表2-2-32～37）。

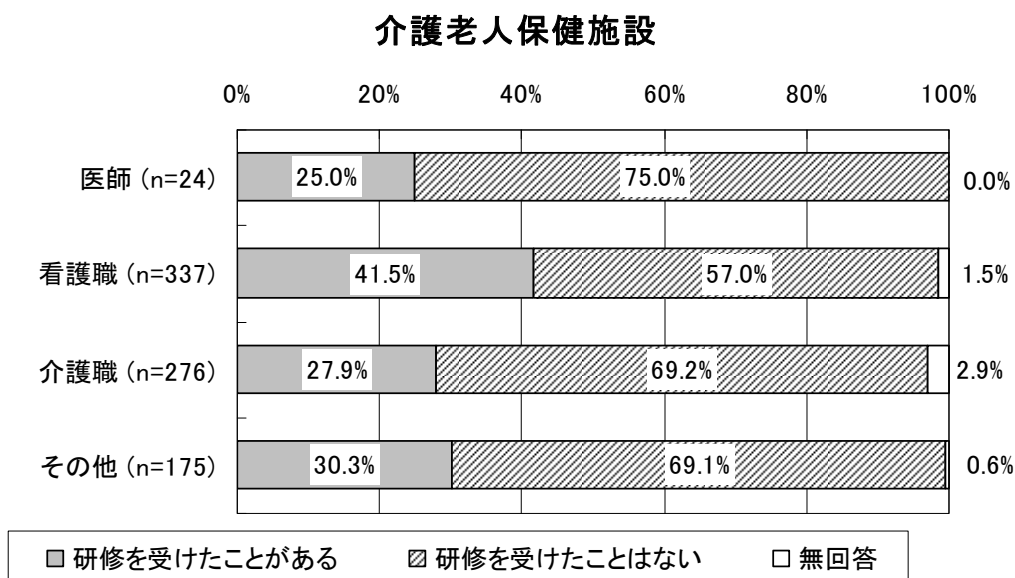
図表 2-2-32 看取りの研修を受けた経験の有無（職種別：病院）



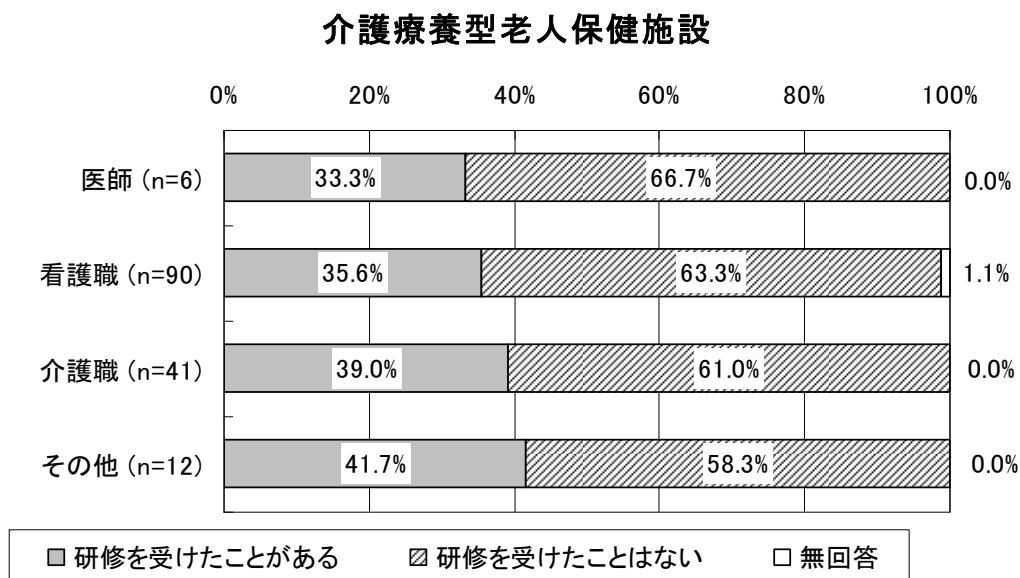
図表 2-2-33 看取りの研修を受けた経験の有無（職種別：介護老人福祉施設）



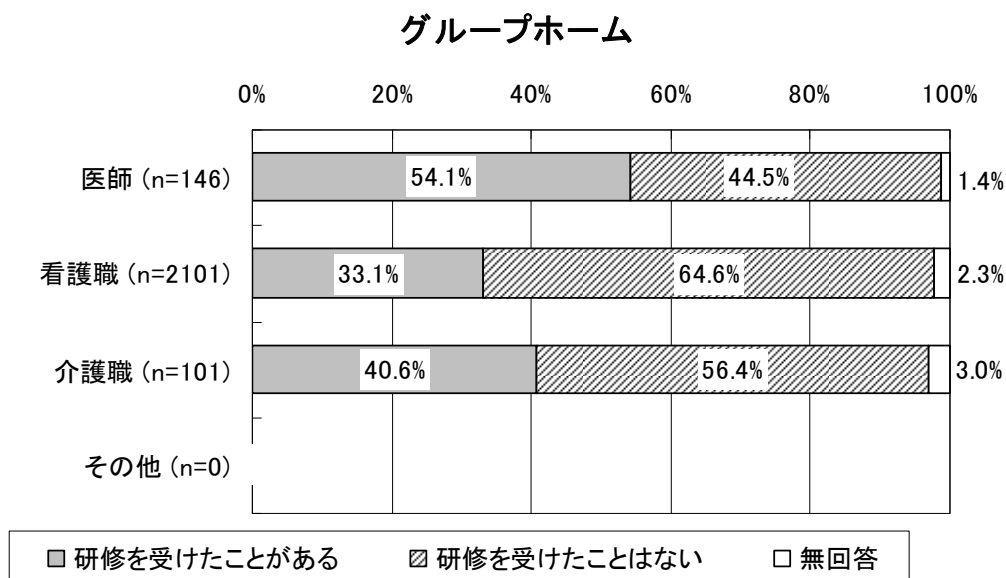
図表 2-2-34 看取りの研修を受けた経験の有無（職種別：介護老人保健施設）



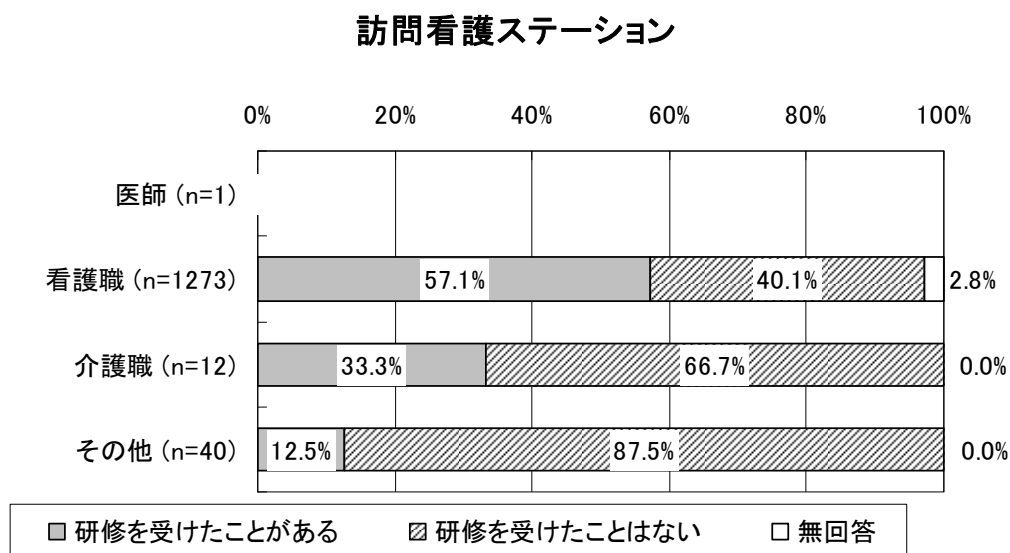
図表 2-2-35 看取りの研修を受けた経験の有無（職種別：介護療養型老健）



図表 2-2-36 看取りの研修を受けた経験の有無（職種別：グループホーム）

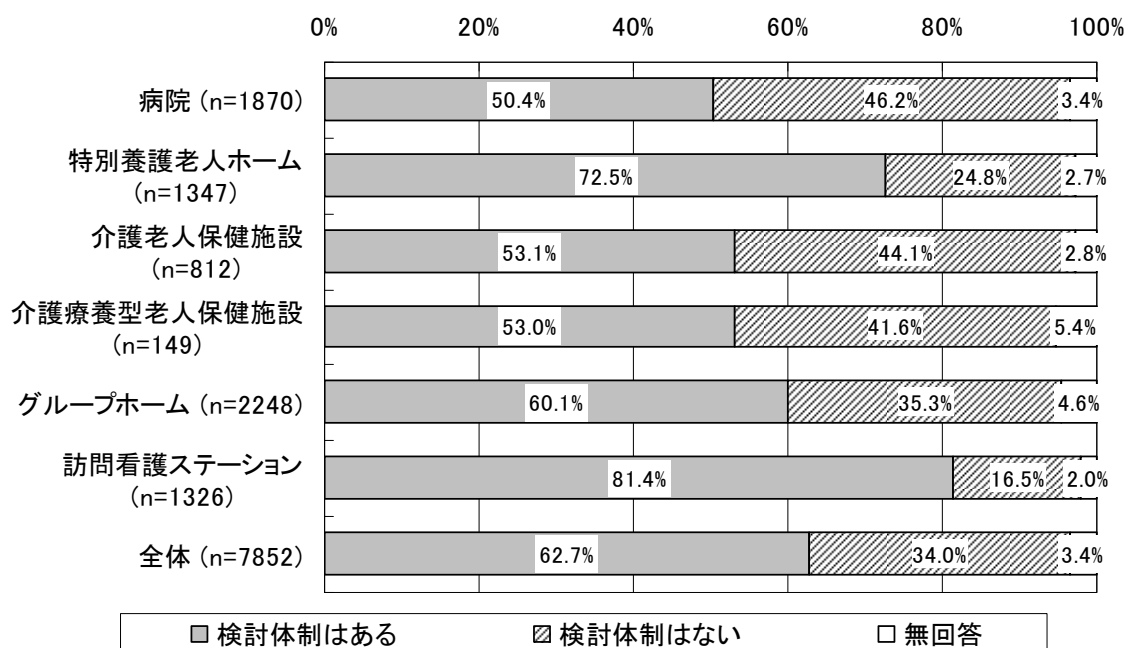


図表 2-2-37 看取りの研修を受けた経験の有無
 (職種別：訪問看護ステーション)



緩和ケア・看取りに関する委員会等での検討体制があると回答した職員は、病院で50%、介護老人福祉施設で73%、介護老人保健施設及び介護療養型老人保健施設で53%、グループホーム60%、訪問看護ステーションで81%であった（図表2-2-38）。

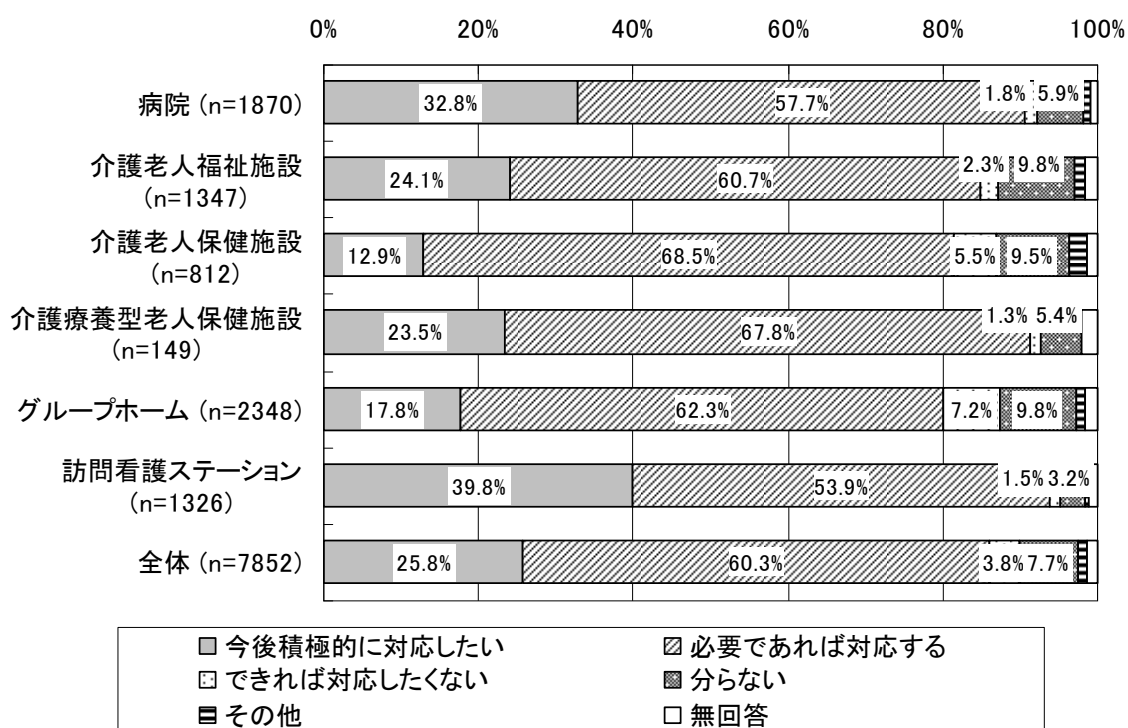
図表 2-2-38 緩和ケア・看取りに関する委員会等での検討体制の有無



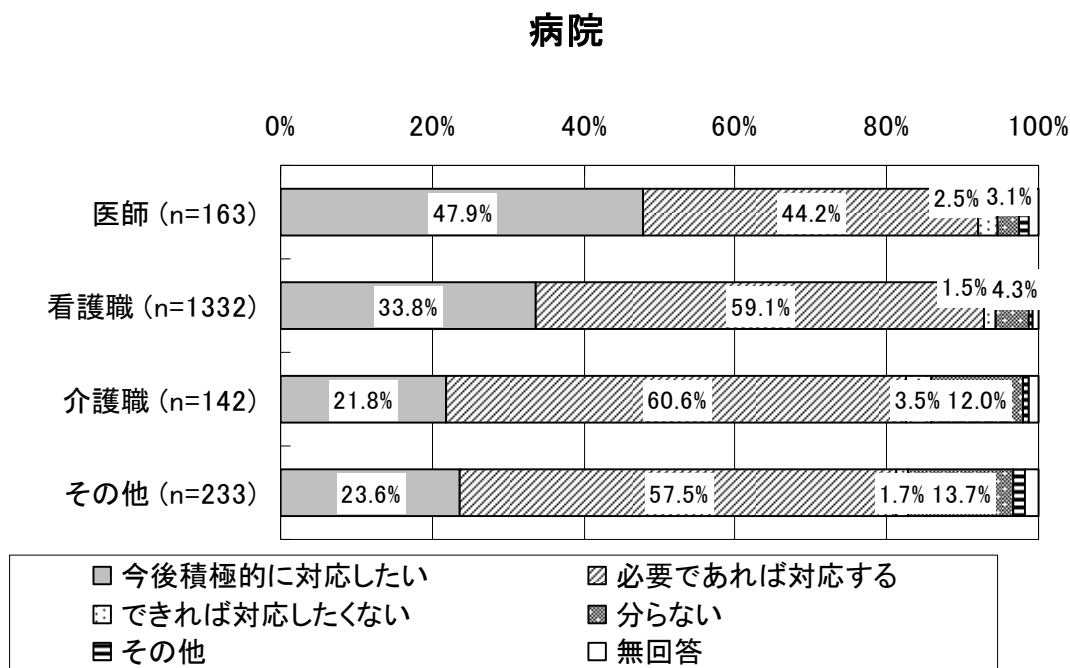
今後の緩和ケアへの対応について意向を聞いたところ、「積極的に対応したい」と回答した職員の割合は、訪問看護ステーション 40%から介護老人保険施設 13%とばらつきがみられたが、「必要であれば対応する」まで含めると約8～9割にのぼった（図表 2-2-39）。

職種別に見ると、病院や介護療養型老人保健施設の医師は特に「積極的に対応したい」と回答したものの割合が高かった（図表 2-2-40～図表 2-2-45）。

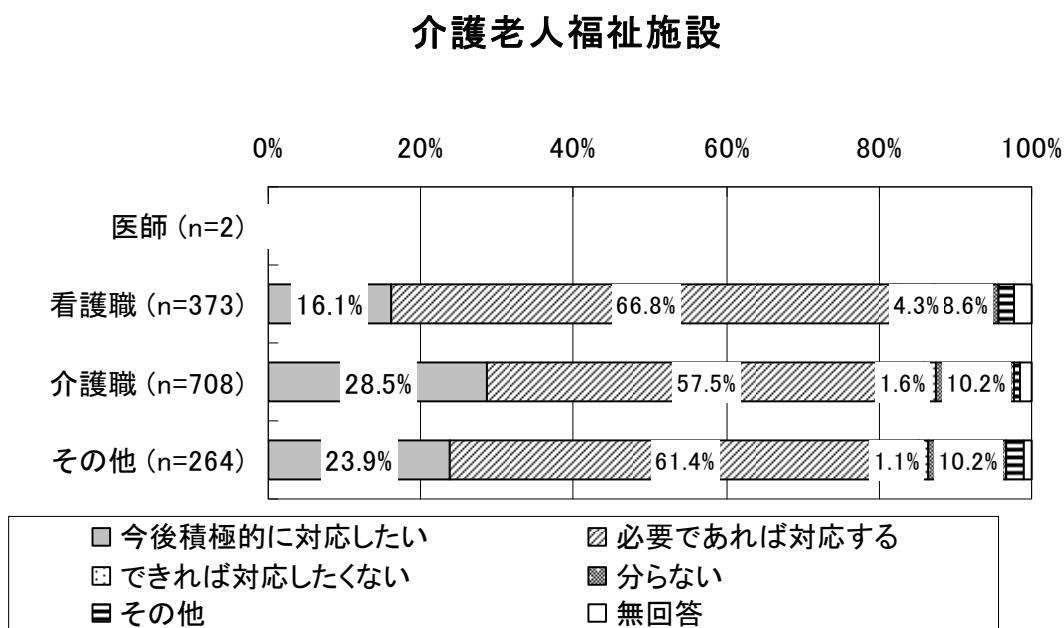
図表 2-2-39 今後の緩和ケアへの対応に関する意識



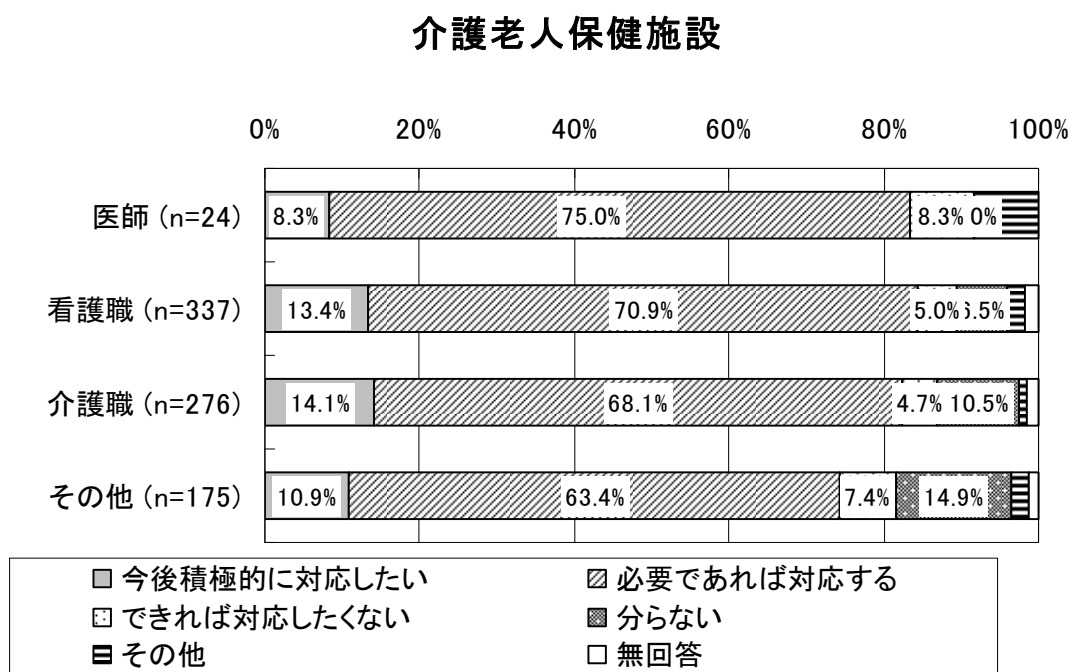
図表 2-2-40 今後の緩和ケアへの対応に関する意識（職種別：病院）



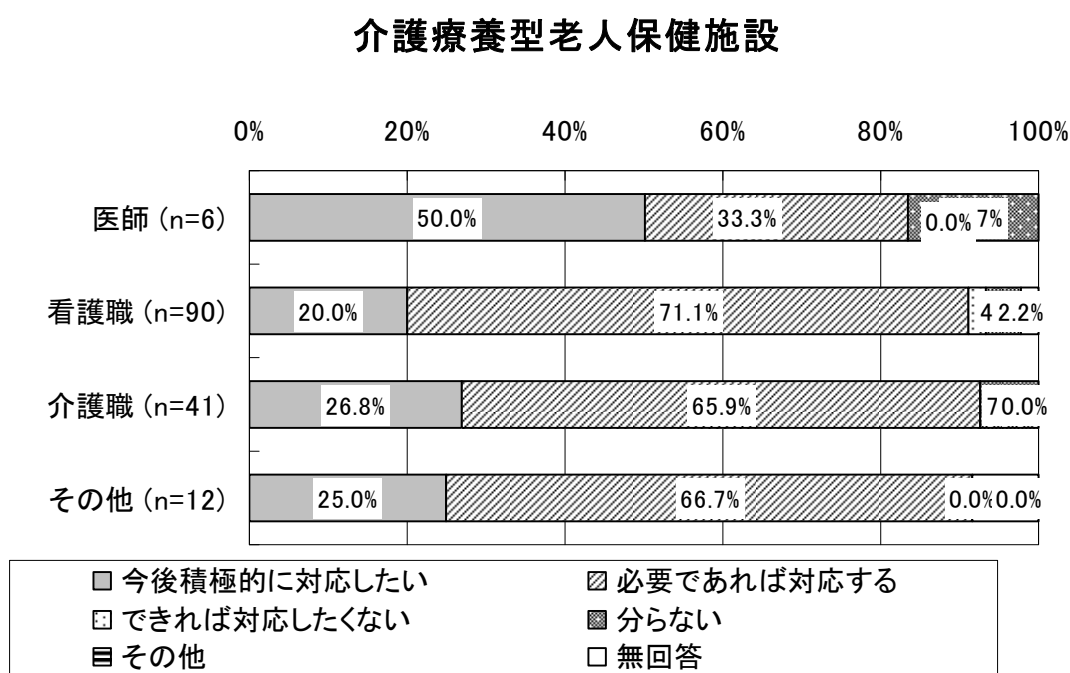
図表 2-2-41 今後の緩和ケアへの対応に関する意識（職種別：介護老人福祉施設）



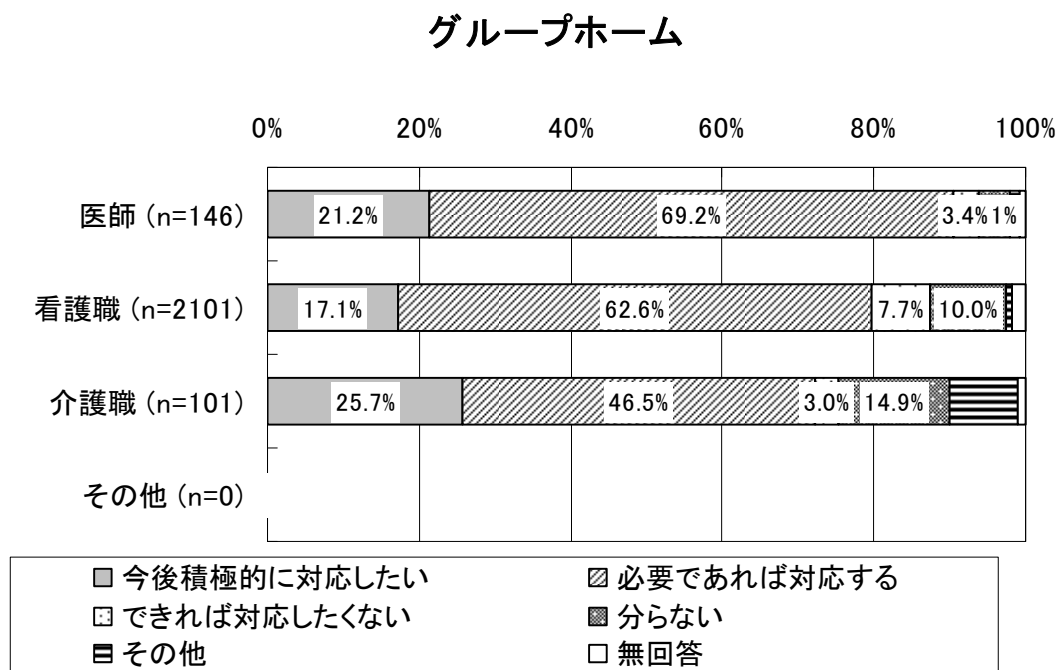
図表 2-2-42 今後の緩和ケアへの対応に関する意識
 (職種別：介護老人保健施設)



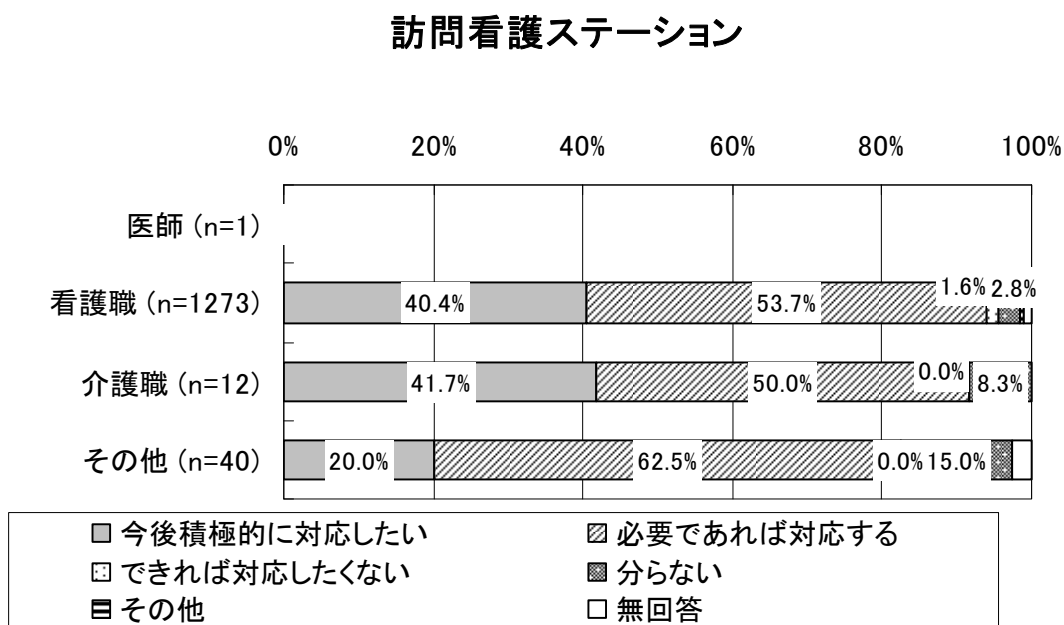
図表 2-2-43 今後の緩和ケアへの対応に関する意識 (職種別：介護療養型老健)



図表 2-2-44 今後の緩和ケアへの対応に関する意識（職種別：グループホーム）



図表 2-2-45 今後の緩和ケアへの対応に関する意識（職種別：訪問看護ステーション）

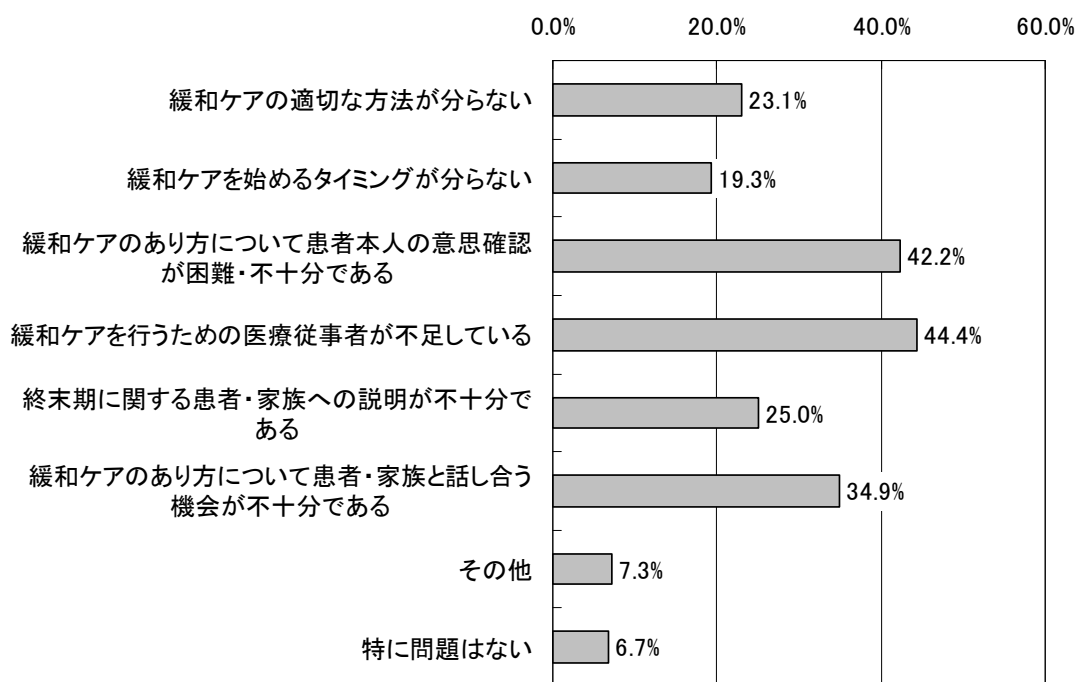


緩和ケアを行うにあたっての問題点を見ると、いずれの施設区分別においても「緩和ケアのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である」「緩和ケアを行うための医療従事者が不足している」が上位に挙げられた（図表 2-2-46～図表 2-2-51）。

職種別にみると、介護職において「緩和ケアの適切な方法が分からない」と回答するものが多い傾向が見られた（図表 2-2-52～図表 2-2-57）。

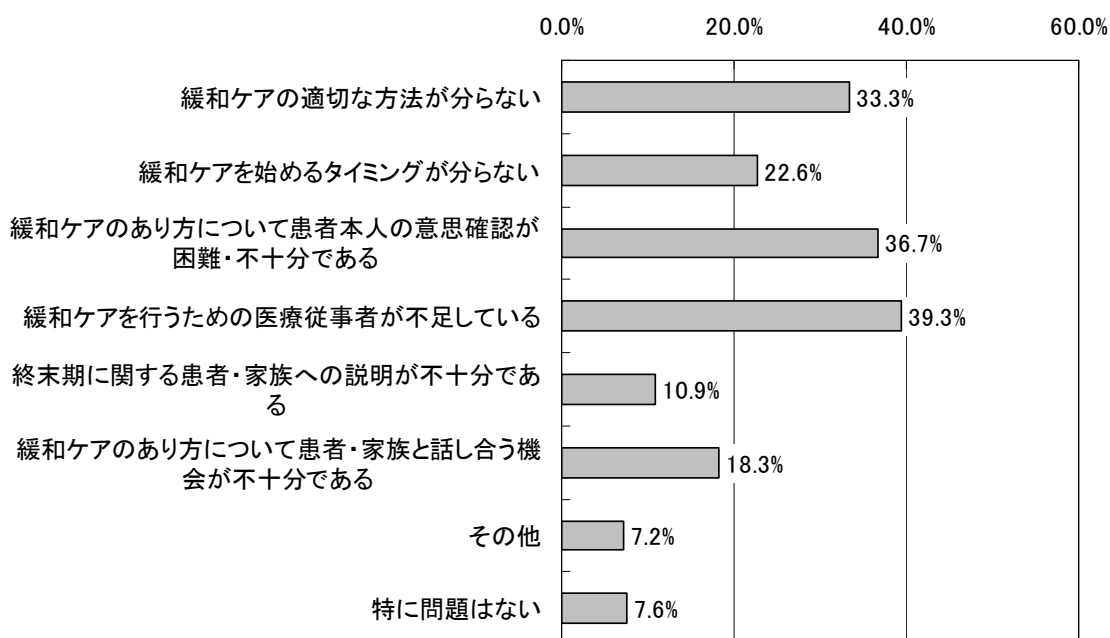
図表 2-2-46 緩和ケアを行うにあたっての問題（病院）

病院(n=1870)



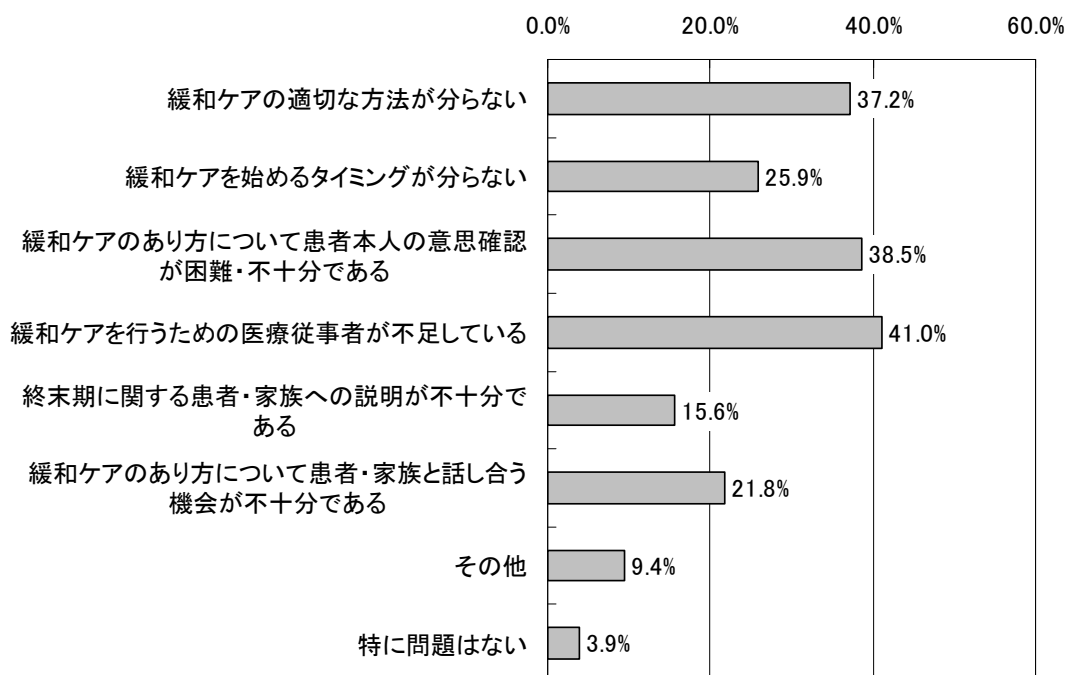
図表 2-2-47 緩和ケアを行うにあたっての問題（介護老人福祉施設）

介護老人福祉施設 (n=1347)



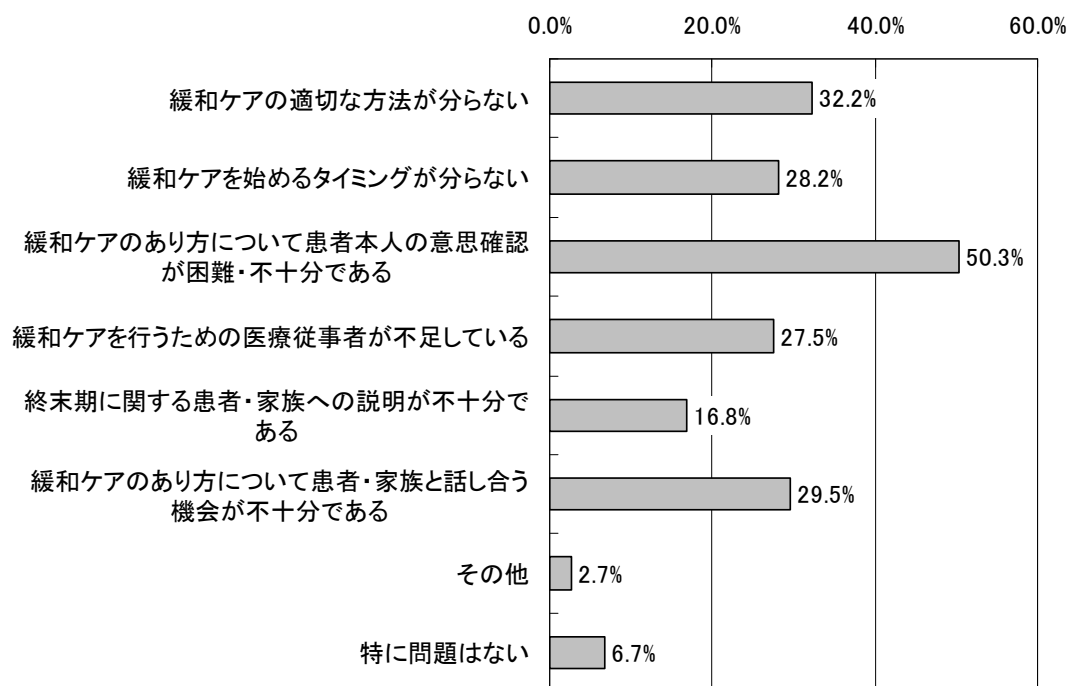
図表 2-2-48 緩和ケアを行うにあたっての問題（介護老人保健施設）

介護老人保健施設 (n=812)



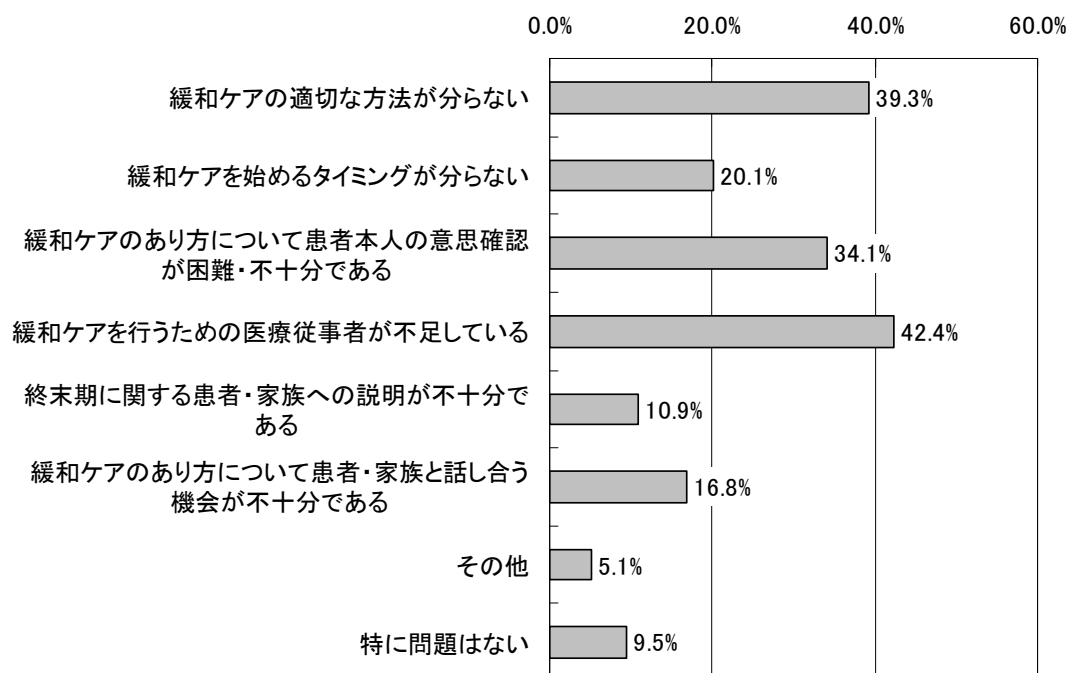
図表 2-2-49 緩和ケアを行うにあたっての問題（介護療養型老健）

介護療養型老人保健施設 (n=149)



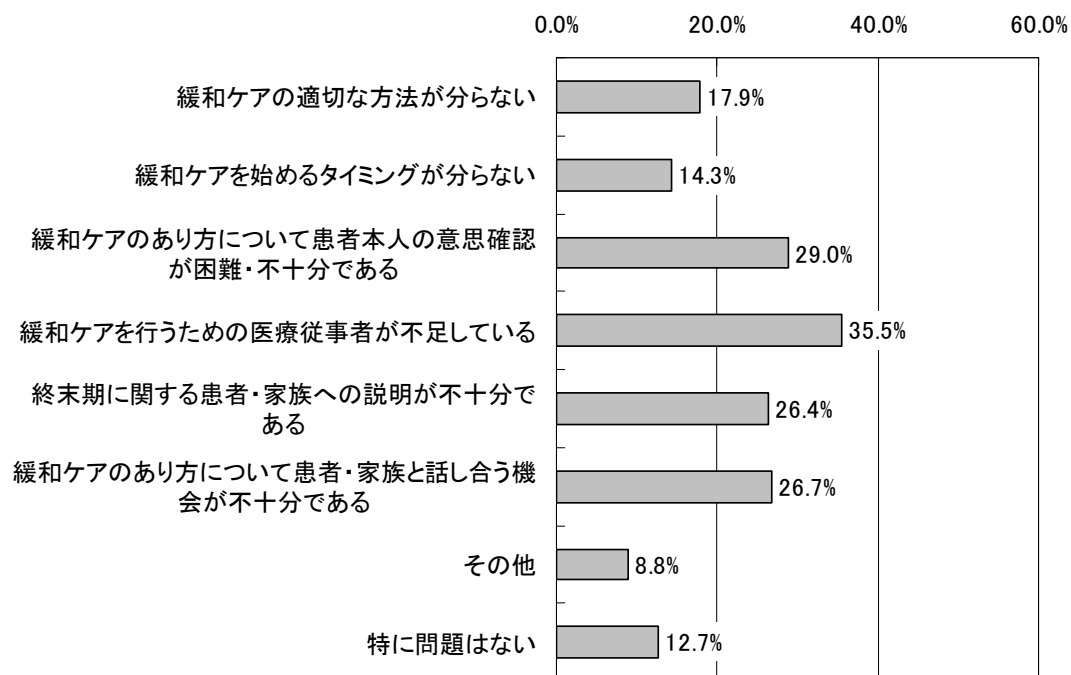
図表 2-2-50 緩和ケアを行うにあたっての問題（グループホーム）

グループホーム (n=2348)

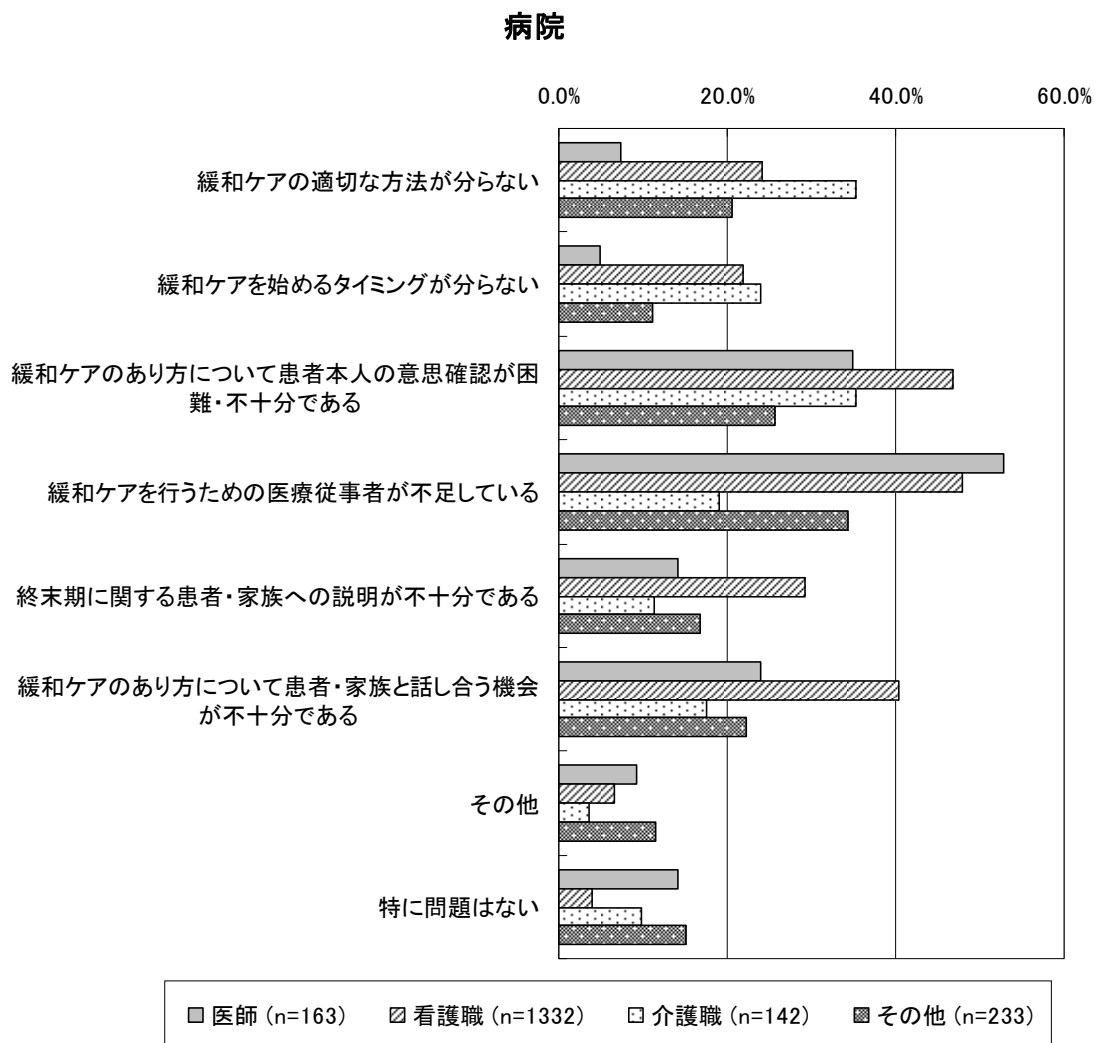


図表 2-2-51 緩和ケアを行うにあたっての問題（訪問看護ステーション）

訪問看護ステーション(n=1326)

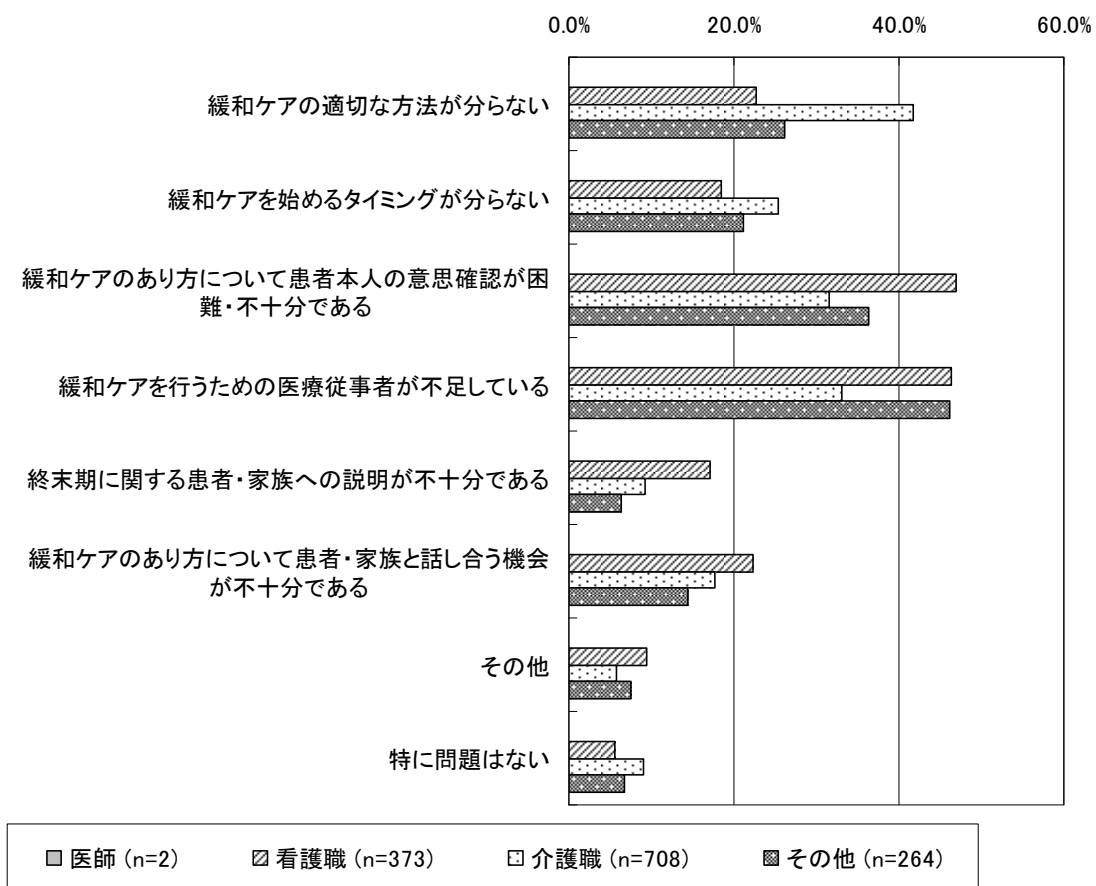


図表 2-2-52 緩和ケアを行うにあたっての問題（職種別：病院）



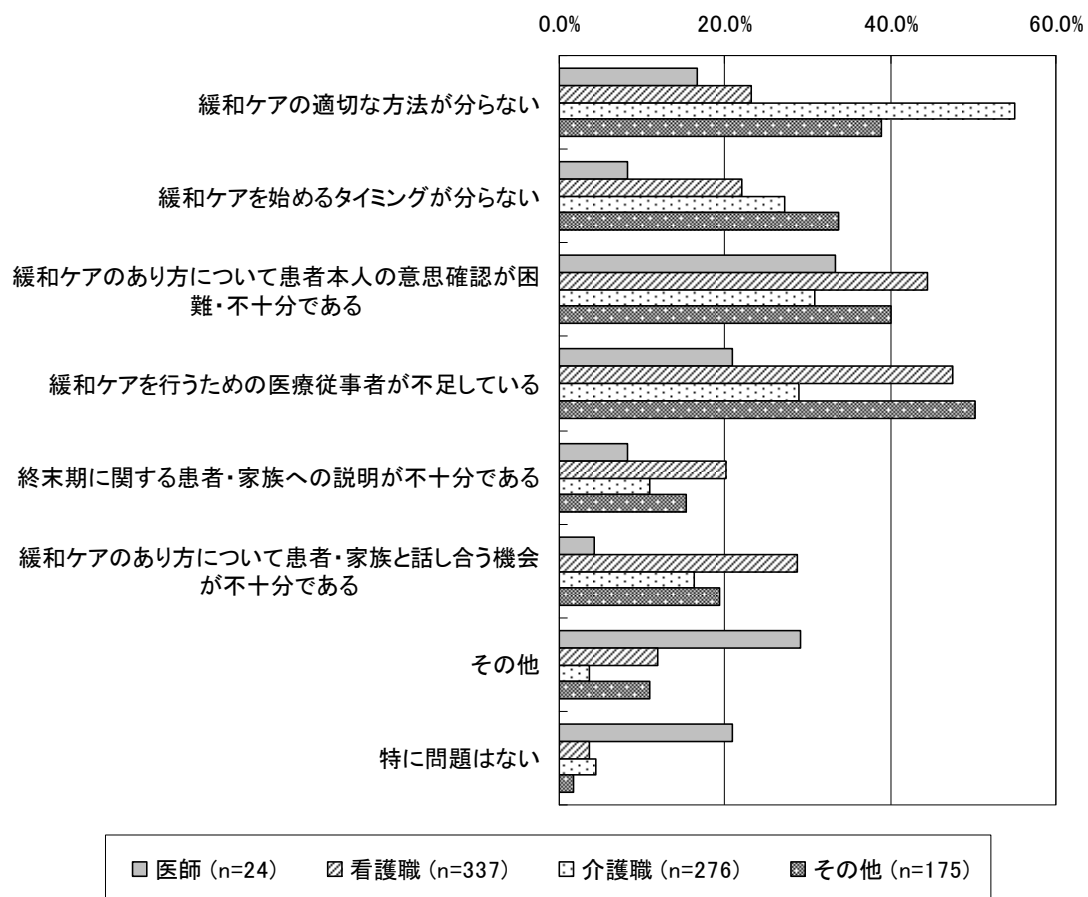
図表 2-2-53 緩和ケアを行うにあたっての問題（職種別：介護老人福祉施設）

介護老人福祉施設

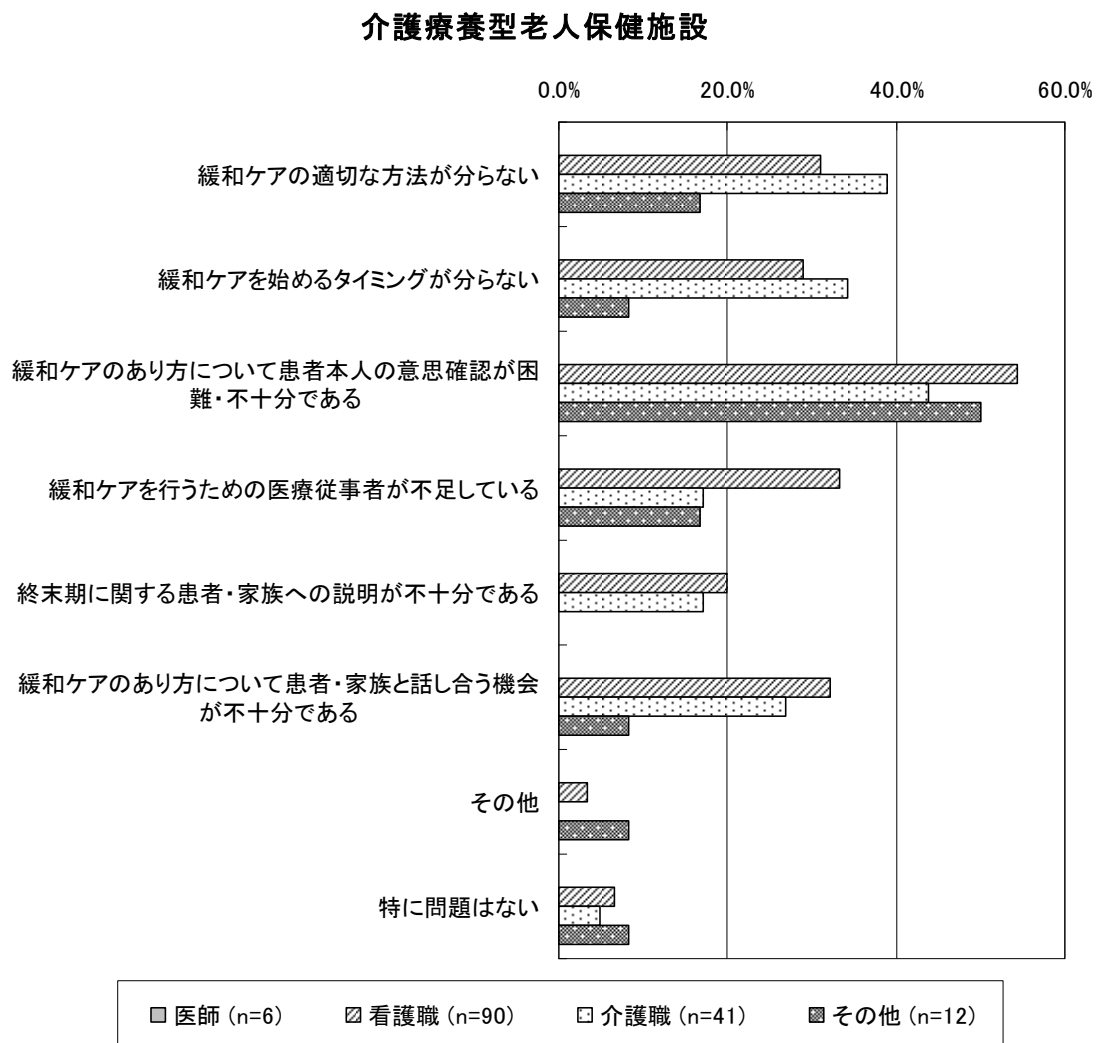


図表 2-2-54 緩和ケアを行うにあたっての問題（職種別：介護老人保健施設）

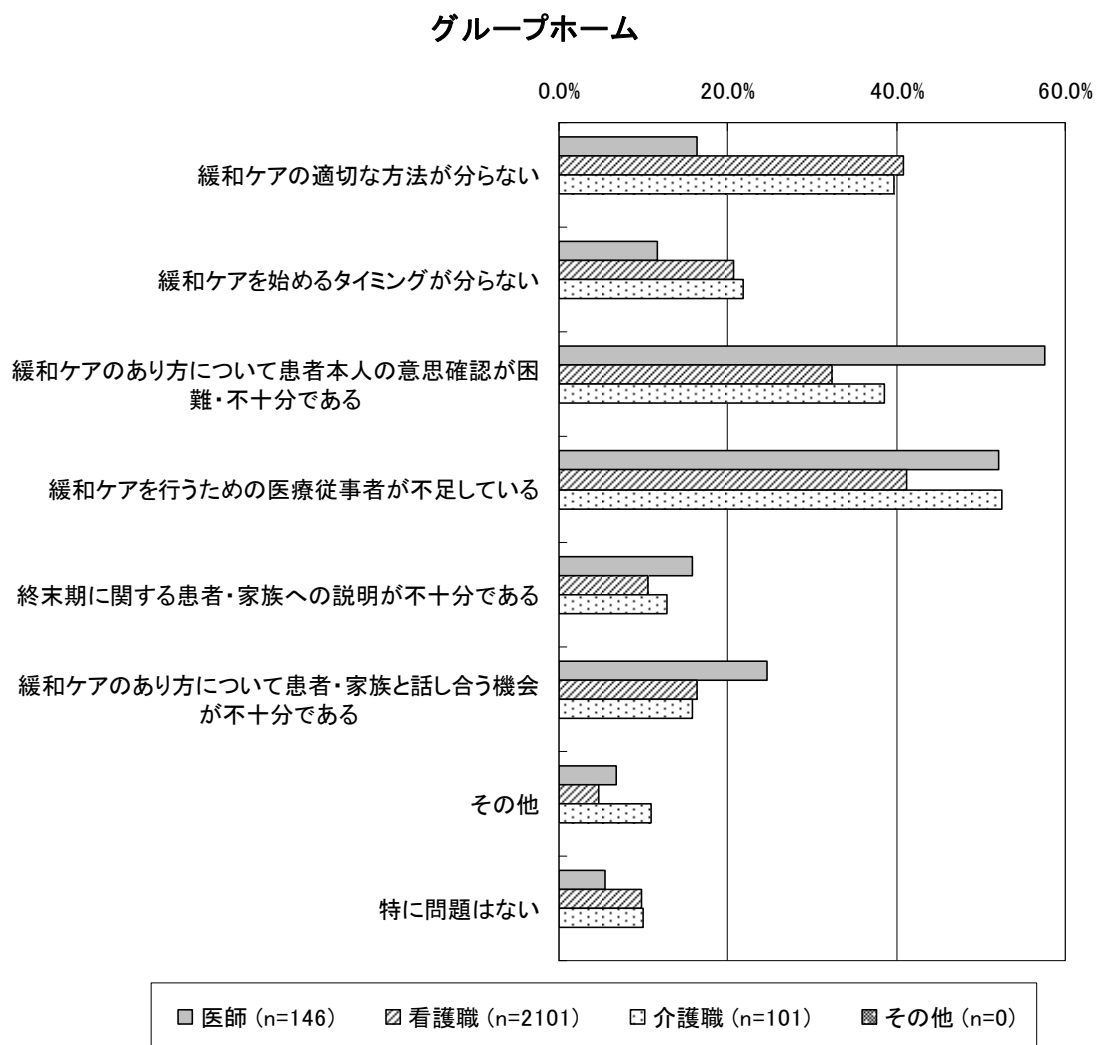
介護老人保健施設



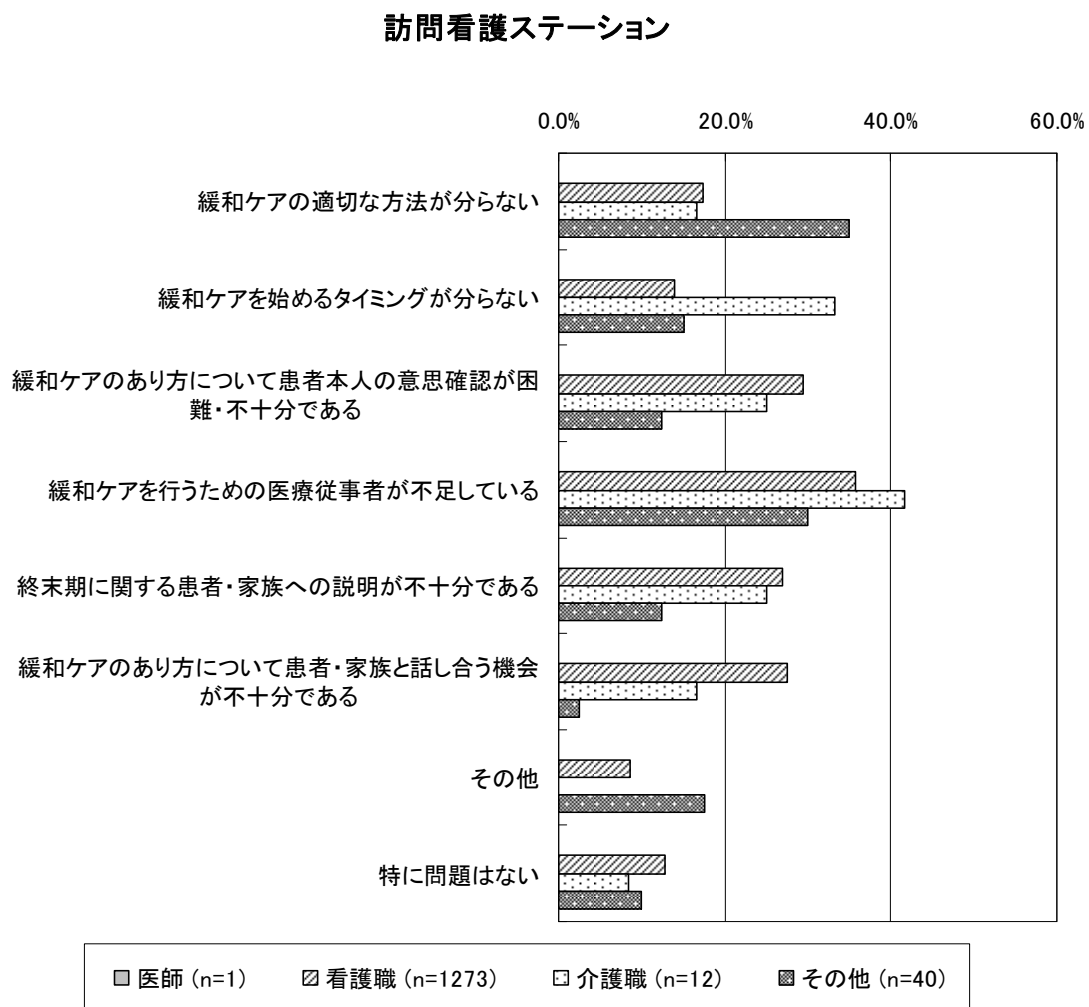
図表 2-2-55 緩和ケアを行うにあたっての問題（職種別：介護療養型老健）



図表 2-2-56 緩和ケアを行うにあたっての問題（職種別：グループホーム）

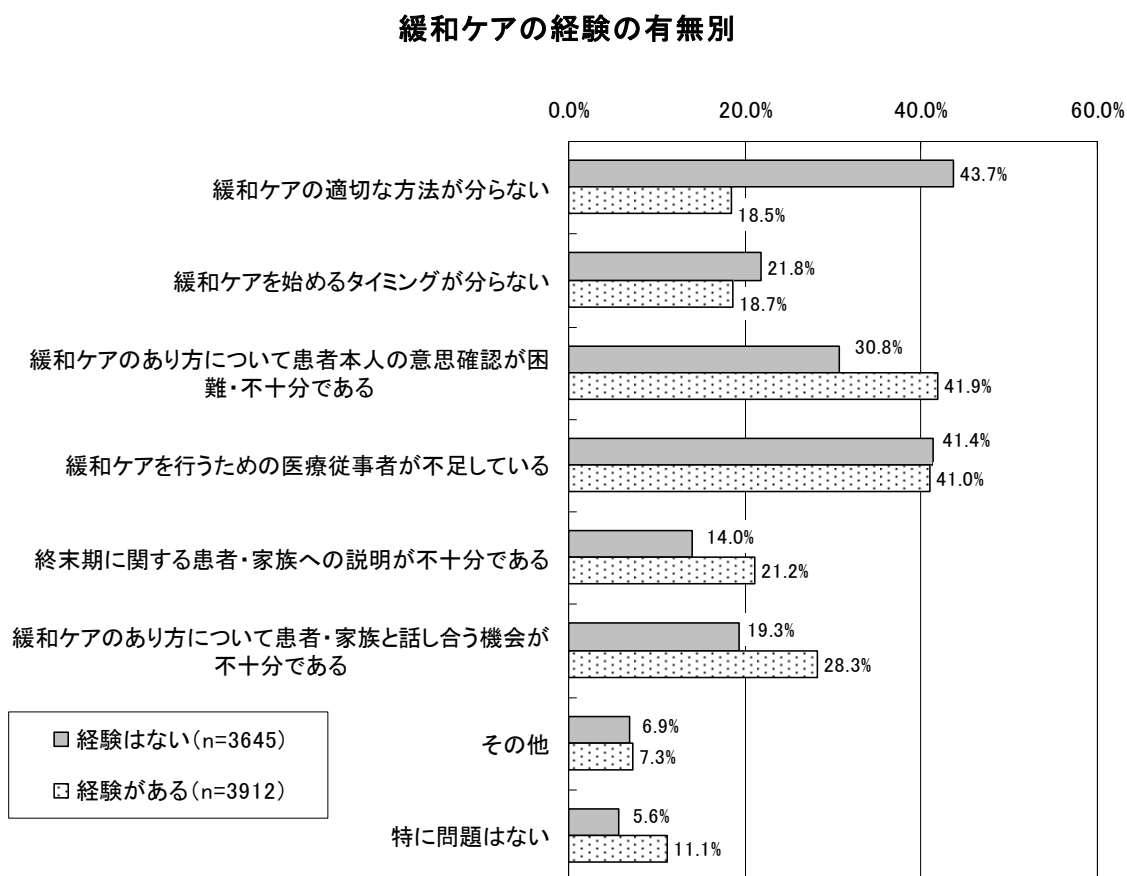


図表 2-2-57 緩和ケアを行うにあたっての問題（職種別：訪問看護ステーション）



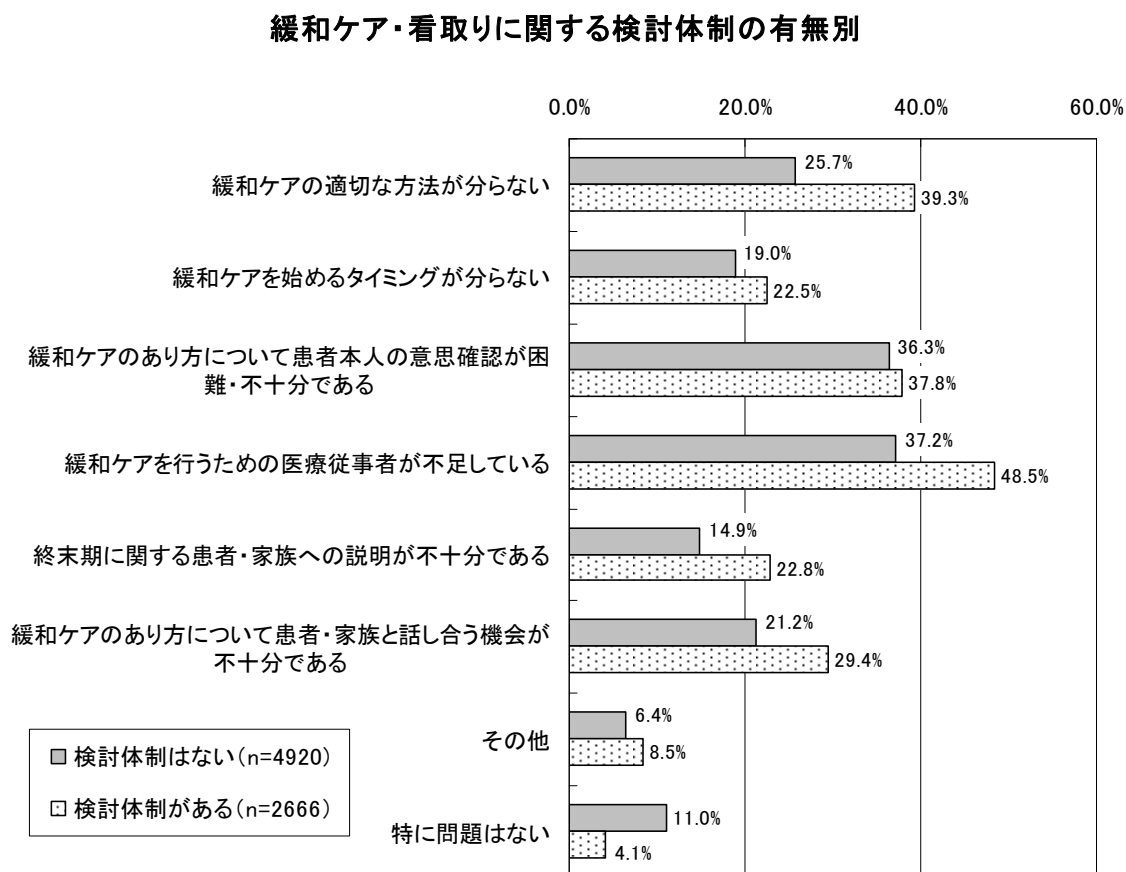
緩和ケアの経験の有無によって、緩和ケアを行うにあたっての問題点が異なるかどうかを確認した。その結果、「緩和ケアの適切な方法が分からない」を選択した職員の割合は、緩和ケアの経験がある職員で 19%である一方、経験のない職員では 44%であった。また、「緩和ケアのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である」を選択した職員の割合は、経験のある職員で 40%と、経験のない職員 31%よりも高かった。また、経験の有無に関わらず、「緩和ケアを行うための医療従事者が不足している」ことは上位に挙げられた（図表 2-2-58）。

図表 2-2-58 緩和ケアを行うにあたっての問題（緩和ケア経験の有無別）



緩和ケア・看取りに関する検討体制の有無によって、緩和ケアを行うにあたっての問題点が異なるかどうかを確認した。その結果、概ねいずれの項目についても、職員の割合は、検討体制がある施設の職員のほうが、ない施設の職員よりも多かった（図表 2-2-59）。

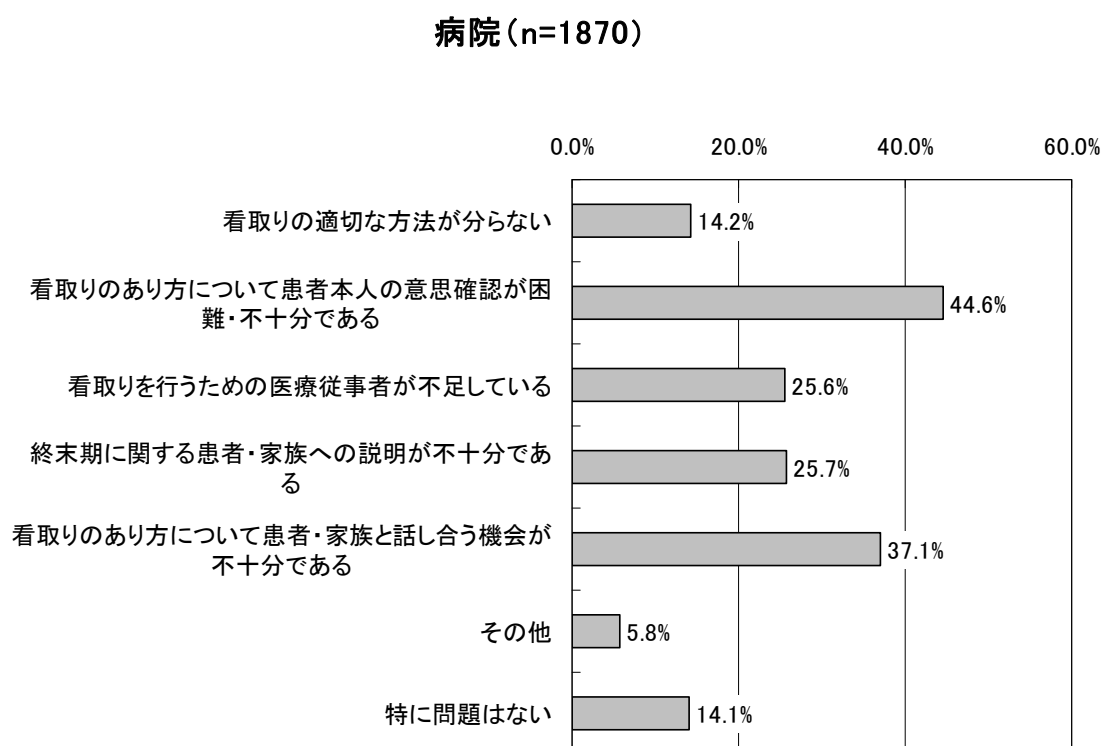
図表 2-2-59 緩和ケアを行うにあたっての問題（検討体制の有無別）



看取りを行うにあたっての問題点を見ると、いずれの施設区分別においても「看取りのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である」が上位に挙げられた（図表 2-2-60～図表 2-2-65）。

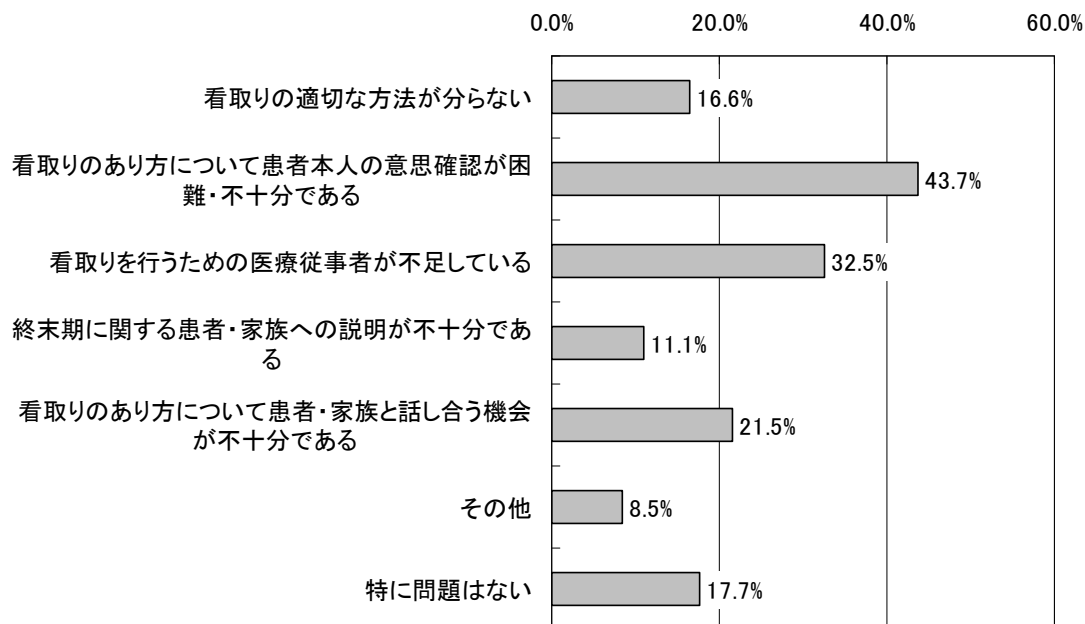
職種別にみると、介護老人保健施設の介護職で、「看取りの適切な方法が分からない」を挙げる職員が 41%と他職種に比較して高かった（図表 2-2-66～図表 2-2-71）。

図表 2-2-60 看取りを行うにあたっての問題（病院）



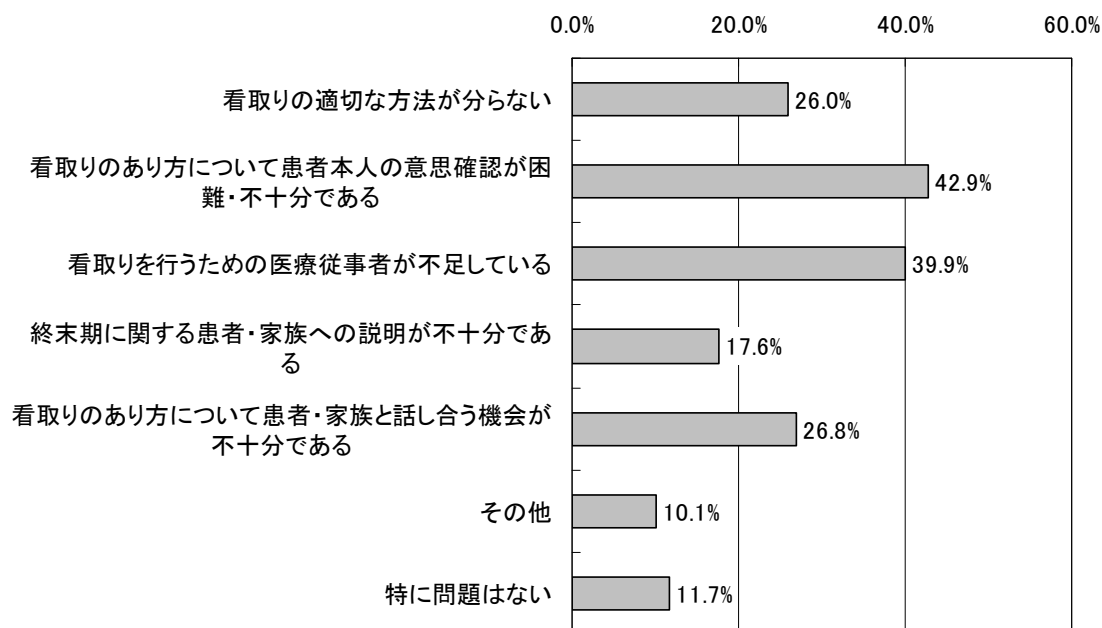
図表 2-2-61 看取りを行うにあたっての問題（介護老人福祉施設）

介護老人福祉施設(n=1347)



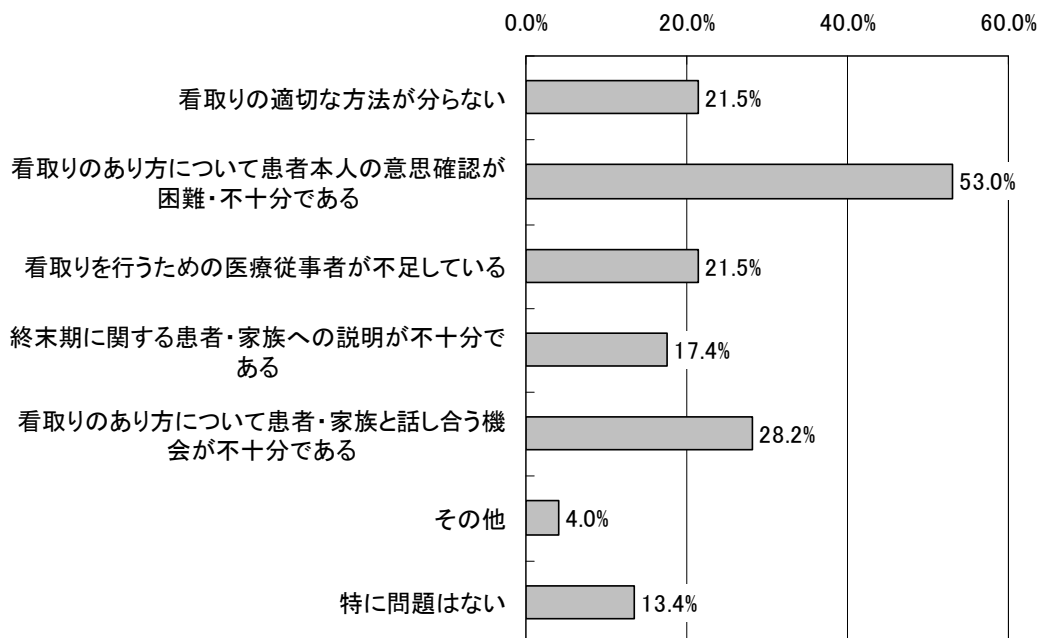
図表 2-2-62 看取りを行うにあたっての問題（介護老人保健施設）

介護老人保健施設(n=812)



図表 2-2-63 看取りを行うにあたっての問題（介護療養型老健）

介護療養型老人保健施設 (n=149)



図表 2-2-64 看取りを行うにあたっての問題（グループホーム）

グループホーム (n=2348)

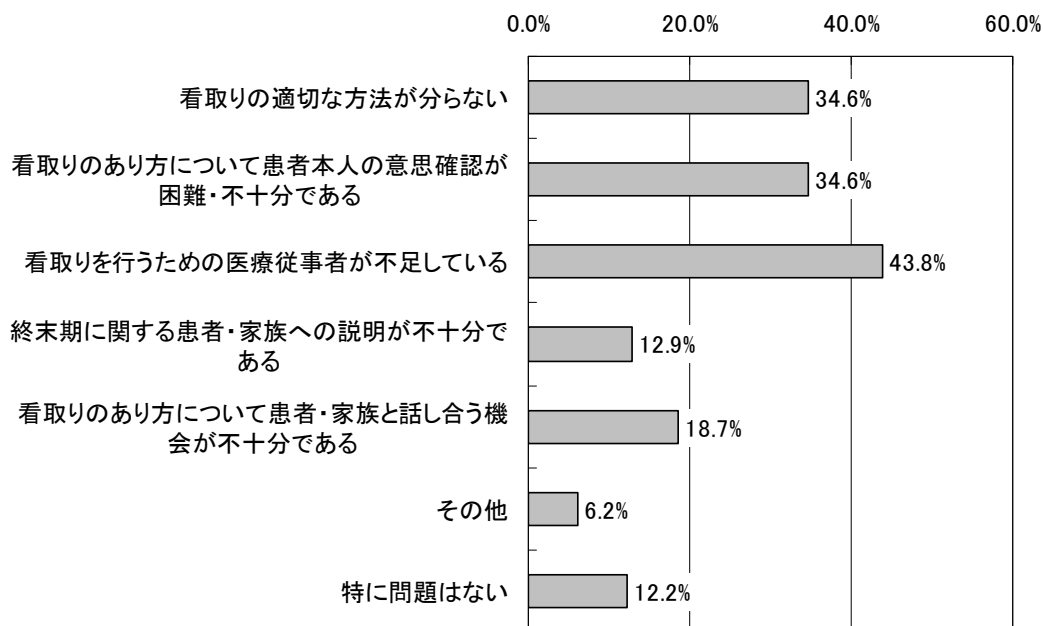
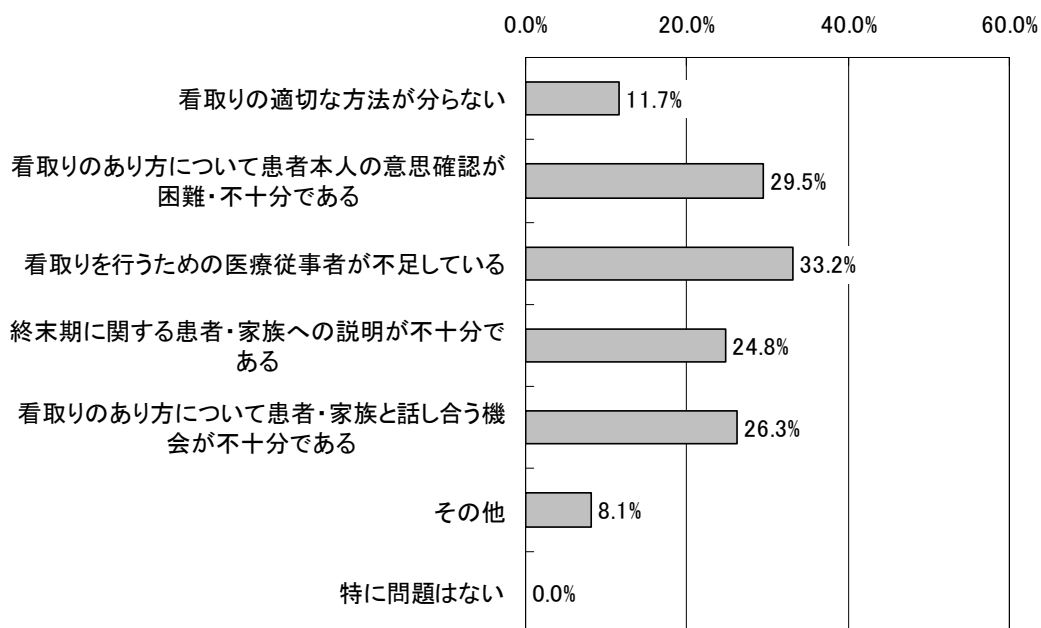
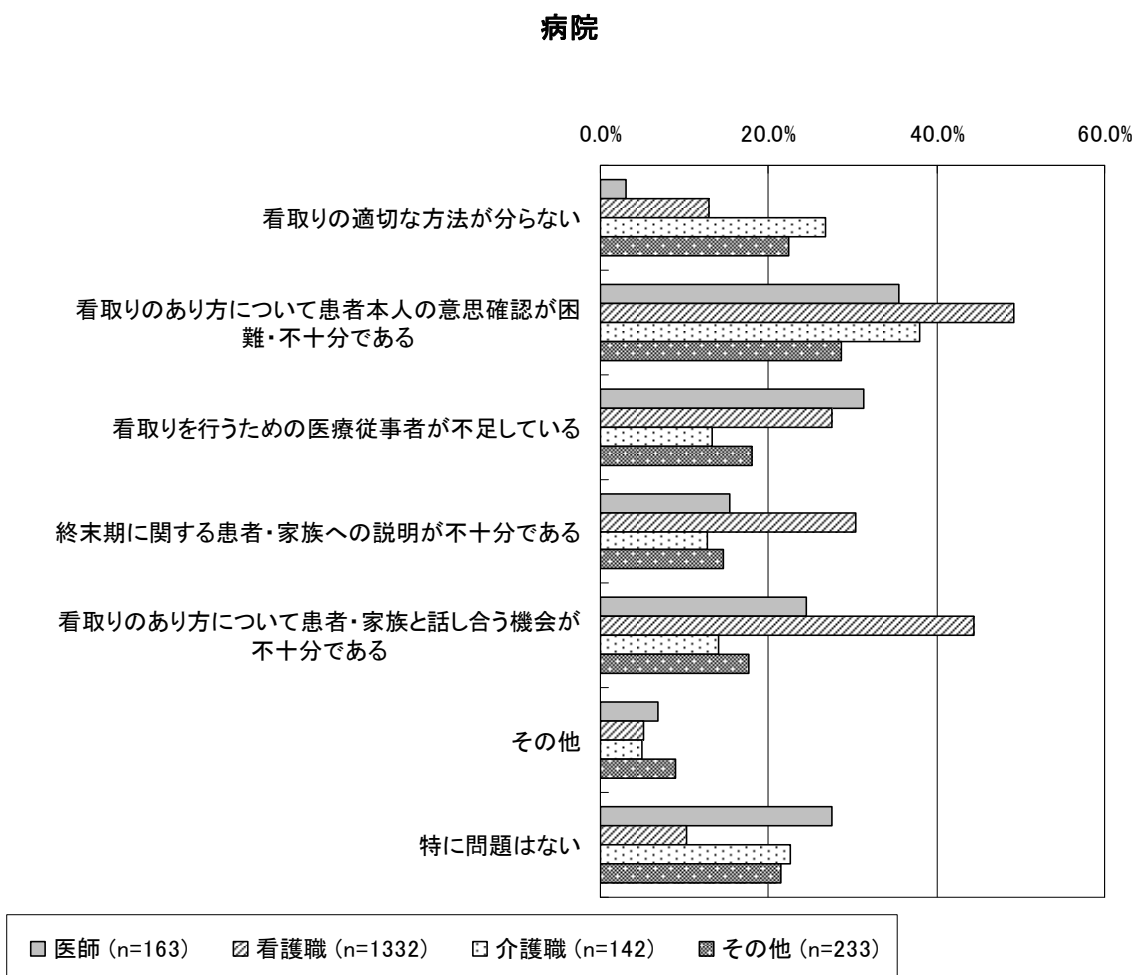


表 2-2-65 看取りを行うにあたっての問題（訪問看護ステーション）

訪問看護ステーション(n=1326)

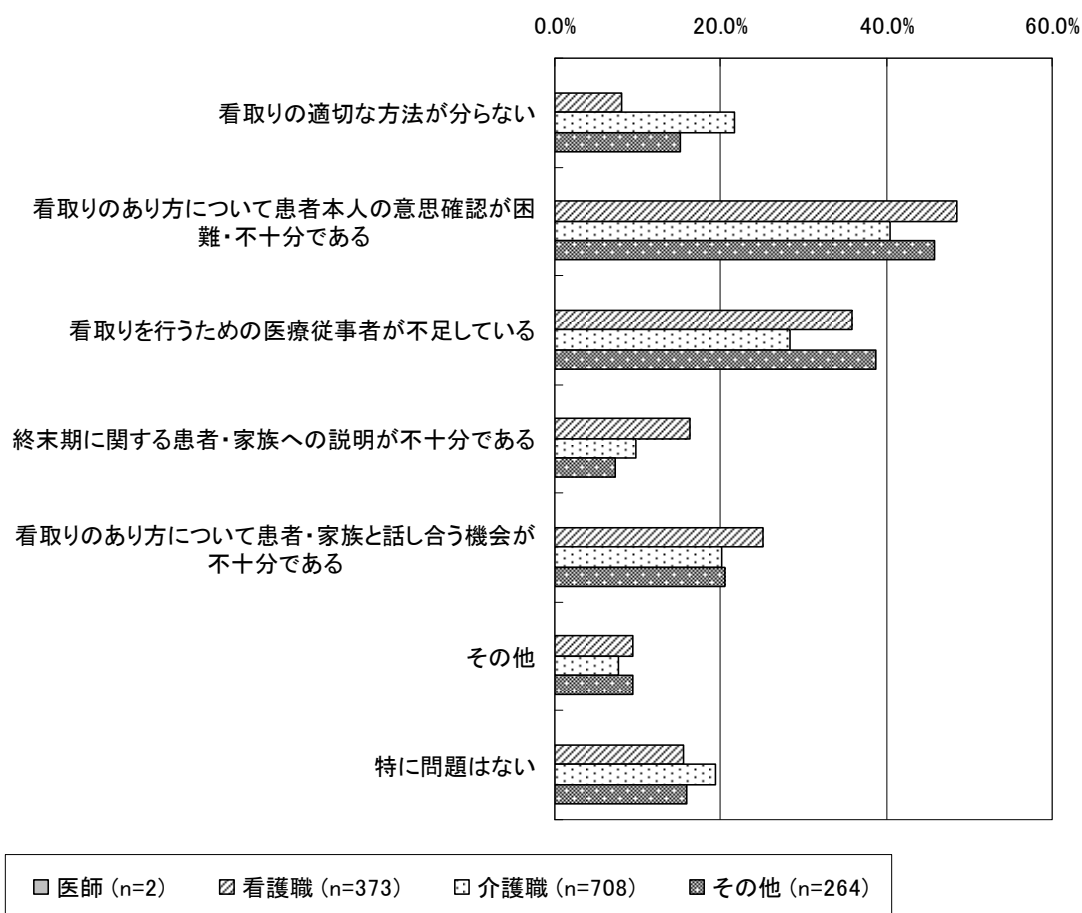


図表 2-2-66 看取りを行うにあたっての問題（職種別：病院）



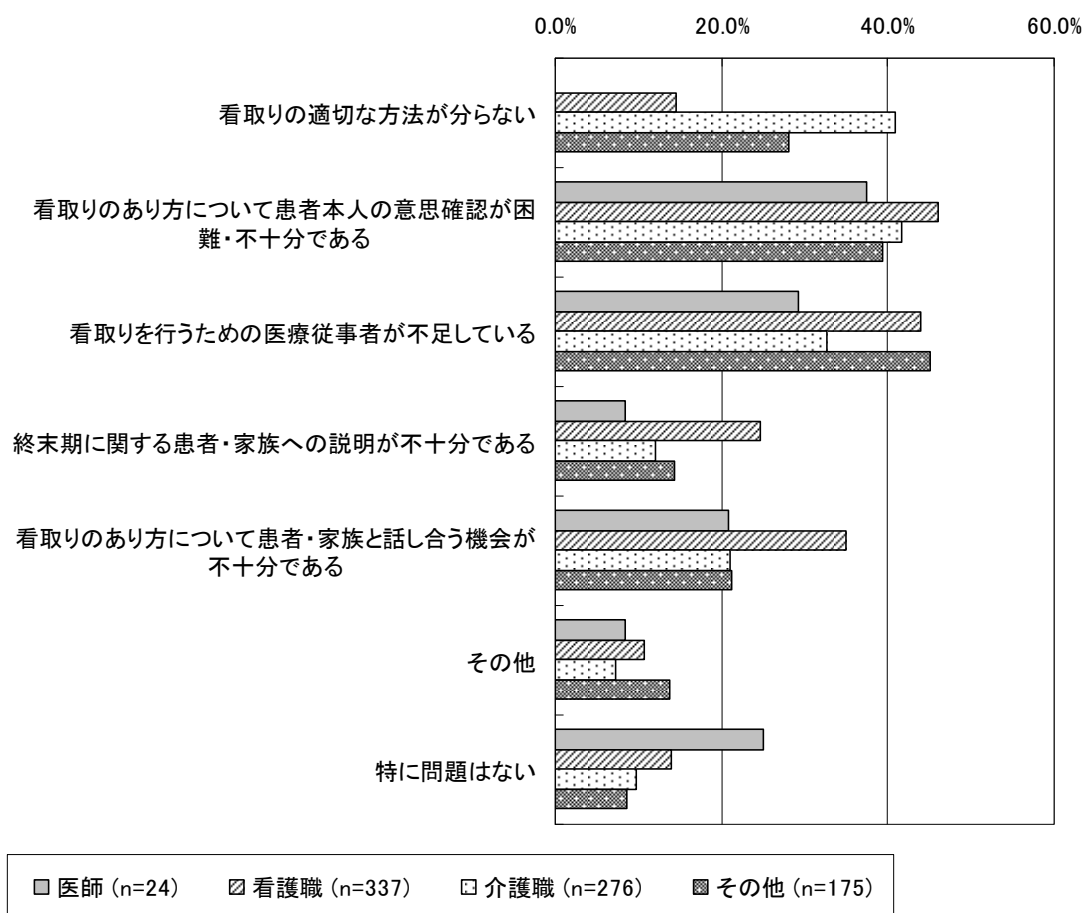
図表 2-2-67 看取りを行うにあたっての問題（職種別：介護老人福祉施設）

介護老人福祉施設



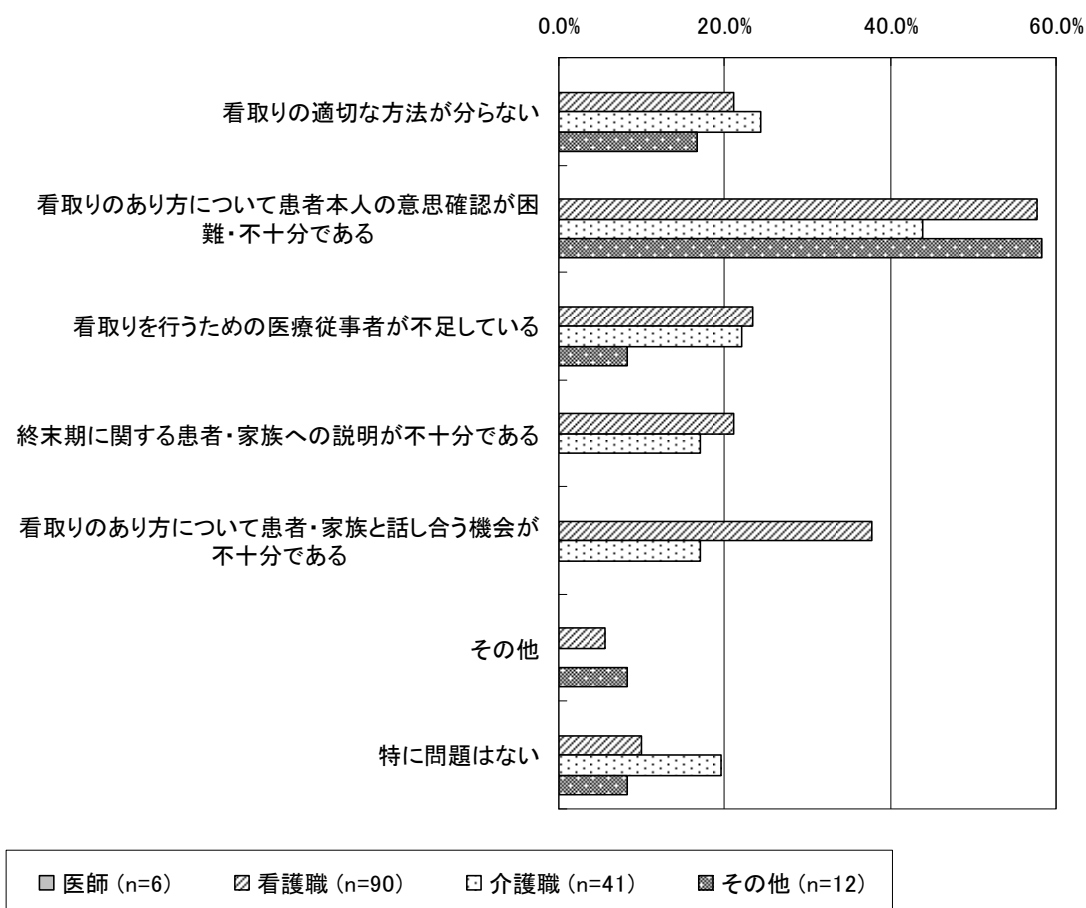
図表 2-2-68 看取りを行うにあたっての問題（職種別：介護老人保健施設）

介護老人保健施設



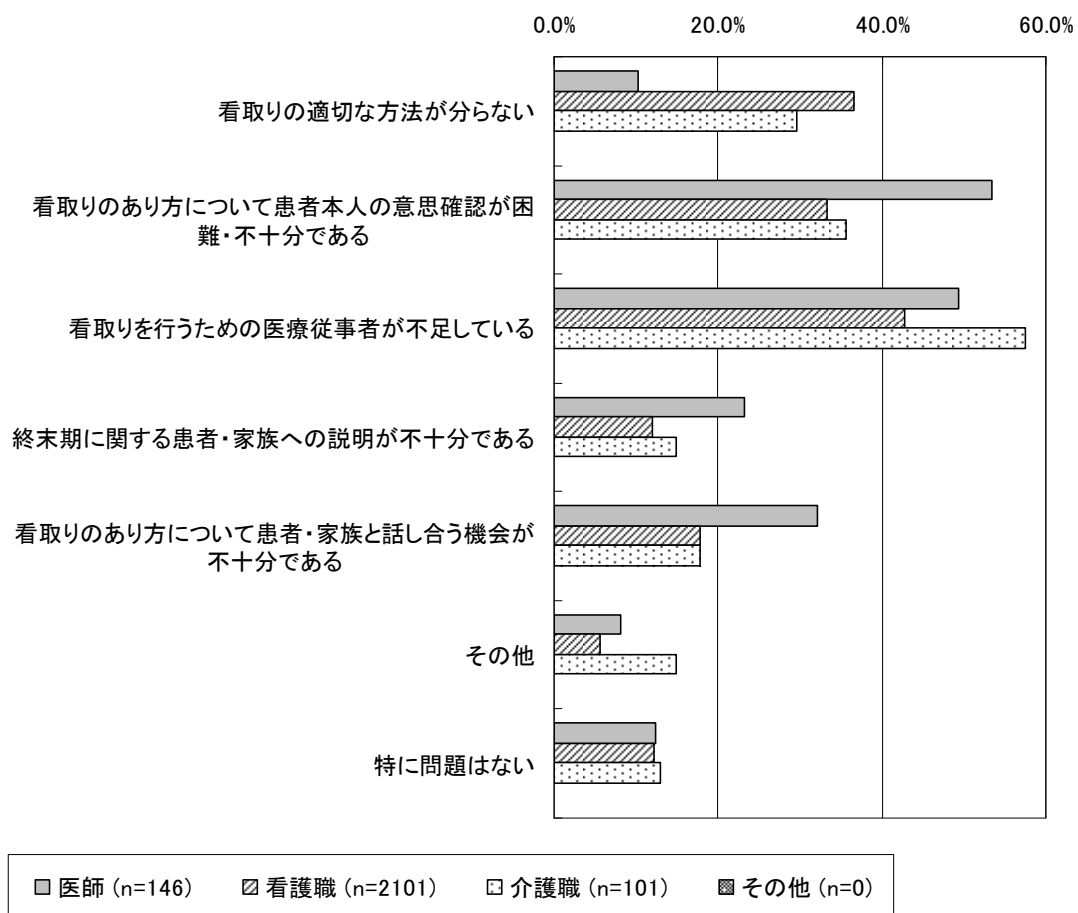
図表 2-2-69 看取りを行うにあたっての問題（職種別：介護療養型老健）

介護療養型老人保健施設



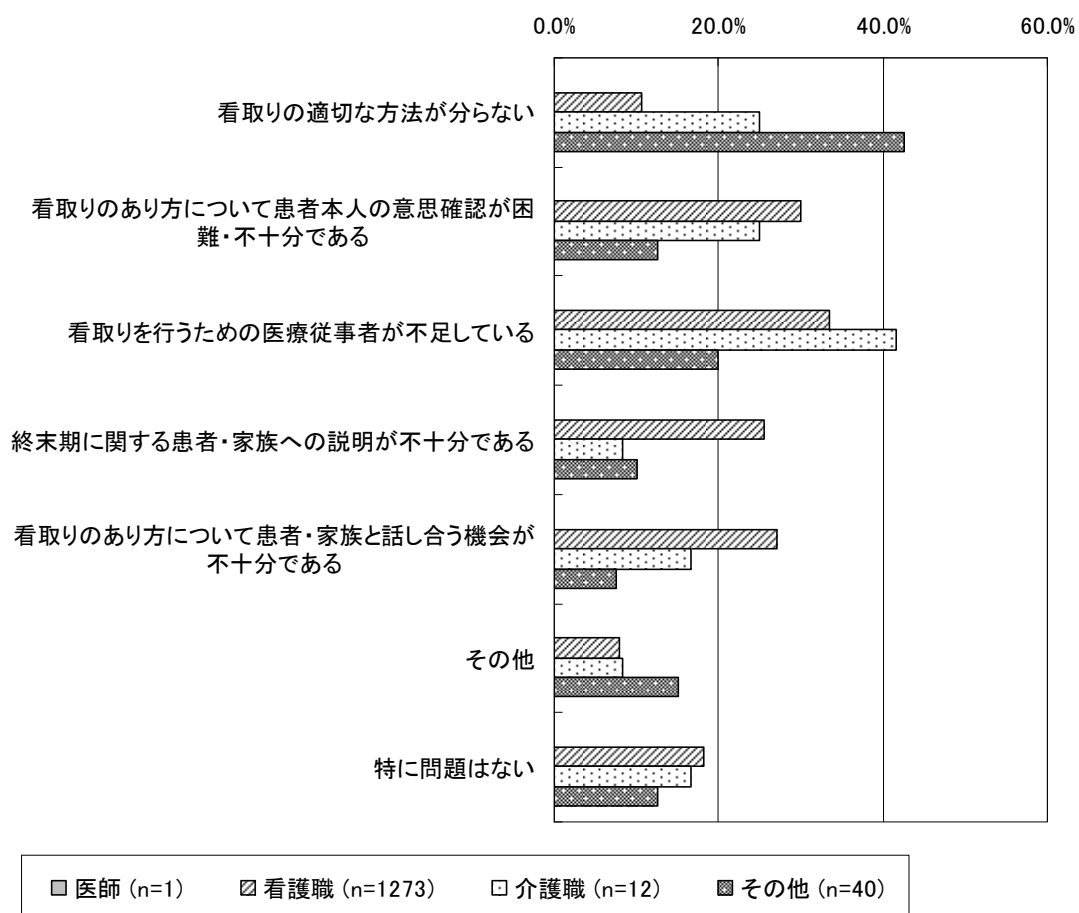
図表 2-2-70 看取りを行うにあたっての問題（職種別：グループホーム）

グループホーム



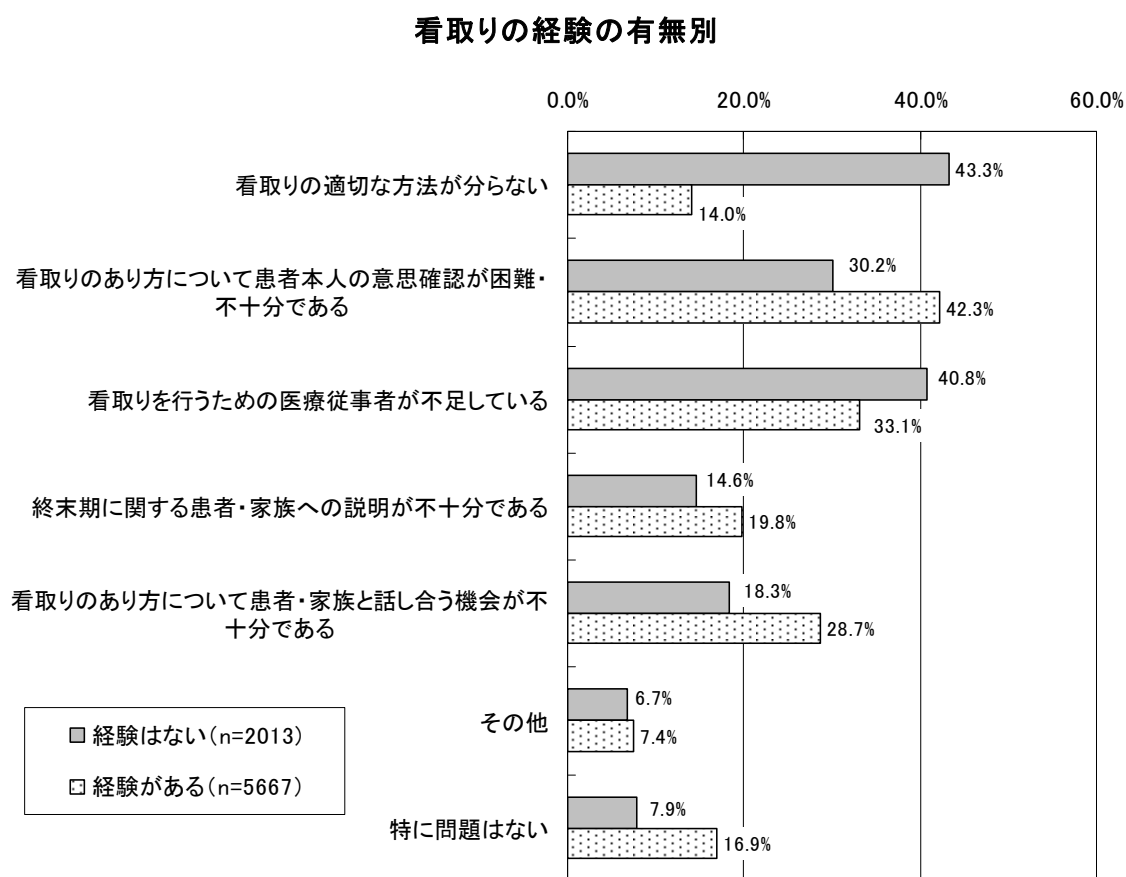
図表 2-2-71 看取りを行うにあたっての問題（職種別：訪問看護ステーション）

訪問看護ステーション



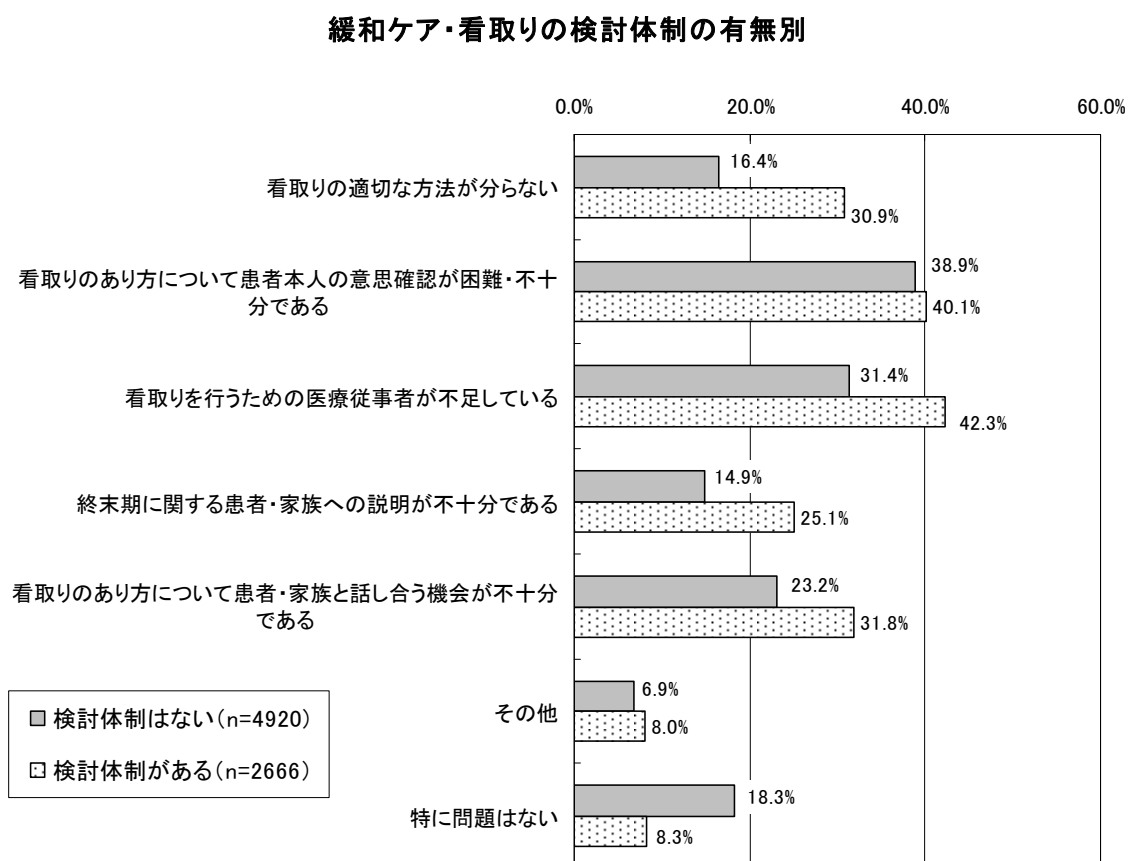
看取りの経験の有無によって、看取りを行うにあたっての問題点が異なるかどうかを確認した。その結果、「看取りの適切な方法が分からない」を選択した職員の割合は、看取りの経験がある職員で 14%である一方、経験のない職員では 43%であった。また、「看取りのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である」を選択した職員の割合は、経験のある職員で 42%と、経験のない職員 30%よりも高かった（図表 2-2-72）。

図表 2-2-72 看取りを行うにあたっての問題（看取りの経験の有無別）



緩和ケア・看取りに関する検討体制の有無によって、看取りを行うにあたっての問題点が異なるかどうかを確認した。その結果、概ねいずれの項目についても、職員の割合は、検討体制がある施設の職員のほうが、ない施設の職員よりも多かった（図表 2-2-73）。

図表 2-2-73 看取りを行うにあたっての問題（検討体制の有無別）

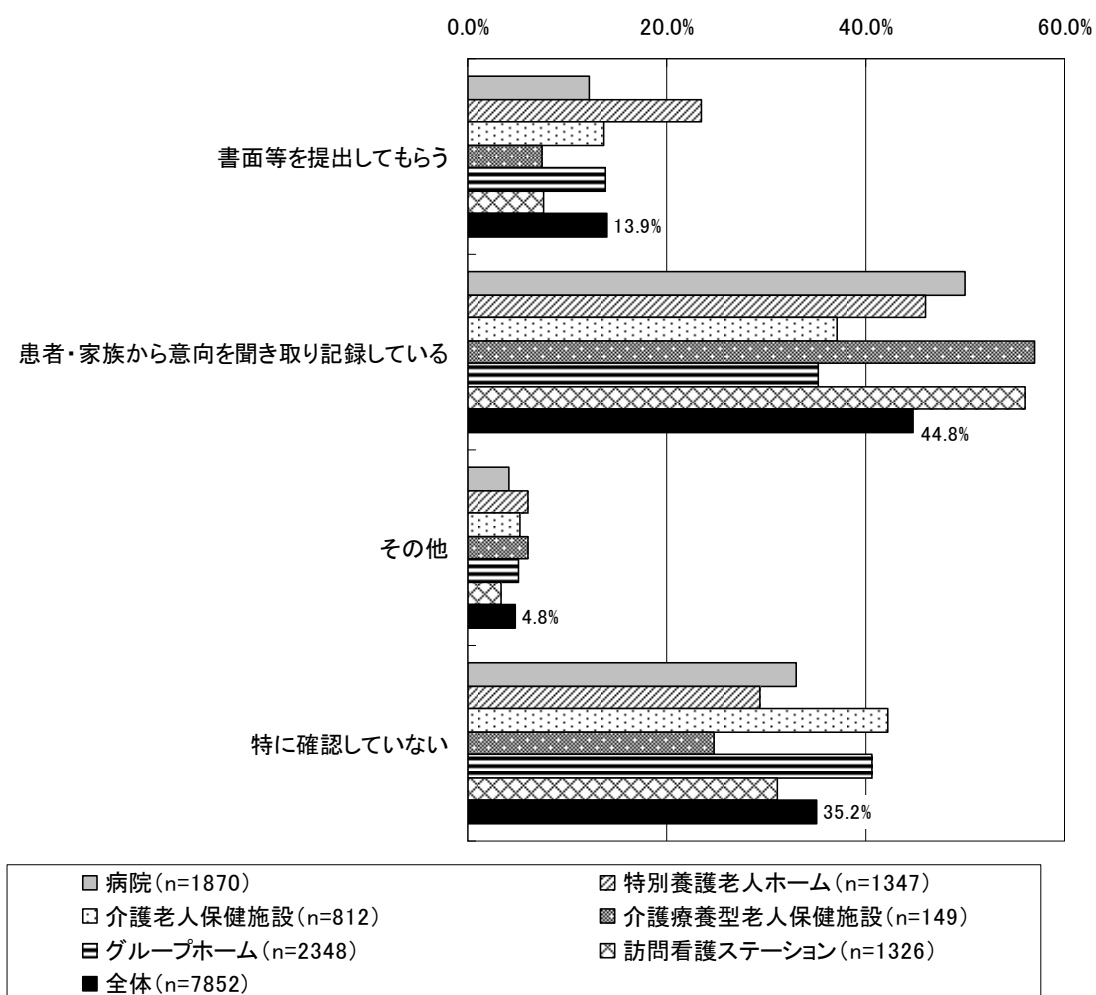


(3) リビング・ウィル

リビング・ウィルに係る集計結果を、図表 2-2-74～図表 2-2-78 に示す。

リビング・ウィルの確認方法について見ると、介護老人保健施設の職員の 42%、グループホームの職員の 41%が「特に確認していない」と回答していたが、その他の施設区分別の職員は「患者・家族から意向を聞き取り記録している」を挙げるものが多かった（図表 2-2-74）。

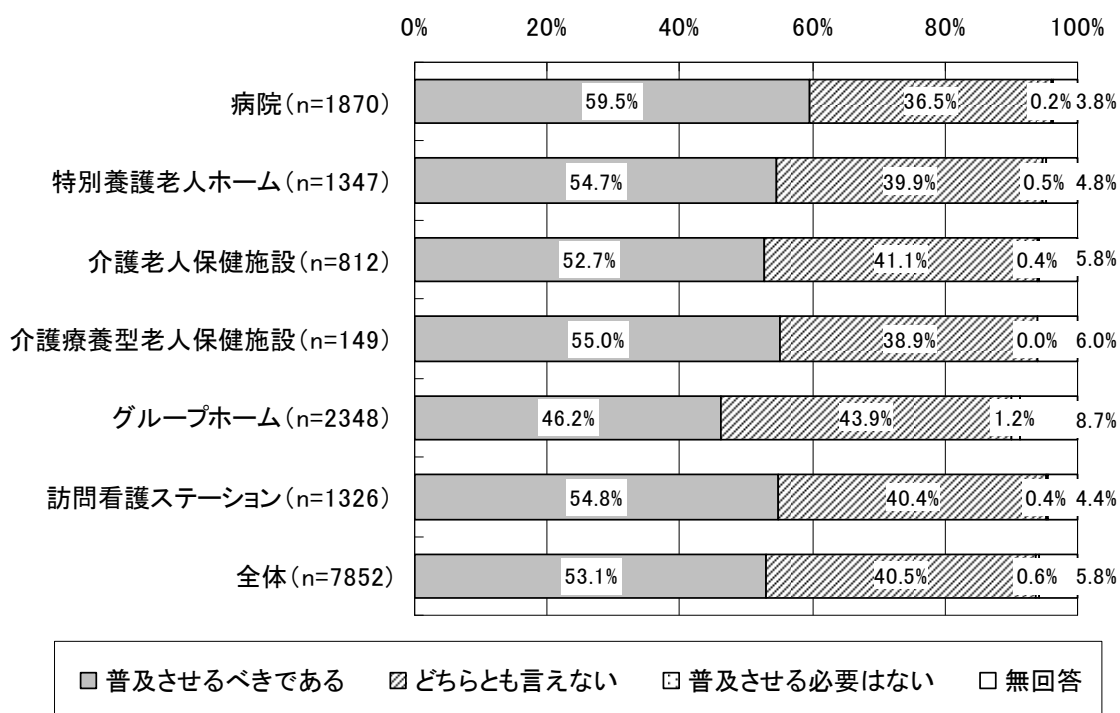
図表 2-2-74 リビング・ウィルの確認方法



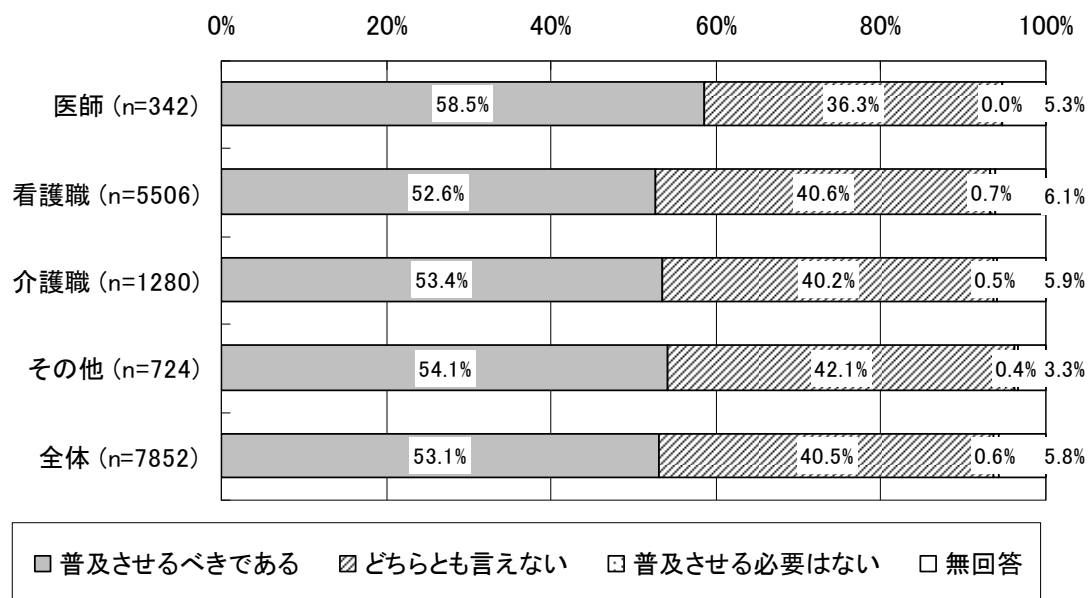
リビング・ウィル普及の必要性に対する意見を見ると、「普及させるべきである」と回答した職員が約4～6割であった（図表 2-2-75）。

職種別にみると、いずれの職種においても約 55%前後の職員が「普及させるべきである」と回答した（図表 2-2-76）。

図表 2-2-75 リビング・ウィル普及の必要性に対する意見（施設区分別）

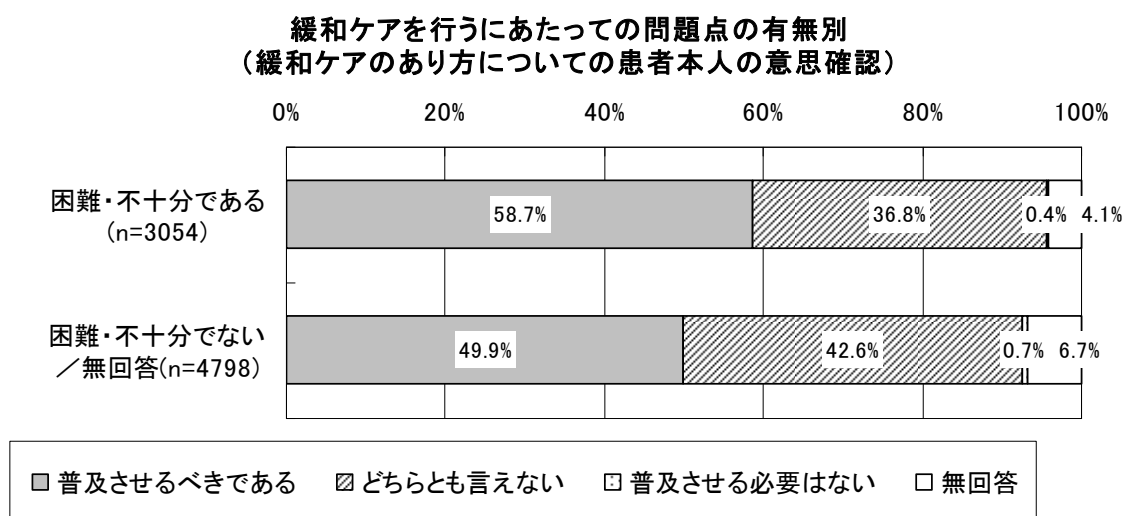


図表 2-2-76 リビング・ウィル普及の必要性に対する意見（職種別）

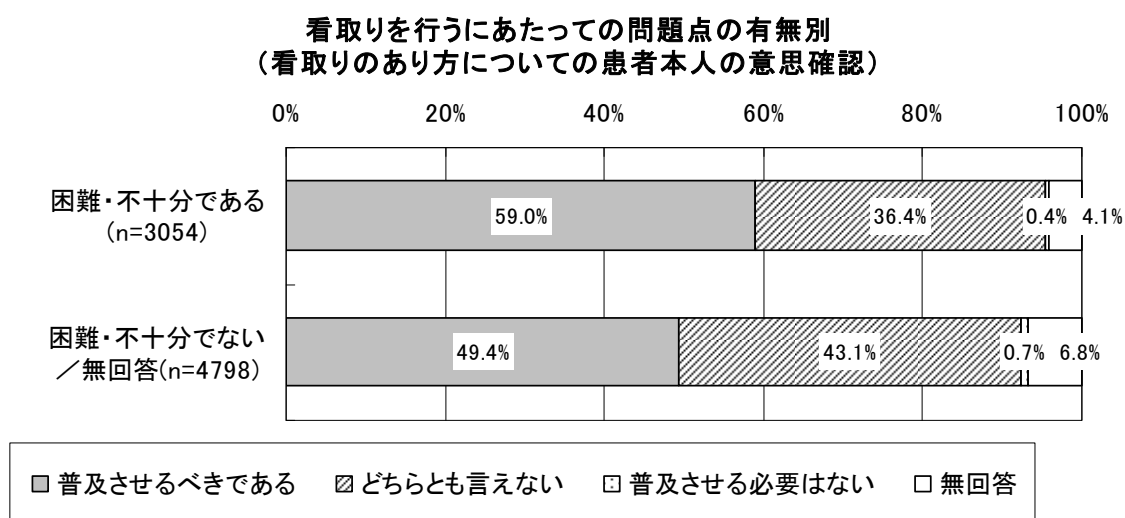


緩和ケアを行うにあたっての問題点の有無によって、リビング・ウィル普及の必要性に対する意見が異なるかどうかを確認した。その結果、緩和ケアあるいは看取りのあり方についての患者本人の意思確認が困難・不十分であると回答した職員は、困難・不十分であると回答しなかった職員に比較して「普及させるべきである」と回答する割合が高かった（図表 2-2-77、図表 2-2-78）。

図表 2-2-77 リビング・ウィル普及の必要性に対する意見



図表 2-2-78 リビング・ウィル普及の必要性に対する意見



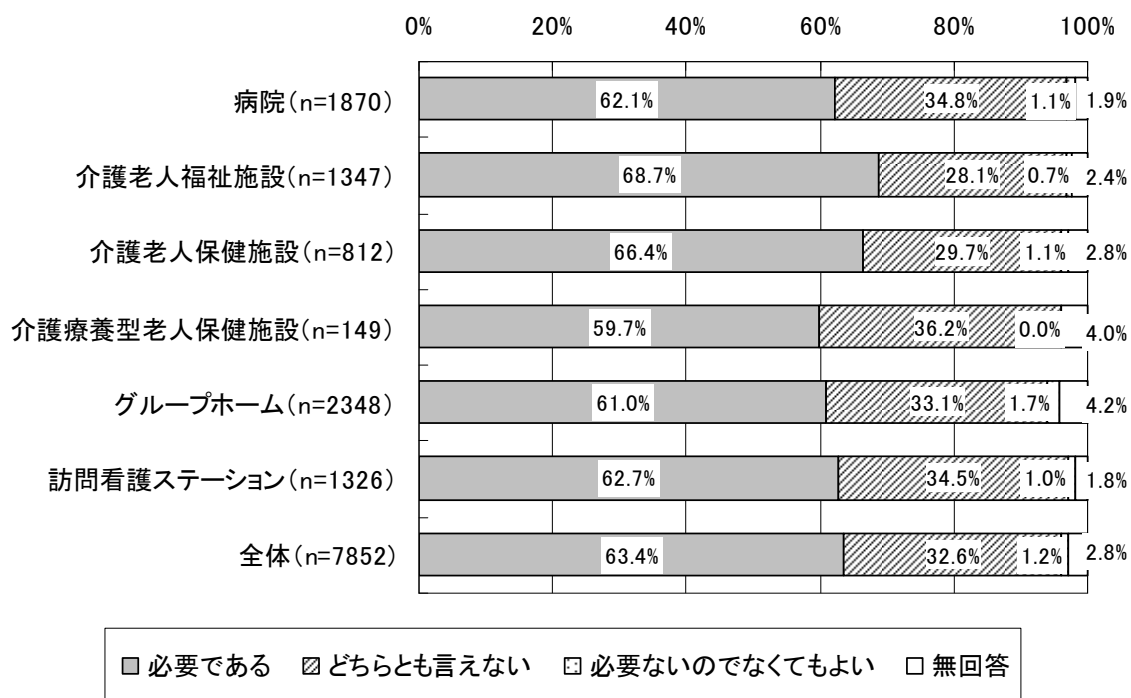
(4) 終末期ガイドライン

終末期ガイドラインに係る集計結果を、図表 2-2-79～図表 2-2-104 に示す。

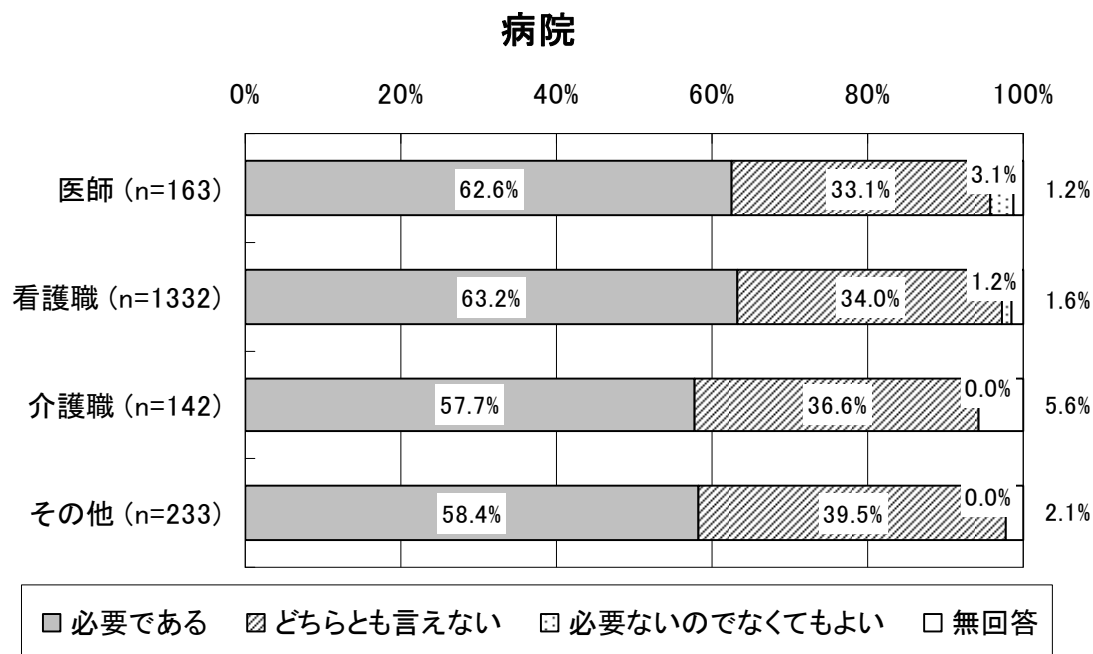
終末期ガイドラインの必要性について見ると、いずれの施設区分別においても、「必要である」と回答する職員が過半数を占めており、特に介護老人保健福祉施設では 69%の職員が必要と考えていた（図表 2-2-79）。

職種別に見ると、職種間で大きな違いは見られなかったが、介護療養型老人保健施設では、「必要である」と回答した職員の割合が、医師 50% 看護師 56%、介護力 63%と、介護職で特に高い傾向が見られた（図表 2-2-80～図表 2-2-85）。

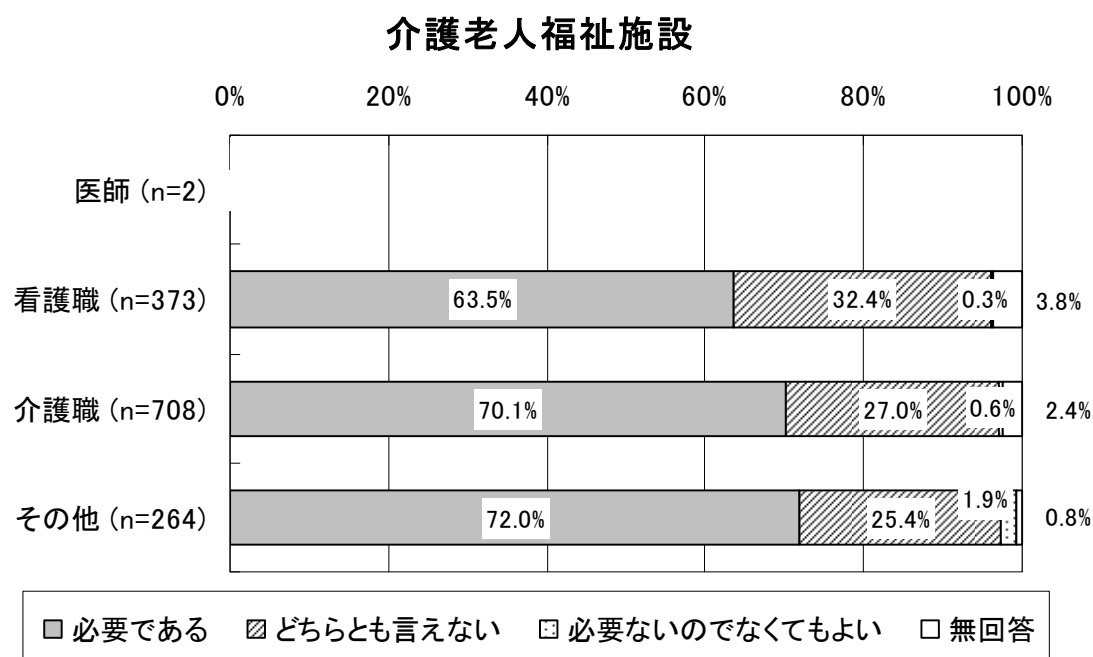
図表 2-2-79 終末期ガイドラインの必要性



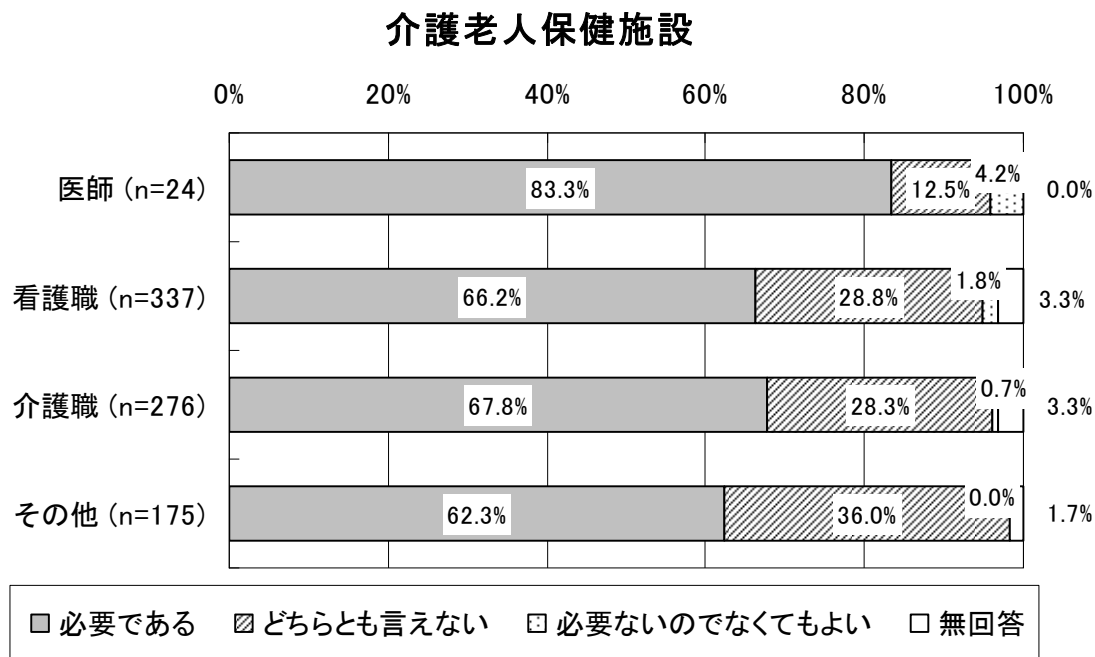
図表 2-2-80 終末期ガイドラインの必要性（職種別：病院）



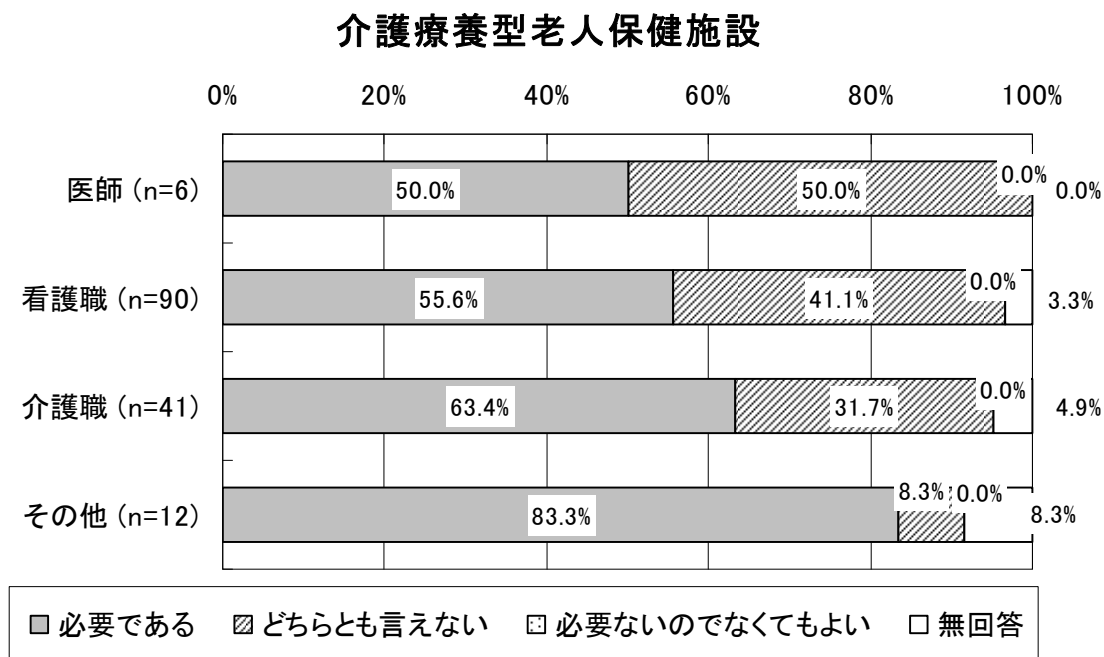
図表 2-2-81 終末期ガイドラインの必要性（職種別：介護老人福祉施設）



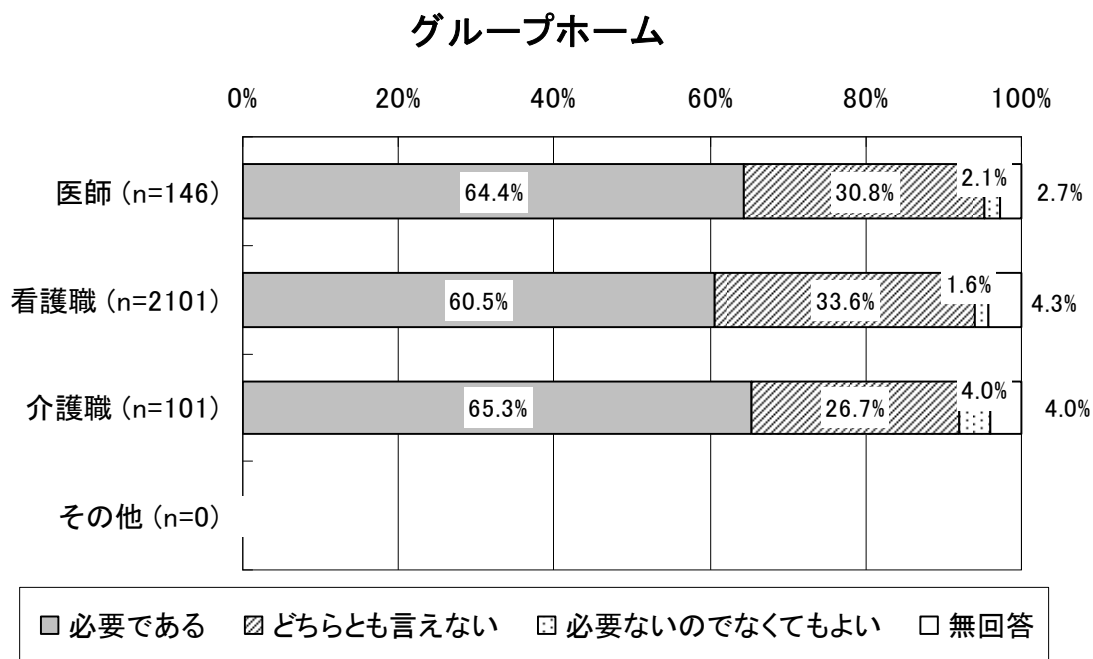
図表 2-2-82 終末期ガイドラインの必要性（職種別：介護老人保健施設）



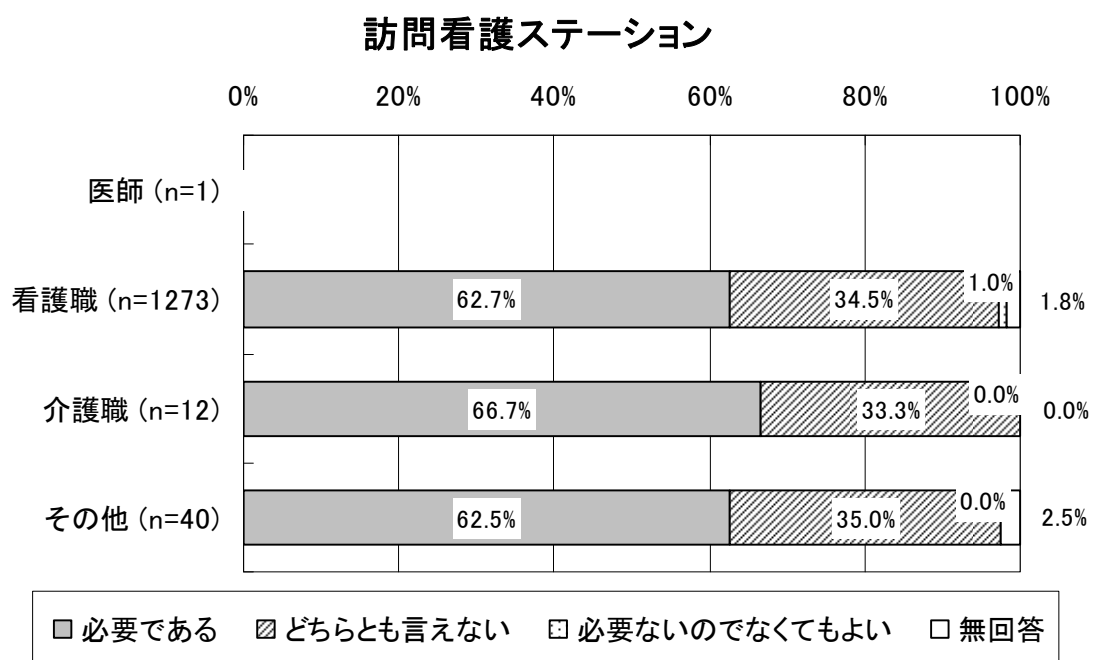
図表 2-2-83 終末期ガイドラインの必要性（職種別：介護療養型老健）



図表 2-2-84 終末期ガイドラインの必要性（職種別：グループホーム）



図表 2-2-85 終末期ガイドラインの必要性（職種別：訪問看護ステーション）



既存の終末期ガイドラインを知っているかどうかをたずねたところ、「知っているガイドラインは特にない」と回答した職員の割合 73% にのぼり、施設区分別に見ると、病院 64%、介護老人福祉施設 74%、介護老人保健施設 75%、介護療養型老人保健施設 76%、グループホーム 80%、訪問看護ステーション 68%であった（図表 2-2-86）。

職種別に見ると、「知っているガイドラインは特にない」と回答した職員の割合は、医師 50%、看護職 72%、介護職 83%と、特に介護職で高い傾向が見られた（図表 2-2-87）。

図表 2-2-86 職員が知っていた既存の終末期ガイドライン（施設区分別）

	病院	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養 型老人 保健施設	グループ ホーム	訪問看護 ステーション	全体
人数	1870 人	1347 人	812 人	149 人	2348 人	1326 人	7852 人
終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）	19.6%	16.6%	13.1%	9.2%	10.0%	19.2%	15.3%
終末期医療に関するガイドライン（日本医師会）	17.2%	9.0%	10.2%	13.7%	6.6%	12.7%	11.1%
終末期医療に関するガイドライン（全日本病院協会）	9.4%	2.2%	4.2%	5.3%	2.6%	5.3%	4.8%
救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン（救急医療学会）	6.0%	2.1%	2.3%	6.1%	3.7%	3.4%	3.8%
その他のガイドライン	2.3%	2.5%	2.3%	2.3%	2.0%	2.1%	2.2%
知っているガイドラインは特にない	64.1%	74.3%	75.5%	75.6%	79.9%	68.2%	72.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

図表 2-2-87 職員が知っていた既存の終末期ガイドライン（職種別）

	医師	看護師	介護職	その他	全体
人数	342 人	5506 人	1280 人	724 人	7852 人
終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）	23.3%	15.2%	11.1%	19.6%	15.3%
終末期医療に関するガイドライン（日本医師会）	39.1%	10.6%	5.6%	11.0%	11.1%
終末期医療に関するガイドライン（全日本病院協会）	14.2%	5.0%	1.2%	5.8%	4.8%
救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン（救急医療学会）	11.7%	4.1%	1.4%	2.1%	3.8%
その他のガイドライン	4.4%	2.3%	1.7%	0.9%	2.2%
知っているガイドラインは特になし	49.5%	72.2%	82.6%	69.5%	72.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

終末期ガイドラインに含めるべきと考える内容について見ると、「本人の意思確認ができない場合の対応」が65%と最も多く挙げられており、施設区分別で見ると病院72%、介護老人福祉施設66%、介護老人保健施設66%、介護療養型老人保健施設63%、グループホーム55%、訪問看護ステーション68%であった。

次いで、「本人の意思確認の方法」が51%で多くあげられており、病院61%、介護老人福祉施設45%、介護老人保健施設52%、介護療養型老人保健施設40%、グループホーム39%、訪問看護ステーション63%であった（図表2-2-88）。

職種別に見ると、「本人の意思確認ができない場合の対応」は医師で78%と特に多く挙げられていた（図表2-2-89）。

図表2-2-88 終末期ガイドラインに含めるべき内容（施設区分別）

	病院	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型老人保健施設	グループホーム	訪問看護ステーション	全体
人数	1870人	1347人	812人	149人	2348人	1326人	7852人
終末期の定義	51.0%	48.7%	53.3%	40.9%	37.9%	44.1%	45.6%
終末期の決定プロセス	50.5%	49.8%	52.7%	38.9%	34.7%	49.5%	45.5%
医療ケアチームの編成	33.0%	28.2%	35.1%	24.2%	27.4%	34.8%	30.8%
外部医療機関・介護施設等との連携	34.7%	45.7%	44.1%	34.9%	47.8%	47.4%	43.6%
本人の意思確認の方法	61.1%	45.4%	51.7%	40.3%	38.7%	62.8%	50.6%
本人の意思確認ができない場合の対応	71.8%	66.4%	66.0%	63.1%	55.5%	68.5%	64.7%
緩和ケアの決定プロセス	42.4%	36.4%	39.2%	36.9%	29.6%	49.1%	38.2%
終末期に係る委員会の設置	17.9%	26.4%	28.4%	12.1%	12.1%	12.6%	17.7%
その他	2.8%	3.3%	2.3%	2.7%	3.7%	2.9%	3.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

図表 2-2-89 終末期ガイドラインに含めるべき内容（職種別）

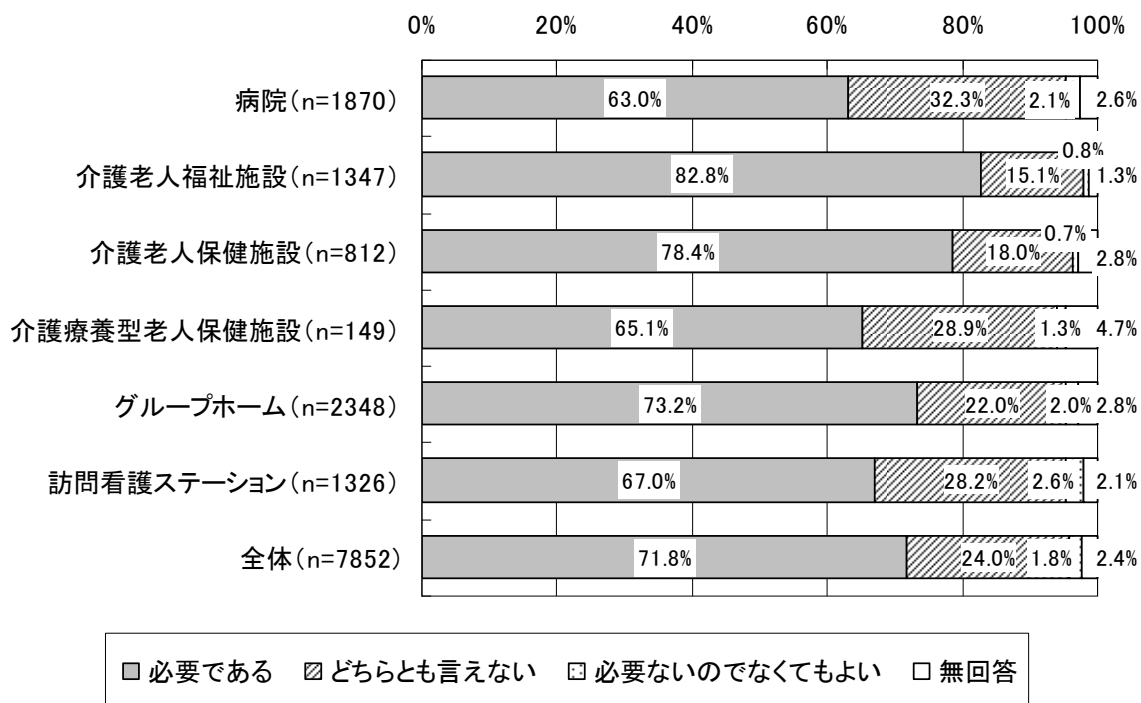
	医師	看護師	介護職	その他	全体
人数	342 人	5506 人	1280 人	724 人	7852 人
終末期の定義	56.4%	44.1%	45.4%	51.9%	45.6%
終末期の決定プロセス	54.7%	44.1%	43.0%	56.2%	45.5%
医療ケアチームの編成	36.8%	30.9%	27.2%	34.1%	30.8%
外部医療機関・介護施設等との連携	48.2%	44.5%	41.0%	39.1%	43.6%
本人の意思確認の方法	62.6%	51.2%	42.9%	54.1%	50.6%
本人の意思確認ができない場合の対応	78.1%	64.4%	60.2%	68.4%	64.7%
緩和ケアの決定プロセス	43.0%	38.7%	34.2%	39.6%	38.2%
終末期に係る委員会の設置	21.3%	15.8%	21.6%	23.6%	17.7%
その他	5.0%	3.1%	3.2%	2.8%	3.1%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

※太字・斜体部分は上位3位に挙げられた内容

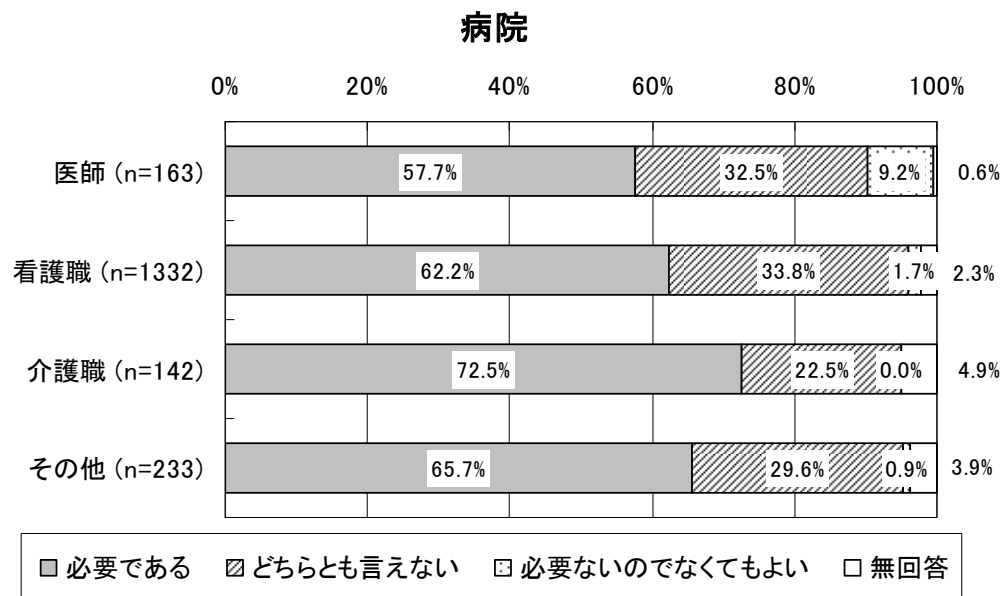
看取りの手引書・マニュアルの必要性について見ると、いずれの施設区分別においても、「必要である」と回答する職員が過半数を占めており、特に介護老人保健福祉施設では83%の職員が必要と考えていた（図表 2-2-90）。

職種別に見ると、職種間で大きな違いは見られなかったが、介護療養型老人保健施設では、「必要である」と回答した職員の割合が、医師 50% 看護師 60%、介護力 67.6%と、介護職で特に高い傾向が見られた（図表 2-2-91～図表 2-2-96）。

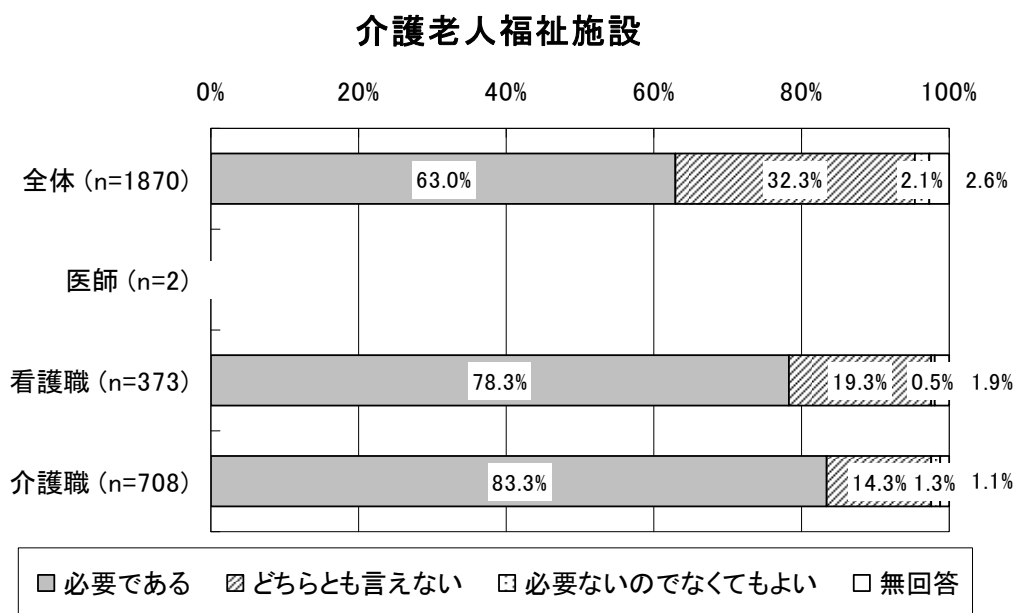
図表 2-2-90 看取りの手引書・マニュアル等の必要性



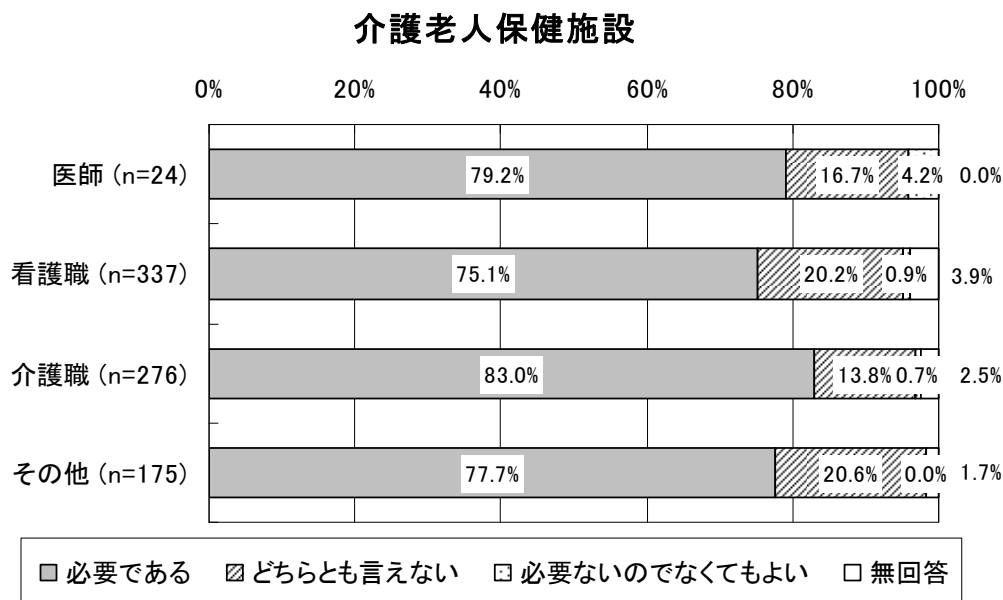
図表 2-2-91 看取りの手引書・マニュアル等の必要性（職種別：病院）



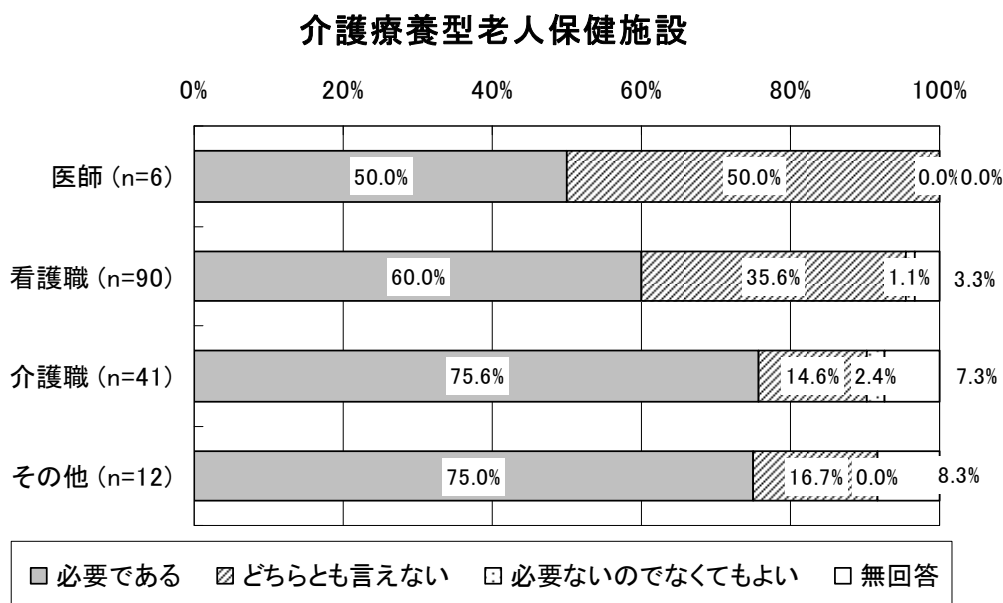
図表 2-2-92 看取りの手引書・マニュアル等の必要性（職種別：介護老人福祉施設）



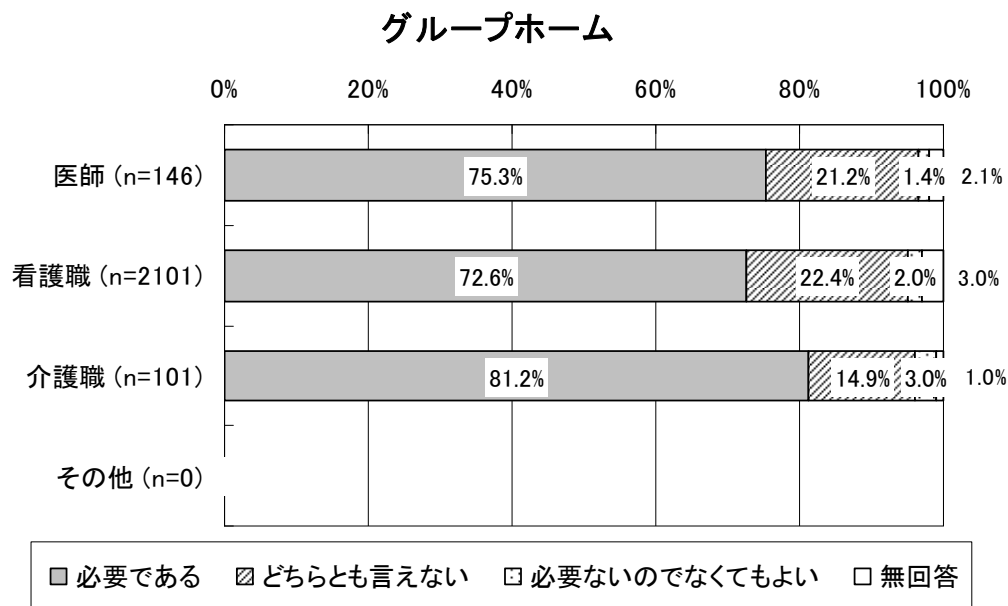
図表 2-2-93 看取りの手引書・マニュアル等の必要性
 (職種別：介護老人保健施設)



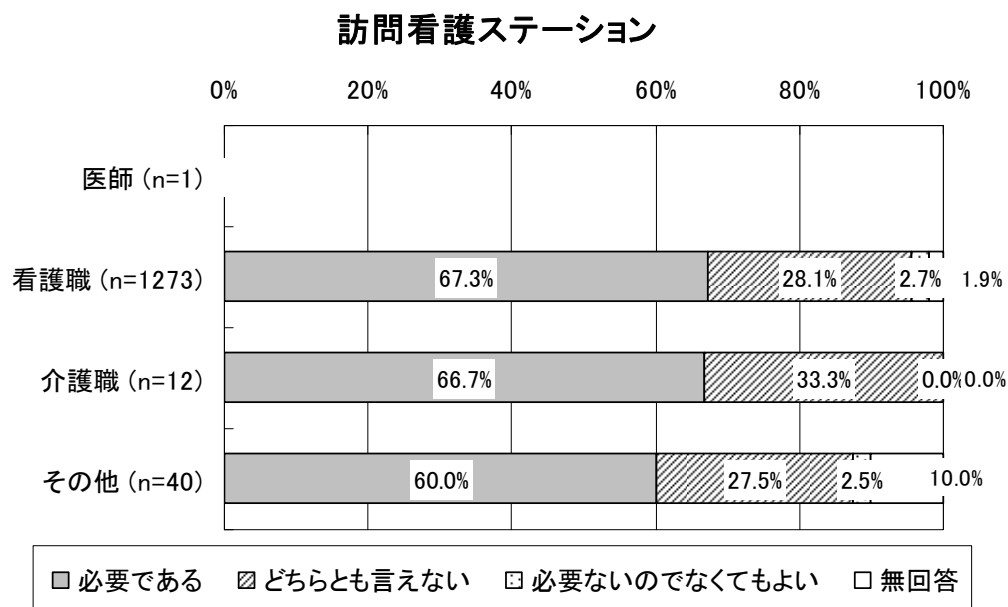
図表 2-2-94 看取りの手引書・マニュアル等の必要性
 (職種別：介護療養型老健)



図表 2-2-95 看取りの手引書・マニュアル等の必要性
 (職種別：グループホーム)



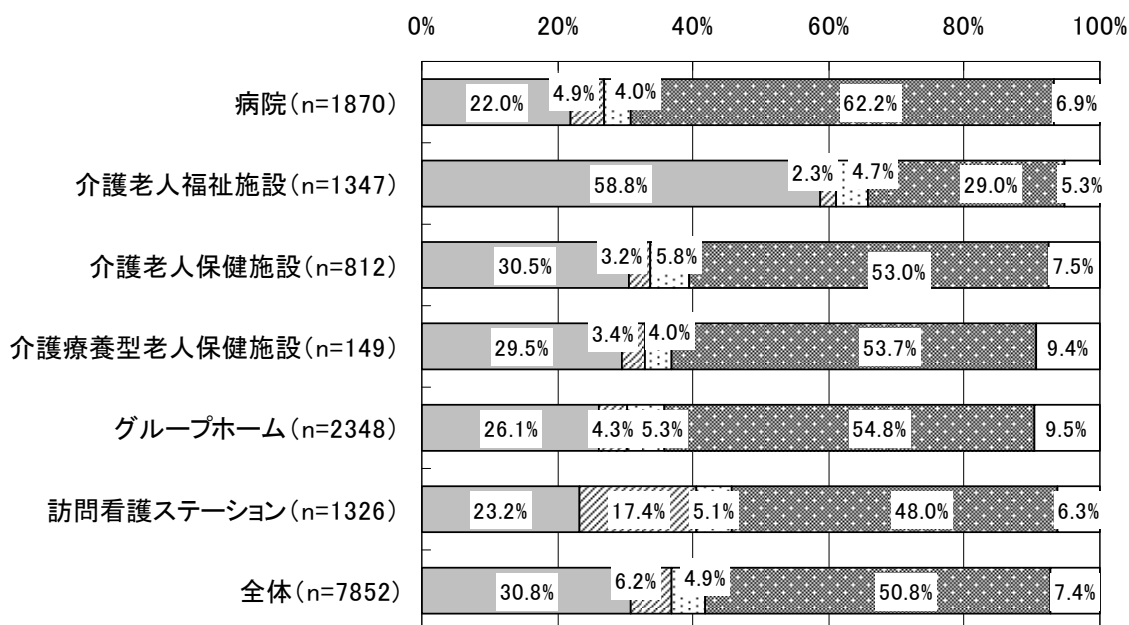
図表 2-2-96 看取りの手引書・マニュアル等の必要性
 (職種別：訪問看護ステーション)



利用している看取りの手引書・マニュアル等について見ると、全体では「利用している看取りの手引書・マニュアル等はない」と回答した施設が51%と最も多く、次いで「当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等を利用している」31%であった。介護老人福祉施設では、「当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等を利用している」と回答した職員の割合が59%と、他の施設区分別に比較して高かった（図表2-2-97）。

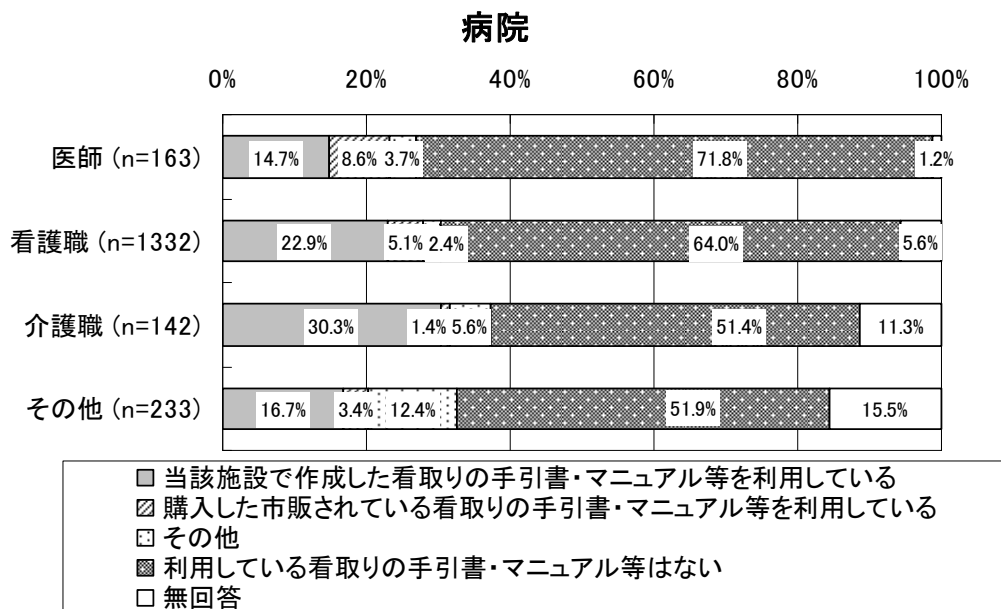
職種別に見ると、介護療養型老人保健施設では、「当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等を利用している」と回答した職員の割合は看護職28%に比較して、介護職41%で多い傾向が見られた（図表2-2-98～図表2-2-103）。

図表2-2-97 利用している看取りの手引書・マニュアル等

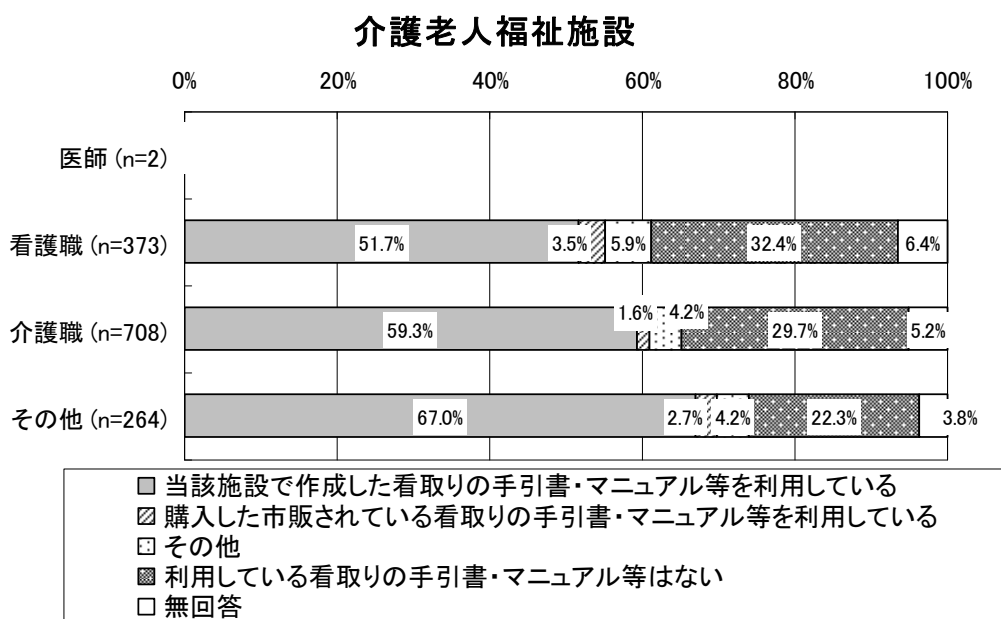


- 当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等を利用している
- ▨ 購入した市販されている看取りの手引書・マニュアル等を利用している
- ⊞ その他
- ▩ 利用している看取りの手引書・マニュアル等はない
- 無回答

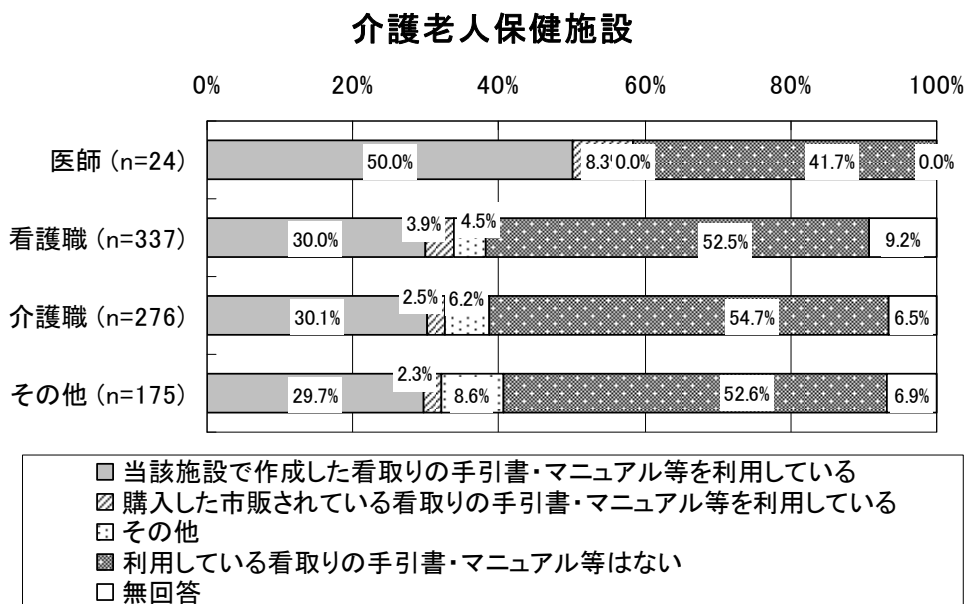
図表 2-2-98 利用している看取りの手引書・マニュアル等（職種別：病院）



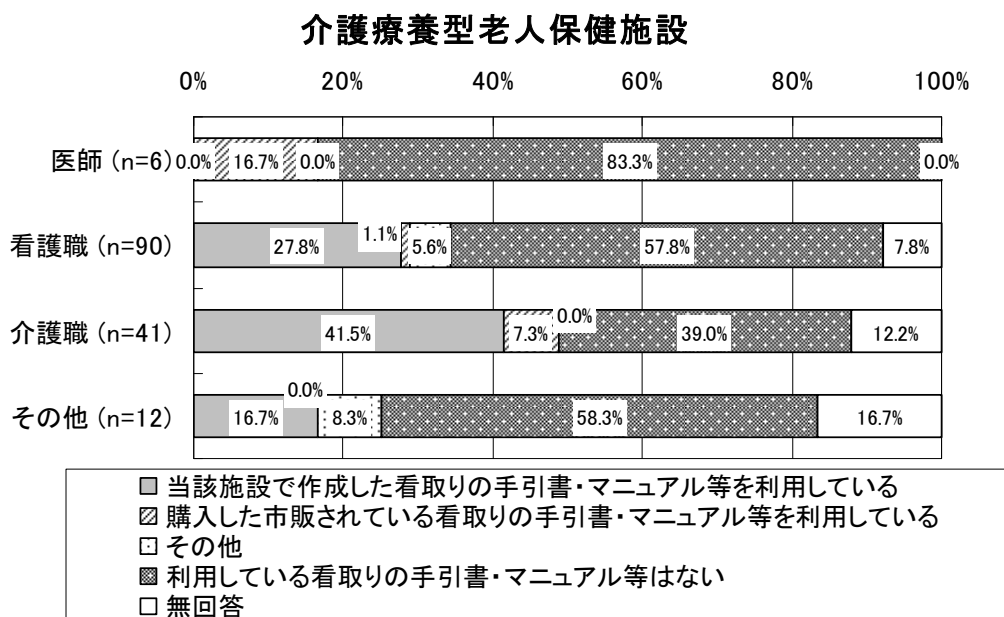
図表 2-2-99 利用している看取りの手引書・マニュアル等
（職種別：介護老人福祉施設）



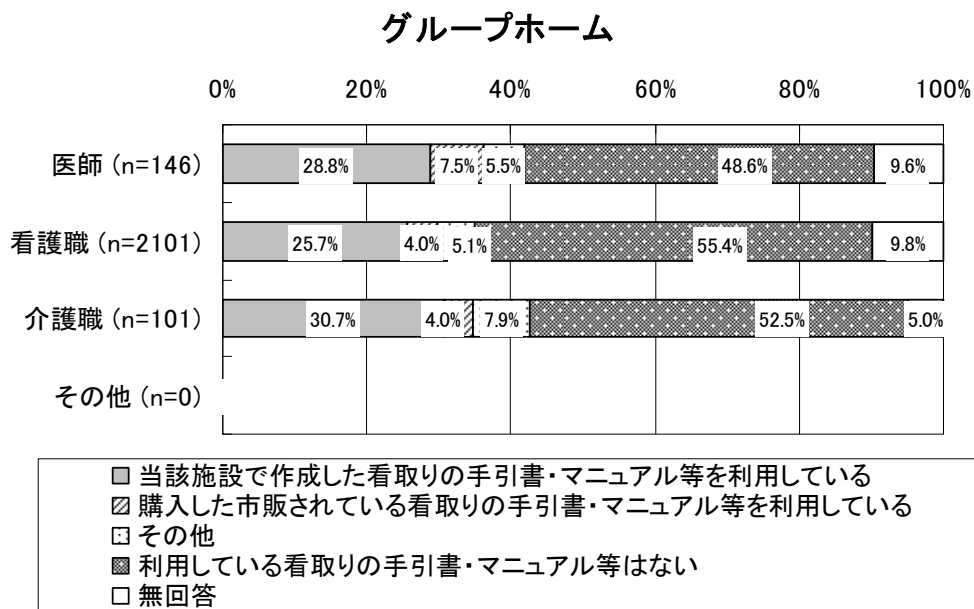
図表 2-2-100 利用している看取りの手引書・マニュアル等
 (職種別：介護老人保健施設)



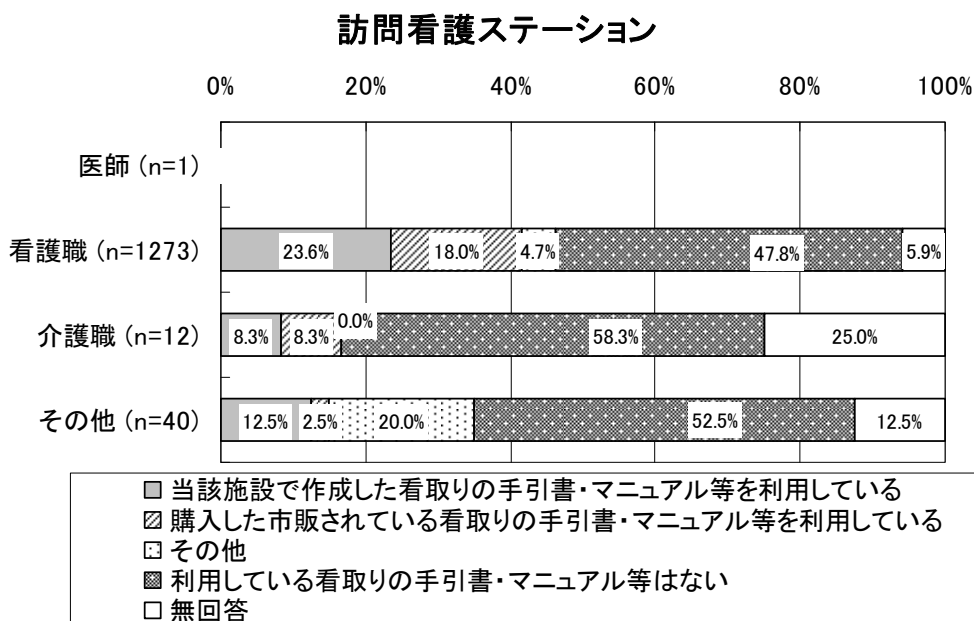
図表 2-2-101 利用している看取りの手引書・マニュアル等
 (職種別：介護療養型老健)



図表 2-2-102 利用している看取りの手引書・マニュアル等
 (職種別：グループホーム)

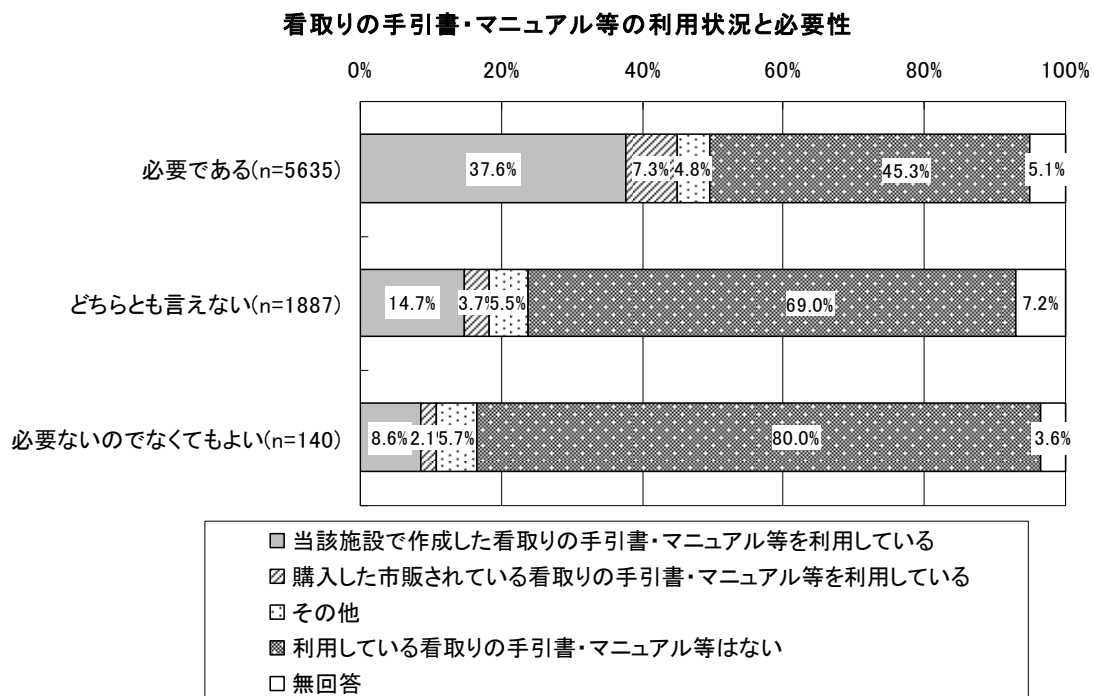


図表 2-2-103 利用している看取りの手引書・マニュアル等
 (職種別：訪問看護ステーション)



看取りの手引書・マニュアル等の必要性に関する意見によって、利用状況が異なるかどうかを確認した。その結果、当該施設で作成した、あるいは購入した市販されている看取りの手引書・マニュアル等を利用していると回答した職員の割合は、「看取りの手引書・マニュアル等が必要である」45%で最も高く、「どちらとも言えない」18%、「必要ないのでなくてもよい」11%であった。また、「看取りの手引書・マニュアル等が必要である」と考えているにも関わらず、看取りの手引書・マニュアル等を利用していない職員は45%にのぼった（図表 2-2-104）。

図表 2-2-104 利用している看取りの手引書・マニュアル等



(5) 終末期の対応・看取りのあり方

終末期の対応・看取りのあり方に係る集計結果を、図表 2-2-105～図表 2-2-106 に示す。

終末期の対応や看取りを行うために今後必要と考える取組みは、「緩和ケアや看取りに関する教育・研修の充実」が最も多く 69%、次いで「患者、家族への相談体制の充実」50%、「緩和ケアに関わる医療従事者の確保」46%であった。また、介護老人保健施設では、「看取りの手引書・マニュアル等の整備・充実」51%と、他の施設区分別に比較して高い傾向が見られた（図表 2-2-105）。

図表 2-2-105 終末期の対応や看取りを行うために今後必要と考える取組み
（施設区分別）

	病院	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養 型老人 保健施設	グループ ホーム	訪問看護 ステーション	全体
人数	1870 人	1347 人	812 人	149 人	2348 人	1326 人	7852 人
緩和ケアに関わる医療従事者の確保	45.8%	37.6%	42.4%	36.2%	50.2%	52.3%	46.3%
緩和ケアや看取りに関する教育・研修の充実	71.6%	70.3%	76.5%	67.1%	64.0%	68.3%	69.0%
緩和ケアや看取りに関して職員が相談できる体制の確保	41.5%	44.5%	42.9%	38.9%	42.0%	49.2%	43.6%
終末期ガイドラインの整備・充実	38.1%	33.7%	40.1%	34.9%	29.0%	31.8%	33.7%
看取りの手引書・マニュアル等の整備・充実	35.3%	41.1%	51.0%	40.9%	35.7%	34.8%	38.1%
患者、家族への相談体制の充実	54.4%	49.6%	49.0%	51.7%	41.2%	57.9%	49.6%
患者の延命治療等に関するリビング・ウィルの普及	44.3%	35.4%	33.0%	30.2%	23.7%	37.9%	34.1%
その他	1.7%	0.9%	1.4%	1.3%	1.9%	1.9%	1.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

図表 2-2-106 終末期の対応や看取りを行うために今後必要と考える取組み
(職種別)

	医師	看護師	介護職	その他	全体
人数	342 人	5506 人	1280 人	724 人	7852 人
緩和ケアに関わる医療従事者の確保	53.5%	47.8%	38.4%	45.4%	46.3%
緩和ケアや看取りに関する教育・研修の充実	63.7%	68.1%	72.3%	72.1%	69.0%
緩和ケアや看取りに関して職員が相談できる体制の確保	41.8%	44.3%	40.8%	43.5%	43.6%
終末期ガイドラインの整備・充実	43.9%	33.0%	31.6%	38.0%	33.7%
看取りの手引書・マニュアル等の整備・充実	38.0%	37.6%	40.4%	37.6%	38.1%
患者、家族への相談体制の充実	49.7%	50.5%	45.5%	50.0%	49.6%
患者の延命治療等に関するリビング・ウィルの普及	43.9%	34.3%	28.5%	38.0%	34.1%
その他	4.1%	1.6%	1.4%	0.8%	1.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

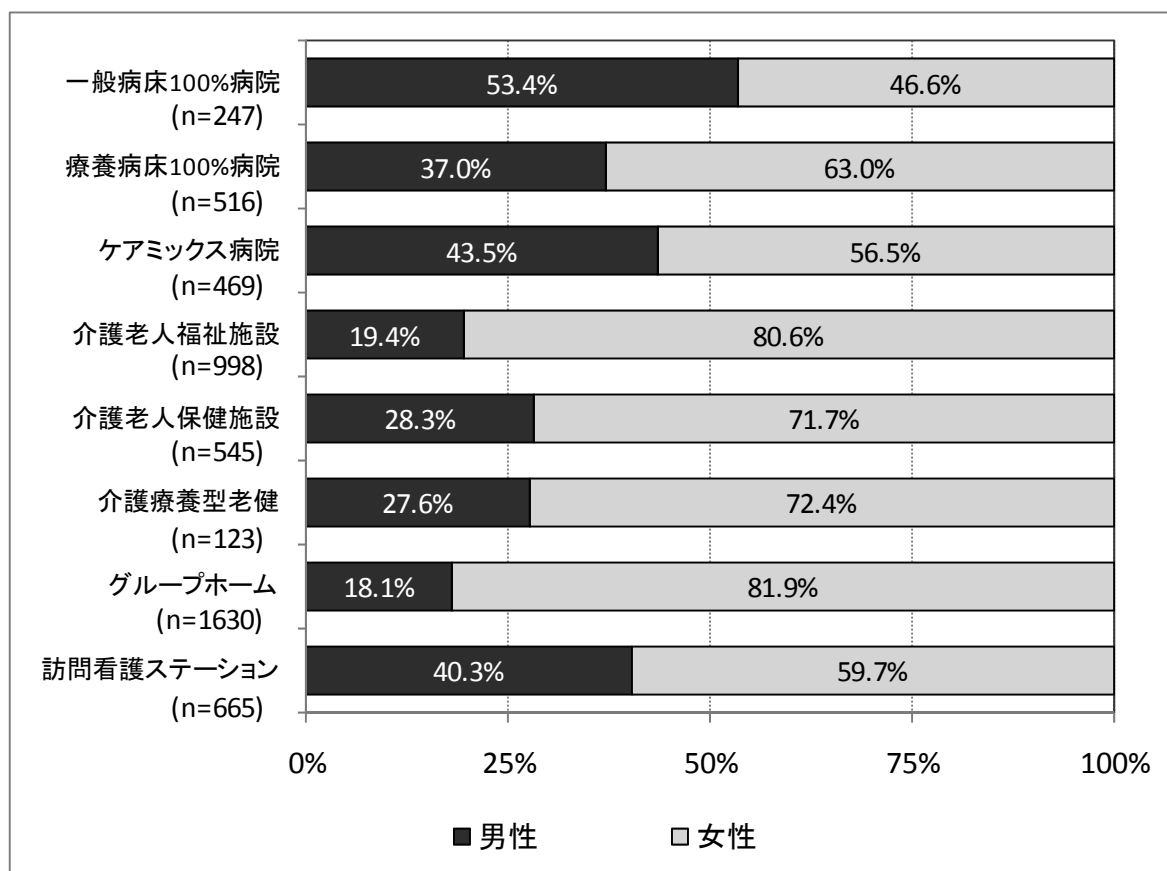
2. 3 家族票の集計結果

(1) 本人の年齢及び性別

本人の性別や年齢を集計した結果を図表 2-3-1～図表 2-3-2 に示す。

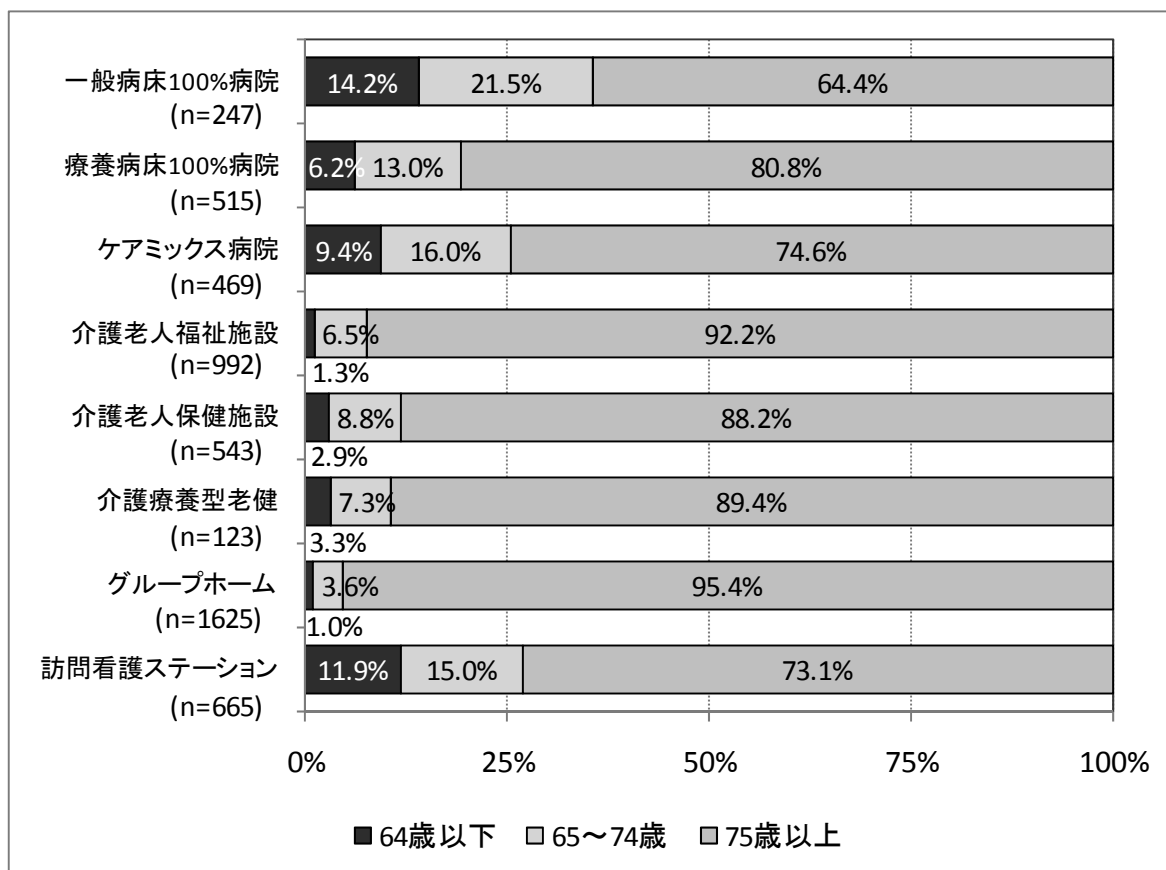
施設区分によって男女の構成比は大きく異なり、一般病床 100%病院では男性の割合が 53%となっていたが、それ以外の施設区分では女性の割合が多くなっており、女性の割合が最も高いグループホームが 82%、2 番目に高い介護老人福祉施設が 81%であった（図表 2-3-1）。

図表 2-3-1 本人の性別の構成比



年齢階級別の構成比は、いずれの施設区分でも75歳以上の割合が最も高くなっており、75歳以上の割合が最も高いグループホームが95%、2番目に高い介護老人福祉施設が92%であった。64歳以下の割合は病院と訪問看護ステーションで1割前後であり、64歳以下の割合が最も高い一般病床100%病院が14%、次いで訪問看護ステーションが12%、ケアミックス病院が9%、療養病床100%病院が6%であった（図表2-3-2）。

図表 2-3-2 本人の年齢階級別の構成比



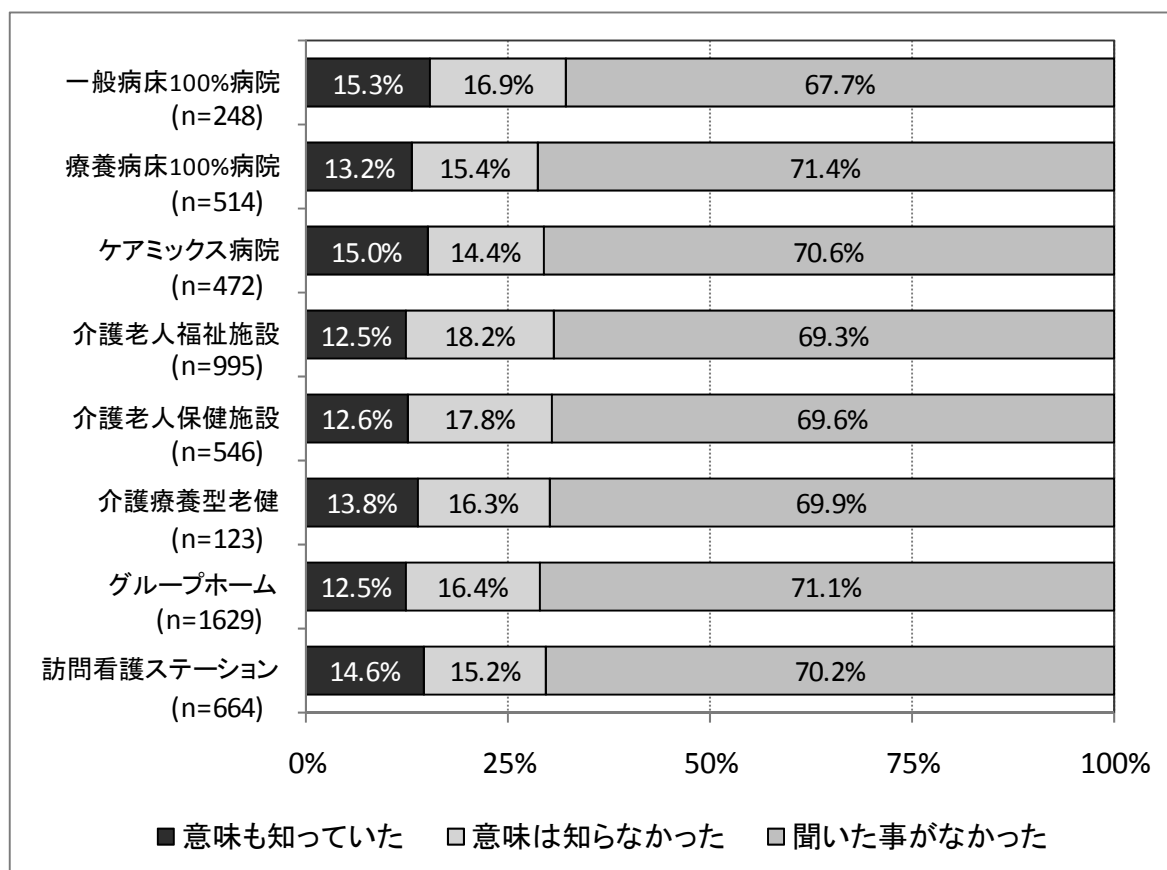
(2) リビング・ウィル及び本人の意思表示の状況について

リビング・ウィル及び本人の意思表示の状況についての集計結果を、図表 2-3-3～図表 2-3-5 に示す。

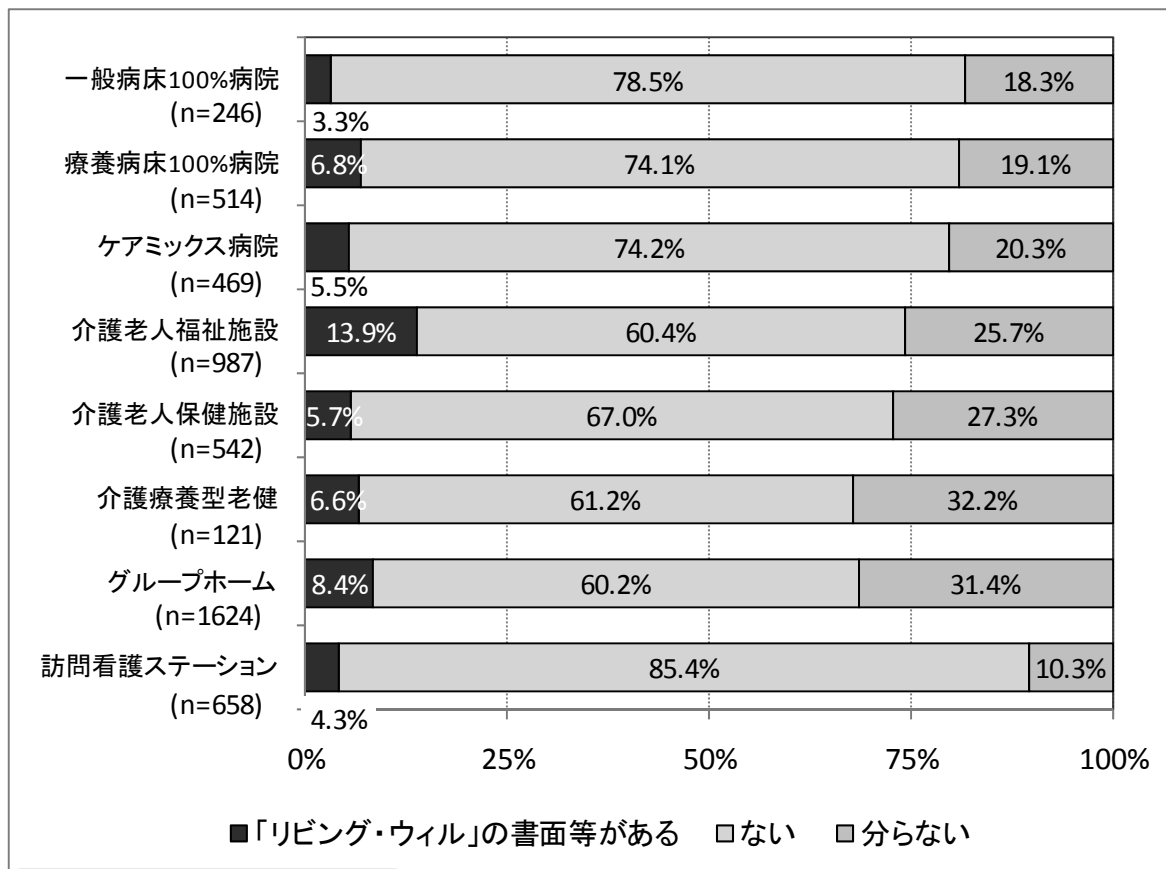
「リビング・ウィル」という言葉の意味を知っていた人の割合は、施設区分で大きな違いはなく、「リビング・ウィル」という言葉を聞いた事がなかったとの回答が 68%～71%であった。「リビング・ウィル」という言葉を聞いた事がある場合でも、およそ半数がその意味を知らなかったと回答している。すなわち、その意味も知っていたのは 13%～15%であり、現状の認知度は低い（図表 2-3-3）。

リビング・ウィルの書面等があるかについて、「分からない」との回答を除いて集計した場合、書面等があると回答した割合が最も高かったのが介護老人福祉施設の 19%であり、次いでグループホームの 12%であった（図表 2-3-4）。

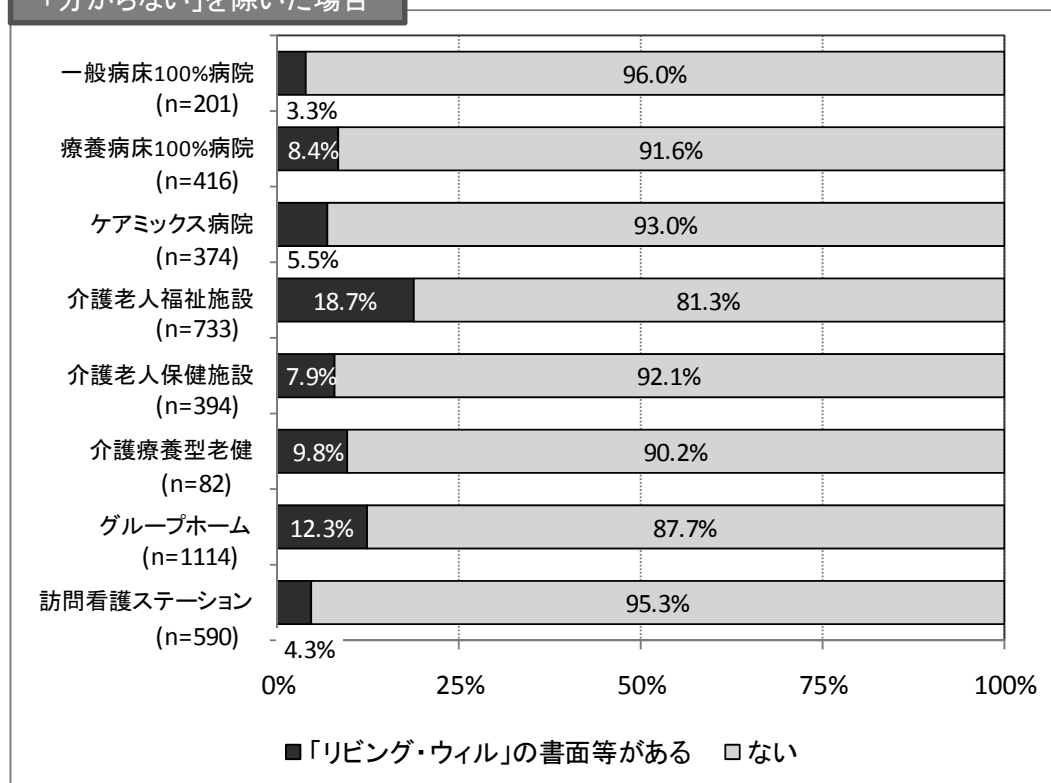
図表 2-3-3 家族が「リビング・ウィル」という言葉を知っていたか



図表 2-3-4 本人のリビング・ウィルの書面等がありますか



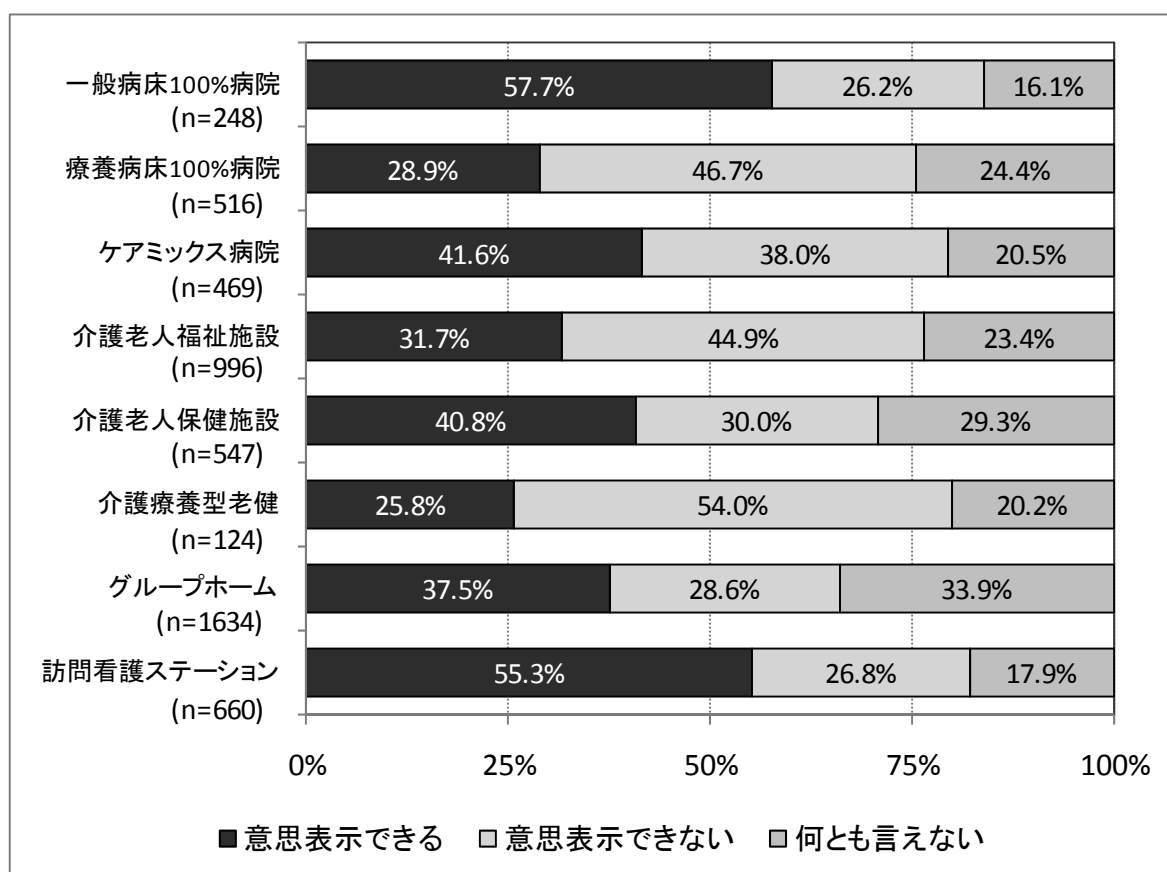
「分からない」を除いた場合



本人が自分自身の意思を表示できると回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 58%であり、次いで訪問看護ステーションの 55%であった。一方、意思表示ができないと回答した割合は、介護療養型老健で最も高く 54%であり、次いで療養病床 100%病院の 47%、介護老人福祉施設の 45%であった。

また、本人が自分自身の意思を表示できるかについて、「何とも言えない」と回答した割合が 16%～34%であった（図表 2-3-5）。既存の終末期ガイドラインでは、本人の意思表示が「できる」と「できない」の 2 つの場合のみを扱っているが、家族からみたとき、意思表示ができるか「何とも言えない」というケースが全回答の 1/4 程度あるので、簡単に割り切れない場合があることを明記し、対応を明示する必要があると考えられる。

図表 2-3-5 本人は自分自身の意思を表示できますか

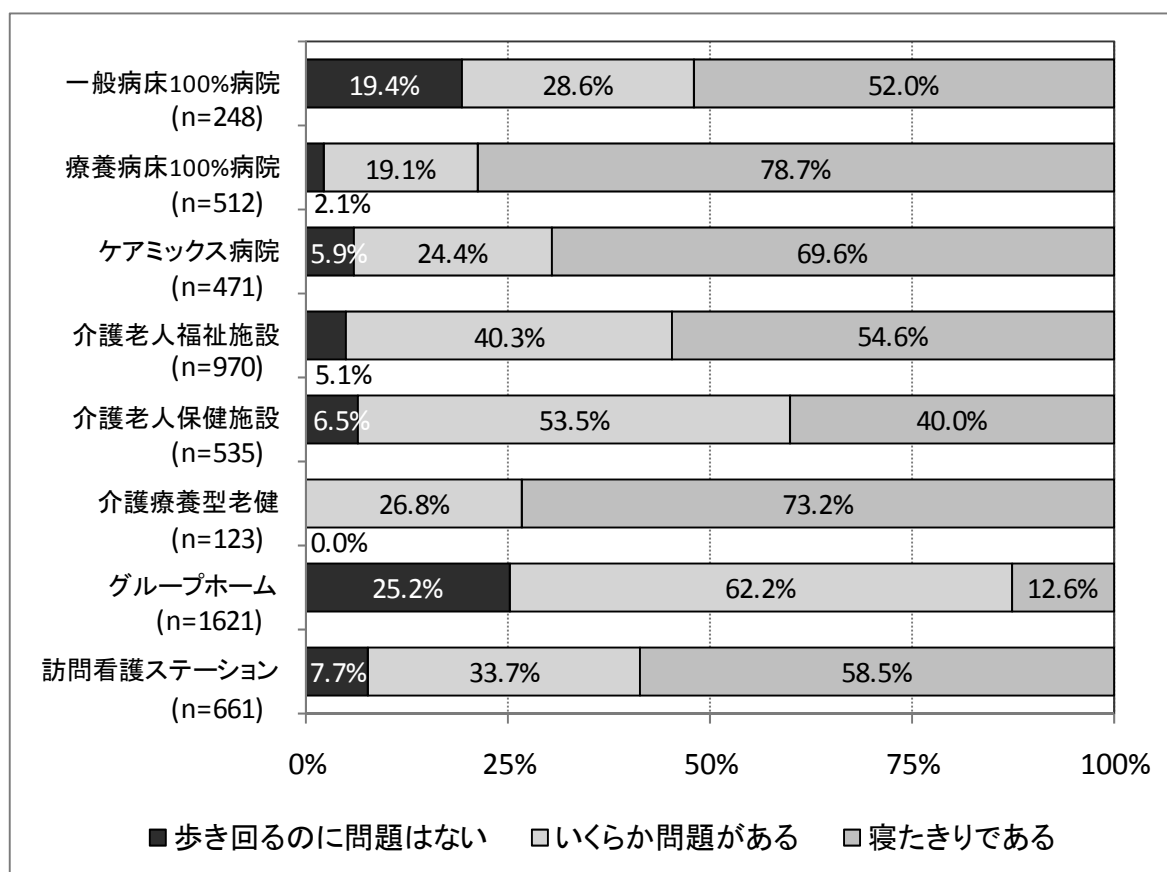


(3) QOL（尺度：EQ-5D）について

QOL（尺度：EQ-5D）に係る設問への回答を集計した結果を、図表 2-3-6～図表 2-3-10 に示す。

寝たきりと回答した割合は、療養病床 100%病院が最も高く 79%であり、次いで介護療養型老健の 73%であった。また、グループホームでは 13%と最も低く、歩き回るのに問題はないと回答した割合は 25%となっていることから、他の施設区分よりも移動についての状態がよい人の割合が高いことが分かる(図表 2-3-6)。

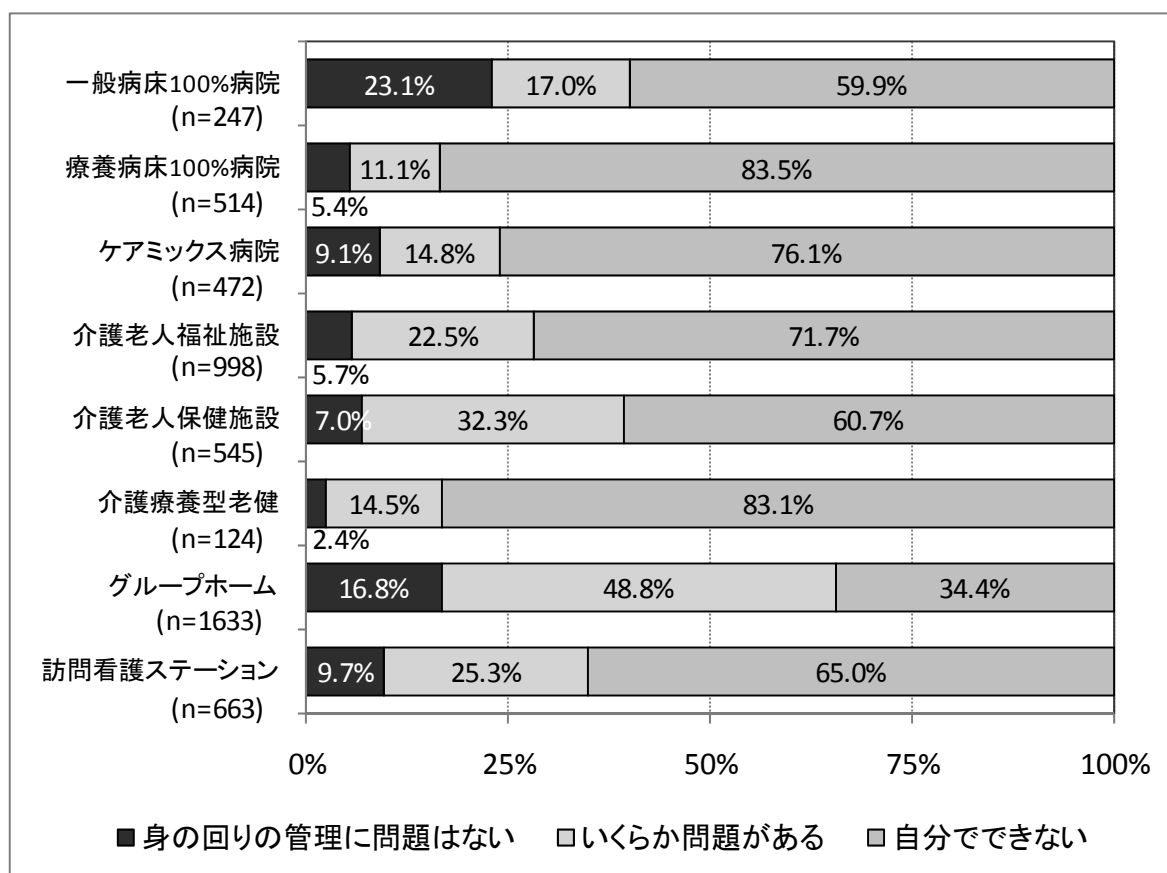
図表 2-3-6 移動についての状態



身の回りの管理に問題はないと回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 23%であり、次いでグループホームの 17%であった。また、介護療養型老健が最も低く 2%であった。

一方、身の回りの管理を自分でできないと回答した割合は、療養病床 100%病院が最も高く 84%であり、次いで介護療養型老健の 83%であった。また、グループホームが最も低く 34%であった（図表 2-3-7）。

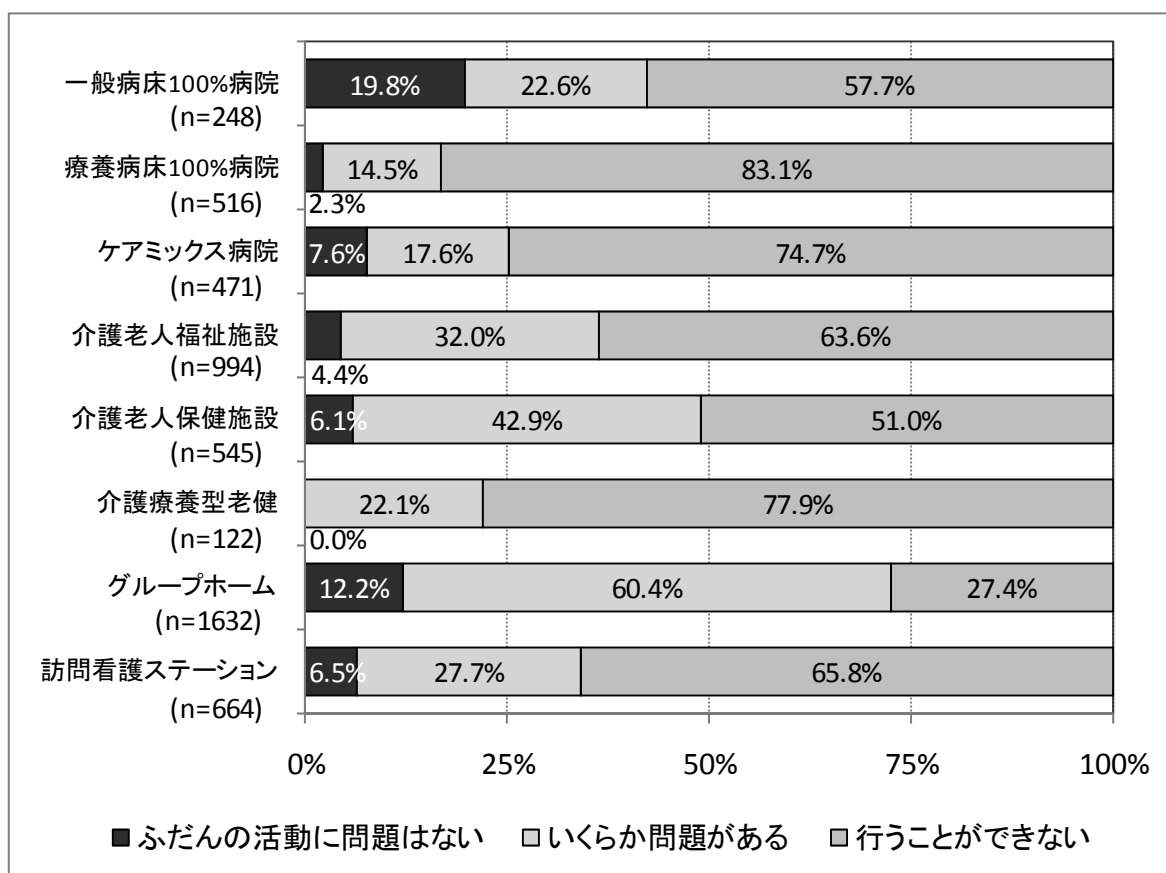
図表 2-3-7 身の回りの管理についての状態



ふだんの活動に問題はないと回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 20%であり、次いでグループホームの 12%であった。また、介護療養型老健が最も低く 0%であった。

一方、ふだんの活動を行うことができないと回答した割合は、療養病床 100%病院が最も高く 83%であり、次いで介護療養型老健の 78%であった。また、グループホームが最も低く 27%であった（図表 2-3-8）。

図表 2-3-8 ふだんの活動についての状態

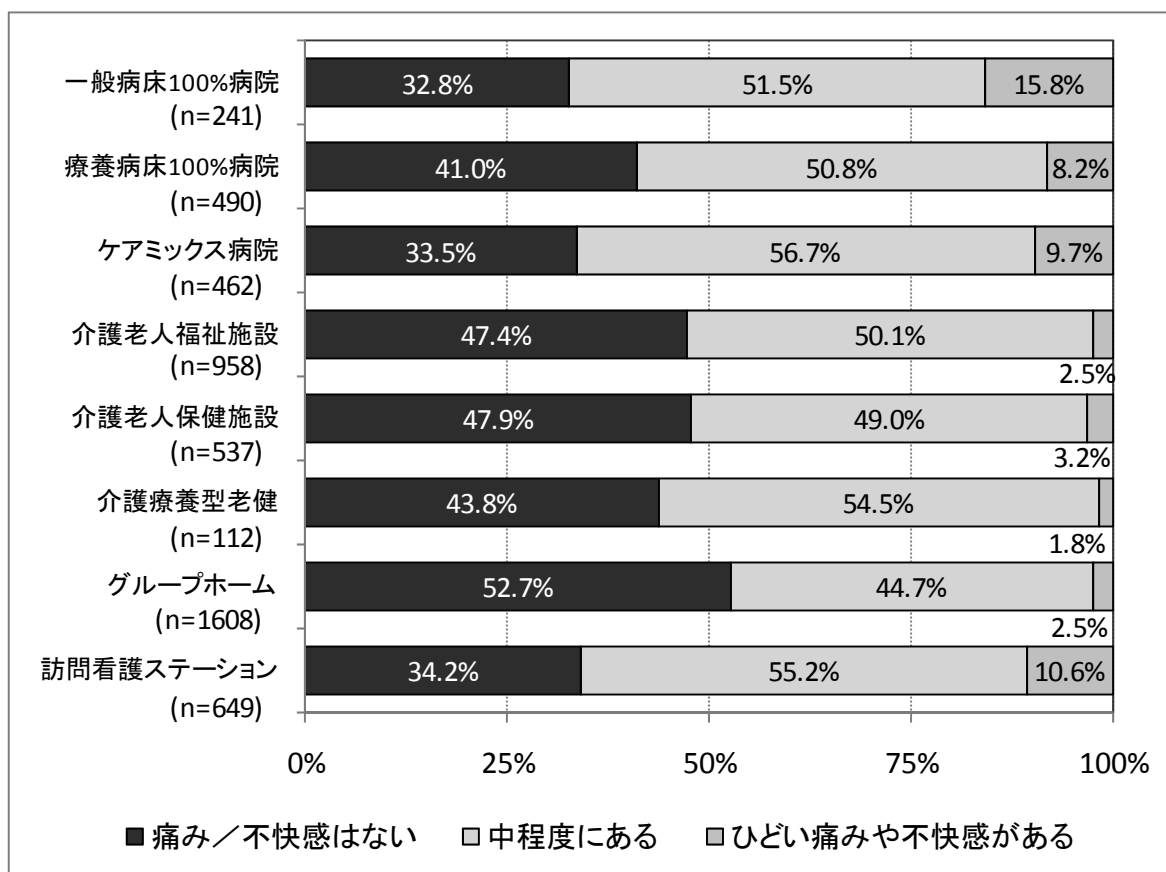


痛みや不快感がないと回答した割合は、グループホームが最も高く 53%であり、次いで介護老人保健施設の 48%であった。

中程度の痛みや不快感があると回答した割合は、ケアミックス病院が最も高く 57%であり、次いで訪問看護ステーションの 55%であった。

ひどい痛みや不快感があると回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 16%であり、次いで訪問看護ステーションの 11%であった（図表 2-3-9）。

図表 2-3-9 痛み／不快感についての状態

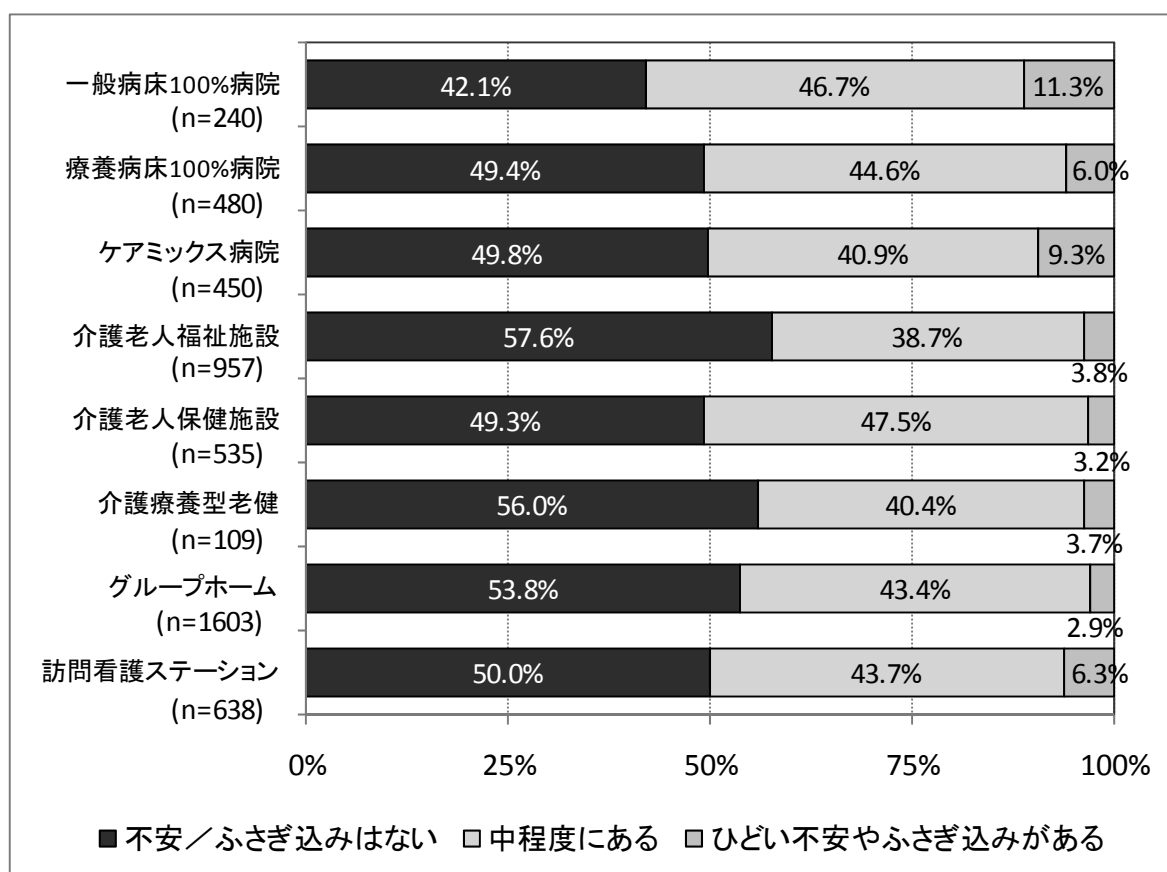


不安やふさぎ込みがないと回答した割合は、介護老人福祉施設が最も高く 58%であり、次いで介護療養型老健の 56%であった。

中程度の不安やふさぎ込みがあると回答した割合は、介護老人保健施設が最も高く 48%であり、次いで一般病床 100%病院の 47%であった。

ひどい不安やふさぎ込みがあると回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 11%であり、次いでケアミックス病院の 9%であった（図表 2-3-10）。

図表 2-3-10 不安／ふさぎ込みについての状態

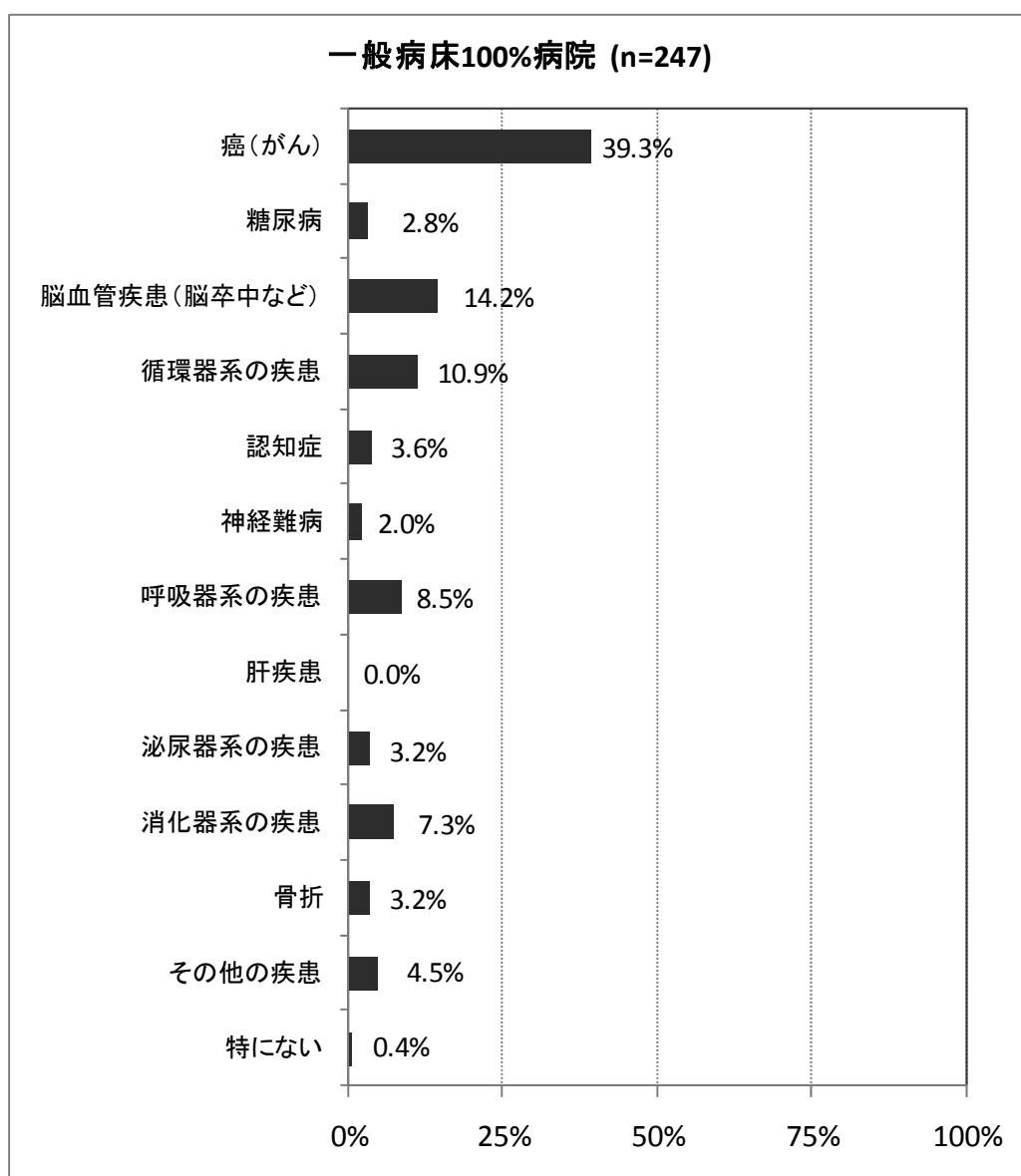


(4) 疾患に係る状況等について

疾患に係る設問について集計した結果を、図表2-3-11～図表2-3-22に示す。

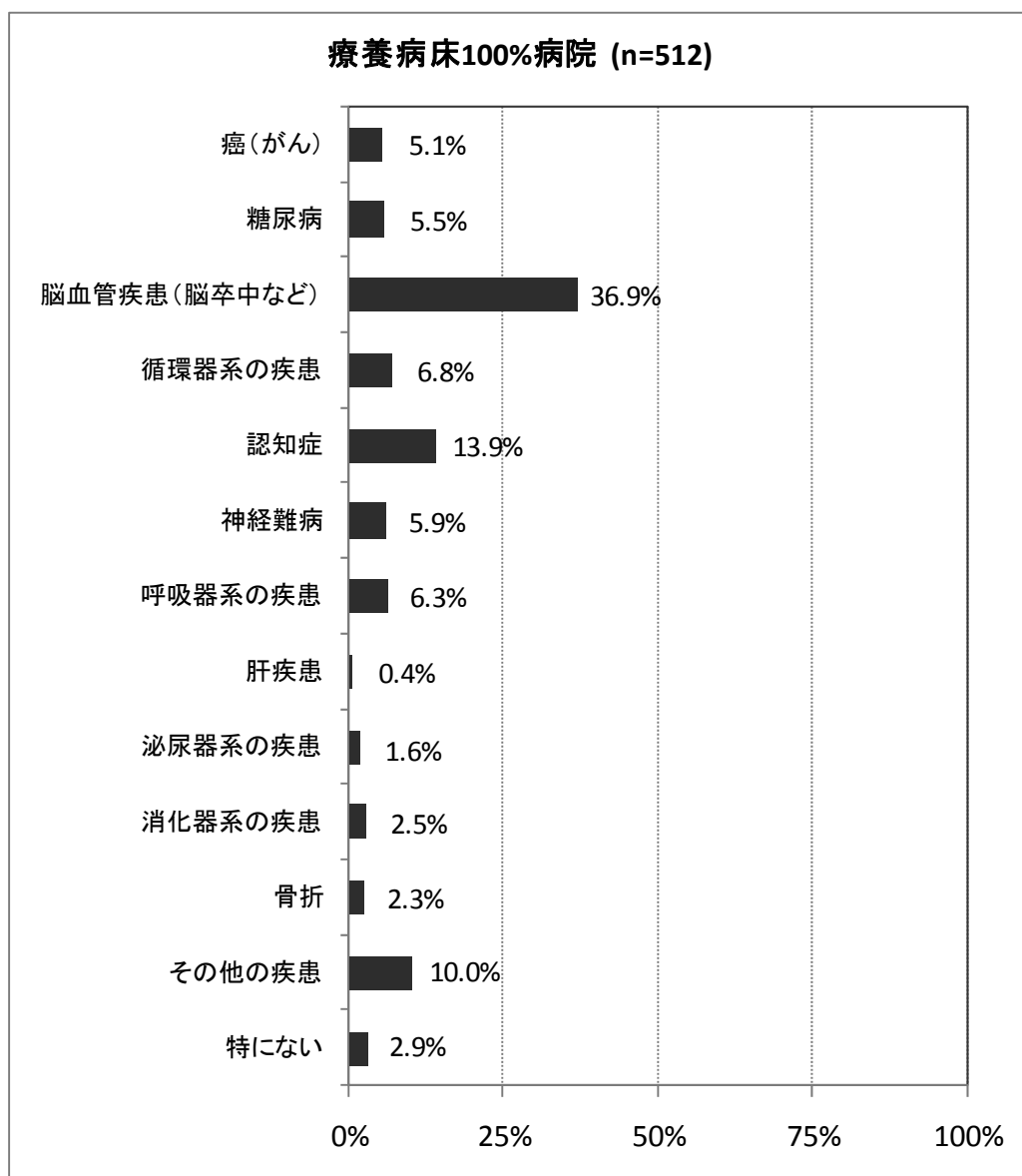
一般病床100%病院では、癌（がん）の割合が39%と最も高く、次いで脳血管疾患（脳卒中など）の14%、循環器系の疾患の11%であった（図表2-3-11）。

図表2-3-11 治療を受けている主な疾患（一般病床100%病院）



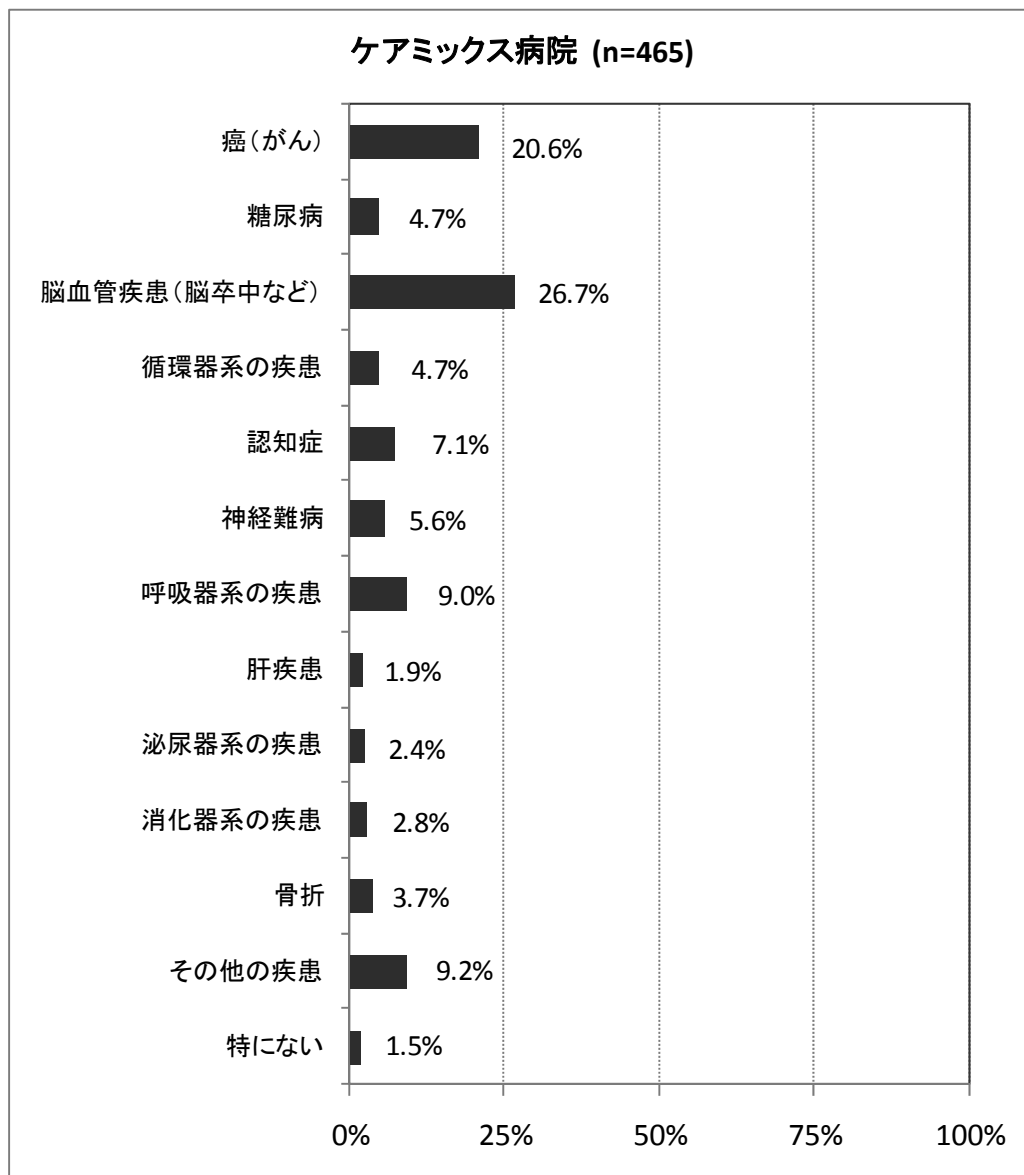
療養病床 100%病院では、脳血管疾患（脳卒中など）の割合が 37%と最も高く、次いで認知症の 14%、その他の疾患の 10%であった（図表 2-3-12）。

図表 2-3-12 治療を受けている主な疾患（療養病床 100%病院）



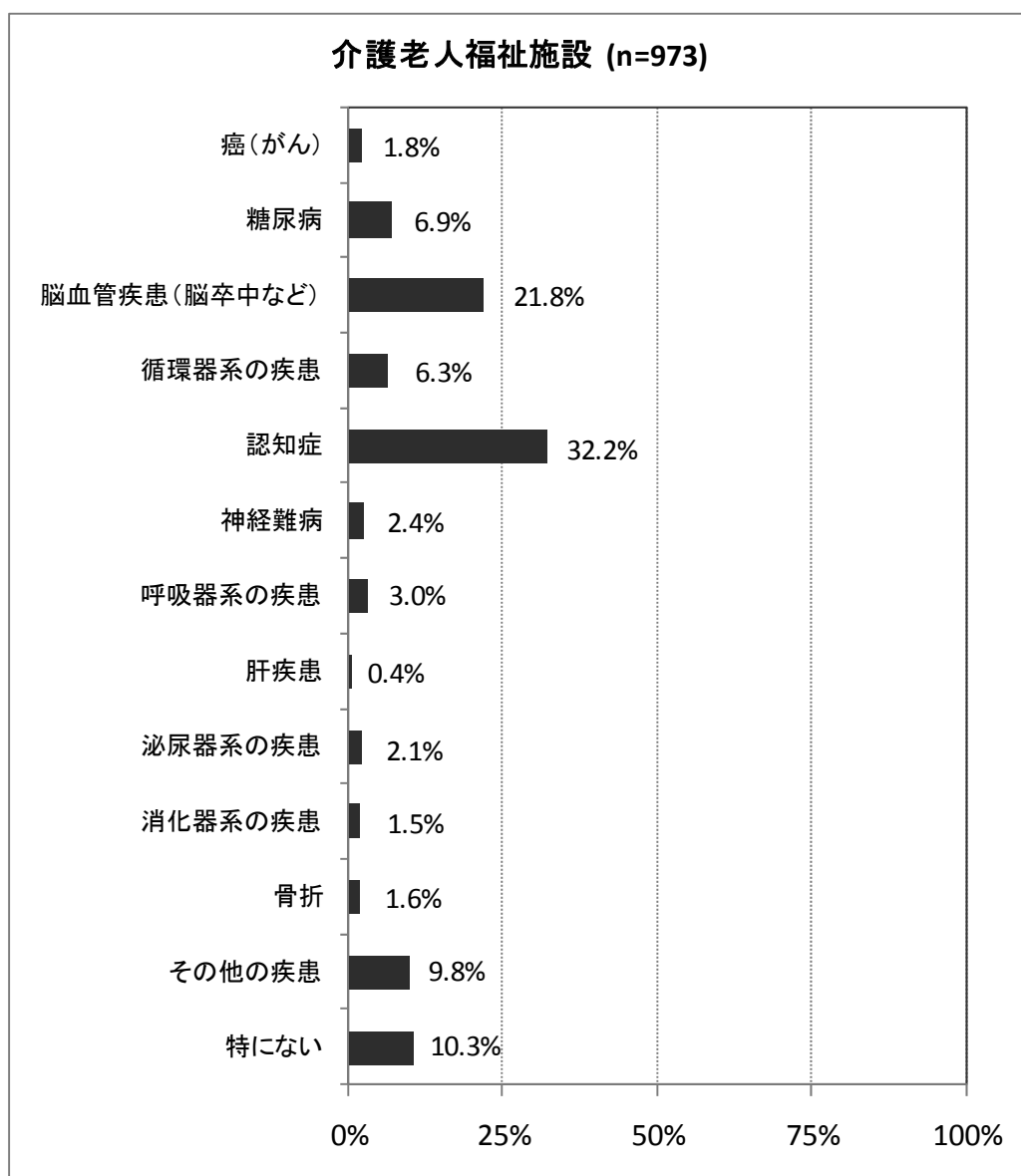
ケアミックス病院では、脳血管疾患（脳卒中など）の割合が27%と最も高く、次いで癌（がん）の21%、その他の疾患の9%であった（図表2-3-13）。

図表 2-3-13 治療を受けている主な疾患（ケアミックス病院）



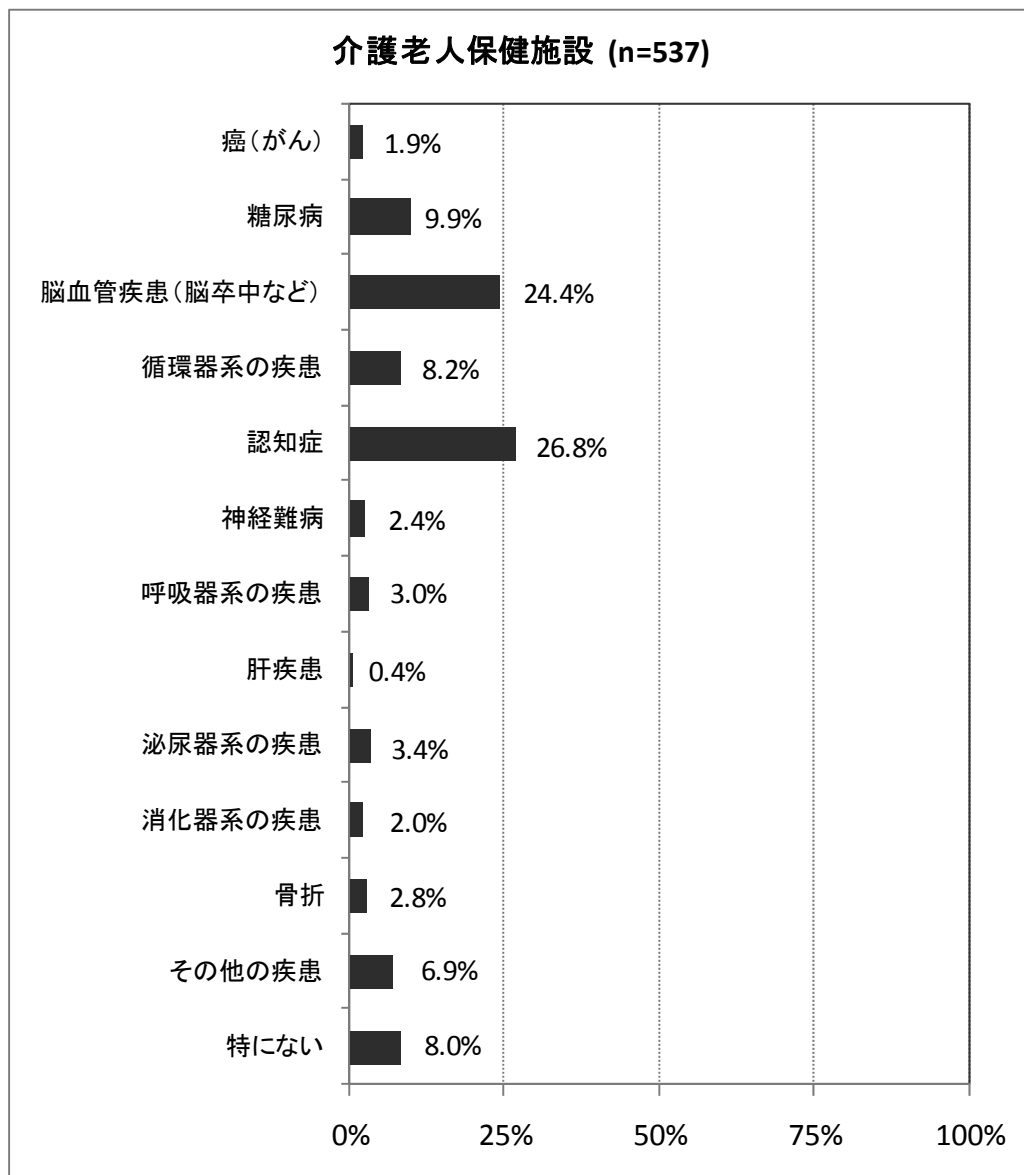
介護老人福祉施設では、認知症の割合が32%と最も高く、次いで脳血管疾患（脳卒中など）の22%、治療を受けている主な疾患が特にないの10%であった（図表2-3-14）。

図表 2-3-14 治療を受けている主な疾患（介護老人福祉施設）



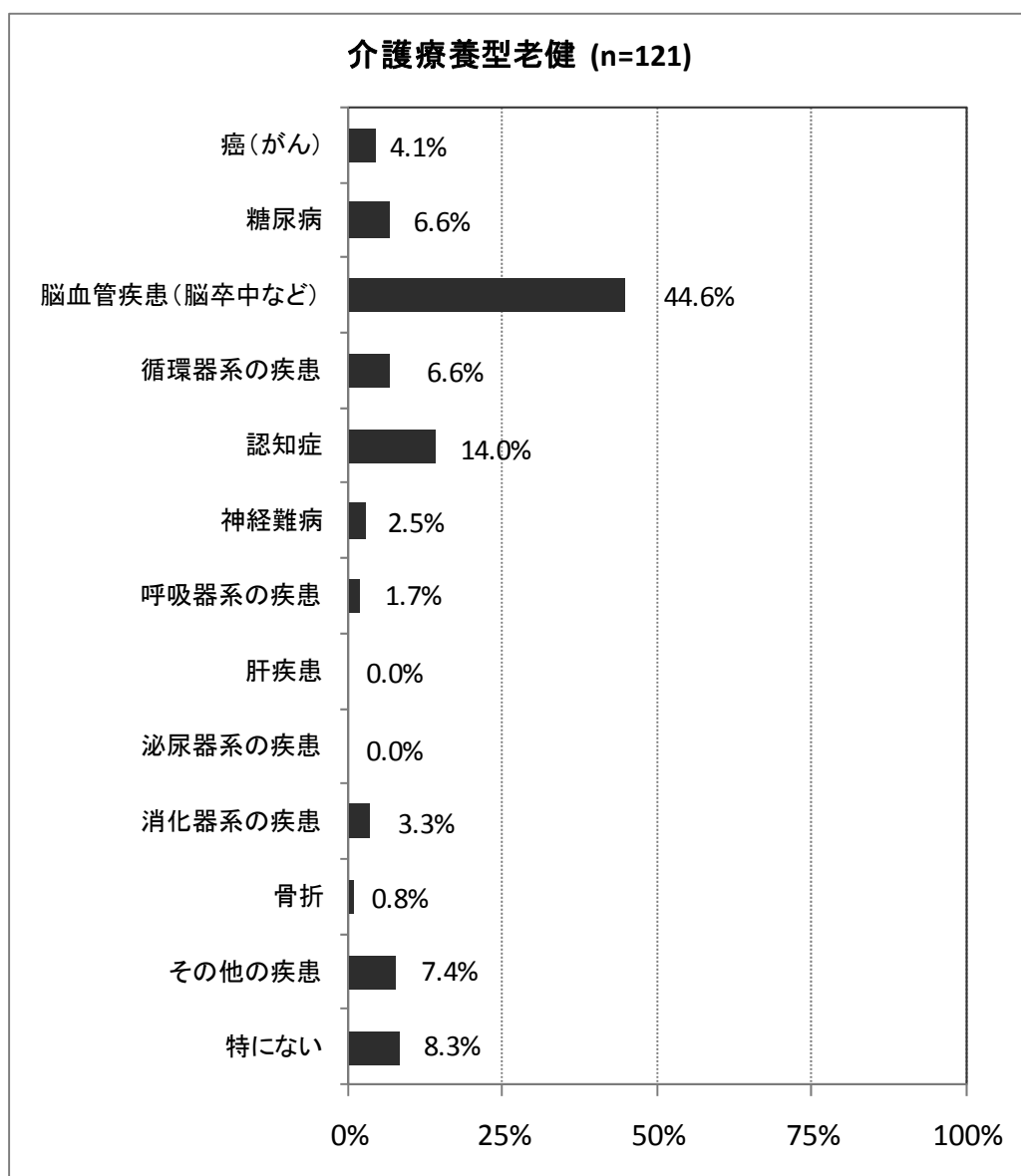
介護老人保健施設では、認知症の割合が27%と最も高く、次いで脳血管疾患（脳卒中など）の24%、糖尿病の10%であった（図表2-3-15）。

図表 2-3-15 治療を受けている主な疾患（介護老人保健施設）



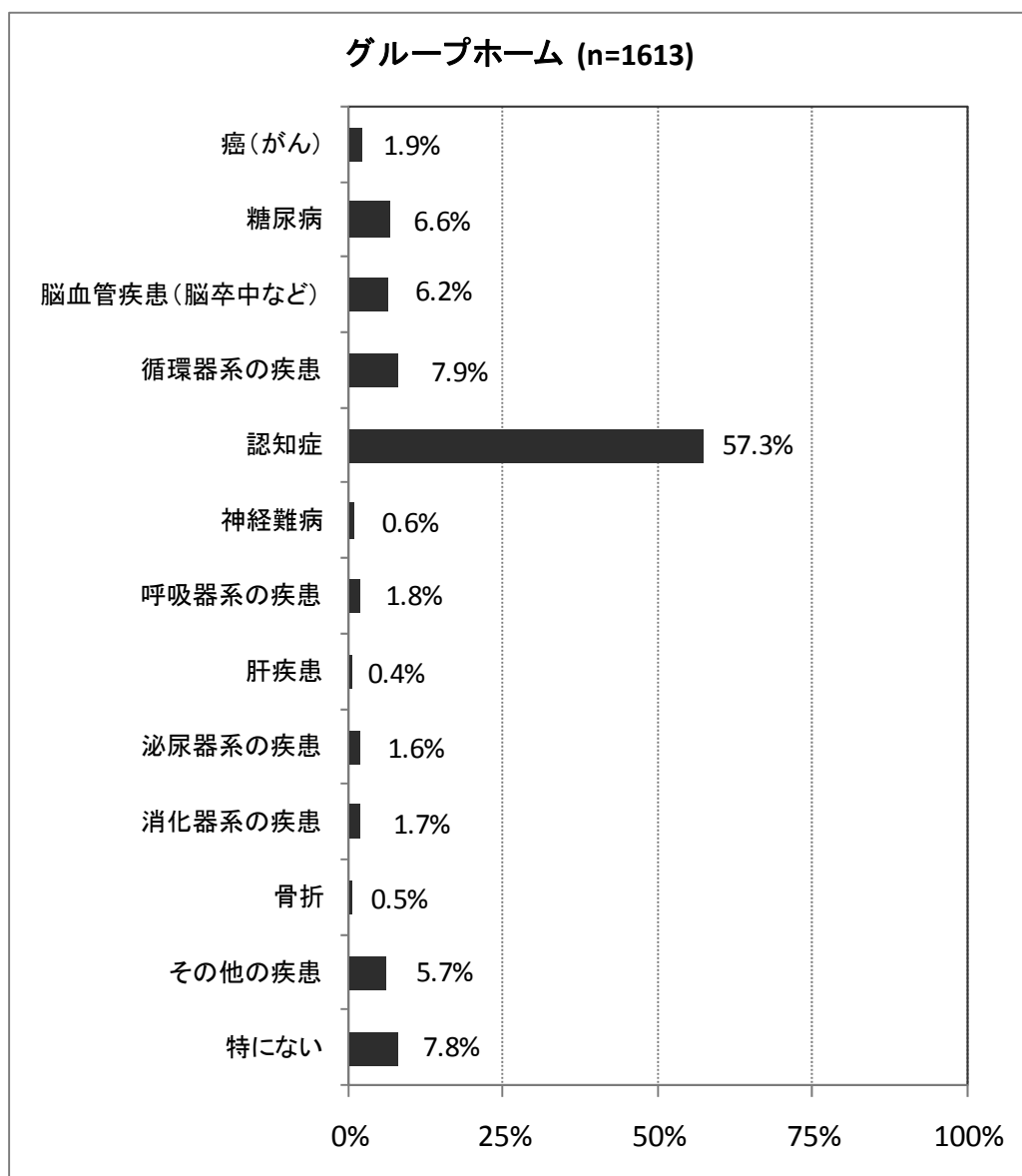
介護療養型老健では、脳血管疾患（脳卒中など）の割合が45%と最も高く、次いで認知症の14%、治療を受けている主な疾患が特にないの8%であった（図表2-3-16）。

図表 2-3-16 治療を受けている主な疾患（介護療養型老健）



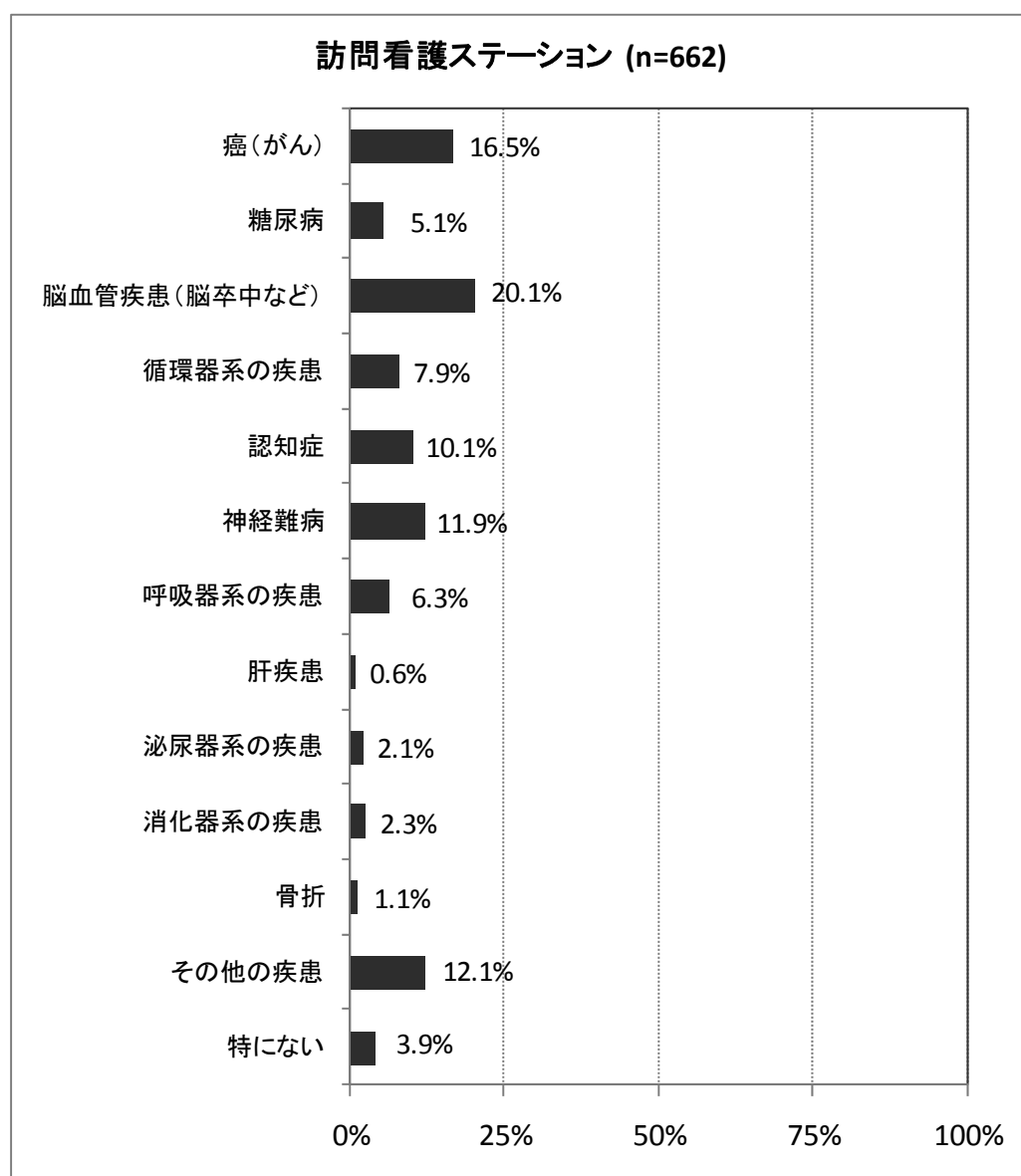
グループホームでは、認知症の割合が57%と最も高く、次いで循環器系の疾患、治療を受けている主な疾患が特にないがともに8%であった（図表2-3-17）。

図表2-3-17 治療を受けている主な疾患（グループホーム）



訪問看護ステーションでは、脳血管疾患（脳卒中など）の割合が20%と最も高く、次いで癌（がん）の17%、その他の疾患、神経難病がともに12%、認知症の10%、循環器系の疾患の8%、呼吸器系の疾患の6%であった（図表 2-3-18）。訪問看護ステーションは全体として平坦な分布になっており、特定の疾患に偏ることなく様々な疾患に対応している実態がうかがえる。

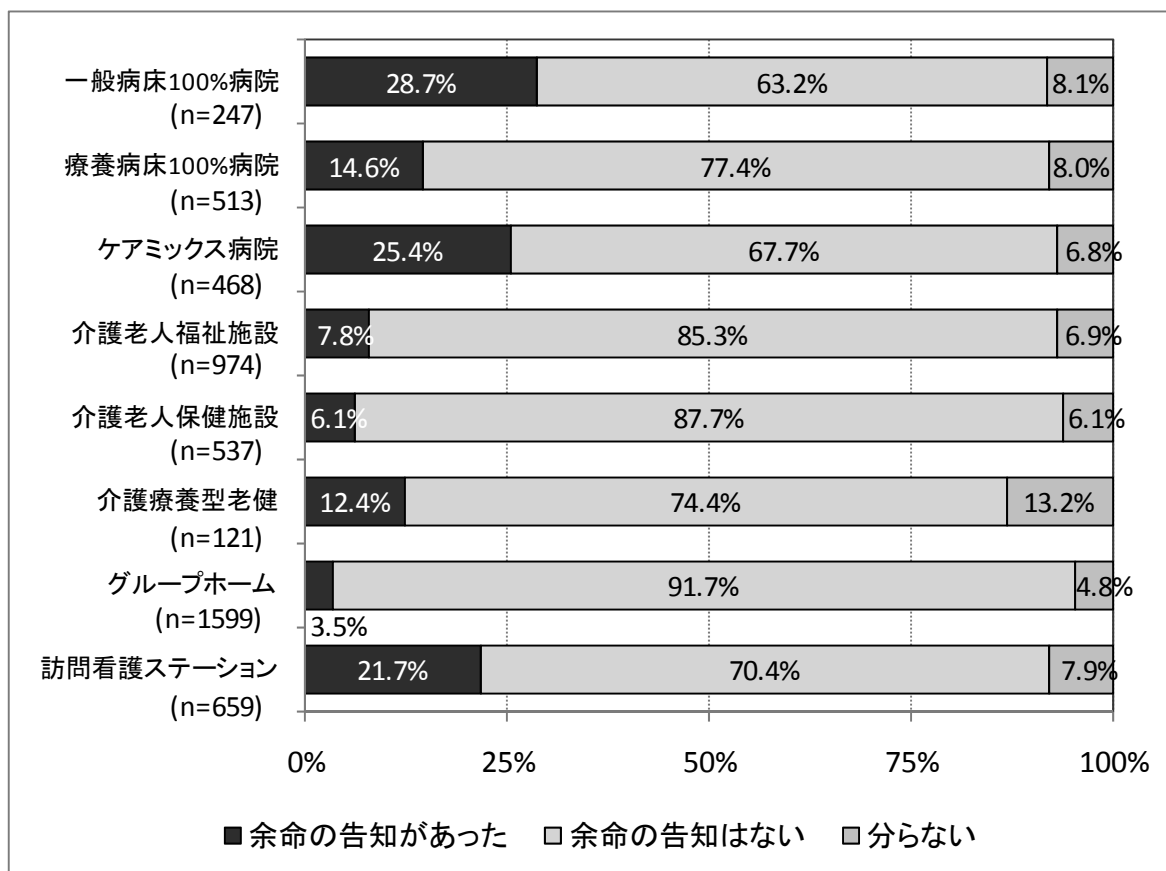
図表 2-3-18 治療を受けている主な疾患（訪問看護ステーション）



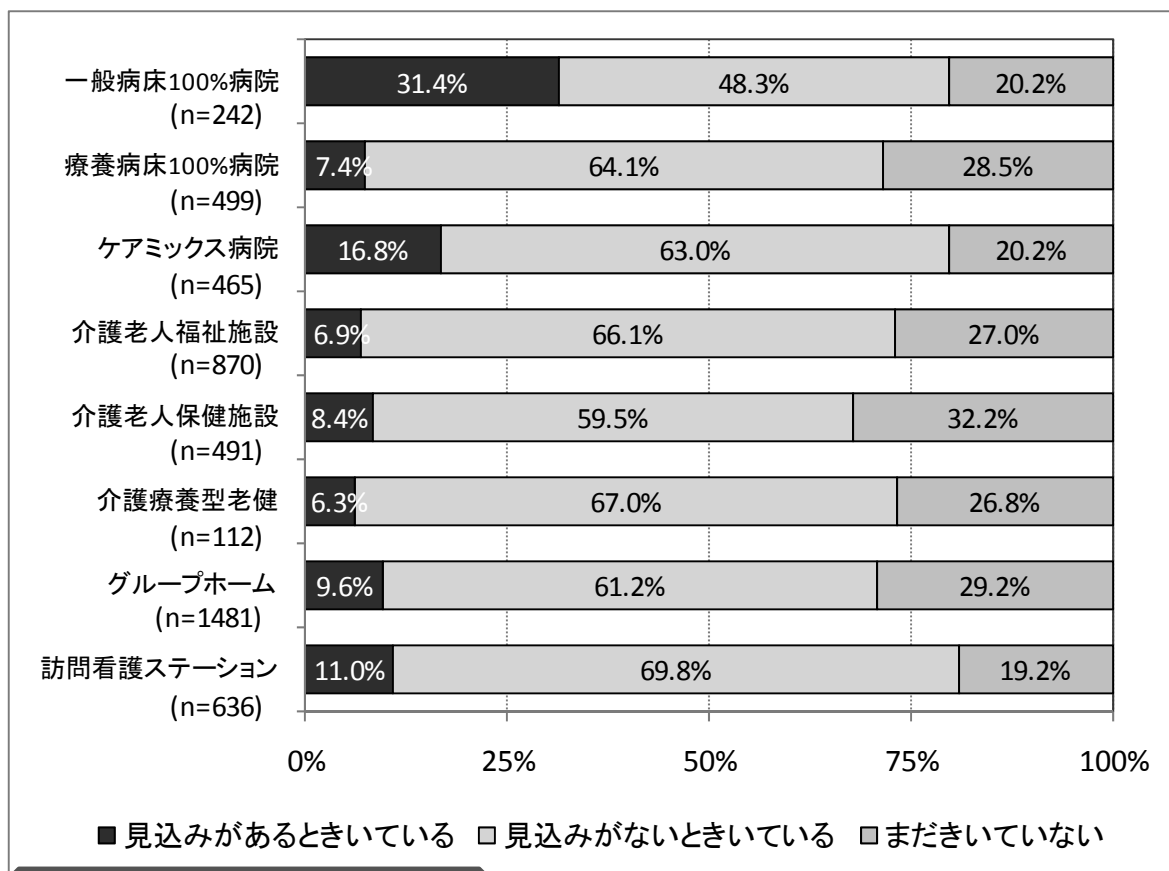
医師から余命告知があったと回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 29%であり、次いでケアミックス病院の 25%であった。一方、余命の告知はないと回答した割合は、グループホームで最も高く 92%であり、次いで介護老人保健施設の 88%であった（図表 2-3-19）。

主な疾患の回復の見込みについて、「まだきいていない」を除いて集計した場合、回復の見込みがあるときいていると回答した割合は、一般病床 100%病院が最も高く 39%であり、次いでケアミックス病院の 21%であった。一方、回復の見込みがないときいていると回答した割合は、介護療養型老健で最も高く 92%であり、次いで介護老人福祉施設の 91%であった（図表 2-3-20）。

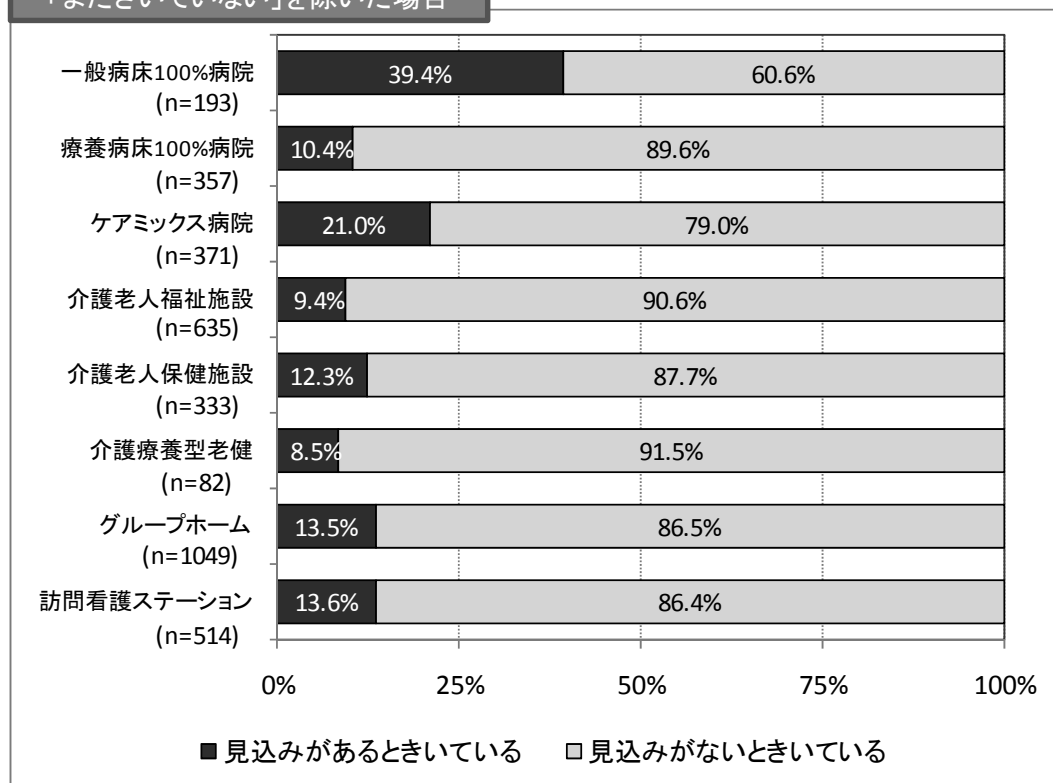
図表 2-3-19 医師から余命の告知がありましたか



図表 2-3-20 治療を受けている主な疾患の回復の見込み



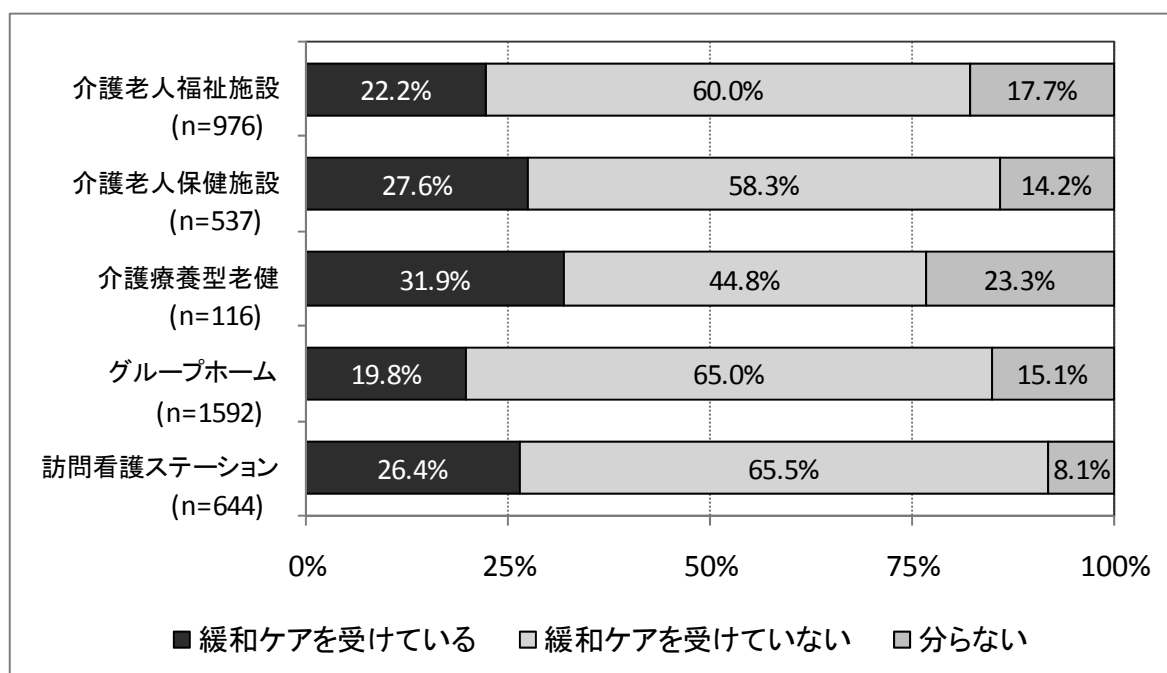
「まだきいていない」を除いた場合



緩和ケアを受けていると回答した割合は、介護療養型老健が最も高く 32%であり、次いで介護老人保健施設の 28%であった。一方、緩和ケアを受けていないと回答した割合は、訪問看護ステーションで最も高く 66%であり、次いでグループホームの 65%であった（図表 2-3-21）。

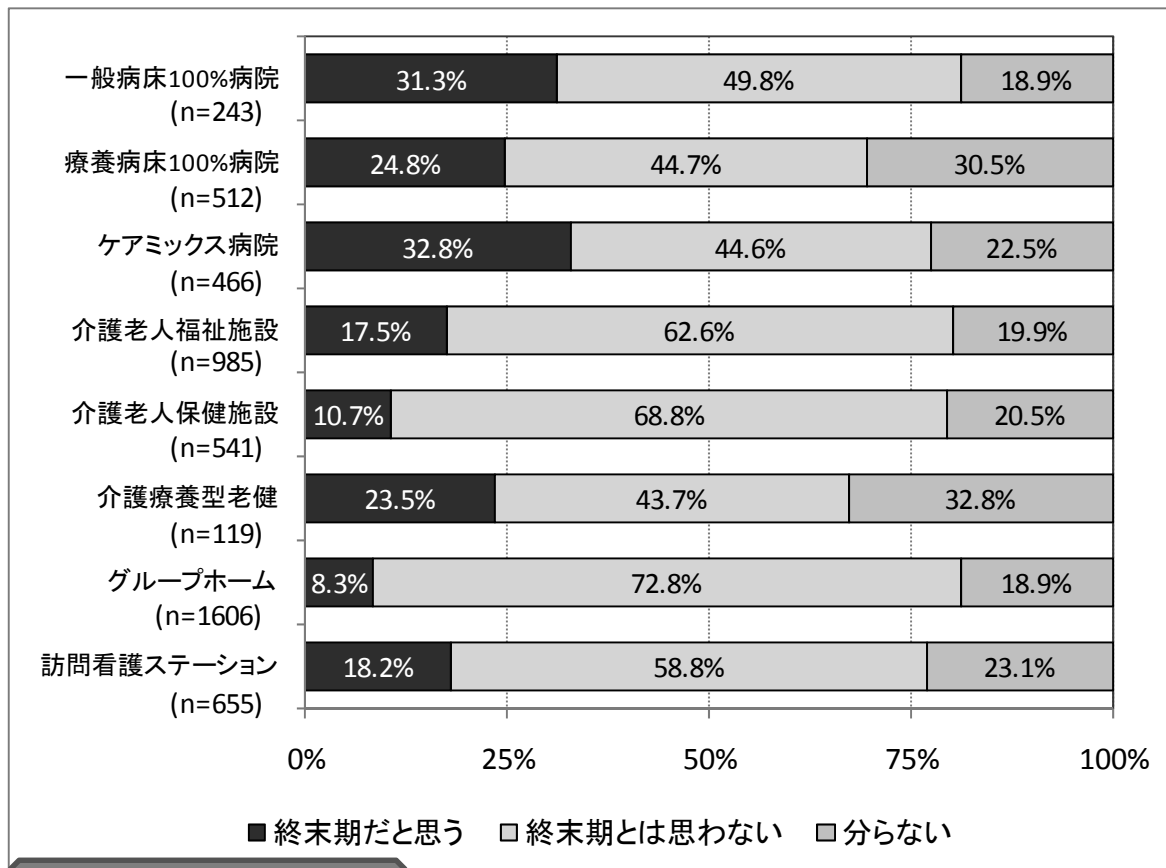
終末期だと思ふかについて、「分からない」を除いて集計した場合、終末期だと思ふと回答した割合は、ケアミックス病院が最も高く 42%であり、次いで一般病床 100%病院の 39%であった。一方、終末期とは思わないと回答した割合は、グループホームで最も高く 90%であり、次いで介護老人保健施設の 87%であった（図表 2-3-22）。

図表 2-3-21 緩和ケア（苦痛軽減のための処置等）を受けていますか

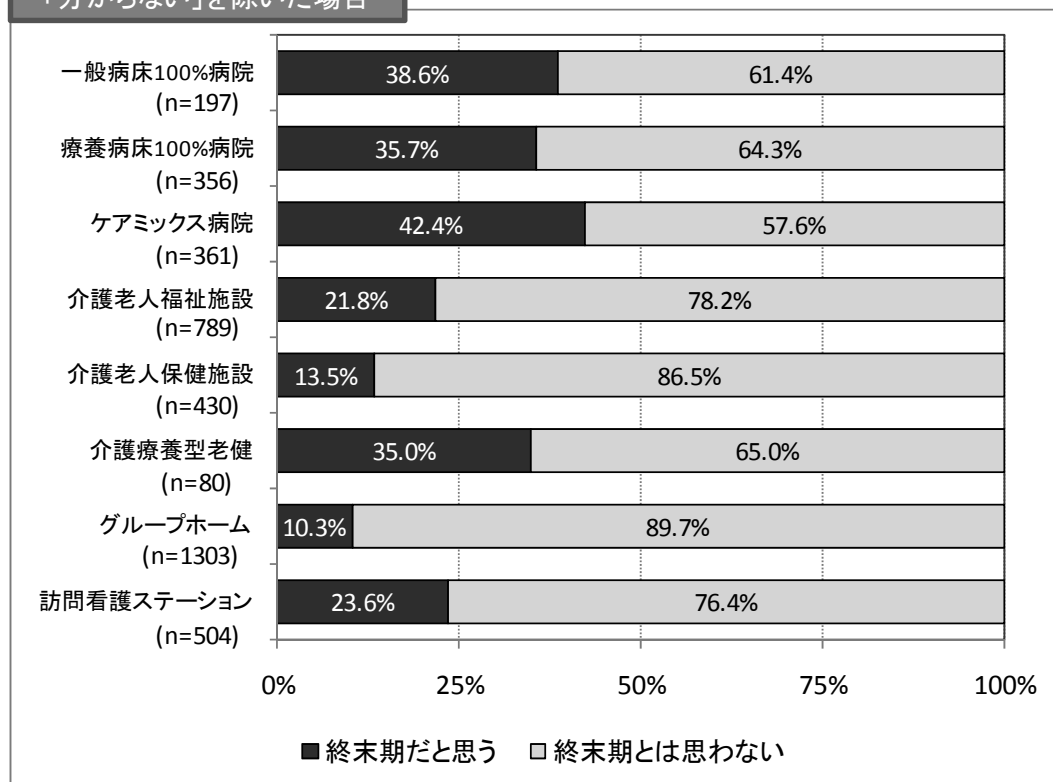


※病院に入院している方の家族への調査票には、緩和ケアについての設問がない。

図表 2-3-22 終末期（ターミナル）だと思いますか



「分からない」を除いた場合



(5) 施設・事業所側の対応について

施設・事業所側の対応状況等についての集計結果を、図表 2-3-23～図表 2-3-25 に示す。

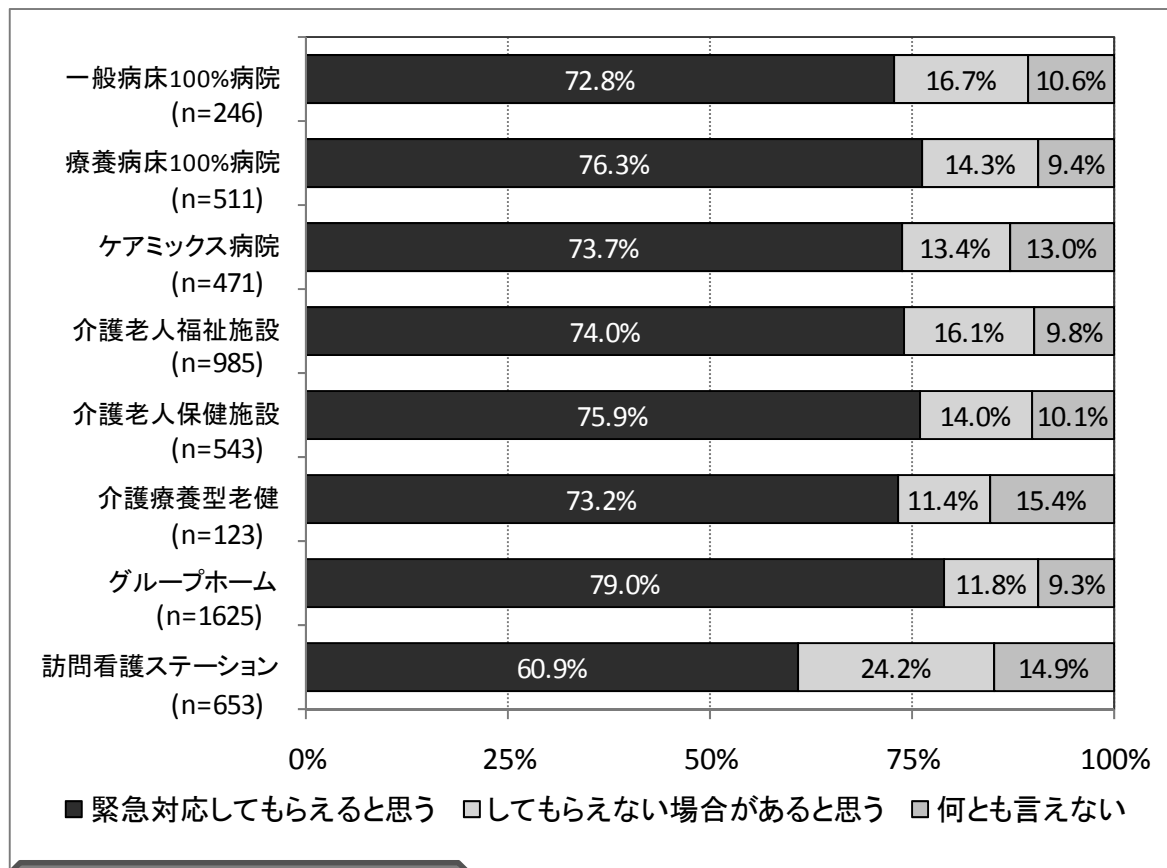
急変時に 24 時間・365 日対応してもらえenと思えますかについて、「何とも言えない」を除いて集計した場合、いずれの施設区分でも「緊急対応してもらえenと思う」が過半数を占めており、訪問看護ステーションを除くと 81%～87%と 8 割を超えている。訪問看護ステーションでは、72%であった。

訪問看護ステーションでは「緊急対応してもらえない場合があると思う」の回答割合が 28%と最も高くなっている（図表 2-3-23）。

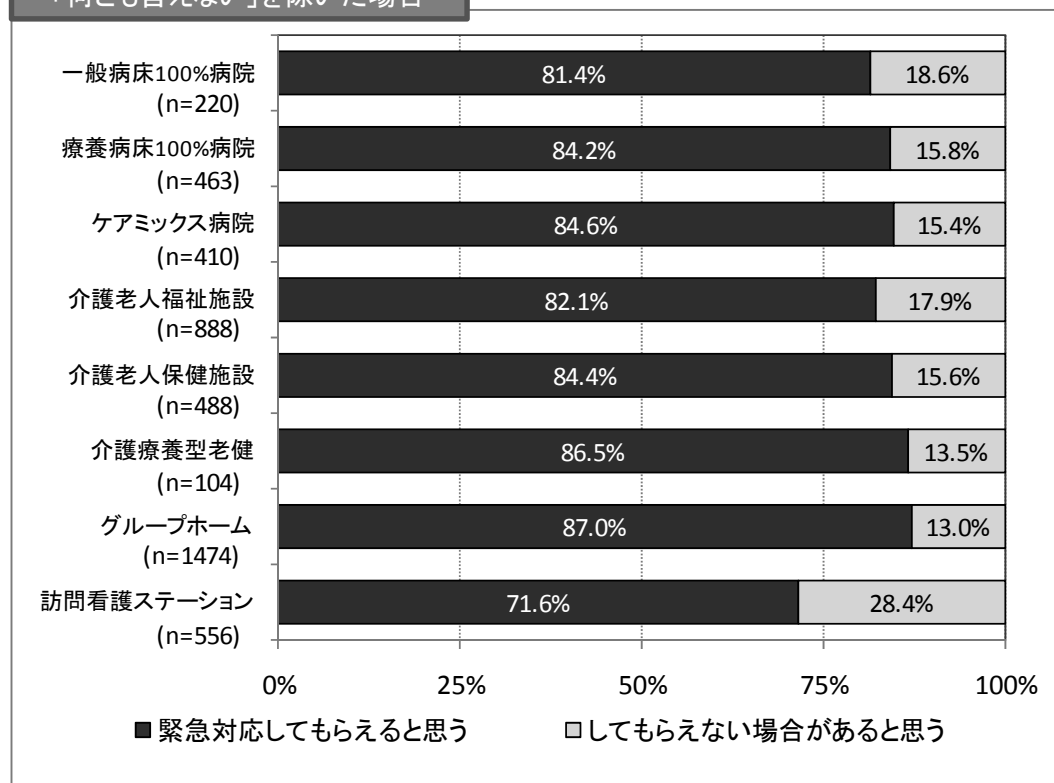
医師等から受けている説明や意思確認は十分だと思えますかについて、「何とも言えない」を除いて集計した場合、いずれの施設区分でも「説明や意思確認は十分だと思う」が過半数を占めており、80%～91%と 8 割を超えている。（図表 2-3-24）。

治療内容等の決定で本人意思が十分尊重されているかについて、「何とも言えない」を除いて集計した場合、いずれの施設区分でも「本人の意思が十分尊重されている」が過半数を占めており、83%～93%と 8 割を超えている（図表 2-3-25）。

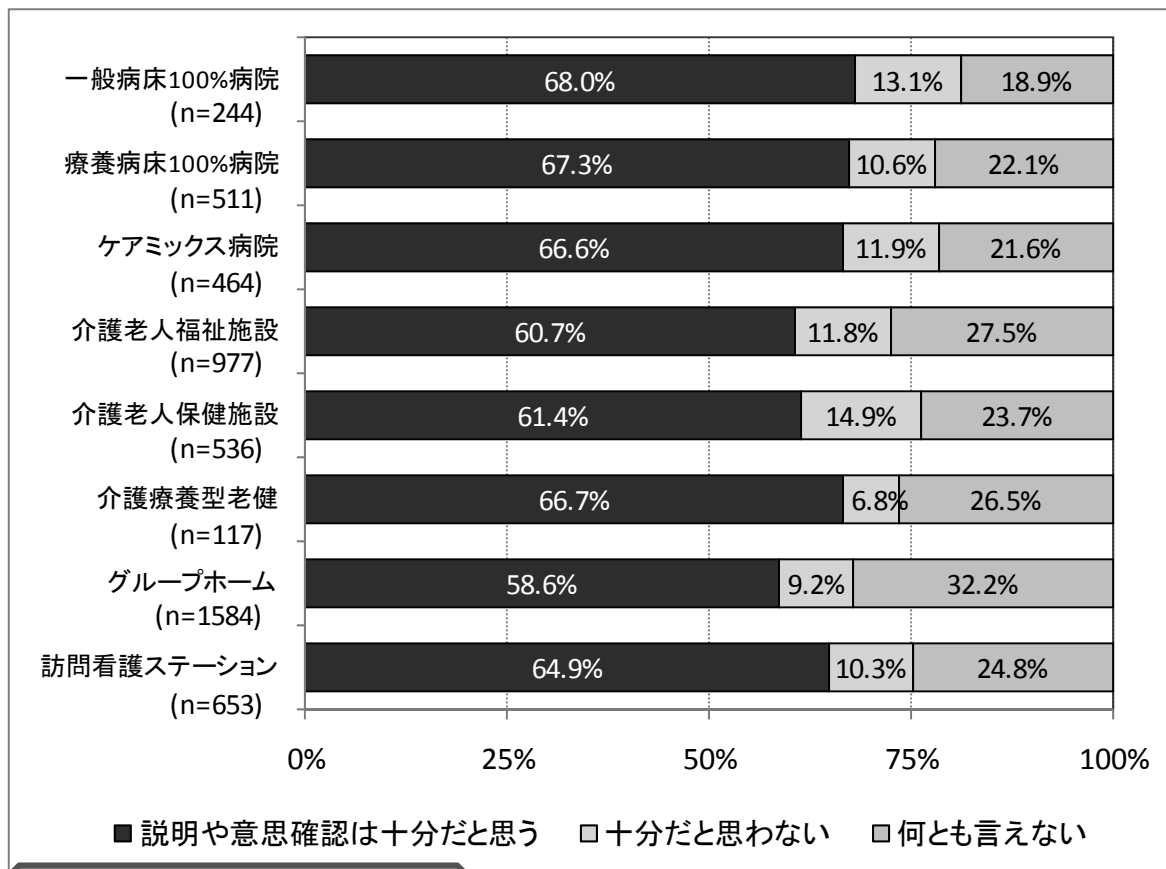
図表 2-3-23 急変時には 24 時間・365 日対応してもらえますか



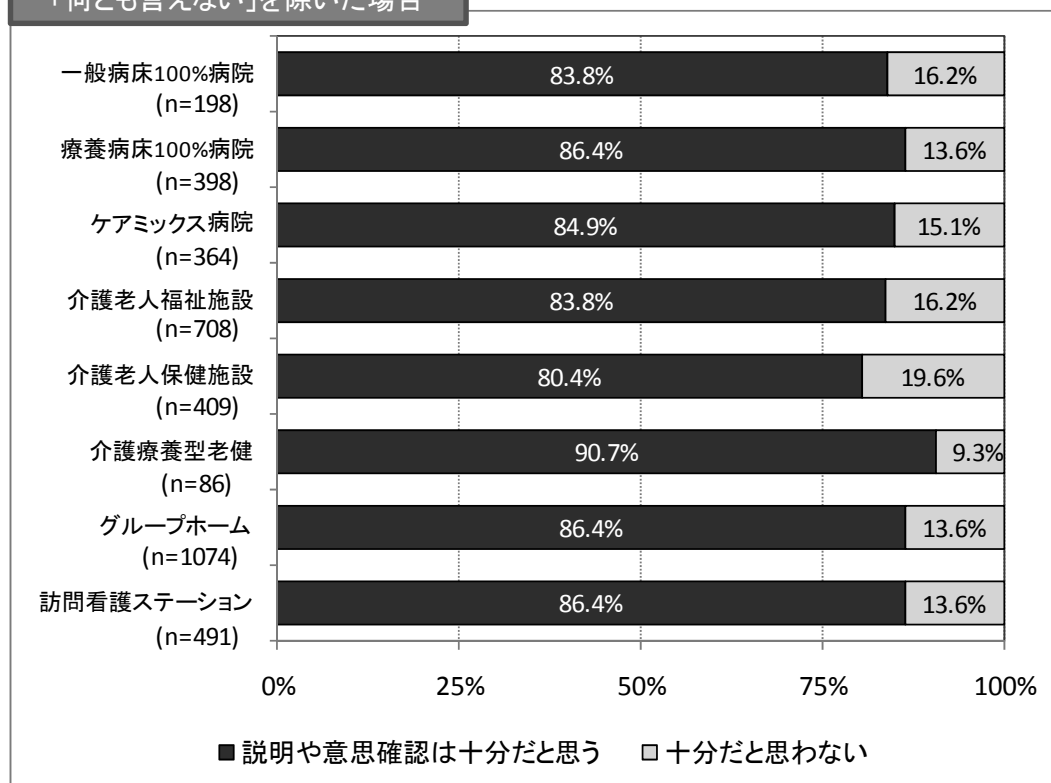
「何とも言えない」を除いた場合



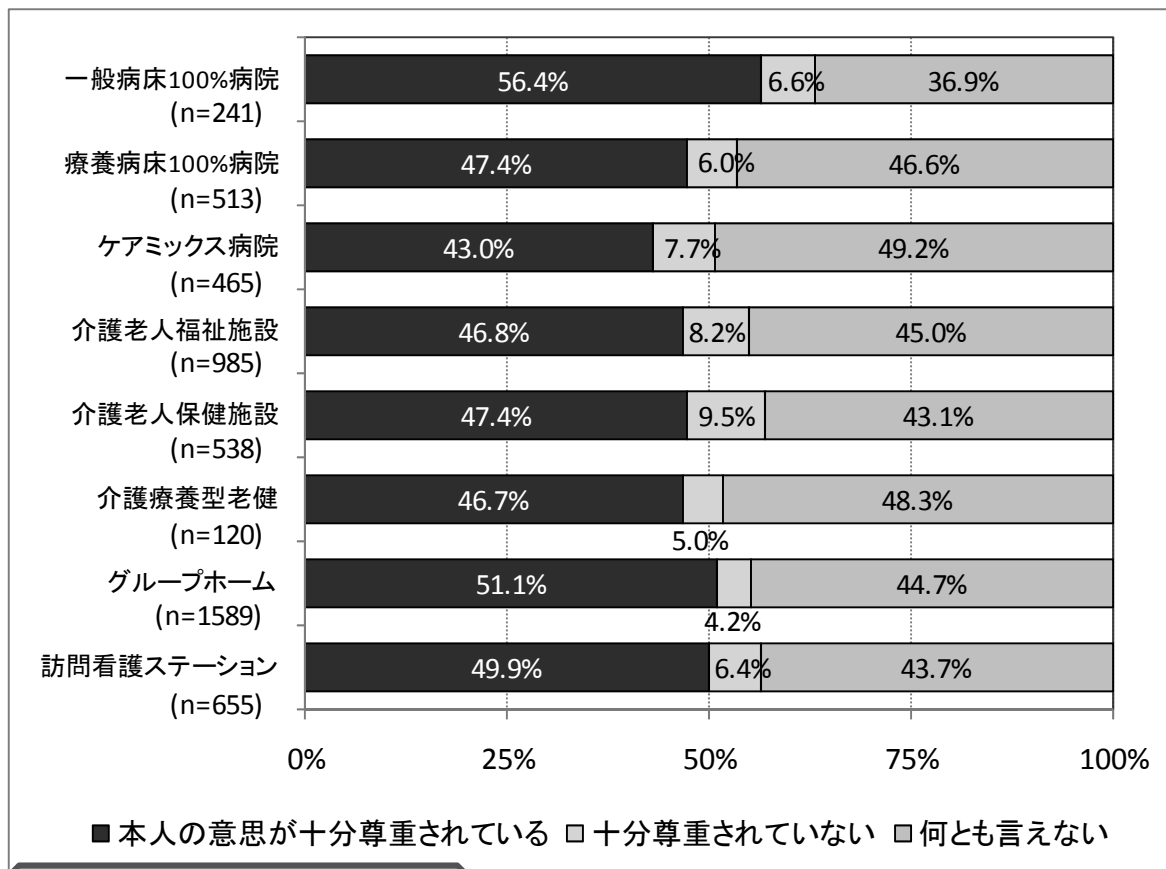
図表 2-3-24 医師等から受けている説明や意思確認は十分だと思いますか



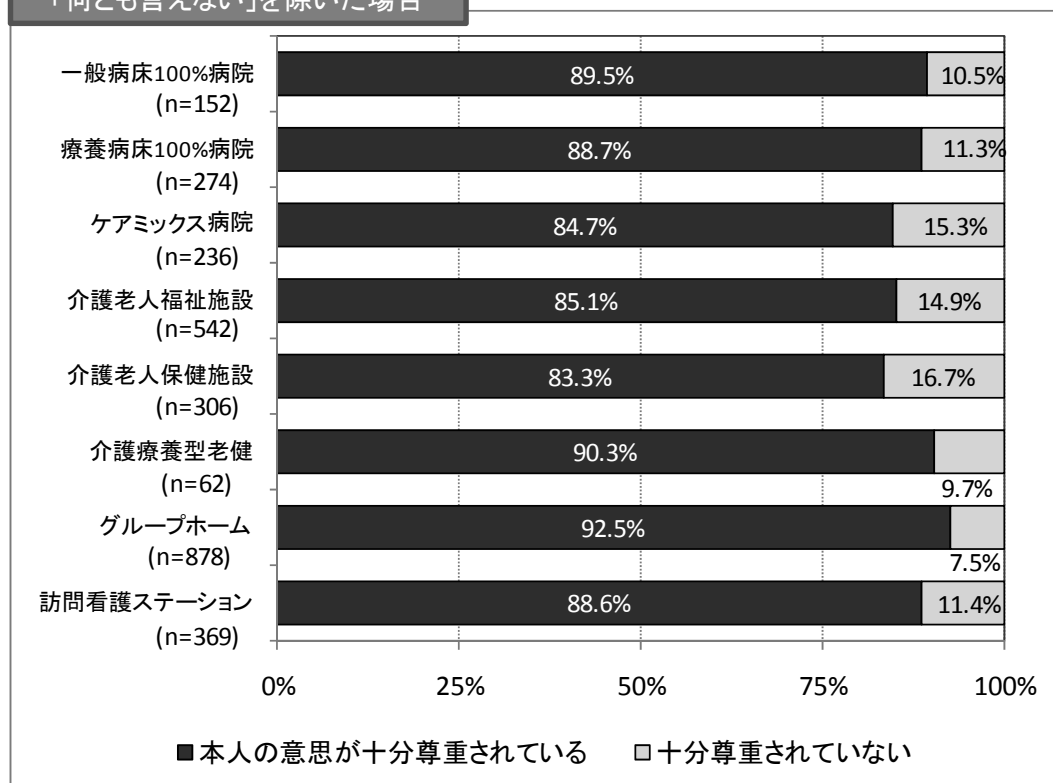
「何とも言えない」を除いた場合



図表 2-3-25 治療内容等の決定で本人意思が尊重されていると思いますか



「何とも言えない」を除いた場合



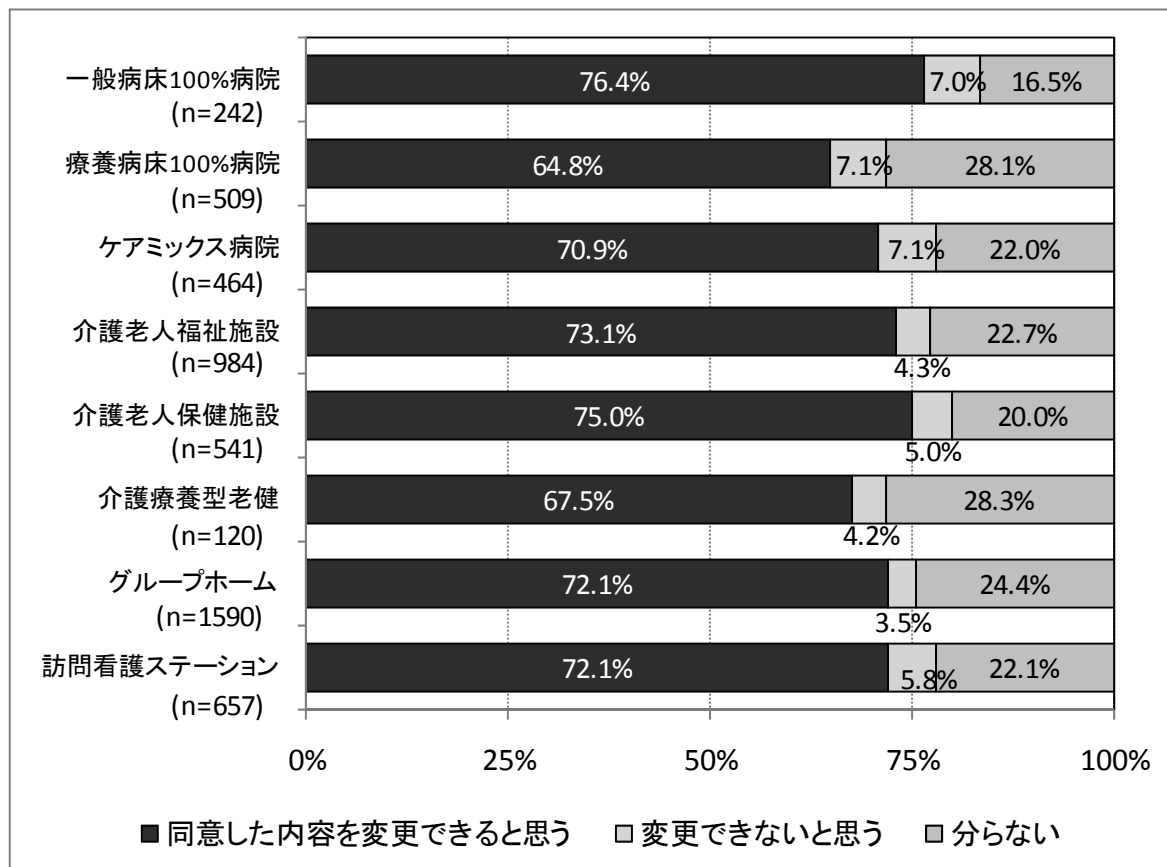
(6) 家族の認識や気持の揺らぎについて

施設・事業所側の対応状況等についての集計結果を、図表 2-3-26～図表 2-3-27 に示す。

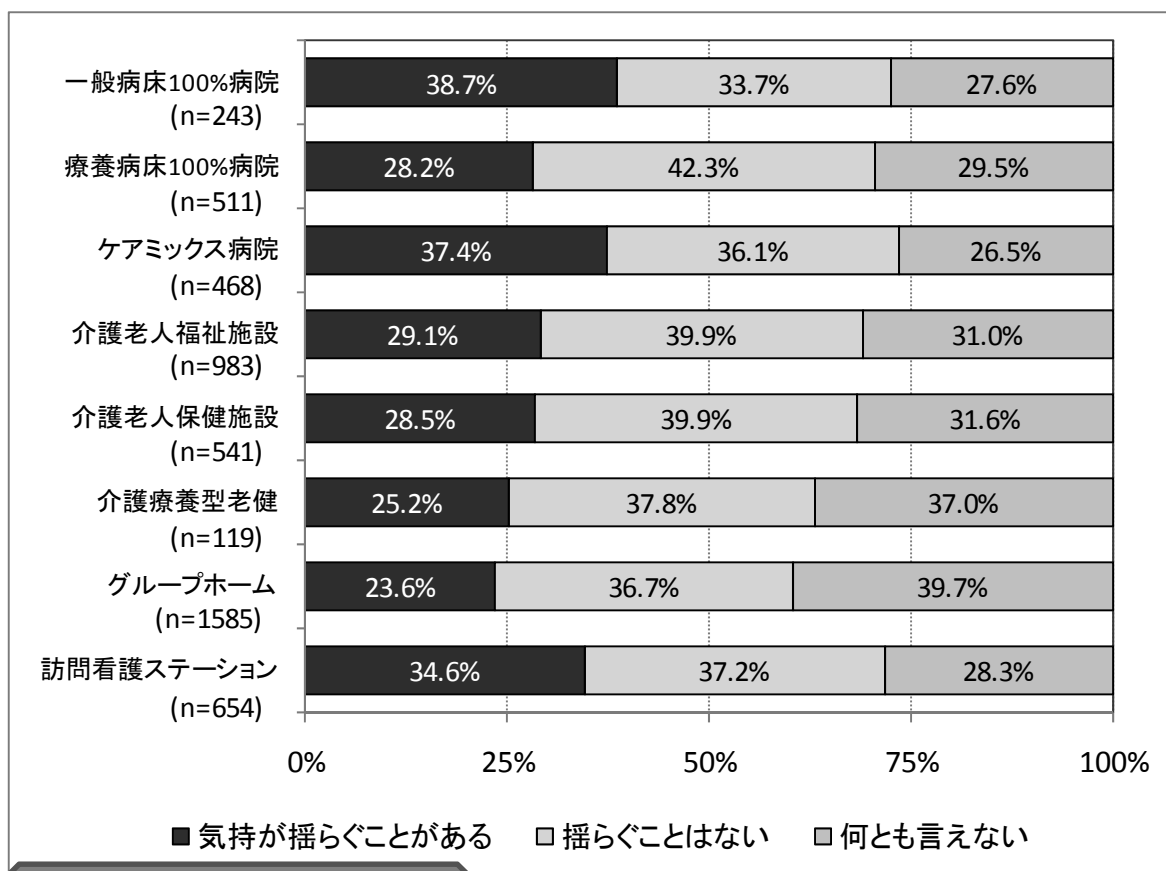
治療内容等で同意した内容を変更できると思うと回答した割合が過半数を占めており、65%～76%と 6 割を超えている。ただし、「分からない」と「変更できないと思う」を合わせると 3 割前後になっている（図表 2-3-26）。

治療内容等について家族の気持が揺らぐことがあるかについて、「何とも言えない」を除いて集計した場合、一般病床 100%病院、ケアミックス病院、訪問看護ステーションでほぼ半々にわかれた。それ以外の施設では、「気持が揺らぐことがある」が 4 割程度、「揺らぐことはない」が 6 割程度であった（図表 2-3-27）。

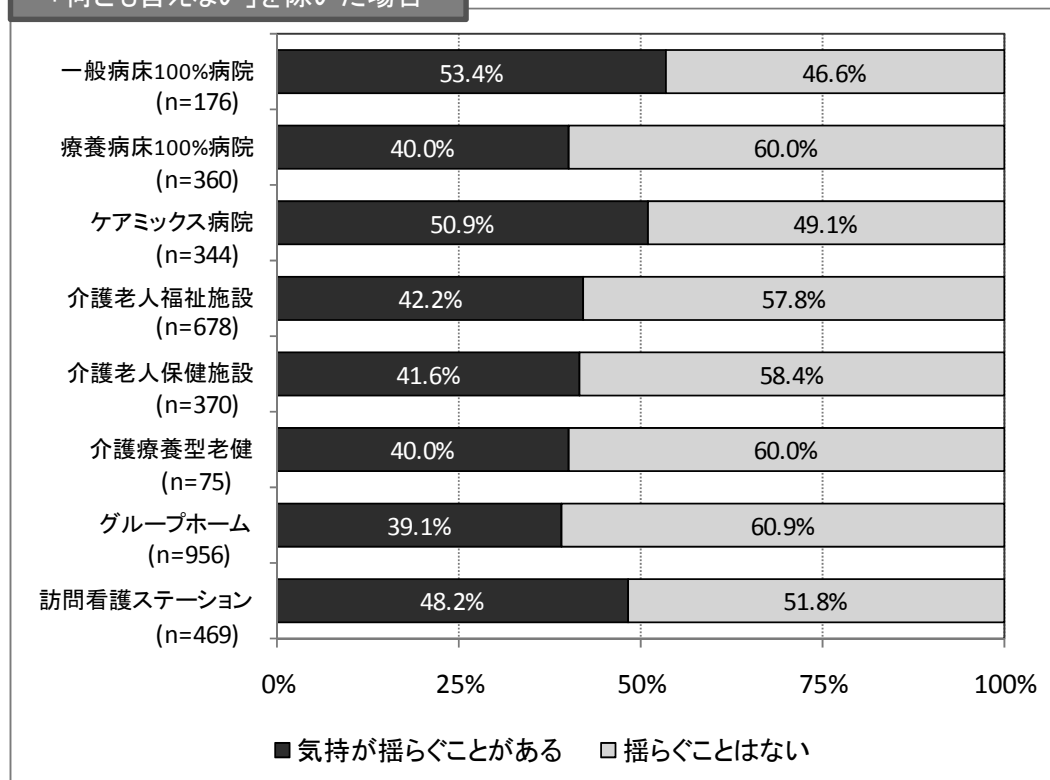
図表 2-3-26 治療内容等で同意した内容を変更できると思いますか



図表 2-3-27 治療内容等について気持ちが揺らぐことがありますか



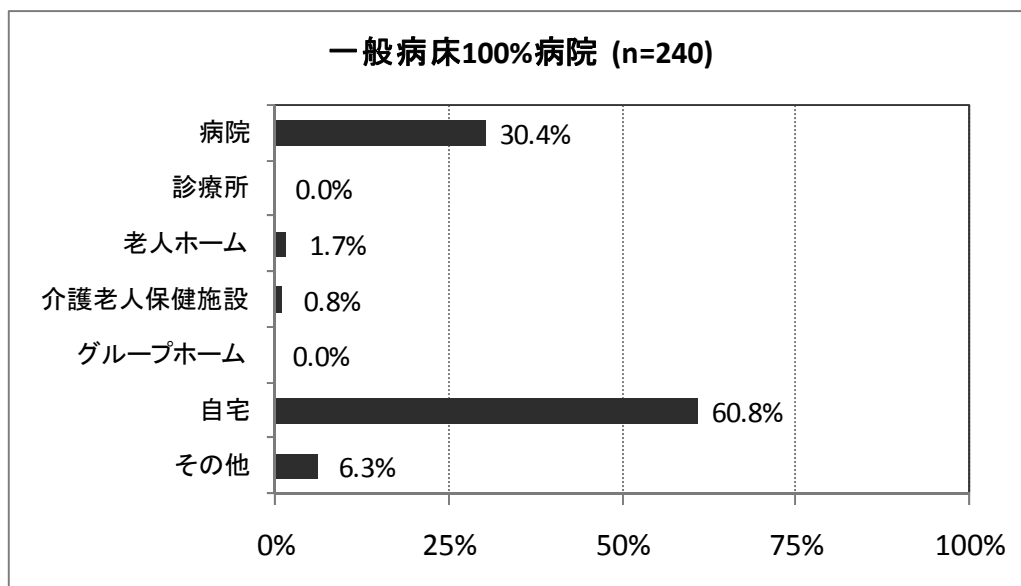
「何とも言えない」を除いた場合



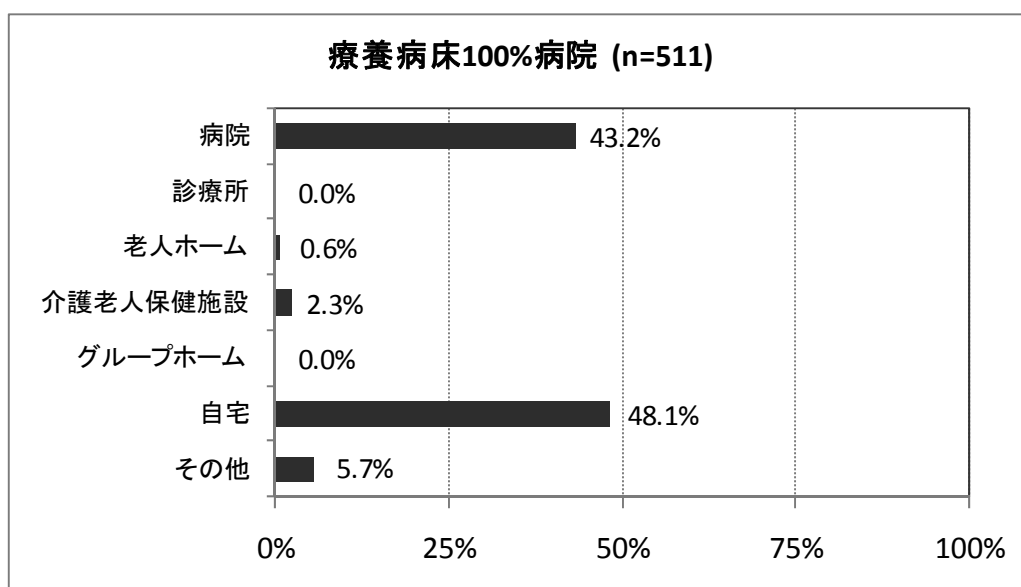
(7) 本人が望んでいる最期を迎える場所について

本人が望んでいる最期を迎える場所についての集計結果を、図表 2-3-28～図表 2-3-35 に示す。いずれの施設区分でも「自宅」の割合が最も高くなっていた。

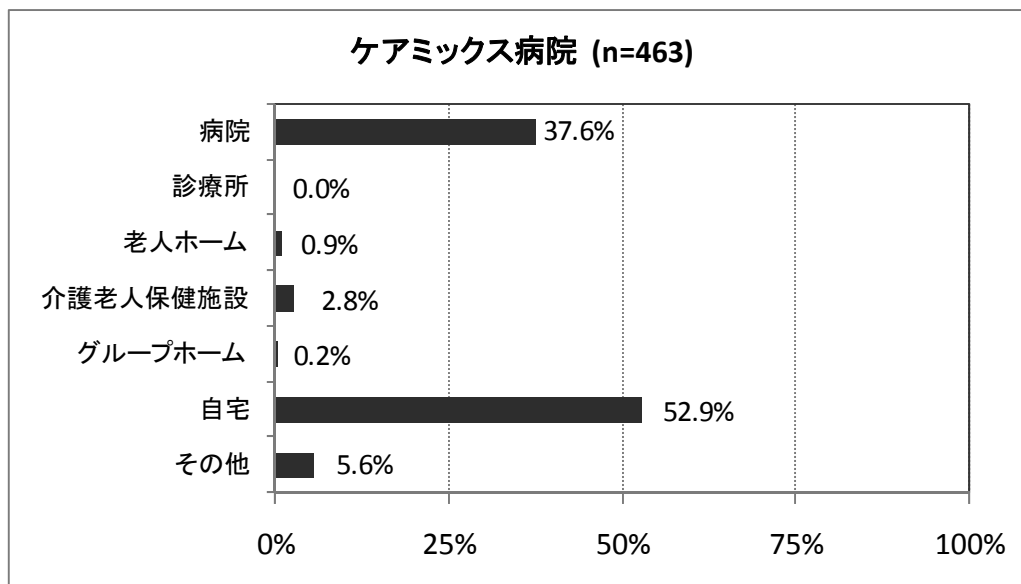
図表 2-3-28 本人が望んでいる最期を迎える場所（一般病床 100%病院）



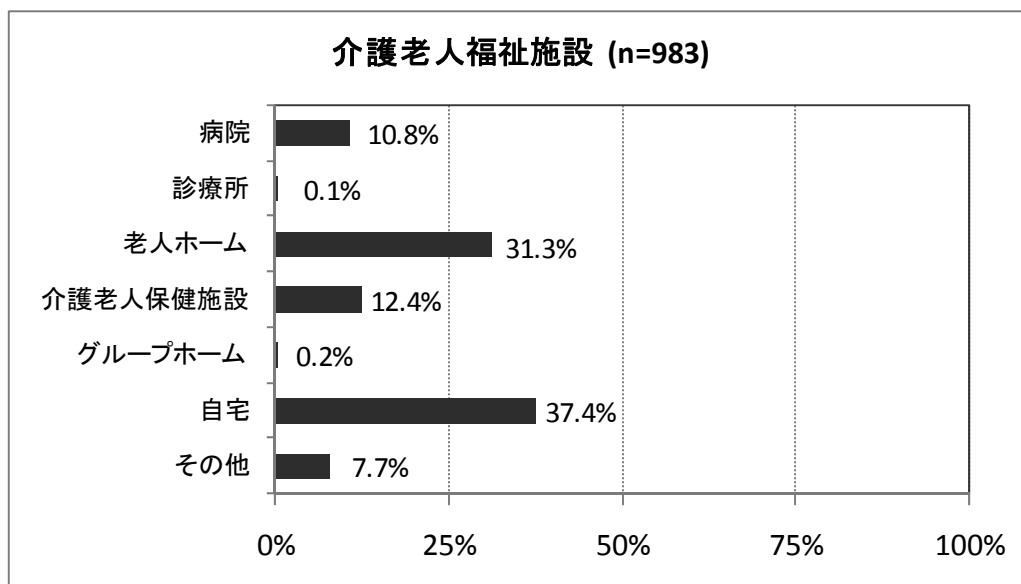
図表 2-3-29 本人が望んでいる最期を迎える場所（療養病床 100%病院）



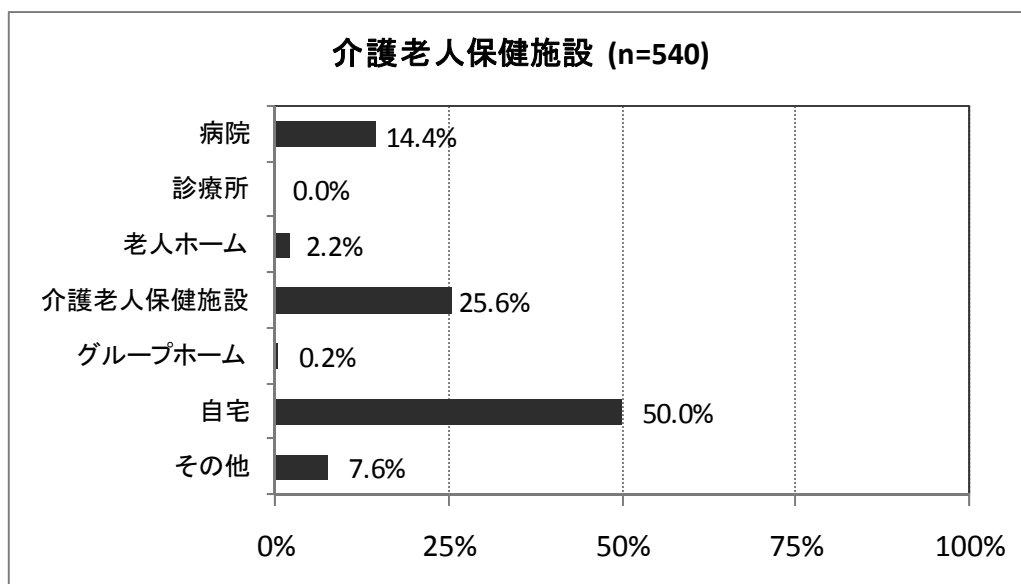
図表 2-3-30 本人が望んでいる最期を迎える場所（ケアミックス病院）



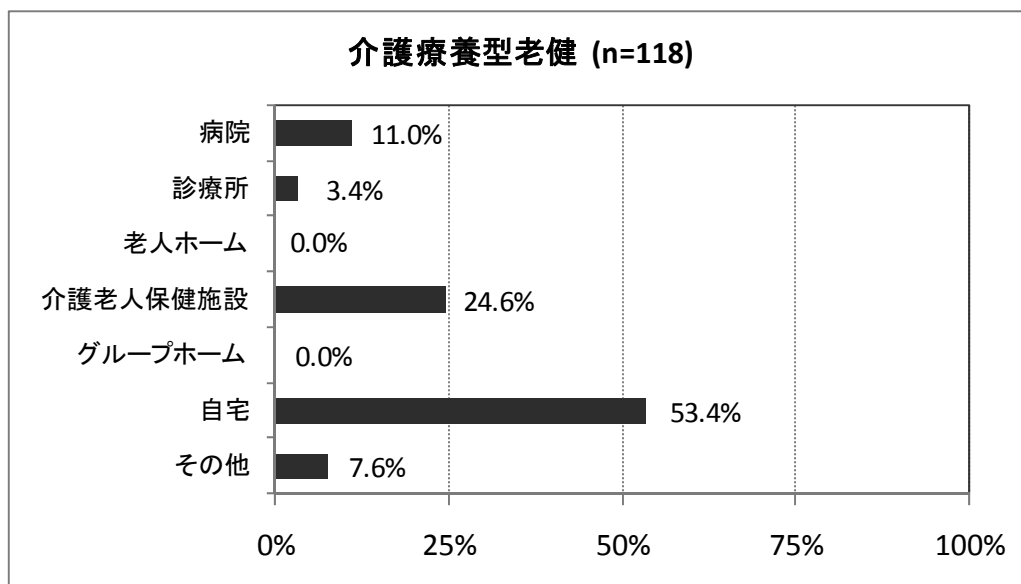
図表 2-3-31 本人が望んでいる最期を迎える場所（介護老人福祉施設）



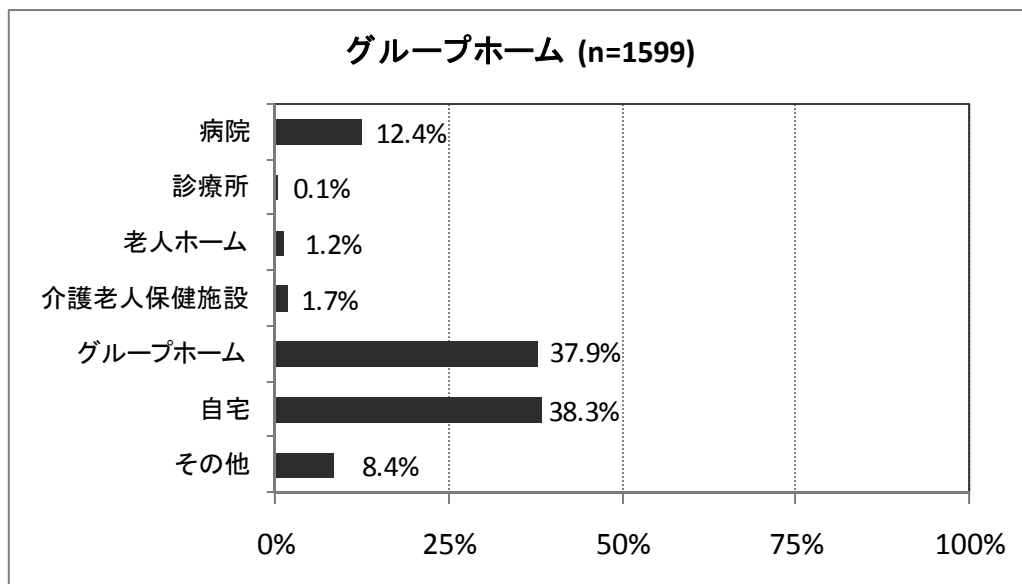
図表 2-3-32 本人が望んでいる最期を迎える場所（介護老人保健施設）



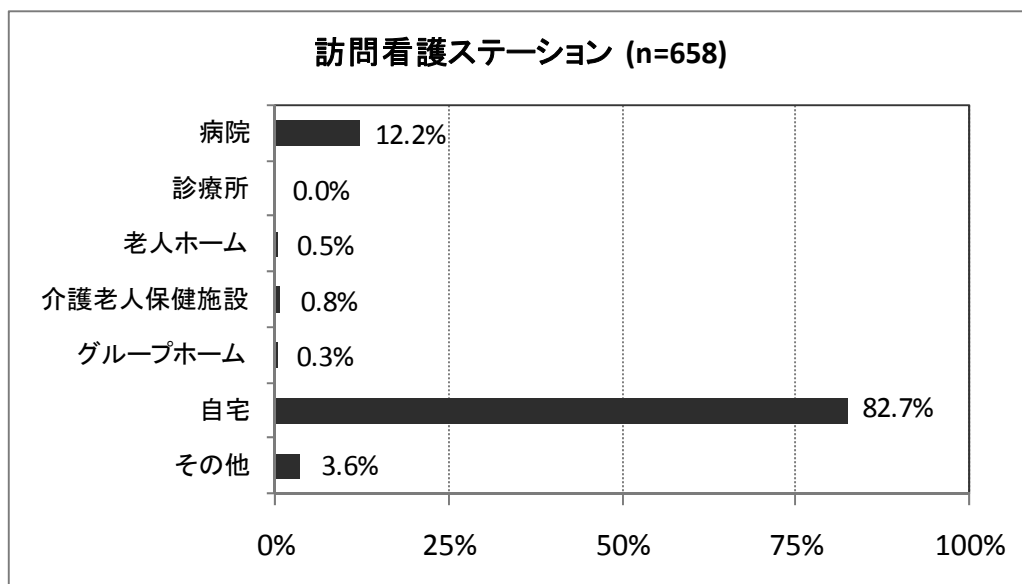
図表 2-3-33 本人が望んでいる最期を迎える場所（介護療養型老健）



図表 2-3-34 本人が望んでいる最期を迎える場所（グループホーム）



図表 2-3-35 本人が望んでいる最期を迎える場所（訪問看護ステーション）



2. 4 家族票と施設票・事業所票の結合データ分析

家族票と施設票の状態像データを結合するとともに、家族票のQOL 関連設問への回答内容（家族票の問6～問10）から QOL スコアを算出して分析した。施設票の状態像データと結合できなかったもの、主要な設問への回答がなかったものを分析対象から除外している。

QOL の尺度として EQ-5D を使用しており、N3 タリフで数値化した。QOL スコアは、全ての設問で「問題ない」が選択された場合が 1.0 となる。また死亡の状態が 0.0 となる。場合によっては QOL スコアがマイナスになることがあるが、このような場合は死亡よりもひどい状態という評価になる。

<N3 タリフ> ※QOL の数値化で使用した。1.000 から N3 タリフに従い減算する。

家族票 設問 No.	設問の内容	選択肢	減算値
問6	移動について	(レベル1) 問題はない	—
		(レベル2) いくらか問題がある	0.078
		(レベル3) 寝たきりである	0.418
問7	身の回りの管理	(レベル1) 問題はない	—
		(レベル2) いくらか問題がある	0.053
		(レベル3) 自分でできない	0.101
問8	ふだんの活動	(レベル1) 問題はない	—
		(レベル2) いくらか問題がある	0.040
		(レベル3) 行うことができない	0.128
問9	痛み／不快感	(レベル1) 痛み不快感はない	—
		(レベル2) 中程度にある	0.083
		(レベル3) ひどい痛み等がある	0.189
問10	不安／ふさぎ込み	(レベル1) 不安等はない	—
		(レベル2) 中程度にある	0.062
		(レベル3) ひどい不安等がある	0.108
レベル1 以外が少なくとも1つの設問で選択された場合			0.148
レベル3が少なくとも1つの設問で選択された場合			0.014

※全ての設問でレベル1 が選択された場合のみ、QOL スコアが 1.000 となる。

(1) QOLスコア及びリビング・ウィルの書面ありの割合

QOL スコア及びリビング・ウィルの書面等があるとした回答割合について集計した結果を、図表 2-4-1～図表 2-4-21 に示す。

QOL スコアが最も高いのは、グループホームの 0.564 であった。一方、QOL スコアが最も低いのは、療養病床 100%病院の 0.213 であった。

リビング・ウィルの書面等があると回答した割合が最も高いのは、介護老人福祉施設の 14%であった。一方、書面等があると回答した割合が最も低いのは、一般病床 100%病院の 4%であった。

図表 2-4-1 施設区分別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
一般病床100%病院	163件 (5.7%)	78.4歳 (S.D. 10.9)	0.332 (S.D. 0.325)	書面あり 3.7 %
療養病床100%病院	370件 (13.0%)	83.5歳 (S.D. 10.0)	0.213 (S.D. 0.214)	書面あり 6.8 %
ケアミックス病院	243件 (8.6%)	81.3歳 (S.D. 11.1)	0.230 (S.D. 0.243)	書面あり 4.9 %
介護老人福祉施設	533件 (18.8%)	86.3歳 (S.D. 8.2)	0.318 (S.D. 0.243)	書面あり 13.9 %
介護老人保健施設	327件 (11.5%)	85.6歳 (S.D. 8.3)	0.390 (S.D. 0.248)	書面あり 5.8 %
介護療養型老健	67件 (2.4%)	83.8歳 (S.D. 9.0)	0.221 (S.D. 0.191)	書面あり 4.5 %
グループホーム	782件 (27.6%)	85.6歳 (S.D. 6.7)	0.564 (S.D. 0.209)	書面あり 8.1 %
訪問看護ステーション	353件 (12.4%)	80.6歳 (S.D. 11.4)	0.286 (S.D. 0.246)	書面あり 4.2 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

※” S.D.”：標準偏差（以下同様）。

男性の平均 QOL スコアと女性の平均 QOL スコアに大差はなかった。また、リビング・ウィルの書面等があると回答した割合も大差はなかった（図表 2-4-2）。

QOL スコアが最も高い年齢階級は「64 歳以下」であり、QOL スコアは 0.291 であった。

リビング・ウィルの書面等があると回答した割合は、年齢階級が上がるごとに増える傾向がみられた（図表 2-4-3）。

図表 2-4-2 本人の性別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
男性	831件 (29.3%)	79.6歳 (S.D. 10.1)	0.341 (S.D. 0.278)	書面あり 7.3 %
女性	2,007件 (70.7%)	85.9歳 (S.D. 8.4)	0.378 (S.D. 0.266)	書面あり 7.8 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-3 本人の年齢階級別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
64歳以下	122件 (4.3%)	58.9歳 (S.D. 6.1)	0.291 (S.D. 0.278)	書面あり 4.9 %
65～74歳	276件 (9.7%)	70.7歳 (S.D. 2.7)	0.333 (S.D. 0.292)	書面あり 4.7 %
75～84歳	899件 (31.7%)	80.1歳 (S.D. 2.7)	0.379 (S.D. 0.277)	書面あり 5.9 %
85～94歳	1,243件 (43.8%)	89.1歳 (S.D. 2.8)	0.385 (S.D. 0.264)	書面あり 9.3 %
95歳以上	298件 (10.5%)	97.3歳 (S.D. 2.2)	0.319 (S.D. 0.236)	書面あり 9.7 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-4 本人の意思表示の状況別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
意思表示できる	1,136件 (40.0%)	82.5歳 (S.D. 9.9)	0.459 (S.D. 0.275)	書面あり 6.3 %
意思表示できない	982件 (34.6%)	84.8歳 (S.D. 9.2)	0.245 (S.D. 0.212)	書面あり 9.0 %
何とも言えない	720件 (25.4%)	85.3歳 (S.D. 8.4)	0.388 (S.D. 0.270)	書面あり 7.9 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-5 移動の状況別の QOL スコア等

「移動について」	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
問題はない	314件 (11.1%)	82.1歳 (S.D. 8.2)	0.757 (S.D. 0.128)	書面あり 9.6 %
いくらか問題がある	1,194件 (42.1%)	84.7歳 (S.D. 8.6)	0.554 (S.D. 0.100)	書面あり 6.5 %
寝たきりである	1,330件 (46.9%)	83.9歳 (S.D. 10.1)	0.107 (S.D. 0.089)	書面あり 8.2 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-6 身の回りの管理の状況別の QOL スコア等

「身の回りの管理」	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
問題はない	275件 (9.7%)	81.6歳 (S.D. 9.6)	0.734 (S.D. 0.172)	書面あり 8.0 %
いくらか問題がある	844件 (29.7%)	84.4歳 (S.D. 8.4)	0.585 (S.D. 0.123)	書面あり 6.5 %
自分ではできない	1,719件 (60.6%)	84.2歳 (S.D. 9.7)	0.202 (S.D. 0.190)	書面あり 8.1 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-7 ふだんの活動の状況別の QOL スコア等

「ふだんの活動」	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
問題はない	190件 (6.7%)	81.7歳 (S.D. 9.9)	0.785 (S.D. 0.157)	書面あり 8.9 %
いくらか問題がある	1,061件 (37.4%)	84.4歳 (S.D. 8.3)	0.583 (S.D. 0.127)	書面あり 6.8 %
行うことができない	1,587件 (55.9%)	84.1歳 (S.D. 9.9)	0.173 (S.D. 0.164)	書面あり 8.1 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-8 痛み／不快感の状況別の QOL スコア等

「痛み／不快感」	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
痛み不快感はない	1,235件 (43.5%)	84.8歳 (S.D. 8.6)	0.460 (S.D. 0.263)	書面あり 8.2 %
中程度のものがある	1,434件 (50.5%)	83.9歳 (S.D. 9.6)	0.323 (S.D. 0.243)	書面あり 7.5 %
ひどい痛み等がある	169件 (6.0%)	79.4歳 (S.D. 10.7)	0.056 (S.D. 0.210)	書面あり 4.7 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-9 不安／ふさぎ込みの状況別の QOL スコア等

「不安／ふさぎ込み」	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
不安ふさぎ込みはない	1,434件 (50.5%)	85.0歳 (S.D. 9.2)	0.419 (S.D. 0.269)	書面あり 8.0 %
中程度のものがある	1,259件 (44.4%)	83.2歳 (S.D. 9.4)	0.341 (S.D. 0.251)	書面あり 7.5 %
ひどい不安等がある	145件 (5.1%)	81.4歳 (S.D. 9.7)	0.084 (S.D. 0.222)	書面あり 4.8 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

QOL スコアが最も高いのは、認知症の 0.464 であり、次いで糖尿病の 0.431、消化器系の疾患の 0.414、循環器系の疾患の 0.409、骨折の 0.398 であった。

QOL スコアが最も低いのは、神経難病の 0.219 であり、次いで脳血管疾患の 0.236、呼吸器系の疾患の 0.298 であった（図表 2-4-10）。

図表 2-4-10 治療を受けている主な疾患別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
癌(がん)	233件 (8.2%)	78.3歳 (S.D. 10.8)	0.370 (S.D. 0.298)	書面あり 7.3 %
糖尿病	184件 (6.5%)	83.4歳 (S.D. 8.3)	0.431 (S.D. 0.263)	書面あり 9.2 %
脳血管疾患	576件 (20.3%)	82.1歳 (S.D. 9.9)	0.236 (S.D. 0.218)	書面あり 6.6 %
循環器系の疾患	217件 (7.6%)	87.5歳 (S.D. 7.9)	0.409 (S.D. 0.261)	書面あり 7.8 %
認知症	860件 (30.3%)	86.0歳 (S.D. 7.0)	0.464 (S.D. 0.254)	書面あり 8.6 %
神経難病	123件 (4.3%)	75.1歳 (S.D. 10.7)	0.219 (S.D. 0.233)	書面あり 4.9 %
呼吸器系の疾患	133件 (4.7%)	86.4歳 (S.D. 7.7)	0.298 (S.D. 0.268)	書面あり 8.3 %
肝疾患	17件 (0.6%)	83.9歳 (S.D. 8.6)	0.382 (S.D. 0.303)	書面あり 17.6 %
泌尿器系の疾患	63件 (2.2%)	84.7歳 (S.D. 9.0)	0.342 (S.D. 0.294)	書面あり 3.2 %
消化器系の疾患	73件 (2.6%)	86.0歳 (S.D. 9.4)	0.414 (S.D. 0.281)	書面あり 9.6 %
骨折	52件 (1.8%)	87.9歳 (S.D. 9.1)	0.398 (S.D. 0.267)	書面あり 3.8 %
その他の疾患	231件 (8.1%)	84.3歳 (S.D. 10.2)	0.356 (S.D. 0.265)	書面あり 6.9 %
特にない	76件 (2.7%)	89.1歳 (S.D. 8.3)	0.325 (S.D. 0.242)	書面あり 9.2 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-11 主な疾患の回復の見込み別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
回復の見込みがある	297件 (10.5%)	82.8歳 (S.D. 10.6)	0.494 (S.D. 0.269)	書面あり 7.1 %
回復の見込みがない	1,781件 (62.8%)	83.8歳 (S.D. 9.2)	0.330 (S.D. 0.262)	書面あり 8.0 %
まだきいていない	760件 (26.8%)	85.1歳 (S.D. 9.1)	0.405 (S.D. 0.269)	書面あり 7.0 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-12 医師からの余命告知の状況別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
余命告知があった	352件 (12.4%)	82.7歳 (S.D. 10.7)	0.239 (S.D. 0.243)	書面あり 9.4 %
余命告知はない	2,301件 (81.1%)	84.2歳 (S.D. 9.1)	0.393 (S.D. 0.269)	書面あり 7.5 %
分らない	185件 (6.5%)	84.1歳 (S.D. 10.1)	0.288 (S.D. 0.251)	書面あり 6.5 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-13 終末期か否かの家族の認識別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
終末期だと思う	497件 (17.5%)	85.3歳 (S.D. 9.5)	0.206 (S.D. 0.212)	書面あり 11.9 %
終末期とは思わない	1,754件 (61.8%)	83.4歳 (S.D. 9.0)	0.442 (S.D. 0.263)	書面あり 6.6 %
分らない	587件 (20.7%)	84.7歳 (S.D. 10.1)	0.279 (S.D. 0.249)	書面あり 7.2 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-14 医師等からの説明・意思確認の状況別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
十分だと思う	1,789件 (63.0%)	84.4歳 (S.D. 9.3)	0.363 (S.D. 0.269)	書面あり 9.0 %
十分だと思わない	304件 (10.7%)	82.8歳 (S.D. 9.7)	0.361 (S.D. 0.260)	書面あり 3.6 %
何とも言えない	745件 (26.3%)	83.7歳 (S.D. 9.2)	0.378 (S.D. 0.276)	書面あり 6.0 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-15 同意した内容の変更についての家族の認識別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
変更できると思う	2,028件 (71.5%)	84.3歳 (S.D. 9.3)	0.373 (S.D. 0.270)	書面あり 8.0 %
変更できないと思う	152件 (5.4%)	82.7歳 (S.D. 9.9)	0.318 (S.D. 0.267)	書面あり 10.5 %
分らない	658件 (23.2%)	83.5歳 (S.D. 9.4)	0.360 (S.D. 0.268)	書面あり 5.8 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-16 治療内容等についての気持の揺らぎの状況別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
揺らぐことがある	833件 (29.4%)	82.6歳 (S.D. 9.5)	0.339 (S.D. 0.275)	書面あり 6.7 %
揺らぐことはない	1,091件 (38.4%)	85.2歳 (S.D. 9.4)	0.374 (S.D. 0.265)	書面あり 9.3 %
何とも言えない	914件 (32.2%)	83.9歳 (S.D. 9.0)	0.385 (S.D. 0.270)	書面あり 6.5 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-17 治療等の決定における本人意思尊重の状況別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
十分尊重されている	1,412件 (49.8%)	84.1歳 (S.D. 9.7)	0.407 (S.D. 0.272)	書面あり 10.3 %
十分尊重されていない	171件 (6.0%)	83.0歳 (S.D. 9.4)	0.290 (S.D. 0.262)	書面あり 7.0 %
何とも言えない	1,255件 (44.2%)	84.1歳 (S.D. 9.0)	0.333 (S.D. 0.262)	書面あり 4.7 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-18 本人が望んでいる最期を迎える場所別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
病院	564件 (19.9%)	83.3歳 (S.D. 9.8)	0.333 (S.D. 0.270)	書面あり 6.0 %
診療所	4件 (0.1%)	90.0歳 (S.D. 10.4)	0.280 (S.D. 0.335)	書面あり 0.0 %
老人ホーム	216件 (7.6%)	86.4歳 (S.D. 8.4)	0.324 (S.D. 0.251)	書面あり 16.2 %
介護老人保健施設	190件 (6.7%)	86.1歳 (S.D. 8.1)	0.335 (S.D. 0.248)	書面あり 9.5 %
グループホーム	297件 (10.5%)	86.2歳 (S.D. 7.1)	0.546 (S.D. 0.224)	書面あり 13.1 %
自宅	1,388件 (48.9%)	83.2歳 (S.D. 9.7)	0.350 (S.D. 0.270)	書面あり 5.6 %
その他	179件 (6.3%)	84.2歳 (S.D. 9.8)	0.397 (S.D. 0.266)	書面あり 7.3 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-19 認知症老人の日常生活自立度別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
自立	198件 (7.0%)	73.5歳 (S.D. 11.5)	0.445 (S.D. 0.302)	書面あり 5.1 %
ランクⅠ	234件 (8.2%)	81.8歳 (S.D. 9.4)	0.427 (S.D. 0.283)	書面あり 6.0 %
ランクⅡ	574件 (20.2%)	84.9歳 (S.D. 7.8)	0.500 (S.D. 0.255)	書面あり 8.0 %
ランクⅢ	842件 (29.7%)	85.7歳 (S.D. 7.9)	0.394 (S.D. 0.258)	書面あり 7.5 %
ランクⅣ	736件 (25.9%)	85.4歳 (S.D. 8.9)	0.255 (S.D. 0.222)	書面あり 8.3 %
ランクⅤ	164件 (5.8%)	83.9歳 (S.D. 9.1)	0.199 (S.D. 0.189)	書面あり 12.2 %
不明	90件 (3.2%)	80.1歳 (S.D. 12.4)	0.161 (S.D. 0.213)	書面あり 3.3 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-20 障害老人の日常生活自立度別の QOL スコア等

	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
自立	76件 (2.7%)	74.2歳 (S.D. 12.4)	0.617 (S.D. 0.289)	書面あり 3.9 %
ランクⅥ	102件 (3.6%)	81.4歳 (S.D. 7.8)	0.654 (S.D. 0.189)	書面あり 9.8 %
ランクⅦ	728件 (25.7%)	84.6歳 (S.D. 7.5)	0.604 (S.D. 0.159)	書面あり 8.1 %
ランクⅧ	885件 (31.2%)	85.0歳 (S.D. 8.9)	0.381 (S.D. 0.233)	書面あり 5.9 %
ランクⅧ	1,009件 (35.6%)	83.8歳 (S.D. 10.2)	0.137 (S.D. 0.138)	書面あり 9.0 %
不明	38件 (1.3%)	82.7歳 (S.D. 11.9)	0.344 (S.D. 0.323)	書面あり 5.3 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

図表 2-4-21 緩和ケアについての施設・事業所側の認識別の QOL スコア等

「緩和ケア」	回答数	年齢	QOL スコア	リビング・ウィル
受けている	267件 (9.4%)	81.9歳 (S.D. 10.1)	0.250 (S.D. 0.250)	書面あり 10.1 %
受けていない	2,475件 (87.2%)	84.2歳 (S.D. 9.3)	0.383 (S.D. 0.269)	書面あり 7.6 %
分らない	96件 (3.4%)	84.2歳 (S.D. 9.0)	0.271 (S.D. 0.250)	書面あり 2.1 %
全 体	2,838件 (100.0%)	84.0歳 (S.D. 9.4)	0.367 (S.D. 0.270)	書面あり 7.6 %

(2) QOLスコアの分布

QOLスコアの分布を、図表 2-4-22～図表 2-4-29 に示す。

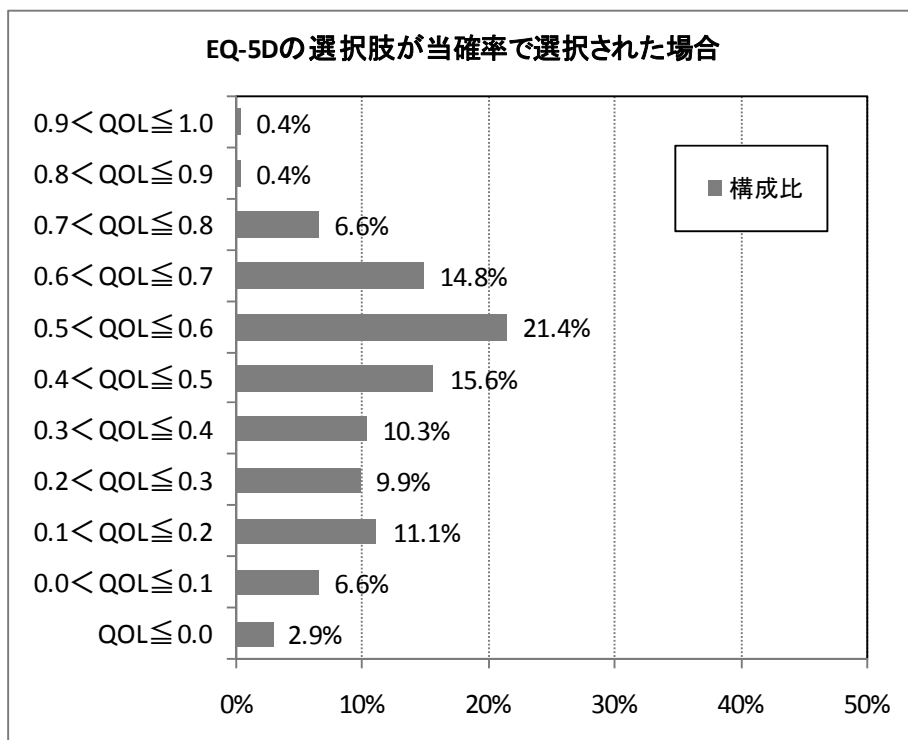
なお、特化係数とは全体の構成比と、当該分析対象においける構成比の比であり、1.0 より小であれば、全体の構成比よりも低くなっていることを表し、1.0 より大であれば、全体の構成比よりも高くなっていることを表している。

したがって、特化係数の定義より結合データ全体での特化係数は全て 1.0 である (図表 2-4-22)。

また、結合データ全体の QOL スコアの構成比は「 $0.5 < \text{QOL} \leq 0.6$ 」にピークがあり、「 $0.1 < \text{QOL} \leq 0.2$ 」にもピークがあるような分布形状になっている。この分布形状は、今回の調査対象の特性だけでなく、N3 タリフ (p.146 参照) による数値化の特性を反映している。

N3 タリフによる数値化の特性を把握するために、QOL 尺度である EQ-5D の 5 つの設問で選択される選択肢が当確率であるとした場合の QOL スコアの分布を以下に示す。「 $0.5 < \text{QOL} \leq 0.6$ 」にピークがあり、「 $0.1 < \text{QOL} \leq 0.2$ 」は隣接する階級よりも若干高くなっていることが分かる。

<EQ-5D の選択肢が当確率で選択された場合の QOL スコア分布>



図表 2-4-22 が結合データ全体での QOL スコアの分布であり、このときの構成比を基準として、意思表示ができない人の QOL スコア分布の構成比との比率をみることで、意思表示ができない人の QOL スコア分布の傾向を分析したのが図表 2-4-23 である。

結合データ全体の構成比との比率が特化係数であり、特化係数の分布から傾向を把握するのが分析の目的である。図表 2-4-23 の下段が、意思表示ができない人の特化係数の分布であり、QOL が高いとことで特化係数の値が 1.0 より小さくなっていることから、QOL の高い人の割合が少なくなっていることが分かる。また、QOL が低いところで特化係数の値が 1.0 より大きくなっていることから、QOL の低い人の割合が多くなっていることが分かる。

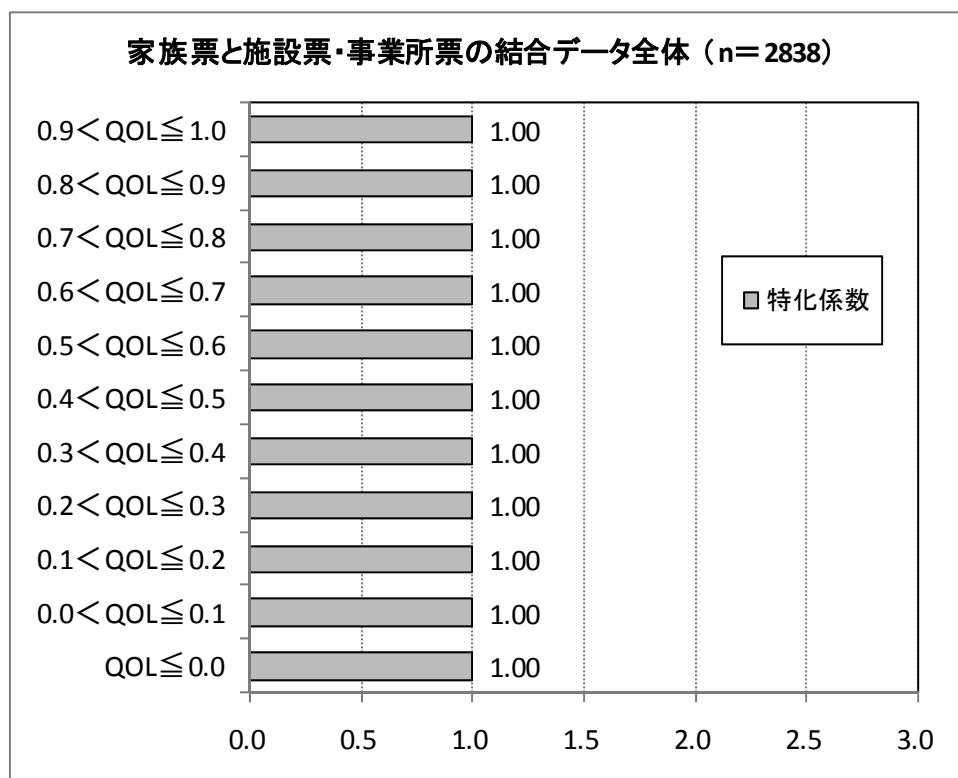
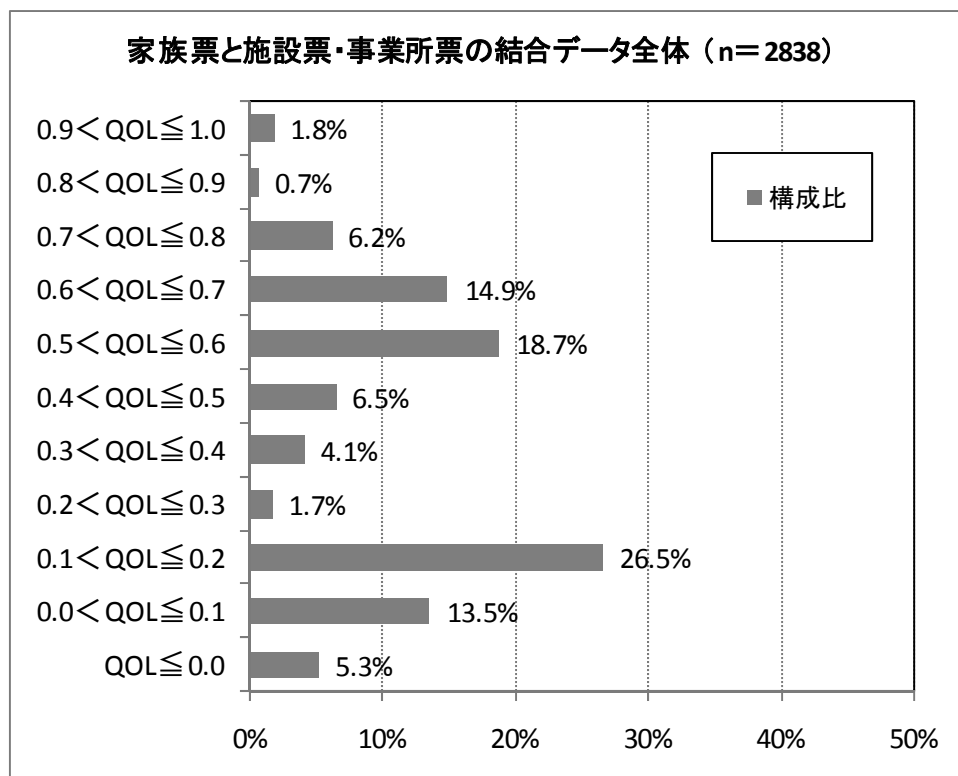
医師からの余命告知があった人の特化係数の分布が、図表 2-4-24 の下段に示されている。「 $0.5 < \text{QOL}$ 」の特化係数はゼロを除くと 0.37~0.61 であり、QOL が高いところでは結合データ全体の構成比の半分程度と低くなっていることが分かる。「 $0.2 < \text{QOL} \leq 0.5$ 」の特化係数は 0.90~0.99 であり、結合データ全体の構成比とほぼ同じであることが分かる。また「 $\text{QOL} \leq 0.2$ 」の特化係数は 1.35~2.22 であり、QOL が低いところでは結合データ全体の構成比よりも高くなっていることが分かる。特に「 $\text{QOL} \leq 0.0$ 」の構成比は、結合データ全体の構成比の 2 倍程度になっている。

家族からみて終末期だと思える場合（図表 2-4-25）、主な疾患が脳血管疾患の場合（図表 2-4-27）、主な疾患の回復の見込みがない場合（図表 2-4-29）も上記の結果と同様に、高い QOL の構成比が少なく、低い QOL の構成比が多くなっている。

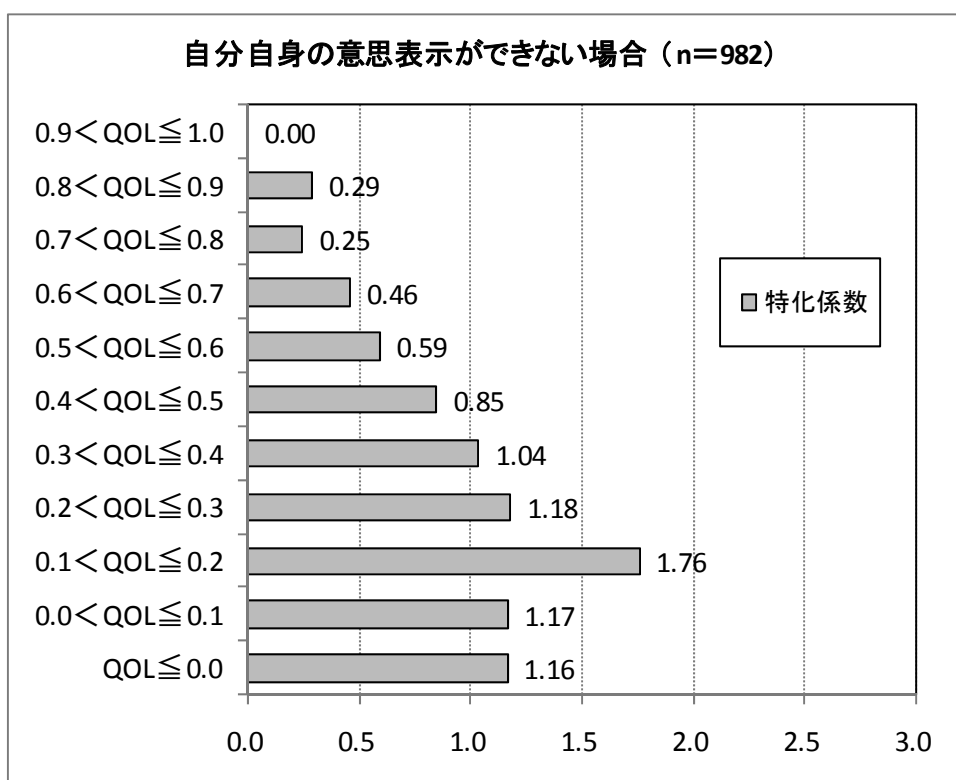
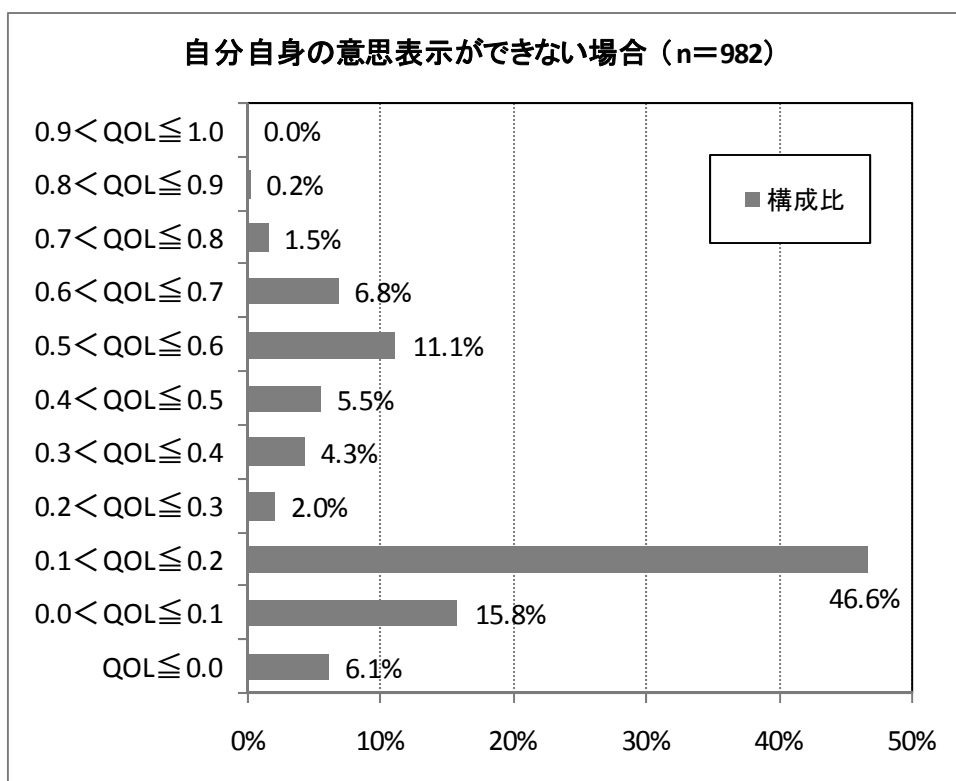
主な疾患が癌（がん）の場合、「 $0.9 < \text{QOL} \leq 1.0$ 」の特化係数が 1.87、「 $\text{QOL} \leq 0.0$ 」の特化係数が 2.53 であり、最も高い QOL の構成比および最も低い QOL の構成比が多くなっていることが分かる（図表 2-4-26）。癌（がん）の場合、死亡前の数週間で QOL が急激に低下することが知られている。それまでは QOL の低下があまりみられないことから、特化係数が 2 極化した分布になっていると考えられる。

主な疾患が認知症の場合、高い QOL の構成比が多く、低い QOL の構成比が少なくなっている。認知機能の低下は、QOL を著しく下げる要因にはなっていないと考えられるが、認知症の群ではグループホームの回答割合が高いことに留意する必要がある。

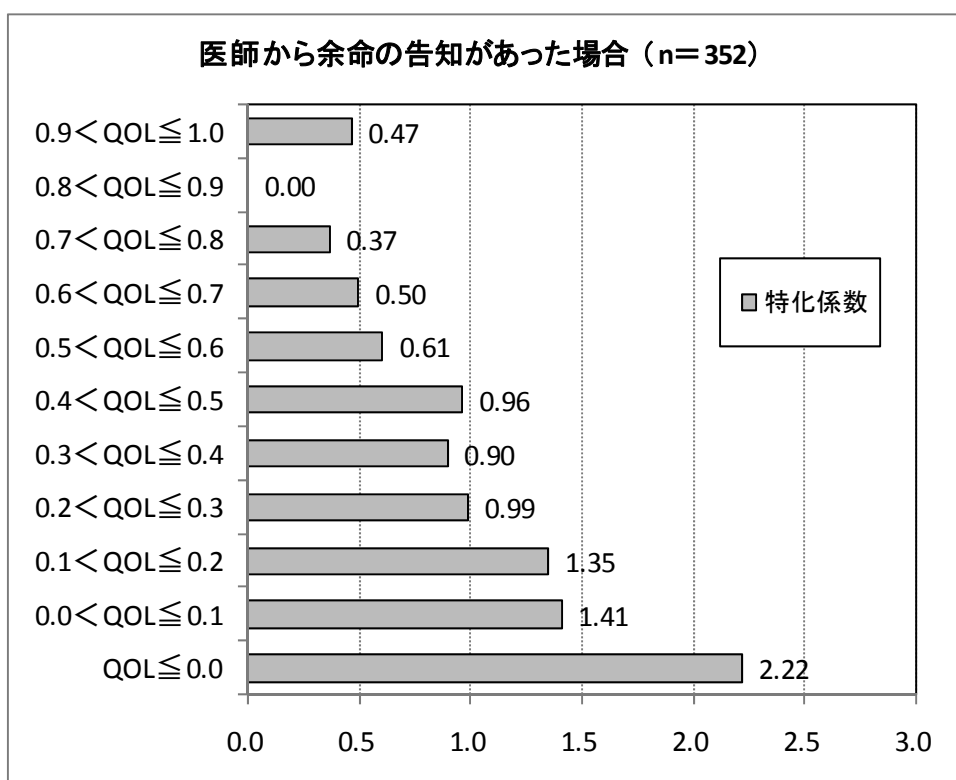
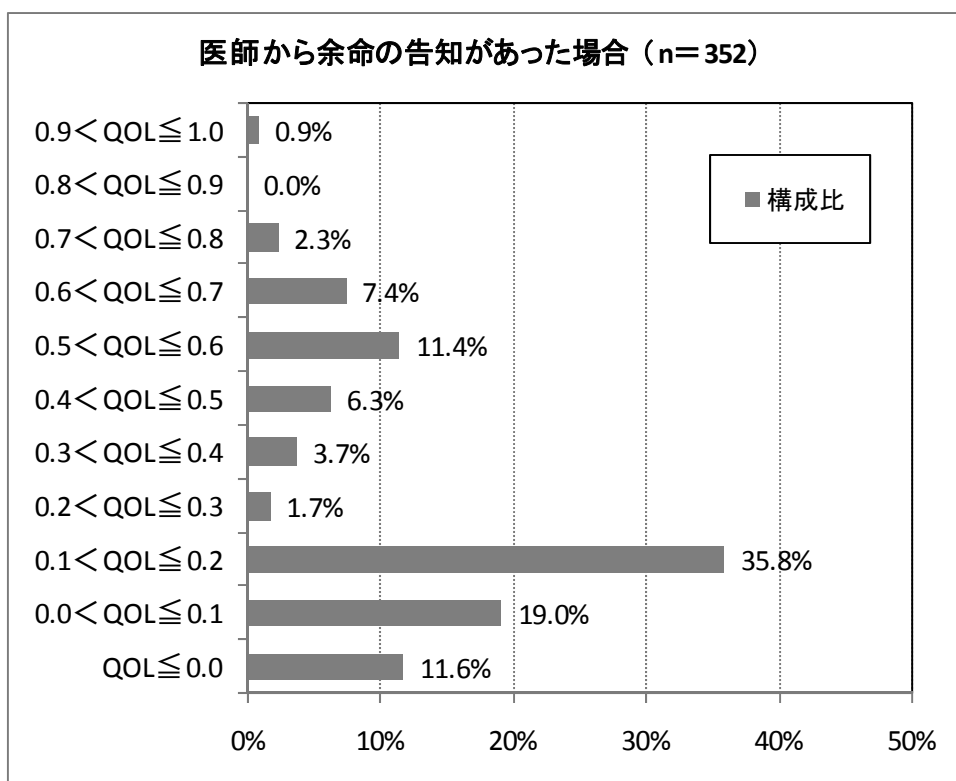
図表 2-4-22 家族票と施設票・事業所票の結合データ全体の QOL スコア分布



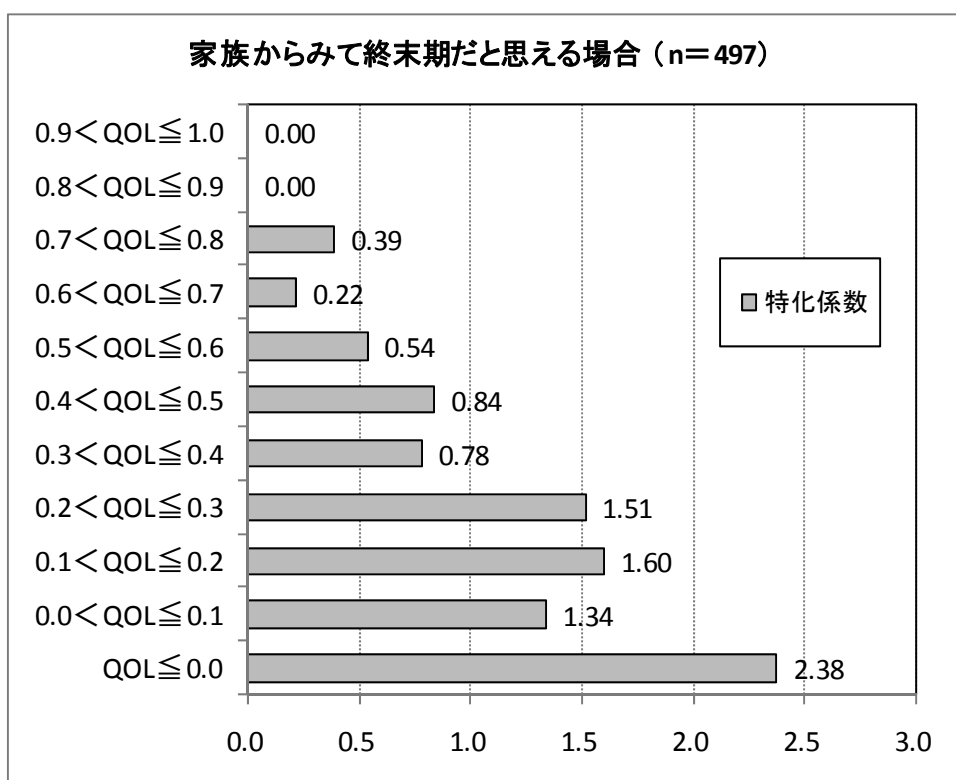
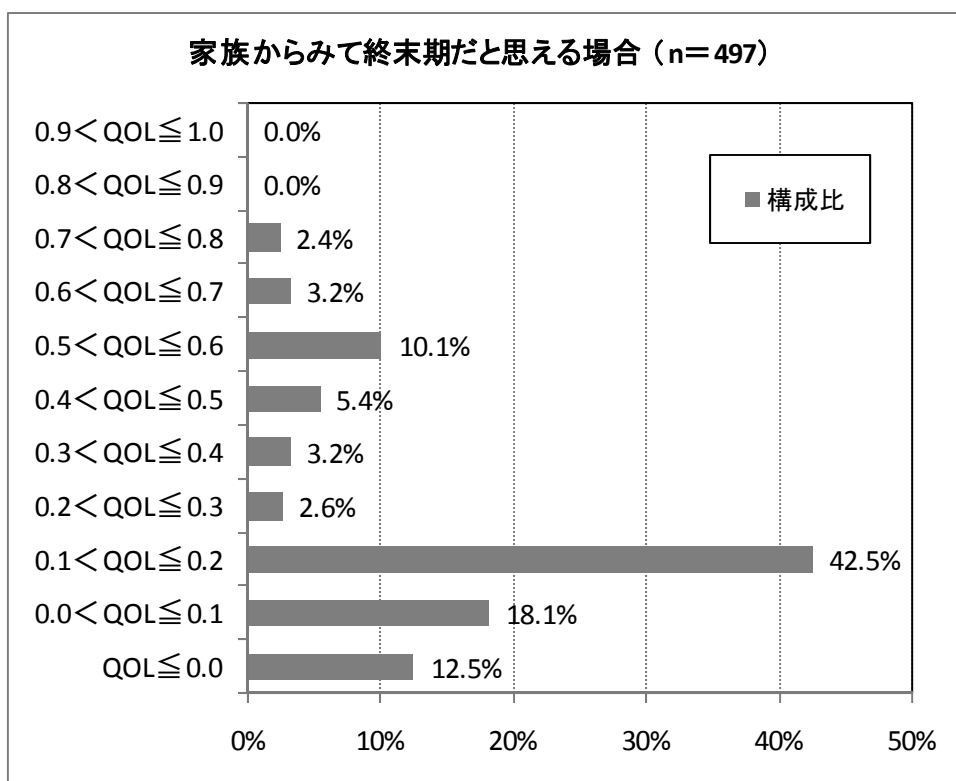
図表 2-4-23 自分自身の意思表示ができない場合の QOL スコア分布



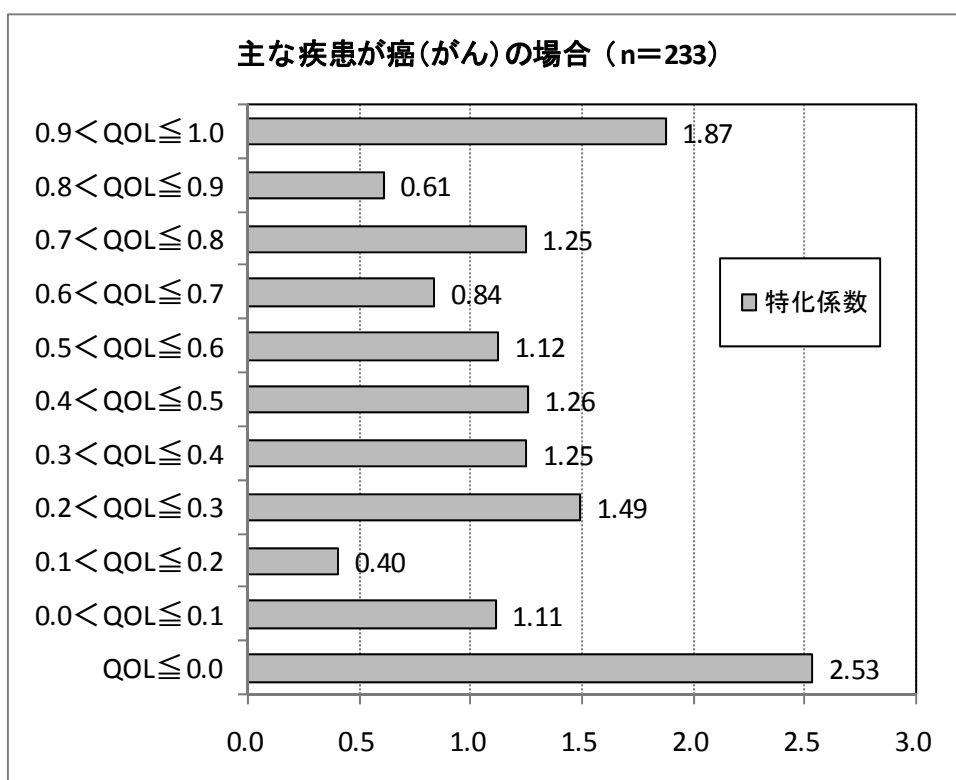
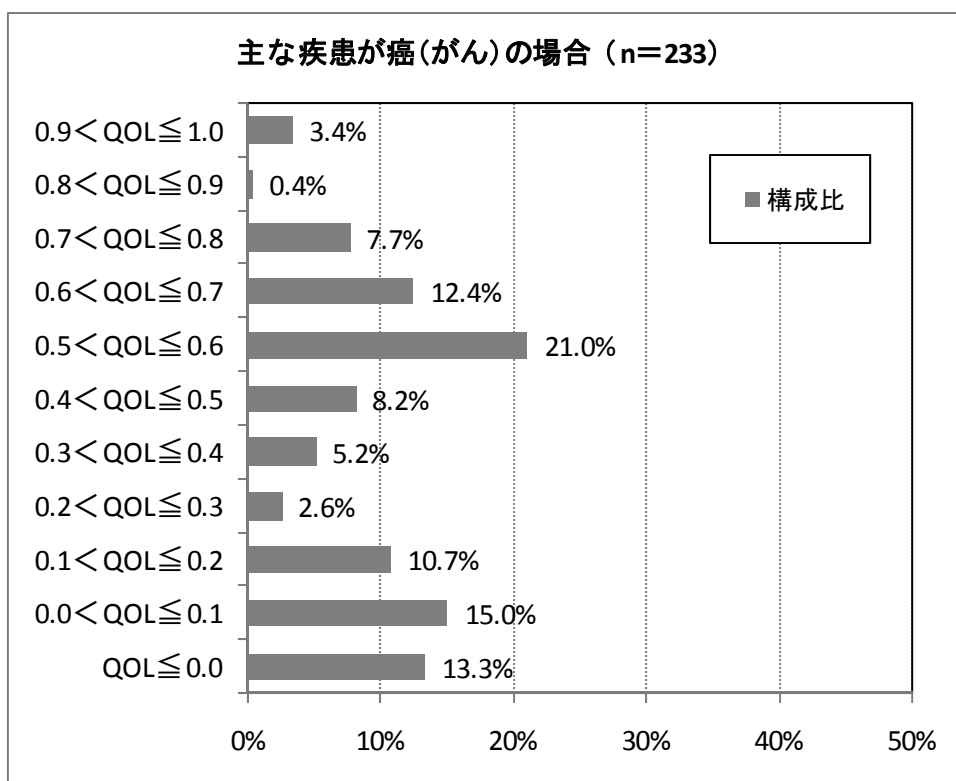
図表 2-4-24 医師からの余命告知があった場合の QOL スコア分布



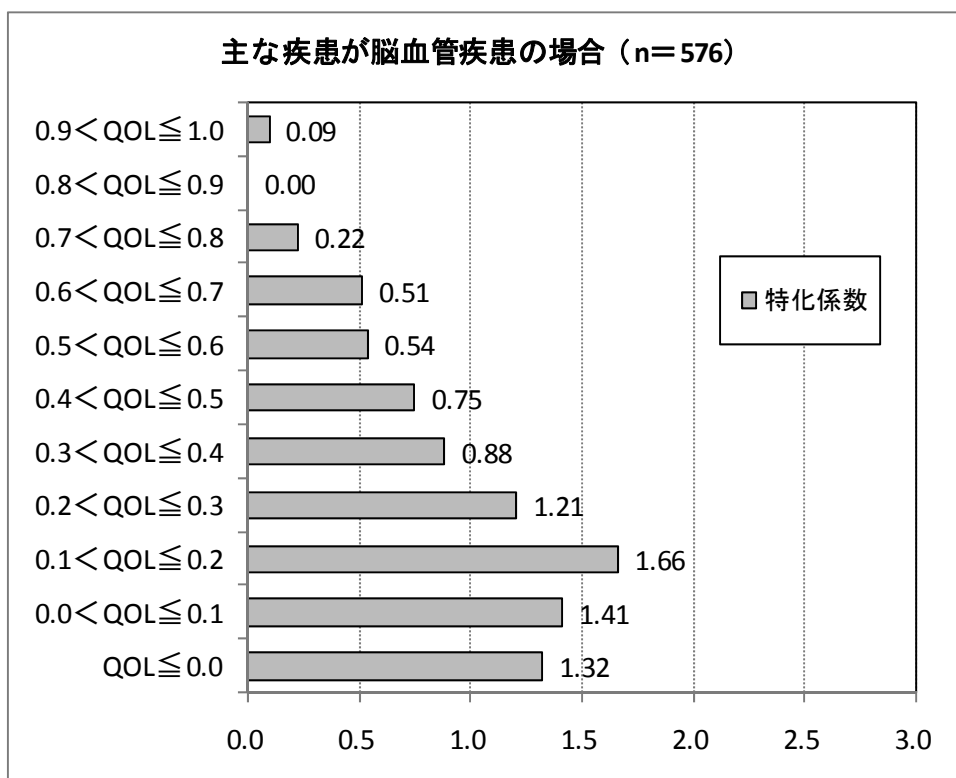
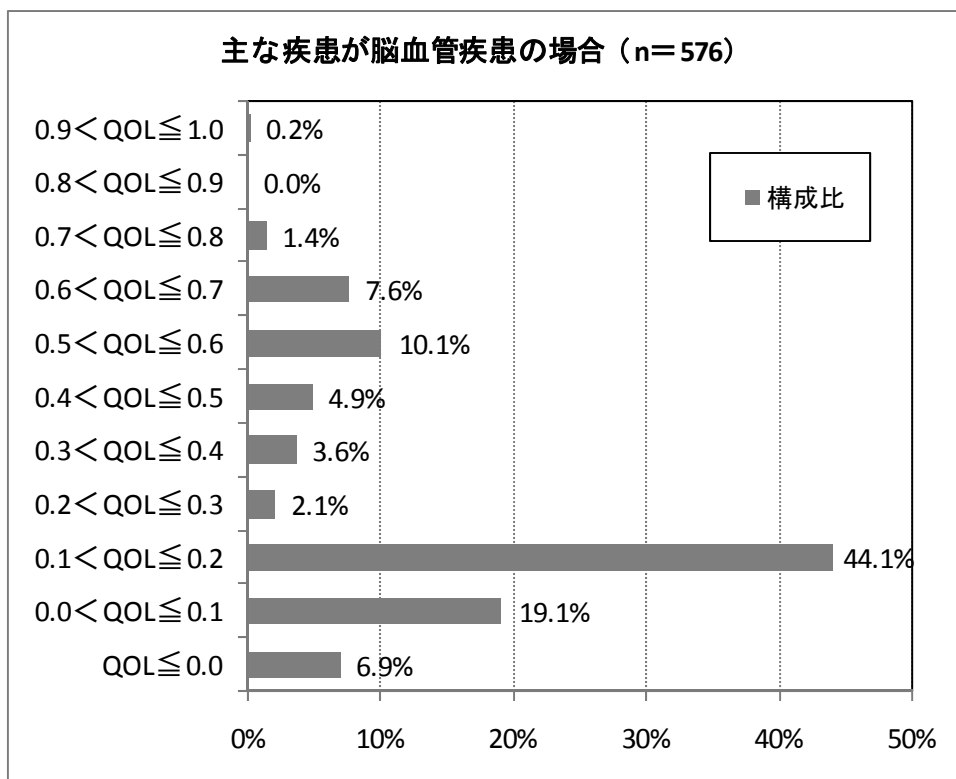
図表 2-4-25 家族からみて終末期だと思える場合の QOL スコア分布



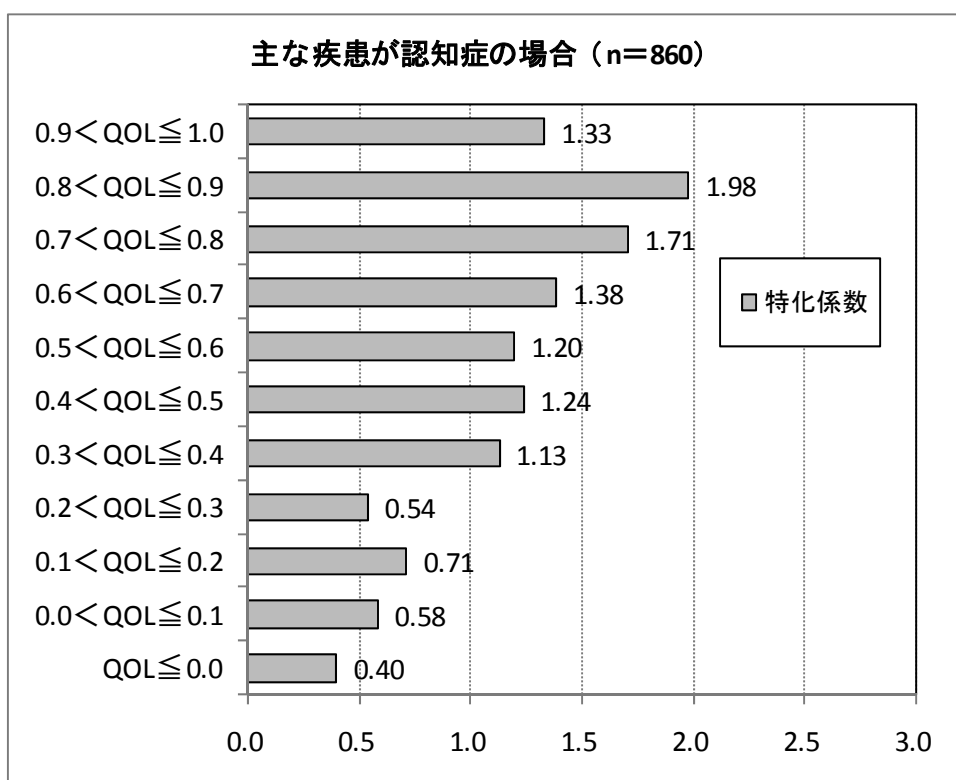
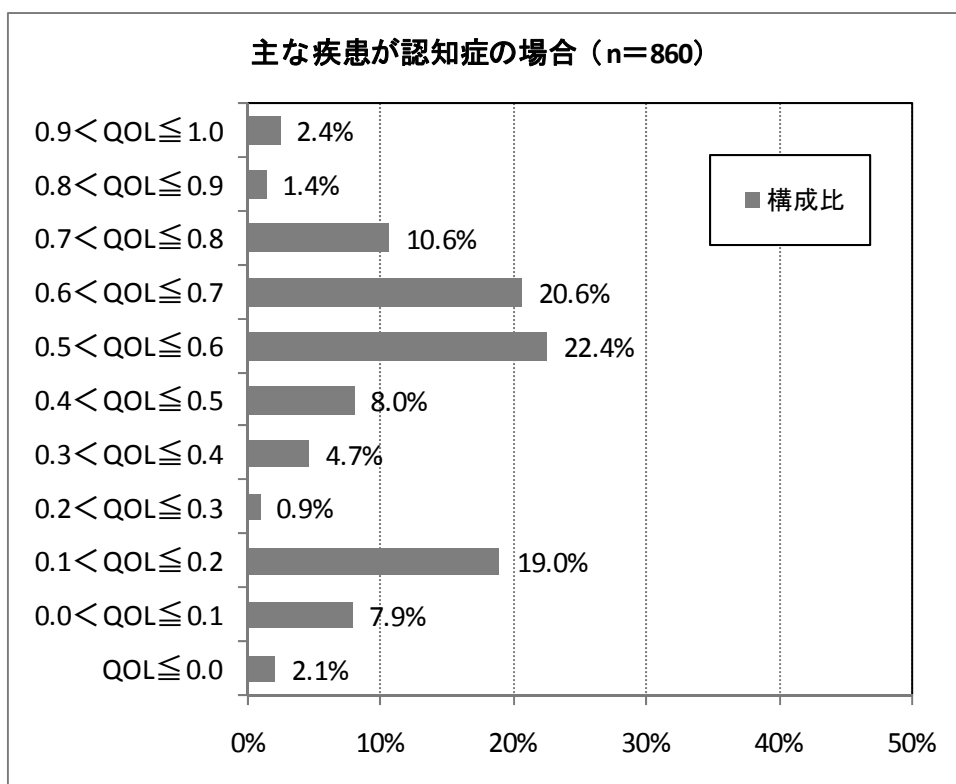
図表 2-4-26 主な疾患が癌（がん）の場合の QOL スコア分布



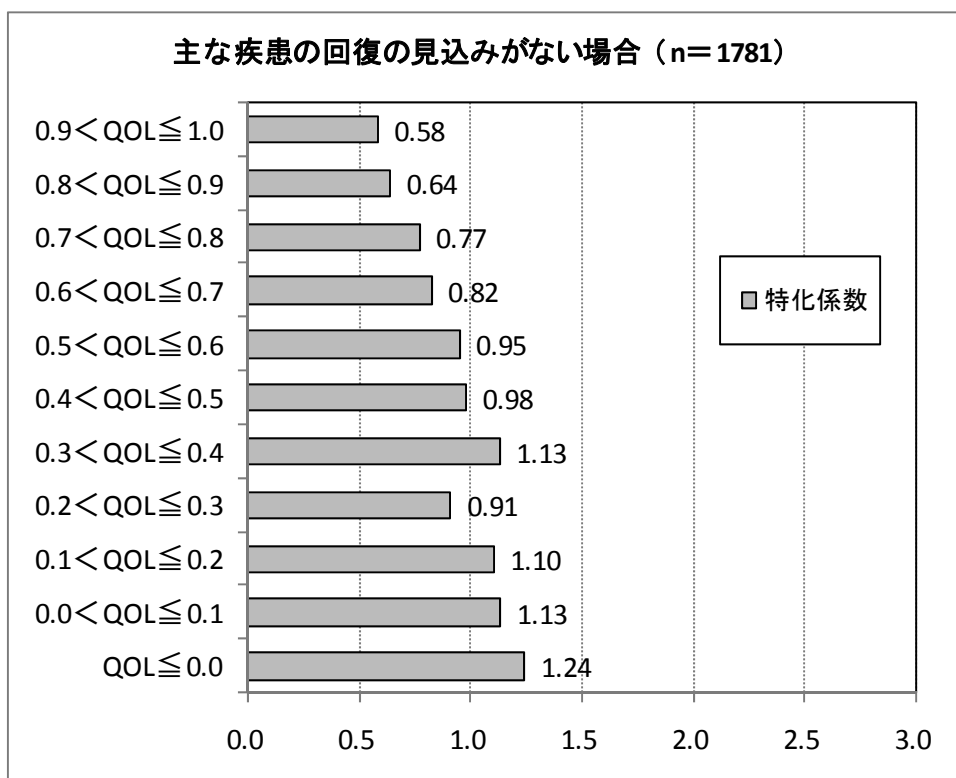
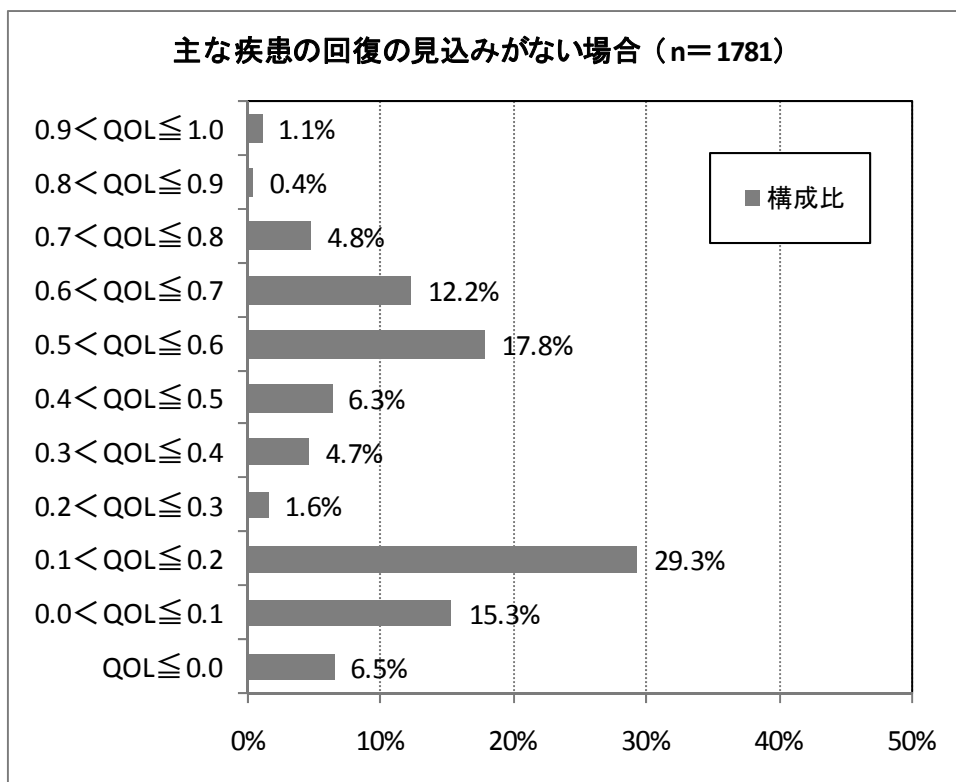
図表 2-4-27 主な疾患が脳血管疾患の場合の QOL スコア分布



図表 2-4-28 主な疾患が認知症の場合の QOL スコア分布



図表 2-4-29 主な疾患の回復の見込みがない場合の QOL スコア分布



(3) 「設問：家族からみて終末期だと思いますか」とのクロス集計

家族からみて「終末期（ターミナル）だと思いますか」という設問への回答と、他の設問への回答についてクロス集計した結果を図表 2-4-30～図表 2-4-37 に示す。

このクロス集計により、家族が終末期だと判断するときの背景にある状況を探ることを試みた。

家族が終末期だと思うケースで、本人の意思表示ができない状況は 47%であることから、本人の意思表示ができないことは終末期であることの判断に余り関係がないと考えられる（図表 2-4-30）。

家族が終末期だと思うケースで、寝たきりの状況は 74%であり、終末期の判断に関係している要因だと考えられる（図表 2-4-31）。同様に、身の回りの管理ができない状況は 82%（図表 2-4-32）、ふだんの活動ができない状況は 83%（図表 2-4-33）と高いことから、終末期判断に強く関係する要因と考えられる。また、主な疾患が癌（がん）の場合に限れば、家族が終末期だと思うケースで緩和ケアを受けている状況は 59%であり（図表 2-4-37）、終末期判断にやや関係がある要因と考えられる。

図表 2-4-30 本人の意思表示の状況とのクロス集計

		本人の意思表示			
		できる	できない	何とも言えない	全体
終末期 だと思 います か	そう思う	159件 (32.0%)	235件 (47.3%)	103件 (20.7%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	810件 (46.2%)	495件 (28.2%)	449件 (25.6%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	167件 (28.4%)	252件 (42.9%)	168件 (28.6%)	587件 (100.0%)
	全体	1,136件 (40.0%)	982件 (34.6%)	720件 (25.4%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-31 移動についての状況とのクロス集計

		移動について			
		問題はない	いくらか問題あり	寝たきりである	全体
終末期だと思えますか	そう思う	12件 (2.4%)	117件 (23.5%)	368件 (74.0%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	265件 (15.1%)	890件 (50.7%)	599件 (34.2%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	37件 (6.3%)	187件 (31.9%)	363件 (61.8%)	587件 (100.0%)
	全体	314件 (11.1%)	1,194件 (42.1%)	1,330件 (46.9%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-32 身の回りの管理の状況とのクロス集計

		身の回りの管理			
		問題はない	いくらか問題あり	自分でできない	全体
終末期だと思えますか	そう思う	19件 (3.8%)	70件 (14.1%)	408件 (82.1%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	222件 (12.7%)	666件 (38.0%)	866件 (49.4%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	34件 (5.8%)	108件 (18.4%)	445件 (75.8%)	587件 (100.0%)
	全体	275件 (9.7%)	844件 (29.7%)	1,719件 (60.6%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-33 ふだんの活動の状況とのクロス集計

		ふだんの活動			
		問題はない	いくらか問題あり	できない	全体
終末期だと思えますか	そう思う	11件 (2.2%)	74件 (14.9%)	412件 (82.9%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	160件 (9.1%)	848件 (48.3%)	746件 (42.5%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	19件 (3.2%)	139件 (23.7%)	429件 (73.1%)	587件 (100.0%)
	全体	190件 (6.7%)	1,061件 (37.4%)	1,587件 (55.9%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-34 痛み／不快感の状況とのクロス集計

		痛み／不快感			
		ない	中程度	ひどい	全体
終末期だと思えますか	そう思う	183件 (36.8%)	247件 (49.7%)	67件 (13.5%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	816件 (46.5%)	874件 (49.8%)	64件 (3.6%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	236件 (40.2%)	313件 (53.3%)	38件 (6.5%)	587件 (100.0%)
	全体	1,235件 (43.5%)	1,434件 (50.5%)	169件 (6.0%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-35 不安／ふさぎ込みの状況とのクロス集計

		不安／ふさぎ込み			
		ない	中程度	ひどい	全体
終末期だと思えますか	そう思う	246件 (49.5%)	198件 (39.8%)	53件 (10.7%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	895件 (51.0%)	802件 (45.7%)	57件 (3.2%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	293件 (49.9%)	259件 (44.1%)	35件 (6.0%)	587件 (100.0%)
	全体	1,434件 (50.5%)	1,259件 (44.4%)	145件 (5.1%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-36 主な疾患の回復の見込みとのクロス集計

		回復の見込み			
		ある	ない	まだ聞いていない	全体
終末期だと思えますか	そう思う	10件 (2.0%)	427件 (85.9%)	60件 (12.1%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	252件 (14.4%)	995件 (56.7%)	507件 (28.9%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	35件 (6.0%)	359件 (61.2%)	193件 (32.9%)	587件 (100.0%)
	全体	297件 (10.5%)	1,781件 (62.8%)	760件 (26.8%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-37 緩和ケアの状況とのクロス集計

		緩和ケア（施設票・事業所票の回答）			
		受けている	受けていない	分らない	全体
終末期だ と思いますか	そう思う	130件 (26.2%)	343件 (69.0%)	24件 (4.8%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	82件 (4.7%)	1,622件 (92.5%)	50件 (2.9%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	55件 (9.4%)	510件 (86.9%)	22件 (3.7%)	587件 (100.0%)
	全体	267件 (9.4%)	2,475件 (87.2%)	96件 (3.4%)	2,838件 (100.0%)

【主な疾患が癌の場合】		緩和ケア（施設票・事業所票の回答）			
		受けている	受けていない	分らない	全体
終末期だ と思いますか	そう思う	73件 (59.3%)	43件 (35.0%)	7件 (5.7%)	123件 (100.0%)
	そう思わない	13件 (18.1%)	58件 (80.6%)	1件 (1.4%)	72件 (100.0%)
	分らない	14件 (36.8%)	24件 (63.2%)	(0.0%)	38件 (100.0%)
	全体	100件 (42.9%)	125件 (53.6%)	8件 (3.4%)	233件 (100.0%)

(4) 「設問：本人が望んでいる最期を迎える場所」とのクロス集計

家族からみて「本人はどこで最期を迎えたいと望んでいますか」という設問への回答と、他の設問への回答についてクロス集計した結果を図表 2-4-38～図表 2-4-54 に示す。

本人が希望する最期を迎える場所として、「自宅」が最も多く選ばれたが、実際には病院で死亡する割合が最も高くなっている。このクロス集計は、属性や状況で区分したときの、自宅で最期を迎えたいと望む割合をみるためのものである。

図表 2-4-38 本人の性別とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	
性別	男性	195件 (23.5%)	3件 (0.4%)	44件 (5.3%)	49件 (5.9%)	46件 (5.5%)	448件 (53.9%)	46件 (5.5%)	831件 (100.0%)
	女性	369件 (18.4%)	1件 (0.0%)	172件 (8.6%)	141件 (7.0%)	251件 (12.5%)	940件 (46.8%)	133件 (6.6%)	2,007件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-39 本人の年齢階級とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	
年齢階級	64歳以下	30件 (24.6%)		4件 (3.3%)	3件 (2.5%)	2件 (1.6%)	74件 (60.7%)	9件 (7.4%)	122件 (100.0%)
	65～74歳	64件 (23.2%)		15件 (5.4%)	17件 (6.2%)	14件 (5.1%)	152件 (55.1%)	14件 (5.1%)	276件 (100.0%)
	75～84歳	197件 (21.9%)	1件 (0.1%)	63件 (7.0%)	49件 (5.5%)	96件 (10.7%)	444件 (49.4%)	49件 (5.5%)	899件 (100.0%)
	85～94歳	212件 (17.1%)	2件 (0.2%)	100件 (8.0%)	97件 (7.8%)	152件 (12.2%)	590件 (47.5%)	90件 (7.2%)	1,243件 (100.0%)
	95歳以上	61件 (20.5%)	1件 (0.3%)	34件 (11.4%)	24件 (8.1%)	33件 (11.1%)	128件 (43.0%)	17件 (5.7%)	298件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-40 本人の意思表示の状況とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	
意思表示の状況	できる	232件 (20.4%)	2件 (0.2%)	71件 (6.3%)	55件 (4.8%)	113件 (9.9%)	605件 (53.3%)	58件 (5.1%)	1,136件 (100.0%)
	できない	209件 (21.3%)	1件 (0.1%)	93件 (9.5%)	94件 (9.6%)	96件 (9.8%)	419件 (42.7%)	70件 (7.1%)	982件 (100.0%)
	何とも言えない	123件 (17.1%)	1件 (0.1%)	52件 (7.2%)	41件 (5.7%)	88件 (12.2%)	364件 (50.6%)	51件 (7.1%)	720件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-41 移動についての状況とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	
移動について	問題はない	47件 (15.0%)		14件 (4.5%)	14件 (4.5%)	65件 (20.7%)	151件 (48.1%)	23件 (7.3%)	314件 (100.0%)
	いくらか問題あり	208件 (17.4%)	2件 (0.2%)	77件 (6.4%)	73件 (6.1%)	186件 (15.6%)	567件 (47.5%)	81件 (6.8%)	1,194件 (100.0%)
	寝たきりである	309件 (23.2%)	2件 (0.2%)	125件 (9.4%)	103件 (7.7%)	46件 (3.5%)	670件 (50.4%)	75件 (5.6%)	1,330件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-42 身の回りの管理の状況とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	
身の回りの管理	問題はない	54件 (19.6%)		13件 (4.7%)	11件 (4.0%)	53件 (19.3%)	132件 (48.0%)	12件 (4.4%)	275件 (100.0%)
	いくらか問題あり	137件 (16.2%)	2件 (0.2%)	48件 (5.7%)	51件 (6.0%)	136件 (16.1%)	409件 (48.5%)	61件 (7.2%)	844件 (100.0%)
	自分でできない	373件 (21.7%)	2件 (0.1%)	155件 (9.0%)	128件 (7.4%)	108件 (6.3%)	847件 (49.3%)	106件 (6.2%)	1,719件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-43 ふだんの活動の状況とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	
ふだんの活動	問題はない	35件 (18.4%)		8件 (4.2%)	5件 (2.6%)	35件 (18.4%)	94件 (49.5%)	13件 (6.8%)	190件 (100.0%)
	いづらか問題あり	174件 (16.4%)	2件 (0.2%)	71件 (6.7%)	70件 (6.6%)	172件 (16.2%)	502件 (47.3%)	70件 (6.6%)	1,061件 (100.0%)
	できない	355件 (22.4%)	2件 (0.1%)	137件 (8.6%)	115件 (7.2%)	90件 (5.7%)	792件 (49.9%)	96件 (6.0%)	1,587件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-44 痛み／不快感の状況とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	
痛み／不快感	ない	266件 (21.5%)		113件 (9.1%)	90件 (7.3%)	155件 (12.6%)	527件 (42.7%)	84件 (6.8%)	1,235件 (100.0%)
	中程度	261件 (18.2%)	3件 (0.2%)	94件 (6.6%)	91件 (6.3%)	134件 (9.3%)	764件 (53.3%)	87件 (6.1%)	1,434件 (100.0%)
	ひどい	37件 (21.9%)	1件 (0.6%)	9件 (5.3%)	9件 (5.3%)	8件 (4.7%)	97件 (57.4%)	8件 (4.7%)	169件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-45 不安／ふさぎ込みの状況とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	
不安／ふさぎ込み	ない	299件 (20.9%)	1件 (0.1%)	128件 (8.9%)	109件 (7.6%)	180件 (12.6%)	613件 (42.7%)	104件 (7.3%)	1,434件 (100.0%)
	中程度	238件 (18.9%)	3件 (0.2%)	78件 (6.2%)	75件 (6.0%)	107件 (8.5%)	689件 (54.7%)	69件 (5.5%)	1,259件 (100.0%)
	ひどい	27件 (18.6%)		10件 (6.9%)	6件 (4.1%)	10件 (6.9%)	86件 (59.3%)	6件 (4.1%)	145件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-46 治療を受けている主な疾患とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	
治療を受けている 主な疾患	癌(がん)	71件 (30.5%)		11件 (4.7%)	6件 (2.6%)	6件 (2.6%)	129件 (55.4%)	10件 (4.3%)	233件 (100.0%)
	糖尿病	40件 (21.7%)	1件 (0.5%)	14件 (7.6%)	12件 (6.5%)	25件 (13.6%)	88件 (47.8%)	4件 (2.2%)	184件 (100.0%)
	脳血管疾患	133件 (23.1%)		48件 (8.3%)	45件 (7.8%)	20件 (3.5%)	306件 (53.1%)	24件 (4.2%)	576件 (100.0%)
	循環器系の疾患	48件 (22.1%)		21件 (9.7%)	11件 (5.1%)	19件 (8.8%)	105件 (48.4%)	13件 (6.0%)	217件 (100.0%)
	認知症	107件 (12.4%)	2件 (0.2%)	65件 (7.6%)	73件 (8.5%)	184件 (21.4%)	359件 (41.7%)	70件 (8.1%)	860件 (100.0%)
	神経難病	30件 (24.4%)	1件 (0.8%)	8件 (6.5%)	6件 (4.9%)	2件 (1.6%)	70件 (56.9%)	6件 (4.9%)	123件 (100.0%)
	呼吸器系の疾患	41件 (30.8%)		8件 (6.0%)	10件 (7.5%)	4件 (3.0%)	64件 (48.1%)	6件 (4.5%)	133件 (100.0%)
	肝疾患	4件 (23.5%)		1件 (5.9%)		1件 (5.9%)	10件 (58.8%)	1件 (5.9%)	17件 (100.0%)
	泌尿器系の疾患	11件 (17.5%)		6件 (9.5%)	7件 (11.1%)	4件 (6.3%)	32件 (50.8%)	3件 (4.8%)	63件 (100.0%)
	消化器系の疾患	19件 (26.0%)		4件 (5.5%)	3件 (4.1%)	5件 (6.8%)	39件 (53.4%)	3件 (4.1%)	73件 (100.0%)
	骨折	7件 (13.5%)		1件 (1.9%)	5件 (9.6%)	2件 (3.8%)	33件 (63.5%)	4件 (7.7%)	52件 (100.0%)
	その他の疾患	36件 (15.6%)		20件 (8.7%)	10件 (4.3%)	18件 (7.8%)	118件 (51.1%)	29件 (12.6%)	231件 (100.0%)
	特にない	17件 (22.4%)		9件 (11.8%)	2件 (2.6%)	7件 (9.2%)	35件 (46.1%)	6件 (7.9%)	76件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-47 主な疾患の回復の見込みとのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	全体
回復の見込み	ある	71件 (23.9%)		11件 (3.7%)	13件 (4.4%)	25件 (8.4%)	161件 (54.2%)	16件 (5.4%)	297件 (100.0%)
	ない	348件 (19.5%)	1件 (0.1%)	152件 (8.5%)	111件 (6.2%)	185件 (10.4%)	863件 (48.5%)	121件 (6.8%)	1,781件 (100.0%)
	まだ聞いていない	145件 (19.1%)	3件 (0.4%)	53件 (7.0%)	66件 (8.7%)	87件 (11.4%)	364件 (47.9%)	42件 (5.5%)	760件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-48 緊急対応についての家族の認識とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	全体
緊急対応	必ずしてもらえる	450件 (21.3%)	2件 (0.1%)	169件 (8.0%)	140件 (6.6%)	253件 (12.0%)	955件 (45.3%)	141件 (6.7%)	2,110件 (100.0%)
	場合による	63件 (14.3%)	1件 (0.2%)	32件 (7.2%)	26件 (5.9%)	22件 (5.0%)	279件 (63.1%)	19件 (4.3%)	442件 (100.0%)
	何とも言えない	51件 (17.8%)	1件 (0.3%)	15件 (5.2%)	24件 (8.4%)	22件 (7.7%)	154件 (53.8%)	19件 (6.6%)	286件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-49 医師からの余命告知の有無とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人保健施設	グループホーム	自宅	その他	全体
余命の告知	あった	86件 (24.4%)		31件 (8.8%)	20件 (5.7%)	13件 (3.7%)	193件 (54.8%)	9件 (2.6%)	352件 (100.0%)
	ない	439件 (19.1%)	3件 (0.1%)	167件 (7.3%)	148件 (6.4%)	263件 (11.4%)	1,117件 (48.5%)	164件 (7.1%)	2,301件 (100.0%)
	分らない	39件 (21.1%)	1件 (0.5%)	18件 (9.7%)	22件 (11.9%)	21件 (11.4%)	78件 (42.2%)	6件 (3.2%)	185件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-50 終末期だと思えるかについての家族の認識とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	全体
終末期だ と思えますか	そう思う	118件 (23.7%)	1件 (0.2%)	49件 (9.9%)	42件 (8.5%)	36件 (7.2%)	222件 (44.7%)	29件 (5.8%)	497件 (100.0%)
	そう思わない	321件 (18.3%)		125件 (7.1%)	91件 (5.2%)	206件 (11.7%)	900件 (51.3%)	111件 (6.3%)	1,754件 (100.0%)
	分らない	125件 (21.3%)	3件 (0.5%)	42件 (7.2%)	57件 (9.7%)	55件 (9.4%)	266件 (45.3%)	39件 (6.6%)	587件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-51 医師等からの説明等についての家族の認識とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	全体
説明や 意思確認	十分だと思う	389件 (21.7%)	1件 (0.1%)	150件 (8.4%)	127件 (7.1%)	190件 (10.6%)	822件 (45.9%)	110件 (6.1%)	1,789件 (100.0%)
	十分と思わない	55件 (18.1%)	1件 (0.3%)	25件 (8.2%)	10件 (3.3%)	14件 (4.6%)	182件 (59.9%)	17件 (5.6%)	304件 (100.0%)
	何とも言えない	120件 (16.1%)	2件 (0.3%)	41件 (5.5%)	53件 (7.1%)	93件 (12.5%)	384件 (51.5%)	52件 (7.0%)	745件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-52 同意した治療内容の変更についての家族の認識とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	全体
同意内容の 変更	できると思う	371件 (18.3%)	2件 (0.1%)	170件 (8.4%)	129件 (6.4%)	212件 (10.5%)	1,016件 (50.1%)	128件 (6.3%)	2,028件 (100.0%)
	できないと思う	47件 (30.9%)	1件 (0.7%)	10件 (6.6%)	8件 (5.3%)	9件 (5.9%)	69件 (45.4%)	8件 (5.3%)	152件 (100.0%)
	分らない	146件 (22.2%)	1件 (0.2%)	36件 (5.5%)	53件 (8.1%)	76件 (11.6%)	303件 (46.0%)	43件 (6.5%)	658件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-53 治療内容についての気持の揺らぎとのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	
気持の 揺らぎ	揺らぐことがある	146件 (17.5%)		64件 (7.7%)	36件 (4.3%)	62件 (7.4%)	488件 (58.6%)	37件 (4.4%)	833件 (100.0%)
	揺らぐことはない	246件 (22.5%)	2件 (0.2%)	98件 (9.0%)	89件 (8.2%)	123件 (11.3%)	460件 (42.2%)	73件 (6.7%)	1,091件 (100.0%)
	何とも言えない	172件 (18.8%)	2件 (0.2%)	54件 (5.9%)	65件 (7.1%)	112件 (12.3%)	440件 (48.1%)	69件 (7.5%)	914件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

図表 2-4-54 本人意思の尊重についての家族の認識とのクロス集計

		本人が望んでいる最期を迎える場所							全体
		病院	診療所	老人ホーム	介護老人 保健施設	グループ ホーム	自宅	その他	
本人意思の 尊重	十分	312件 (22.1%)	1件 (0.1%)	128件 (9.1%)	105件 (7.4%)	191件 (13.5%)	600件 (42.5%)	75件 (5.3%)	1,412件 (100.0%)
	十分ではない	27件 (15.8%)		8件 (4.7%)	8件 (4.7%)	6件 (3.5%)	110件 (64.3%)	12件 (7.0%)	171件 (100.0%)
	何とも言えない	225件 (17.9%)	3件 (0.2%)	80件 (6.4%)	77件 (6.1%)	100件 (8.0%)	678件 (54.0%)	92件 (7.3%)	1,255件 (100.0%)
	全体	564件 (19.9%)	4件 (0.1%)	216件 (7.6%)	190件 (6.7%)	297件 (10.5%)	1,388件 (48.9%)	179件 (6.3%)	2,838件 (100.0%)

(5) 家族票の回答と施設・事業所票の回答との一致／相違

家族票の設問と同様の内容を、施設・事業所票でも訊いている。家族票の回答と、施設・事業所票の回答のクロス集計結果を図表 2-4-55～図表 2-4-71 に示す。

ここでの「病院」とは一般病床 100%病院、療養病床 100%病院、およびケアミックス病院のことである。また、ここでの「介護保険施設」とは介護老人福祉施設、介護老人保健施設、および介護療養型老健のことである。

このクロス集計は、家族の認識と施設・事業所側の認識の一致／相違をみることに目的であり、どのような場合に認識のズレが大きくなるかの分析を試みた。

家族がリビング・ウィルの書面等はないと回答したケースで、施設・事業所側がリビング・ウィルを提示されていないとした割合は 77%～85%であり、いずれの施設区分でも認識はほぼ一致していた。一方、家族がリビング・ウィルの書面等があるとしているケースでは、「提示があった」割合よりも「提示されていない」割合の方が多くなっており、施設・事業所側が十分把握できていないことが明らかとなった（図表 2-4-55～図表 2-4-58）。

家族が終末期だと思わないと回答したケースで、施設・事業所側も終末期だと思わない割合は 73%～96%であり、いずれの施設区分でも認識はほぼ一致していた。家族が終末期だと思うケースでは、病院で 56%、訪問看護ステーションで 59%が同じように終末期だと思うと回答しているが、介護保険施設とグループホームでは終末期だと思わない割合の方が多くなっており、介護保険施設での認識の相違は 48%、グループホームでの認識の相違は 51%であった（図表 2-4-59～図表 2-4-62）。

主な疾患が癌（がん）の場合に限ると、家族が終末期だと思うケースの 89%で施設・事業所側も終末期だと思うと回答しており、認識はほぼ一致している（図表 2-4-63）。癌（がん）以外の疾患では両者の認識の相違が大きく、家族が終末期だと思うケースで施設・事業所側も終末期だと思うと回答したのは 32%であり、施設・事業所側は終末期だと思わないと回答した割合の 45%を大きく下回っており、慢性期の疾患での終末期の判断において家族と施設・事業所側の相違が大きいことが明らかとなった（図表 2-4-64）。

医師からの余命告知（図表 2-4-65～図表 2-4-68）、緩和ケアを受けているか（図表 2-4-69～図表 2-4-71）でも同様の傾向がみられた。すなわち、家族が余命告知はない、あるいは緩和ケアを受けていないと回答したケースでは、施設・事業所側とほぼ認識が一致していたが、家族が余命告知があった、あるいは緩和ケアを受けていると回答したケースでは、施設・事業所側は「ない」とした割合の方が高くなっており、家族との認識の違いがみられた。

図表 2-4-55 「リビング・ウィル」について（病院）

「リビング・ウィル」		施設・事業所票における回答内容			
		提示があった	提示されていない	分らない	全 体
家族の 回答 内容	書面等がある	18件 (41.9%)	20件 (46.5%)	5件 (11.6%)	43件 (100.0%)
	書面等はない	30件 (5.1%)	489件 (82.5%)	74件 (12.5%)	593件 (100.0%)
	分らない	13件 (9.3%)	83件 (59.3%)	44件 (31.4%)	140件 (100.0%)
	全 体	61件 (7.9%)	592件 (76.3%)	123件 (15.9%)	776件 (100.0%)

図表 2-4-56 「リビング・ウィル」について（介護保険施設）

「リビング・ウィル」		施設・事業所票における回答内容			
		提示があった	提示されていない	分らない	全 体
家族の 回答 内容	書面等がある	39件 (40.6%)	51件 (53.1%)	6件 (6.3%)	96件 (100.0%)
	書面等はない	47件 (8.1%)	479件 (82.3%)	56件 (9.6%)	582件 (100.0%)
	分らない	25件 (10.0%)	194件 (77.9%)	30件 (12.0%)	249件 (100.0%)
	全 体	111件 (12.0%)	724件 (78.1%)	92件 (9.9%)	927件 (100.0%)

図表 2-4-57 「リビング・ウィル」について（グループホーム）

「リビング・ウィル」		施設・事業所票における回答内容			
		提示があった	提示されていない	分らない	全 体
家族の 回答内容	書面等がある	20件 (31.7%)	41件 (65.1%)	2件 (3.2%)	63件 (100.0%)
	書面等はない	30件 (6.1%)	419件 (85.2%)	43件 (8.7%)	492件 (100.0%)
	分らない	16件 (7.0%)	192件 (84.6%)	19件 (8.4%)	227件 (100.0%)
	全 体	66件 (8.4%)	652件 (83.4%)	64件 (8.2%)	782件 (100.0%)

図表 2-4-58 「リビング・ウィル」について（訪問看護ステーション）

「リビング・ウィル」		施設・事業所票における回答内容			
		提示があった	提示されていない	分らない	全 体
家族の 回答内容	書面等がある	6件 (40.0%)	8件 (53.3%)	1件 (6.7%)	15件 (100.0%)
	書面等はない	19件 (6.4%)	228件 (76.5%)	51件 (17.1%)	298件 (100.0%)
	分らない	5件 (12.5%)	27件 (67.5%)	8件 (20.0%)	40件 (100.0%)
	全 体	30件 (8.5%)	263件 (74.5%)	60件 (17.0%)	353件 (100.0%)

図表 2-4-59 「終末期だと思うか」について（病院）

		施設・事業所票における回答内容			
		終末期だと思う	終末期とは思わない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	終末期だと思う	122件 (56.2%)	59件 (27.2%)	36件 (16.6%)	217件 (100.0%)
	終末期とは思わない	19件 (5.3%)	291件 (81.3%)	48件 (13.4%)	358件 (100.0%)
	分らない	27件 (13.4%)	98件 (48.8%)	76件 (37.8%)	201件 (100.0%)
	全 体	168件 (21.6%)	448件 (57.7%)	160件 (20.6%)	776件 (100.0%)

図表 2-4-60 「終末期だと思うか」について（介護保険施設）

		施設・事業所票における回答内容			
		終末期だと思う	終末期とは思わない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	終末期だと思う	52件 (33.5%)	74件 (47.7%)	29件 (18.7%)	155件 (100.0%)
	終末期とは思わない	7件 (1.2%)	540件 (90.3%)	51件 (8.5%)	598件 (100.0%)
	分らない	6件 (3.4%)	141件 (81.0%)	27件 (15.5%)	174件 (100.0%)
	全 体	65件 (7.0%)	755件 (81.4%)	107件 (11.5%)	927件 (100.0%)

図表 2-4-61 「終末期だと思うか」について（グループホーム）

		施設・事業所票における回答内容			
		終末期だと思う	終末期とは思わない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	終末期だと思う	15件 (24.6%)	31件 (50.8%)	15件 (24.6%)	61件 (100.0%)
	終末期とは思わない	2件 (0.3%)	566件 (95.8%)	23件 (3.9%)	591件 (100.0%)
	分らない	5件 (3.8%)	103件 (79.2%)	22件 (16.9%)	130件 (100.0%)
	全 体	22件 (2.8%)	700件 (89.5%)	60件 (7.7%)	782件 (100.0%)

図表 2-4-62 「終末期だと思うか」について（訪問看護ステーション）

		施設・事業所票における回答内容			
		終末期だと思う	終末期とは思わない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	終末期だと思う	38件 (59.4%)	13件 (20.3%)	13件 (20.3%)	64件 (100.0%)
	終末期とは思わない	13件 (6.3%)	150件 (72.5%)	44件 (21.3%)	207件 (100.0%)
	分らない	12件 (14.6%)	41件 (50.0%)	29件 (35.4%)	82件 (100.0%)
	全 体	63件 (17.8%)	204件 (57.8%)	86件 (24.4%)	353件 (100.0%)

図表 2-4-63 「終末期だと思うか」について（主な疾患が癌（がん）の場合）

		施設・事業所票における回答内容			
		終末期だと思う	終末期とは思わない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	終末期だと思う	109件 (88.6%)	8件 (6.5%)	6件 (4.9%)	123件 (100.0%)
	終末期とは思わない	11件 (15.3%)	54件 (75.0%)	7件 (9.7%)	72件 (100.0%)
	分らない	12件 (31.6%)	15件 (39.5%)	11件 (28.9%)	38件 (100.0%)
	全 体	132件 (56.7%)	77件 (33.0%)	24件 (10.3%)	233件 (100.0%)

図表 2-4-64 「終末期だと思うか」について（主な疾患が癌以外の場合）

		施設・事業所票における回答内容			
		終末期だと思う	終末期とは思わない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	終末期だと思う	118件 (31.6%)	169件 (45.2%)	87件 (23.3%)	374件 (100.0%)
	終末期とは思わない	30件 (1.8%)	1,493件 (88.8%)	159件 (9.5%)	1,682件 (100.0%)
	分らない	38件 (6.9%)	368件 (67.0%)	143件 (26.0%)	549件 (100.0%)
	全 体	186件 (7.1%)	2,030件 (77.9%)	389件 (14.9%)	2,605件 (100.0%)

図表 2-4-65 「医師からの余命告知」について（病院）

		施設・事業所票における回答内容			
		余命告知があった	余命告知はない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	余命告知があった	82件 (49.7%)	76件 (46.1%)	7件 (4.2%)	165件 (100.0%)
	余命告知はない	26件 (4.7%)	491件 (88.3%)	39件 (7.0%)	556件 (100.0%)
	分らない	2件 (3.6%)	41件 (74.5%)	12件 (21.8%)	55件 (100.0%)
	全 体	110件 (14.2%)	608件 (78.4%)	58件 (7.5%)	776件 (100.0%)

図表 2-4-66 「医師からの余命告知」について（介護保険施設）

		施設・事業所票における回答内容			
		余命告知があった	余命告知はない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	余命告知があった	38件 (47.5%)	41件 (51.3%)	1件 (1.3%)	80件 (100.0%)
	余命告知はない	13件 (1.7%)	748件 (95.8%)	20件 (2.6%)	781件 (100.0%)
	分らない	2件 (3.0%)	57件 (86.4%)	7件 (10.6%)	66件 (100.0%)
	全 体	53件 (5.7%)	846件 (91.3%)	28件 (3.0%)	927件 (100.0%)

図表 2-4-67 「医師からの余命告知」について（グループホーム）

		施設・事業所票における回答内容			
		余命告知があった	余命告知はない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	余命告知があった	7件 (31.8%)	13件 (59.1%)	2件 (9.1%)	22件 (100.0%)
	余命告知はない	7件 (1.0%)	684件 (95.3%)	27件 (3.8%)	718件 (100.0%)
	分らない		39件 (92.9%)	3件 (7.1%)	42件 (100.0%)
	全 体	14件 (1.8%)	736件 (94.1%)	32件 (4.1%)	782件 (100.0%)

図表 2-4-68 「医師からの余命告知」について（訪問看護ステーション）

		施設・事業所票における回答内容			
		余命告知があった	余命告知はない	分らない	全 体
家族 の 回 答 内 容	余命告知があった	46件 (54.1%)	28件 (32.9%)	11件 (12.9%)	85件 (100.0%)
	余命告知はない	12件 (4.9%)	198件 (80.5%)	36件 (14.6%)	246件 (100.0%)
	分らない	3件 (13.6%)	15件 (68.2%)	4件 (18.2%)	22件 (100.0%)
	全 体	61件 (17.3%)	241件 (68.3%)	51件 (14.4%)	353件 (100.0%)

図表 2-4-69 「緩和ケア」について（介護保険施設）

「緩和ケア」		施設・事業所票における回答内容			
		受けている	受けていない	分らない	全 体
家族の 回答内容	受けている	31件 (14.4%)	181件 (83.8%)	4件 (1.9%)	216件 (100.0%)
	受けていない	20件 (3.7%)	510件 (93.4%)	16件 (2.9%)	546件 (100.0%)
	分らない	11件 (7.0%)	134件 (84.8%)	13件 (8.2%)	158件 (100.0%)
	全 体	62件 (6.7%)	825件 (89.7%)	33件 (3.6%)	920件 (100.0%)

図表 2-4-70 「緩和ケア」について（グループホーム）

「緩和ケア」		施設・事業所票における回答内容			
		受けている	受けていない	分らない	全 体
家族の 回答内容	受けている	16件 (11.0%)	128件 (87.7%)	2件 (1.4%)	146件 (100.0%)
	受けていない	20件 (3.8%)	485件 (93.1%)	16件 (3.1%)	521件 (100.0%)
	分らない	5件 (4.4%)	104件 (92.0%)	4件 (3.5%)	113件 (100.0%)
	全 体	41件 (5.3%)	717件 (91.9%)	22件 (2.8%)	780件 (100.0%)

図表 2-4-71 「緩和ケア」について（訪問看護ステーション）

「緩和ケア」		施設・事業所票における回答内容			
		受けている	受けていない	分らない	全 体
家族の 回答内容	受けている	26件 (26.3%)	73件 (73.7%)		99件 (100.0%)
	受けていない	29件 (12.9%)	189件 (84.0%)	7件 (3.1%)	225件 (100.0%)
	分らない	5件 (18.5%)	19件 (70.4%)	3件 (11.1%)	27件 (100.0%)
	全 体	60件 (17.1%)	281件 (80.1%)	10件 (2.8%)	351件 (100.0%)

3. グループインタビュー結果

3. 1 グループA1（看護職）

グループA1は、病院・訪問看護ステーションに勤務している看護職のグループである。グループA1の参加者は10名であり、施設区分別の内訳は急性期病院6名、慢性期病院2名、ケアミックス病院1名、訪問看護ステーション1名である。

（1）看取りの経験に基づく現場での課題や問題意識

① 終末期の判断について	
発言要旨	・ 慢性期の場合、どのあたりから終末期のカンファレンスをもって、終末期について家族との話し合いを開始するかの判断が難しい。
同意／反対などの状況	・ 約半数の参加者が同意を示しており、特に慢性期では終末期との判断が難しい様子が伺えた。

② 延命医療に関する意思決定について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none">・ 本人意思と家族の希望に相違があり、本人の意識が戻ったら本人意思を尊重し、意識が低下すると家族の希望に従うという繰り返しになることがあった。本人意思というの、意識が明確になって、きちんと状況を理解した上での要望なのかどうか、判断に窮することがあった。・ 入院時に延命処置をしないことを了解してもらっているが、急変時に延命処置をしてほしいという家族が出てきたときの対応が難しい。・ 家族がいても家族内で意見がばらばらで、誰がキーパーソンなのか見極めが困難な場合がある。家族内で話し合いを求めても結論が得られない。・ 本人の意思確認ができない場合、家族に判断を任せる・委ねると、家族は非常に悩む。かといって、医師のみで決定することにも疑問がある。医療従事者、家族の決定権のバランスが難しい。・ 家族の死を何となく意識していても、リアルに終末期になったらどうするかということを考えられない方もいる。

同意／反対 などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の意見が異なる場合、家族の意見が急変時に変わった場合にどうするかが複数の参加者から対応困難なケースとして挙げられた。 ・ 家族に全ての判断を求めることは難しいという意見については数名の同意が得られていた。
----------------	---

③ 家族がいない場合の判断	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族がいない場合は、特に何もせずに苦しまないようにという形でやっている。独居で家族がいない方で、全権を市に委ねているとい方については、市に判断を仰いでいる。 ・ 家族がいる場合でも、認知症同士での老々介護しているなど、判断できる家族がいないことがある。
同意／反対 などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意思確認ができず、家族も判断能力がない場合の対応が困難であることは、半数以上の参加者が同意を示しており、多くの医療機関等に共通する課題であると考えられる。

④ 医療機関、介護保険施設、居宅等の看取りへの関わり	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院において、医療処置をせずに看取るとなった場合は退院してもらうことになるが、受け皿となって看取ってくれる施設が少ない。 ・ 施設側から見たとき、高齢者の終末期において、どこから医療機関が関わるのかを明示してほしい。
同意／反対 などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療機関は終末期にどこまで関わるのか、受け皿がない点が、数名の参加者から問題点として挙げられた。

⑤ 延命医療の開始・中止をめぐる問題	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 人工呼吸器や胃ろうなどの延命医療を開始したら、中止が出来ないという現状がある。 ・ 人工呼吸器が外せないことに、家族がジレンマを感じることもある。 ・ 救命センターでは、医療者側の「救命しなければならない意思」と患者・家族の思いとの違いが問題となっている。
同意／反対 などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 延命医療は一旦始めると中止できないことが、家族や医療者側のジレンマとなっている事が、数名の参加者から意見として出された。

(2) 終末期ガイドラインについての意見

① 第三者を含む倫理審査委員会等	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅では委員会を持つことは難しいと思う。関わっている人たちがカンファレンスをして話し合うことは可能である。 ・ 病院でも委員会の時間をもつことは非常に厳しい現状であるので、担当の意思や看護師の意見を尊重するしかないと思う。 ・ 倫理審査委員会は、裁判になりそうなケースや患者さん、家族を巻き込んで緊急性を伴う場合に開かれており、一人ひとりの終末期医療に関する場合は開かないのが現状である。 ・ 一番関わっている医師、看護師の意見を尊重するしかないのではないか。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 約半数が、患者ごとに倫理審査委員会等を開いて検討することは時間的にも難しいとの意見であり、概ねいずれの医療機関等でも共通した状況であると考えられる。特に在宅においては、終末期等に関する委員会を持つことは困難なようであった。

② 研修会が必要である	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期医療に関する説明や方針は、医師によって違いがある。ガイドラインを提示するだけでなく、研修会なども開いてもらえれば良いと思う。 ・ 医療者に向けた教育としてのガイドラインであってもいいのではないか。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 数名の参加者が同意を示していた。

③ 終末期の定義について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期はケースバイケースなので、終末期の定義は本当に必要であるのか疑問である。 ・ 終末期の定義はケースによって異なるため難しいかもしれないが、共通の理解をもっていなければ、話し合いは難しいため、終末期の定義が必要である。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期の定義は難しく、一律に判断できないため必要ないのではないかという意見がある一方、終末期の定義がなければ話し合いができないため必要であるとの意見があった。

(3) 終末期に係るその他の意見

① リビング・ウィル、本人の意思確認について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 大阪では独居高齢者の冷蔵庫に救急時の連絡先、主治医、薬剤名などが記入された紙が入れてある。例えば、そこにリビング・ウィルも書くようにするといったことを、全国的な取組みとしてできないだろうか。また、運転免許を取得・更新する際、臓器提供のことが書いてあり、サインができるようになっていたので、リビング・ウィルについても聞くようにすればいいと思う。 ・ 緊急時、措置をどうするかを医療側が決定するにあたって、本人の意思が分かる・意思表示するカードは必要であると思う。 ・ どのような最期を迎えたいかを聞いたことがあったが、縁起でもないといっただえてくれない方が多かった。また家族、医師に任せるといった回答もある。日頃から最期をどうするか考えるよう、教育活動が必要ではないか。 ・ 初回訪問では、具合が悪くなったときに病院での治療を受けたいか、在宅のままでいたいかを確認している。また、何回もこのようなことを聞くということを、本人や家族に認識してもらうことが大事だと思っている。どのようにしたいかを一緒に考える者だということを知ってもらうのが大事である。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 約半数の参加者が延命医療等に関する事前の意思表示は必要との意見であった。一方で、終末期に関して確認しても返答が得られない、家族等に任せってしまうとの問題も指摘された。この点に関して、臓器提供を例に、リビング・ウィル普及の必要性や、話し合いを重ねることの重要性が対応策として示された。 ・ 本人や家族にどのようにしたいか何度も確認し、一緒に考える存在であることを認識してもらうことの重要性については、半数以上の参加者が同意を示した。

② 認知症高齢者の意思確認について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の場合、延命医療を十分理解した上での判断は出来ないかもしれないが、嫌なことはしてほしくないという意思表示は出来る。本人にも意思確認をして、本人の答えをどうとらえるかを家族や医療従事者で考えればいいのか。 ・ 認知症の場合、快・不快の表現はあるとしても、延命医療をしなければ死に至るという認識があるかは疑問であるし、時々によって答えが異なることがあるので、本人意思の確認とすることは難しい。 ・ 認知症の場合でも、本人を抜きにして話を進めることは良くない。本人の意思確認は必要である。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症の方の意思確認については、十分状況を理解した上での回答かどうかについては慎重に判断しなければならないものの、本人の意思確認は必要との意見が多かった。

③ 高齢者に対する医療について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者で肺炎の場合、今後重症化した際に人工呼吸器をつけるかどうかを確認している。2割程度の方がとことんやって欲しいと言うが、そういった方については当院で受けかねますと答え、他の病院を探すことになる。他の病院でも、年齢を理由に受け入れを断られることがある。 ・ 終末期の方への救命措置を巡り、病院側の対応と家族の意向が異なることがある。あるケースでは家族が蘇生を強く望んだため処置したが、職員は違和感を覚えた。結局は、家族が納得した結果なら良いのではないかと、ということに落ち着いた。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期にある方や高齢者への対応について、病院側の考えと家族の意向が異なることが問題点として複数の参加者から挙げられた。

④ 尊厳死について	
発言要旨	・ 尊厳死を認めるような法律を整備すべきだと思う。
同意／反対 などの状況	・ リビング・ウィル等の意思表示の普及を前提として、法整備が必要との意見であった。

⑤ その他	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の経済的な理由で延命医療を開始したり、経済的な理由で延命医療を中止することが現実としてあるので、家族の意思ではなく、本人のためにどうしたらいいかを考えることが大事だと思う。 ・ 子どものために少しでも長く生きようとする親がいる。自分たちの物差しや常識だけで判断せずに、本人の意思を尊重しつつ本人・家族サポートすることが大事だと思う。
同意／反対 などの状況	・ 本人のためを考えることの重要性に対して約半数の参加者が同意を示した。一方で、医療者側の考えを押し付けてはならないとの意見があった。

3. 2 グループA2（看護職）

グループA2は、介護保険施設・グループホームに勤務している看護職のグループである。参加者は9名であり、施設区分別の内訳は介護老人福祉施設2名、介護老人保健施設2名、介護療養型老人保健施設2名、グループホーム3名である。

（1）看取りの経験に基づく現場での課題や問題意識

① 看取りに対応可能な体制	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホームで看取りに取り組んでいる。365日対応してもらえる医師がいるので、施設で対応できていると思っている。 ・ グループホームということで、認知症の方を優先にしている。診療所が隣接しているので入所者も安心できるのか、最後まで見てほしいという方が多い。 ・ 介護老人保健施設では、夜間看護師1名で、看取りへ対応することは難しい。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに対応している施設では、医療機関が隣接している等、随時医師と連携できる体制を有している点が共通していた。そうでない施設では看取りへの対応が難しいとの意見があった。

② 本人の意思確認	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所時に、終末期をどこで迎えたいかを聞いて文書にしている。文書を家族に渡すときは、いつでも変更可能であり、相談を受けることを伝えている。終末期になれば医師と家族を交えて、最期をどこで迎えたいかを確認している。（特別養護老人ホーム） ・ 初めて来たときに、どこで最期を迎えたいかという本人の希望をきいているが、その時点ではっきり答えられる人は少ない。 ・ 入所時に看取りなのか治療を希望するかについての家族の意見を聞いている。急変時には、家族に再度確認をしている。看取りとなれば看護計画・ケア計画を立てて施設で対応することになるが、看取りの途中で家族の考えが変わり、治療してほしいとなれば病院へ入院してもらっている。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所の際に本人または家族に終末期に関する意向を確認している、内容を文書にしているとの意見が多かった。

	<ul style="list-style-type: none"> ・ 問題点として、最期の迎え方について本人の希望を聞いても回答できない場合があるとの意見があった。
--	---

③ 終末期の判断	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 食べられなくなった時点で、看取りの段階に入ると考えている。医療的にどうするかを医師と一緒に考えており、医療的な処置をすればどうなるのかを家族に説明している。 ・ 急変時というよりは、徐々に食べられなくなった時、痰が多くなり、発熱した時に、看取りの計画を立て始める。1週間ごとに状況を家族に報告している。 ・ 大きな出血、けいれん発作、高熱、骨折、大きな怪我があった場合は、必ず病院に入院してもらっている。その後、施設に戻ってきていただいて終末期を迎えるということがある。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢であることを踏まえ、摂食が出来なくなったことを終末期と判断する基準の1つとする意見が複数あった。

(2) 終末期ガイドラインについての意見

① 本人・家族の意思確認が出来ない場合の対応	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none">・ 家族が行方不明で連絡が取れない場合、(知的障害等で) 家族の判断能力がない場合、家族に連絡をしても返事が返ってこない場合が現実にはある。このようなときにどうするかについて、ガイドラインにはっきり書いてほしい。
同意/反対などの状況	<ul style="list-style-type: none">・ 1名が同意を示していた。

② 終末期の定義	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none">・ 終末期の定義はあったほうが良い。介護職のなかには終末期について深く学んでいない者もいるため、定義を示されたほうが良い。
同意/反対などの状況	<ul style="list-style-type: none">・ 終末期の定義が必要であるとの意見が、数名の参加者からあった。

③ ガイドラインの位置づけ	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none">・ 終末期の段階ごとに分ける等、フローチャートをより詳しくすると分かりやすいのではないか。・ ガイドラインでは大まかな方針を示し、それを参考にしながら、各施設、病院がそれぞれの状況に応じたマニュアルを作成すれば良い。・ 実際に多くの施設で家族の連絡がつかない、家族の判断能力がない等の問題が起きているので、どのように対応すればいいかを具体的に記載してもらいたい。
同意/反対などの状況	<ul style="list-style-type: none">・ ガイドラインには具体的な情報を載せるべきとの意見がある一方、ガイドラインでは大まかな方針を示し、各施設等でマニュアル等を作成する際の参考となる程度で良いのではとの意見があった。

(3) 終末期に係るその他の意見

① リビング・ウィル、本人の意思確認について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意思表示が十分にできて、看取ってほしいという意思表示をしたとしても、家族に伝えて、家族の同意も取っている。 ・ 本人は元気なときに「延命処置はしないでくれ」と家族に言っていたにも関わらず、家族が延命処置を選択したことがあった。ガイドラインでこうあるべきだということは、難しいと思う。 ・ 家族のなかのキーパーソンに最終的な意思決定をお願いしている。全ての家族の考えを聞くのは難しい。専門職、介護職の後押しも必要だと思う。 ・ 最初に診断を受けた時点で意思確認を行う、というガイドラインがあれば、家族と一緒に看取りを考えていくことができるのではないかな。 ・ 意思表示を書きなさい、といっても書くことは難しいので、何か用紙があれば良い。 ・ 本人の意思確認が出来ず、家族の判断によらなければならない場合、どのような書類を整えなければならないかを示してほしい。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意思確認が出来ない場合、家族の中のキーパーソンを中心として、その後の対応等について確認、決定をしている施設が多かった。 ・ 本人と家族の意向が異なる場合の対応を一律に定めることは難しいのではとの意見があった。 ・ 意思表示、意思決定のための雛形となる書類を提示することが必要との意見には、参加者全員が同意を示した。

② 本人の意思確認が出来ない場合の決定者	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人の意思確認が出来ない場合は家族が最終決定等を行う。 ・ 家族いない場合は、身元引受人をキーパーソンとしている。ただし、役割はあくまで財産管理を行うものであり、医療内容を決めるまでの権限は有していない。 ・ 青年後見人の場合は、施設や医師の判断に委ねる場合が多い。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族がいない場合は、身元引受人や青年後見人等をキーパーソンとして対応しているとの意見があった。

③ 法整備について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> 全日本病院協会のガイドラインにカリフォルニア州の自然死法について書いてあるが、日本でもきちんと法律ができたらいいと思う。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ガイドラインの策定だけでなく、法整備も進めるべきとの意見があり、1名の参加者が同意を示した。

3. 3 グループB（介護職）

グループBは、介護保険施設・グループホームに勤務している介護職のグループである。参加者は8名であり、施設区分別の内訳は介護老人福祉施設2名、介護老人保健施設1名、グループホーム5名である。

（1）看取りの経験に基づく現場での課題や問題意識

① 看取りに対応可能な体制	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4件の看取りをしたが、職員のプレッシャーはかなりのものだった。職員に対する精神的なケアが必要だと思う。それと、医療との連携が必要だが、24時間すぐ行きますと言う医療機関が少ないと思う。 ・ グループホームだが、訪問看護ステーションと連携している。また、診療所の方も24時間対応して下さるので、何かあれば相談・アドバイスをいただくという形で看取りに対応している。 ・ 最近は連携しやすい病院というのが分ってきて、職員も家族も安心して看取りができるようになってきている。 ・ 高齢期終末期ケア委員会を設け、終末期ケアの勉強会を行っている。看取りを始めた当初は、急変時に併設病院へ搬送し、延命治療をしていたが、一時的な医療で終末期を長引かせることが望ましいのか、と考えるようになった。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 看取りに対応している施設等では、24時間対応可能な医療機関・診療所、訪問看護ステーション等との連携が取られていた。 ・ 施設によっては、終末期の委員会を設け、勉強会等を行っていた。

② 医療機関との連携	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が自然な最期を望んでいても、医師の判断・医師の立場としては胃ろう等の医療を加えてしまい、ご家族の望むとおりにはならないことがある。また、胃ろうを造設すると、施設側は受け入れが出来ないことがあるが、医療側はそうした事情を家族に説明しない。胃ろうを造設するかどうか、今後どうするかというカンファレンス等に、介護や施設側が参加できないことが問題である。

	<ul style="list-style-type: none"> 急性期病院では、急な発病で受診したときに、なぜ連れてくるのか、看取ればいいのかと言われることがある。そうすると、職員も不安だし、家族もどうしたことなのかとってしまう。なぜ医療が対応できないのかをしっかりと家族に説明していただきたい。
同意／反対 などの状況	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関が施設での看取りを視野に入れた説明、治療等を行っていないことが問題点として複数の参加者から指摘された。

(2) 終末期ガイドラインについての意見

① 終末期の判断について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホームとして感じるのは、飲食出来ないという中で、例えば病院の先生は歳だからと言われるが、何歳であれば食べられなくなって自然なのか、という部分が曖昧で分からない。 ・ 介護側からは、「この時点で医療は要らない」とは言えない。状態が良くなったり悪くなったりを繰り返す対象者に対して、どこからが終末期か、ということを知りやすく示すことができればと思う。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期の定義が曖昧であるとの意見が複数の参加者から挙げられた。

② ガイドラインの作成について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設にも看取りのガイドラインが既にあるが、厚生労働省や全日本病院協会のガイドラインと同じようなことが書いてある。ただし、既存のガイドラインは患者・家族・医療者向けであって、グループホームや介護保険施設には合わないと思う。 ・ ガイドラインが普及しない背景には、「医療」が中心となっているからだと思う。終末期、看取りに関する議論の場に、看取りの場となっている施設を参加させてほしい。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 既存のガイドラインは医療中心であるため、施設の現場に合わないこと、他の施設のガイドラインを参考に、自施設のガイドラインを作成しているとの意見について、約半数の参加者が同意を示した。

③ リビング・ウィルについて	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別養護老人ホームでは、多くが認知症の方で意思表示・判断が出来ない方であり、家族や後見人が様々な対応を決定している。ガイドラインのなかで「生前の意思表示」という文章が使われているのであれば、この生前の意思表示に関する取り組みをより具体的に盛り込んでどうか。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 入所時点で既に本人は意思表示が出来ない場合が多く、本人の意思確認が出来らうちにリビング・ウィルを残すことが必要との意見が数名の参加者から挙げられた。

(3) 終末期に係るその他の意見

① 医療機関側の対応について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> 施設側からみた本人の意思について、医療機関側に伝える機会があれば良いと思う。 胃ろう造設に関する話し合いの場に、施設が参加することが出来ない。胃ろうを造設された状態で施設に来られても、受け入れることは出来ない。家族も正しい知識がない場合が多いので、説明や話し合いに活用できるガイドラインが欲しい。 胃ろうを造るとグループホームでは対応できないといった事情を家族の方は知らないし、看取りの話をする前に医師が胃ろう造設を決めてしまうこともある。本人・家族の意思確認や説明をするようにしてほしい。 高齢者に対して胃ろうを造るかどうか、医師によって対応も説明も異なることがあった。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> 医療機関で退院後の受け皿や看取りを考えないで対応されている点が複数の参加者から問題点として指摘された。 医療機関から、延命医療や看取りについて説明をしてほしいとの意見が複数の参加者から挙げられた。

② 本人の意思確認について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> 例えば、認知症の本人は何もしなくて良いと言っているが、家族は胃ろうを造設してほしいと言っている場合、認知症の方の発言に従うというのは現場では難しいと思う。 本人の意思確認が出来ない場合には、身元引受人等をキーパーソンとして、医師、職員等との話し合いの中で対応を決めてもらっている。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> 本人の意思確認が出来ない場合は身元引受人等をキーパーソンとしている参加者が多かった。 判断能力が低下している方の意見と家族の方の意見が異なる場合の対応が難しい点について意見があった。

③ 緩和ケア、延命医療について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緩和ケアと延命医療を混同している人がいる。痛みをとることが大事といっても、尊厳死のため一切必要ないと答える家族もあり、そうした方の対応も含めて看取りに取り組まなければならない現状がある。
同意／反対などの状況	

④ 終末期を取り巻く現状について	
発言要旨	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急変時に救急隊員から人工呼吸器を装着しない場合は第3次救急の受け入れはないので、第二次、第一次に行ってくださいと言われる。しかし、第二次、第一次救急で受け入れられる状態ではないので、とりあえず人工呼吸器を装着して第三次救急に行くことがある。そうすると、家族が看取りをしたいと思っても、延命医療を続けなければいけない状況に置かれてしまう。
同意／反対などの状況	<ul style="list-style-type: none"> ・ 急変時、とりあえず三次救急へ行くこととなると延命医療をせざるを得ず、望んでいた看取りが出来ないといった問題について、数名の参加者が同意を示した。

4. 有識者講義録

4. 1 第1回有識者講義（宮澤先生）

- 講師：宮澤 潤（弁護士、宮澤潤法律事務所 所長）
- 演題：終末期の医療
- 日時：平成23年9月7日（水）
- 場所：（社）全日本病院協会 会議室（東京都千代田区）

講義の内容

ただいまご紹介いただきました宮澤でございます。今、弁護士といういろいろなことをやるわけですが、医療関係を扱っている弁護士が非常に少なく、しかも医療機関側の弁護士は全国的にも数が少ないという状況なので、厚生労働省の検討会など、医療関係のことになると大体私が顔を出させていただくこととなります。

今日は終末期の医療ということでお話しします。終末期の医療でどこが問題になるかということ、基本的には刑法の問題となります。刑法の問題というのは、殺人とか傷害とかそういう問題でございます。

終末期の医療に関する司法の現状というということになると、非常に寂しいです。何が寂しいかといいますと、終末期の医療に関して明確な基準というのが全くないという現状です。あるのは刑法の条文のみで、刑法の条文というのは刑法の第199条で殺人罪というのがあります。人を殺したる者は死刑または無期懲役または3年以上の有期懲役に処する、こういう規定があるんですけども、その規定があるのみということで、それぞれ医療行為に関してどうかというものがありません。

医療行為が行われたときにお亡くなりになった場合、各行為が裁判になって初めて違法なのか適法なのかということが判断されます。事前に判断することができないということが一番の大きな問題です。これは刑事法的な国家が刑罰を加えていくという法律の中で、事前の予測が明確にできないという極めてあってはならない状況なんです。

なぜかといいますと、刑法というのはネガティブリストといいまして、何をやってはいけないかということを書いてあるんです。人を殺してはいけない、人の物を盗

ってはいけないというネガティブリストなんですけれども、リストにあること以外の行為は何をやってもいいですよというのが刑法の立場です。つまり、やっていいことはたくさんありますよと、自由を保障するための法律なんです。ですから、そのためには何がやっていいか、何がやっていけないかということは一般の人でもわかりやすくなければいけないというのが刑事法の大前提なんですけれども、医療行為と終末期の医療に関しては、その刑事法の大前提が欠けているという状況になっています。

では、この終末期の医療に関する現状で、どのような形で法的な取り扱いがなされているかということを考えてみますと、川崎協同病院の事件というのが一番最近で刑事法上の殺人罪という形で問題になった事件になります。

この事件の具体的な内容に入る前に、法律の基本的な考え方というのを少し頭の中に入れておいていただきたいと思います。医療行為というのは、皆さん外科的なものをして人の体を切ったり、あるいは死んでしまったりということがあるわけですけど、普通の人と同じことをやったら犯罪になるわけですね。人の体を切る、血を流させる、これ、普通にやったら傷害罪です。なんで医師がやると傷害罪にならないのかといえば、医療は正当な業務行為であるから違法性がないということです。正当な業務行為であれば何でもいいかといえば、そうではありません。殺し屋は正当な業務行為だからいいのかというとそうではなくて、正当な業務行為の基礎というのがあって、客観的な側面と主観的な側面というのがあります。客観的な側面としては医療行為としての相当性です。これは通常行われる医療行為であって、人命あるいは傷害を救助していく、人体の完全性を保護する形に向かっていく。これが一般的にやられる医療行為としての相当性があるという客観的な側面になります。そして主観的な側面としては、患者さんがこれをやってくださいとお願いをしている、同意をしているという患者の自己決定権があります。この2つがあって初めて正当な医療行為になります。例えばどちらか欠けた場合、患者さんがやってくれとも言わないのに、壊疽を起こしちゃっているから切らなければだめだといきなり切った場合、客観的には相当な医療行為だったかもしれませんが、患者さんの同意がないという意味では違法ということになる可能性があります。

もう1つ、違法であるかどうかということをおし上げましたけれども、この違法性というのは変化するというのを覚えておいていただきたいと思います。条文があるんだから法律の判断で全然変わらないんじゃないかと思われるでしょうが、実は法律の判断は時代によって変わります。例えば猥褻性の判断基準の時代による変化があります。今では、一般的な週刊誌でもグラビアにヘアヌードが出てたりします。ところが30年前であれば、本屋に並べることは許されなかったもので、つかまったわけですよ。法律は何ひとつ変わってないのに、つかまるかつかまらないかという結果は全く違ってきているんです。なぜそう変わってきたかという、違法というのは社会的

な相当性を逸脱した権利侵害だからです。社会的な相当性を逸脱した、つまり普通の人々がやってもいいよというところから離れた権利侵害をしてしまった場合、これが違法だということですね。だから普通の人々がこれはいいんだと思うようになると、社会的相当性の範囲内に入ってきてしまうので違法ではなくなるということです。法律は変わらないんだけど違法性の判断は変わっていきます。

終末期の医療というのは今の段階では、人工呼吸器の取り外しとかいろいろな問題があります。ここから後もお話をしますけれども、殺人というのはどういうことかといえますと、今の状態からその人がその現状から死ぬであろうという時期よりも早い時期に死なせることを行った場合、これが殺人なんですね。例えば栄養補給を続ければあと何カ月も生きるのに、栄養補給をずっと抜いてしまい、数時間後に死にましたということになると、生命を短縮させたこととなります。わざと短縮させてしまったという場合が殺人罪にあたるんですね。

ところが余命が短いというときに、その本人の意思で、体を楽にしてあげるといふようなことを行った結果、生命が短くなるということだったら、それは構わないのではないかという考えが出てくるだろうと思いますね。今のところ許されているのは、一般的な治療の延長行為上で生命が短くなった場合です。例えば痛みが強くなってきたので、鎮痛作用のあるモルヒネを増量したときに、早く死んでしまうということがあったとしても、それは正当な治療行為の延長線上で生命が短くなったということであり、本人も痛みをとるといふことを望んでいたもので許されることとなります。一般的には正当な治療行為の延長線上で命が短くなってもこれは処罰されません。

さて、これから川崎協同病院の事例を見ていきたいと思います。この事例は最高裁まで行っていますが、判決は「殺人罪として有罪」ということで変わりませんでした。ただし、量刑は多少違ってきます。量刑は地裁のときに重くて高裁のときになってやや量刑は軽くなっているんですね。東京高裁の判決では、安楽死に関してどのように考えるかということを示しています。安楽死というのは、先ほど言いました自己決定権からのアプローチで、もう体を楽にしてくださいと患者さん自身が言うということに1つの根拠があるでしょう。

ただ、それだけで適法だというふうに言えるのかということ、そうではありません。なぜかということ、刑法の中では自殺関与罪、自殺教唆罪、自殺幫助という形での犯罪があります。人が人の命を絶つ、自分自身の命を絶つということは、それ自身では別に違法でも適法でも問題ではないんですね。ただし、人が命を絶とうとしているときにその手伝いをしてしまう。人が自殺をするということはいろいろな事情があって法適用の範囲を超えてしまう内容なんですけれども、それを手伝ってその人が死ぬことを容認してしまうということは倫理的にも批判されることなんだろうということで、法律の中で禁止されている行為です。そうすると安楽死というものも、ある人が死に

たいと言ったときに死なせてあげるという行為をすることになりますので、刑法の202条という条文がある限り、患者さんが死にたいと言っているから命を短くしていいとはならないのです。

医療の中では、自己決定権という患者さんの意思が非常に重要視されていますが、患者さんの意思が常に通るのかというと、実はそうではないんですね。患者さんの自己決定権が働くのは、正当な医療の範囲内に限られます。正当な医療でない行為を要求した場合、例えば指を切り落としたいので麻酔を打って痛くなくして縫合してくださいと言ってきたとき、患者さんの意思ははっきりしているわけですね。患者さんの自己決定権のみを重要視するのであれば、指を切ってしまってもいいことになるのですが、それでいいのかというと、これは五体完全なものを不完全な形にしていくということで、これは医療ではありません。医療というのは、その身体の健全性を確保するために行う行為であって、身体の健全性を欠落させるために行うのは、これは基本的には正当な医療ではないわけです。

そういうことを正当化するためにはよほどの理由が必要だということになります。移植医療なんていうのはそれに当たると思うんですね。例えば、健全なドナーの臓器をレシピエントに移植することは、極めて限定された場合にしか許されません。ですから、移植医療には倫理委員会というのが必要になります。その意味では患者さんの意思というものは常に尊重されるわけではなく、正当な医療行為の枠内でのみ尊重されるということになります。そうすると、自分を死なせてくださいというのは、それはもう正当な医療行為の枠をはみ出ている不当な要求ということになりますので、その要求そのものを認めることができません。そして刑法で自殺関与罪というものを決めている以上は、これを患者さんの自己決定権のみで適法化することはできません。

もう1つは治療義務の限界からのアプローチです。治療の限界にきている、この人はもう何をしても助からない、ある程度余命が見えているということで、治療の義務がもう限界にきているんだから、もうこれ以上治療しなくていいんだという考え方です。これは客観面からのアプローチなんですけれども、どのような状況になったときに治療義務の限界といえるか明らかではないという問題があります。

それから、治療義務の限界という考え方は不作為のみが対象となります。なぜかということ、治療義務の限界だと、もうこれ以上何をやってもだめだということなので、認められるのは、やらないという行為だけなんです。例えばミオブロックを注射するとかは、治療義務の限界という概念に入っていないんです。治療義務が限界になっているんだから、もう手を離すしかありません。何かをやってしまったら、それは治療義務の限界ではないですね。その意味では、不作為といって、何かをしないということのみが正当化されるのであって、何かをするということは、例えば抜管をする、人工呼吸器を取り外す、何かをするという行為を正当化することは、この考え方から

はできないと考えられます。東京高裁の判決は、この川崎協同病院の件というものは、そのどちらの観点から見ても残念ながら違法と判断しました。ここでも被告は、殺人罪として有罪であるとなったんです。

この東京高裁の判決は示唆に富んでいます。東京高裁の判決は何を言ったかといいますと、終末期に関する医療の問題をたった3人の裁判官に判断させるのはやめてくれと言ったのです。たった3人の裁判官が、たった1つの事件をもとに一般的抽象的な基準を立てるのは無理だということです。こういうことは医療の専門家の皆さんが示したガイドラインとか立法の中で解決されていくべき問題だということでしょう。この裁判官はなかなか優秀なんです。限界をよく心得ている。我々はこれを無視してはいけないと思いますね。高等裁判所ですら裁判官には判断の限界がきている。法律家に判断させるのはむりだと。皆さんが医療のガイドラインとか指針とかをつくって医療界のコンセンサスをつくってくださいと言っているんですね。そしてそれを社会に向かって示すということが大事なんです。

そして、最初に言いました違法というのは、社会的な相当性を逸脱した行為なんです。ですから、これが医療としては常識で、こういうことは許されてしかるべきだということを示していただきたい。

最高裁がちょっと踏み込んだなと思うのは、家族による患者の意思の推定についてです。東京高等裁判所では、家族による患者の推定的な意思というのは認めるべきではないとしました。なぜかというと、家族が知っている本人の意思というのは、本人が健康なときに話していた言葉なので、実はそういう状況ではないときにどのような意思を持っていたかというのは、これは推測するといっても単なるフィクションに過ぎないだろうということです。家族が何かを言ったとしても、それは家族が自らの心を慰めるためであって、必ずしも患者本人の意思を代弁しているとは限らないということから、家族による患者の推定的意思というのを認めないというのが東京高等裁判所の考え方ですね。

ところが、最高裁では、的確なインフォームドコンセントを前提としているならば、患者さんの意思の推定についての家族の判断も認められるという論調で書かれていると考えます。そうすると最高裁は、はっきりは言っていませんけれども、的確なインフォームドコンセントで情報が与えられていて、家族がこうだったということ言えば、治療の中止というのは可能ということはある程度認められた可能性があるというふうに考えられます。ですから、これはそこまではっきりとは言っていませんけれども、そういう可能性もあるということをちょっと匂わせた内容であると思っております。

そして、射水市民病院で呼吸器の取り外しがありました。これは不起訴になっています。その後起きた呼吸器の取り外しも、全部不起訴です。だからといって、呼

吸器の取り外しは許されると思ってはいけません。よく見ると、人工呼吸の取り外しと死亡との間の因果関係に疑問があるとされています。だから不起訴にしたんですね。これを取り外さなくても同じ時期に死亡した可能性があるということなので、取り外したことによって死んだのか、それとももともとこの形でお亡くなりになったのか、それは判断できない。だから起訴できませんと言って起訴しなただけに過ぎないのです。呼吸器の取り外しは違法性がありませんと言って起訴しなかったわけではないんですね。ここを間違えてはいけないなと思いますので、ちょっとだけ申し添えました。人工呼吸器取り外してその日のうちにお亡くなりになったとか、そうしたらこれはわかりませんよ。そうすると、取り外したことによって死んだ可能性が高いといえるでしょう。あるいは、取り外して1時間以内に亡くなりましたとか、そうすると極めて因果関係が強く推定されますので、刑法的には危険な状態だと思います。

慶応大学の理論刑法学をやっている井田教授の論文によるところですけれど、彼によると、高度な特別な医療措置、例えばこれは人工呼吸器の装着が考えられますけれども、このようなものというのは、その人を治療してよくしよう、これから改善していこうというようなものではなくて、むしろ死期を人為的に引き延ばしているもので、例えば、家族が来るまで何とかもたせたいというようなことでの医療行為であって、家族がお別れを言えたら医療行為としての目的はもう達せられたのであって、無意味な死期の引き延ばしをする必要はないので取り外しても構わないということです。医療の目的はその人を救命をして健全性を回復することにあるわけですけれども、今回のこの人工呼吸器というのは、単なる死期の延長のためにやっているのだから、もうその目的を達したらそれ以上の医療行為をする必要はないとの考えです。

そして、もう1つは水分や栄養の補給等ですね。これは生存のための不可欠な条件であって、これはなかなか認められないでしょうね。これをやめてしまうと、そもそも生きていくことができないということは確実であって、しかも死期の人為的な引き延ばしということではなくて、ある程度かなり長い間生きていられるということなので、これはなかなか認めがたい。これが認められるのは、脳死の場合ではないかというふうに思います。

ただ、例外的にということが書いてあります。例外的に義務の履行が大きな障害ないし負担を伴う場合です。患者に害をもたらす場合、中止するのは当然だと思いますけど、問題は義務の履行で水分とか栄養の補給をやり続けることが大きな障害ないし負担になっている場合です。例えば、高カロリーを中心静脈栄養をやっているときに、患者さんのご家族から経済的な負担が非常に大きいので水分だけに切り換えてほしいとか、あるいはカロリーを落としてほしいというような要求があったときにどうすればいいのでしょうか？ - という質問が来ることがあります。家族の要望にこたえてカロリーを半分に落とすとどうなるかということ、それは今の状況で生命を維持できている

のに、半分に落とすことにより早くお亡くなりになることがわかっていて、その行為をわざとやるんですねと言うと、そこまで言われたらさすがに「はっ」とするんですね。わざと早く死なせるというのは殺人と評価される危険性があるので、今のところ、やってははいけないことになっています。

医療の現場では「ナチュラルコース」という言葉があるようにお聞きします。それは水分だけに切り換えて自然な衰弱の中でお亡くなりになっていくということであり、実はそれは少なからずおやりになられているところもあるのではないかと思います。ただ、今の法律の現状でいくと、「ナチュラルコース」にして今の高カロリー輸液から切り換えることで早く死ぬということになると、それは緩慢な殺人ということに評価されてしまう危険性はあるんですね。それが本当に殺人なのかということに関して、慶応の井田教授は、それは違うのではないかとということで、例外的に、生命を存続させるという医療行為の義務の履行、これを行うことが大きな負担を伴う場合というのは少し別個に考えてもいいのではないかとというふうに彼は考えているように見えます。

こういう考え方が学者の中で出てきているのですけれども、問題はこれはあくまで学者の学説であるということなんですね。実務家の中ではどう考えているかということ、こういう形でカロリーを落としていって早く死んだということになったら、現段階では殺人と評価せざるを得ないということで実務家の意見は一致すると思います。実務的に見るとどうしてもその形に傾かざるを得ない。ですから、このいわゆる終末期の医療というのは、コンセンサスが得られて何らかの合意ができるまでに、それぞれが極めて危険な領域に足を踏み出す危険性があるということを考えておかなければいけないということだと思えます。

そこで、これから何をしていくかということ、やはりガイドライン、指針をつくるということになるでしょう。ガイドラインと指針では、先ず終末期というのは一体いつを終末期と言うのか定義していなければいけません。そして、もう一つ、終末期となった場合には、何ができて何ができないのか、何をしてもいいのかを定めなければ行動の指針にはならないということなんですね。そして、そのようなガイドラインについて、学会、病院団体、いろいろな団体から声が上げられ、これが普通なんだ、ここまでは許されなければ医療としてはやっていけない、医療としてはここまで許されるべきだと声を出さなければいけません。それから市民団体などが参加した公開シンポジウムなどで、いろいろな意見を集約しながら理解を得ていくというような、社会的な活動をしていかないと、受け入れられるのは難しいのではないかと思います。

そして最後に、終末期医療法というような、終末期にどうするかという法律をきちんとつくってしまうのがいいと考えます。法律がきちんとできれば、これはもう簡単なことになります。どういう時期が終末期で、何をすればいいのかというのが明確に

なります。例えば臓器移植に関してかなり理解が進んできたなというのは、臓器移植法ができたからですよね。法律ができるということは、大きな終着点ではないかと思えます。しかし、法律ができるためには何が必要かという、社会的なコンセンサスが必要です。法律というのは社会をリードしません。法律は社会の情勢が変わってきたときにつられて変わってくるもので、法律は常に後追いです。何らかの悪いことがあって、これではいけないと思ったときに法律は後から追いかけてくるんです。法律が社会をリードすることはありません。これは頭の中に入れておいていただいて、ぜひ社会のほうから法律を引っ張って変えていかないといけないし、法律というのは法律そのものが変わらなくても、先ほど言いましたように解釈が変わってくるので、社会的な相当性は何かということが変わることによって、現状を変えることはできるということを頭の中に入れておいていただいて、ガイドラインや指針というものを是非つくっていただき、大きく社会に問いかけていただきたい。これが私の希望でありますし、おそく医療関係者にも共通したご希望ではないかと思えます。

そして、特に慢性期において植物状態になってしまったら、これをどうするかというのは本当に大きな問題だと思います。私は過去に、慢性期の患者さんに治療費が多額にかかるという中で家庭が経済的に崩壊をしていくのを目の当たりに見えています。一方で、家族の気持をどうするのか、どのようなケアをすればいいかという問題も同時に考えなければいけないということを、このとき強く感じました。そのときから終末期の医療をどうすべきなのかを考えています。もちろん医療サイドの問題、患者の問題、いろいろあると思えますけれども、そういうことを全体的に考えながら、特に慢性的な植物状態になってしまったとき、どのように判断して、何をすればいいのかというのは、考えなければいけない問題だと思います。

今の法律的な状態というのは実に情けない状態だということを話さなければいけないのは法律実務家として情けないです。井田教授の論文にも、法律家として明確な基準を示せないということは、非常に心苦しく思うということが書いてありましたけれども、私もそのとおりだと思います。基準が定めることができていないのが、今の現状だということを皆様にご説明しなければいけないというのは私としても非常に心苦しいです。ただ、違法性の判断は変わるということでぜひ皆さんに考えていただきたい。私も変える側に回って意見発表したいと思っていますので、宜しく願いいたします。

ご静聴ありがとうございました。

4. 2 第2回有識者講義（奥田先生）

- 講師：奥田 純一郎（上智大学法学部法律学科 教授）
- 演題：終末期医療を考える出発点 ―法哲学からの考察―
- 日時：平成23年10月12日（水）
- 場所：（社）全日本病院協会 会議室（東京都千代田区）

講義の内容

ただいまご紹介にあずかりました、上智大学法学部法律学科の奥田と申します。

自己紹介がてら、法哲学ということについてご説明申し上げます。文字どおり、法に関する哲学的考察ということなのですが、法とは何か、あるいは法の目的となるものが「正しさ」だとすれば、その「正しさ」はいかにして分かるのか、あるいはそれを背景として、法を必要とする人間とはどういうものかということを経験的に研究する、そういう分野だと考えてください。最近、「正義とは何ぞや」を問う「ハーバード白熱教室」という NHK の番組がありましたけれど、その番組に出ているサンデル教授は、日本では法哲学の分野で取り上げられてきた研究者です。法哲学はマイナーな研究分野ですが、これだけ人々をひきつける魅力があるのだということを経験的に認識できて、非常にうれしく思いました。

私は法哲学の中でも、特に法の目的としての正義ということについて主に研究してきたのですが、修士論文のときから「安楽死と自己決定」というテーマを中心に研究してきました。その後、いろいろな方向に拡大はしていますが、自己決定という問題を持に取り扱ってきたという背景がございます。

今日の演題は「終末期医療を考える出発点 ―法哲学からの考察―」としましたが、法哲学というのは、いろいろな研究者がいて論争しているような状況であり、これが通説的見解だということが存在しないという状況であることをご理解いただきながらお聞きいただければ幸いです。

まず「生きる」と「決める」の関係について考えてみます。終末期医療のいろいろな動きを見ていますと、「決める」ということがキーワードになっているのを漠然と感じます。厚労省なり、いろいろなところ、救急医学会なりの出したガイドラインを読みましても、「誰かが決める」ということを前提にしています。そして決めたことに従うというようにつくり方がなされています。決めることをいかに行うかを中心に組み立てられてきたのではないかと考えます。

ここでは、決めることというのは前提となっている、とりわけ生命倫理の世界では一時期ほどではないのですが、いまだ強い考え方です。生命倫理と言えば自己決定権、自己決定権と言えば生命倫理という傾向がかなり強くあったと思われます。ここでは、自己決定権の尊重ということは主要な前提とされていたということですが、そもそも「決める」ということがどういう意味を持っているのかという議論が十分になされてきたのだろうかということについて、常々疑問に思ってきたところがあります。今回はそのことを中心に、掘り下げていこうと思っています。

さまざまな議論の中で考えられてきたのは「いかに決めるか」ということであり、「何を決めるか」や「誰が決めるか」ということについては、十分に議論がなされていないと思います。「いかに決めるか」は、「私が」という主語がまず前提にあって、それが果たせないときにとにかく誰かが決める、近親者であるとか、医師であるとか、国家であるとかに拡大していくことになっています。そして「決める」ということにおいて、「何を決めるか」ということよりも、「いかに決めるか」「誰が決めるか」ということが、各種ガイドラインにおいて示されているのではないのでしょうか。この傾向において重視されている先決問題として、「なぜ決めることが正当と認められるのか」ということに対する問いは、あまり顧みられてこなかったのではないかと感じます。

そこで、ちょっと振り返って、従来、医療技術や生命科学が未発達だった時代は、そもそも決める余地もなく、ただ生きるのみであったという言い回しもできるのではないかと思います。要するにその頃は決めるということ、人間が決める余地というのはほとんどなかったということですが、現在、幸か不幸か、科学技術が発達してしまった。そのことによってすることもできる、しないでもできるということで、決める余地が生じてしまったことによって、先ほど申した「何が」「誰が」「いかに」という問題が持ち上がってしまうのが現在ではないかと思います。

その先決問題として「なぜ」ということが等閑視されているということですが、このことについて考える上では、なぜ決めることに意味があるのかということを考えることとなります。それを考える上では、決める主体が活着しているというのはどういうことなのかを考えるべきではないかと思います。また、そこにおいて、先ほどの各種ガイドラインは、とにかく決めればよいということ、その方向にあると申しましたが、どのように決めるのかという方向付けもなしに、本当に決めることができるのだろうか。あえてそこを問わないことによって、一定の方向に誘導しているということもできますが、ここはやはりそういうことをちゃんと、もし誘導する必要があるのであれば、ちゃんと直視するべきではないかと考えるわけです。では、そういう価値としてどのようなものがあり得るのだろうかということ、これから考えていこうと思います。

「何故?」「何を?」決めるのかの前提として生きるということがあります。人口に膾炙したフレーズで「私の命は私が決める」という言葉があります。これは、いままで自分が決めることができなかったということに対して、非常にパワフルであったし、それなりにもっともだと思われるところもありますが、このような言い回しをするときに、自分が決めることができなければ自分が生きているとは言えないと、かなり強い主張として持ち出されることがあります。この主張は特に終末期の問題について持ち上げられることがよくあるように思われます。なぜ、終末期において特に問題になるかということは、後ほど述べますけれど、そもそも決めるということ、特に「私が決める」ということは、自己決定権というふうに言い換えてもよろしいと思いますが、それがなぜ最近になって力を得てきたかということ、**「多元社会の現実」**という言葉で表わされているように、共通の価値観が存在しない社会にわれわれが生きているということ、そこに極めてマッチする、そういう議論だったと思います。

つまり、ある共同体が共通の目的を果たすために存在し、各構成員がそのために生きているということではなく、それぞれの構成員は同床異夢と言ってもいいかもしれませんが、各人が自ら、善き生と思うものを志向しながら生きている、しかしそれでも共存していくという社会のイメージが今日は一般的だと思われます。そこで想定されている「各人」は、強い個人というものではないかということです。すなわち、自分自身が選んだ価値観に基づいて、一貫して人生を生きていく、そういう個人ではないかと考えます。一般論として、そのようなものとして自己決定権が認められるということは理解できるのですが、直接適用することは、われわれの中には、やはりためらいが生じる。それがなぜかということ、後に述べることですが、そういうことが現状把握の一環としてあります。

多少振り返れば「前史としてのインフォームド・コンセント」があり、パターナリズムから患者の自己決定権へということがありました。パターナリズム型というのは、健康とか生命のことについては、患者さんよりもお医者さんの方がよくわかっている、だから患者さんは黙って医師の言うことに従えというモデルです。これは医師の専門性をいかに発揮できるという意味では、強みがあるものだと思いますけれど、患者を無視しているということになります。場合によっては、たとえばアルコール中毒の患者さんを、お医者さんが叱りつけても、有無を言わさずということもあったと。それは、治療としてけっして間違いではなかったと思いますが、多元的社会の現実からすると、あまり適合的ではないと考えられます。専門性が独善性にいたる危険があります。そのことに対する理解が必要ではないかということが意識されるようになって、多元社会の現実を踏まえた、というふうに言い換えてもよいと思いますが、患者に近い、インフォームド・コンセント型と言われるモデルが出てきました。

パターナリズム型では医師のみが主体的当事者ですが、インフォームド・コンセン

ト型では、医師と患者の両方が主体的当事者となります。つまり、医師は「あなたの病状はこれこれで、このような治療が必要です」という説明をして、患者が同意する。それに基づいて初めて治療がおこなわれるというモデルになるわけです。これは患者の主体性を承認した立場だということが言えますけれど、ただ、そこで、患者が強い個人であると申しましたが、その強さを本当に患者に期待していいのだろうか、ということについては疑問があります。つまり、一生の間、変わらずひとつの価値観を維持しているということは、健康な人においてもあまり期待できないことである上に、特に病気やケガなどで弱っている患者さんにおいてこの強さを期待するということは、果たして適切なのだろうかという疑問は当然生じますし、また、患者自身の意思が明らかでない、患者に代わって判断をする、代行判断が必要になります。これは自己決定のロジックを使っているが、決定したのは自己ではないという、言ってみれば背理とも言える現象が生じているということです。こういう状況は、医療の場ではけっこうある事態であるにもかかわらず、それをこのモデルでは十分にとらえきれなくなっているのではないかとということです。

インフォームド・コンセントに対する疑問で、近時さまざまな説が展開されているわけですが、そこで2つほど興味深いと思われる見解をご紹介します。

1つは対等合意型といって、対等合意という形で医療契約を考え直す、哲学者の清水哲郎先生の見解です。これは説明と合意と言っても、医師が説明して患者が同意するというものではなく、お互いに説明し合う。そして、両方が合致したところにおいて合意となって、治療をおこなうというモデルであって、これは医師と患者が目的を共有しともに同じ方向を向いているということを説明するには優れたモデルだと考えられます。しかし、合意に至らない場合、どうするのか。清水先生のご本を参考にしますと、その場合は、積極的な治療はしないで、そのまま現状を維持すると書いてあります。しかし、それだとすると、いわば特に終末期においては、時間という指標を医師の方が握って、患者の方は残された時間の中で、自分の主張を通すこと、その背景となる力を持たない状況に置かれるということではないかという懸念が生じます。言ってみれば、それは信頼関係という名前のもとで、医師が患者を思うように動かす、そういう力関係の優位にそのまま手を貸してしまう、行き着くところはパターンリズム型への回帰ではないかという懸念があります。

もう1つは、樋口範雄先生の見解です。樋口先生は英米法の研究者ですが、英米法に見られる信認関係という、言ってみればパッケージがあって、そのパッケージに医師と患者がそれぞれ乗っかるという、そういうイメージです。これは言ってみれば信託の場合と同じように、一方の当事者が他方に対して専門的知識も力もあるということ、そういう意味で非対称的であること、対等ではないということを経験しながら、優位にある当事者に対してさまざまな義務を課すというようなモデルを取っていま

す。

これは、言ってみれば、実態に合ったもので、これも優れたモデルであると考えますが、ただ、まさにその信認関係ということで、樋口先生が念頭に置いている信託契約というのは、言ってみれば、お金を預けて、それを増やしてください、減らさないように運用してくださいということで、お金の増減という形で、その目的が明確であるということが言えるわけです。しかし、まさにインフォームド・コンセントが出てきた背景というのは、多元社会の現実にあって、医師と患者が共通の目的を持っているかどうか、それがわからない、疑わしい中で生まれてきたのだということからすると、このモデルをそのまま採用するということには、ちょっと疑念を抱かざるを得ないということです。そして、信認関係、信認があったということ、どのようにして言えるのかということもよくわからないという問題があるのではないかと考えます。

このような改善案にもかかわらず、やはり懸念があるのは、患者に判断能力がない状況に置かれたときにどのようにするのか、ということが、この2つの改善案からも明らかではない。つまり2当事者で、しかも患者の生における視点、生きている段階でこのように判断するということを前提にした自己決定モデルは十分であろうかということです。特に終末期の多様性ということ、さまざまところで用いられているモデルというのは、本当に多様なのかということ、それはいろいろな異論があると言われています。

まず「突然死型」、たとえば事故で亡くなる、そういう意味では、健康に過ごしていて、ある日突然死がやってくるというケースなど、終末期を考えるいとまも、その必要もないパターンがあります。次に「短期ターミナル型」、即ちターミナル期を迎えて、そこに至るまでは意識も鮮明であって、自分で決めることができる。「短期ターミナル型」とは、いわゆるガンとかエイズとかのホスピスでの症例を念頭に置いた場合がそこにあたると思います。そして、「危機頻発型」というのは、危機的な状況を繰り返しながら、徐々に弱っていく。脳疾患、あるいは心疾患などの場合は、これにあたるのではないかと考えます。そして「暫時衰弱型」というのは、ずっと長いこと患者の意識がない状態で徐々に衰弱していくという形で、典型的には認知症によるものを想定しています。

このような4つのパターンがあるということは、いろいろなところで言われていますけれど、ここまで終末期医療ということで念頭に置かれているのは、短期ターミナル型だけであって、ここでの理解がほかの類型についても、本当にふさわしく対処できるかどうか疑わしいまま、しかしこの枠組みを前提に考えてきたのではないかと思います。まさしくそのことは、果たして適切なのだろうかという問題があります。特に患者の意思が不在であるときには、代理決定をしなければいけない、それが自己決定と言えるのかという問題ですし、自己決定を媒介にした制度設計はさまざまありま

すけれど、これも決める方向についてはニュートラルだと言っているながら、実は一定の方向に誘導しているのではないかという問題もあります。

「終末期の特殊性」とは、自己決定が特に終末期において重視される理由は何かということです。それは、生きていく中で、いわばクライマックスにあたる最大の出来事であるわけですが、同時にそれが失われるという境界でもあるわけですが。つまり、生の内にあるのか外にあるのか、というかなり悩ましい事態ではないかということです。生を前提にしつつ修正する、連続していると考えるのか、あるいは終末期という特殊性のゆえに、生における自己決定をそのまま扱わない、そのままでは適用できないと考える、どちらのアイデアもこれまでなされてきたと思いますが、ただ、いずれを取ったとしても、それは生においての中にある最大の出来事という側面と、その生が失われる外にあるという両局面、いずれか一方をとらえ損なうということになって、適切な説がないということになります。

そこで、では、どうすればいいかということで、発想の転換をおこなったらどうかということで考えますと、死における視点から逆転して考えようということです。つまり、死によって失われる自己というものを見直すことから、なぜ自己決定権というものが肯定されるのか、そしてその自己決定は何を決めているのかということを検討していく、その上で初めて決定する内容がどのようなものであるかということを検討できるのではないかということです。

そこで次の「死から私へ」という話、いまの繰り返しになりますが、失われることで自己というのはわかっていく。つまり、普段生きていくときには、生々流転といいますが、動いていますので、その全体像を取り上げることはできないけれど、死によって失われたことによって、私、即ち自己はこのような構造をしていたということが逆にわかるという発想ができるのではないかということです。それを如実に示したのが、ジャンケレヴィッチの有名な、「死の人称性」という議論ではないかと思います。一人称、二人称、三人称の死というものがあって、それぞれ異なる意味を持っているという、死というものの中で展開された主張です。死が一人称、二人称、三人称として存在しているということは、逆に言えば、そういう生を生きてきた、存在もまた一人称、二人称、三人称と多層的であったのだということを示すものではないかということです。そして、死においては次の瞬間というものが存在しないのに対し、生というのは言ってみれば、次の瞬間があるということを前提にしていますから、死において言える最小限の自由を念頭に置き、しかし生においては、それが、時間的広がりがあるという形で、許容性が広がるという考えで、生における自由を考えていくという戦略を取ってはどうかということになります。

ここで重要だと思うのは、死においては人称的な多層性というのは多元的だということ、次の瞬間がないということゆえに意識せざるを得ないのですけれど、生におい

ては次の瞬間があることによって、特定の資格に人の存在を還元するという誘惑に絡みやすくなっていくと考えます。たとえばハイデガーにおいては、死において自覚する「私」の問題という一人称を重視することになりますし、たとえばレヴィナスであれば、二人称を重視するという方向に行っていたけれど、1つの人称に還元できない、むしろ多様に存在しているものを束ねるものとして自己があるのだと考えたらどうだろうかということです。自己規律できる一枚岩の自我、それは一人称にどうしても重点を置きがちですけれど、そうではなくて、一人称、二人称、三人称というものが別個に併存していて、それを束ねるものとして自己が存在している、いわば、全体を規制理念として自己を考えるものであって、そこには一人称としての自我と、「あなた」即ち二人称として存在している私という形で他者を含んだり、あるいは「その社会の中の誰か」という形で存在している私という形、三人称も含んでいる、そういう理解をしていったらどうかという意見があります。そこで「私の死」と言いましたが、それは所有格ではなく、形容詞、帰属点としての固有名を示すものとしてはどうだろうかと考えられます。

ここでキーワードになるのは、固有名詞性ということですが、抽象的な資格として、人間であるとか、日本人であるとか、そういう形でわれわれはとらえられているわけですが、そして人権享受主体性、人権を享受できるのはその資格のゆえのわけですが、その上にかげがえのない領域としての自分というものをつくるからこそ、われわれはかけがえのない存在となるのではないか。つまり、三人称の上に一人称、二人称、両方を含んだ自分というものがあって、その中でかけがえのなさを形成していき、しかしその自分の中でも、自分と他人は別物だということによって、この一人称と二人称の間に境界線が引かれるという形で人稱を獲得していく、このような形で存在しているのではないかということです。

そうだとすると、この3つの人稱にまたがる存在を1つに支えるものとして普遍的な資格において意見をする三人称、その上に誰でもいいのではなくて、あなたでなければだめだというふうに考える、個別的共感の上に成り立つ二人称、それから私は私だと考える独我的意思というものがあるのだろうか考えるわけです。

自己決定権の前提たる自己をこのように位置づけると、どのように考えられるか。本籍地としては一人称にあると考えざるを得ません。一人称の私が考えるということですし、自己決定権というものが始まった当初から考えましても、それは私の静謐を侵害されない権利として始まったという歴史を踏まえても、このことが言えますし、二人称、三人称のほうから、私の内側はうかがい知れないということなどからも、このことは肯定されると思いますが、それは単なる自己決定としてそうである、というだけであって、そのことを権利として認める、自己決定権というのにはまだ不足であろうと。つまり二人称、三人称、それぞれの層から肯定される必要があると考えます。

特に権利というのは抽象的資格の上に成り立つものですから、まず三人称での検討が必要なわけですが、無形的抽象的な資格であっても、そこで保護されるのはかけがえのない自分であるというものだとするれば、そのかけがえのなさというものを裏切るような三人称であってはいけないということですし、また二人称は、言ってみれば、「私」と「あなた」という形で親密な関係を築いていく、そういう形で、自己の一部だと思いながらも、しかし「私は私」「あなたはあなた」という形で隔てられている、そういうものであり、私の存在というものに対する畏敬というものが制約条件になってくると考えられます。

このように考えると、二人称にせよ、三人称にせよ、それぞれの性質に応じて、全体としての自己というものの存在を肯定する方向だけ、自己決定が関与し得ると考えます。端的に言ってしまえば、存在を否定するような自己決定、それは積極的安楽死であるとか、あるいは自殺ですが、そうした決定は、自己の存在そのものと同時に、その自己決定を支える論理的基盤というものを破壊するものであって、承認すべきものではないと考えます。そしてこれは、なぜ自己決定が尊重されるべきなのかということの説明であると同時に、その自己決定によって何でも決めてよいということを否定するものではないかと考えます。

ポール・リクールというフランスの哲学者がいますが、彼が倫理学として、「正しい制度のもとで、他者とともに、他者のために、善き生を生きる」ということを挙げています。正しい制度というのは三人称の話ですし、他者というのは自身にとって身近な人たちで、しかし自身ではない、そういう人とともに生きる。そしてその人たちのために生きるということで、これは二人称と表現しているところだと思いますし、善き生というのは、それを自身で決めるのだという、一人称であるということですから、このような形での、一人称、二人称、三人称、三つの層の総体にまたがる自己というイメージはつながっているのではないかと思います。

そして、「誰が」「いかに」ということ。決めることに関与する者たちということで、ちょっともったいぶったような言い方になりましたけれど、終末期において、この存在の多層性というのは特に重視される。なぜならば、終末期には、もう後がないということから、この多層性が、つまり一人称、二人称、三人称の間の分離が特に強く意識されます。その意味では、終末期を迎える患者にとって、この一人称、二人称、三人称というのは、どういう人たちがこれに当るのだろうかということを考えますと、一人称は患者自身、そして二人称として近親者がいる、三人称として医療者がいる。その三者に働きかけるものとして倫理委員会というものが考えられると。これが先ほどの一人称、二人称、三人称のいわば多層性、そしてそれがお互いに還元できないものとして存在し、それを自己が束ねるのだという考え方からどのような帰結が導かれるかということ、各当事者は自分がどこに属するかということ踏まえた上で、自らの

職分を果たすということが求められるのではないかということです。

その職分としてどういうものがあるかという、患者は意思決定の最終的な権限の主体であるということですし、医療者は患者の信託を受けて、専門的な知識に基づいて治療をおこなう、そういう存在であるということです。近親者は、患者と親密な関係に基づいて、患者の個性に合ったケアと助言を与えるということになります。そして倫理委員会はある意味では、上記三者とは独立に、普遍的視点から助言を与える、そういう役目を果たしていくのではないかというふうに考えますと、各職分というのはインフォームド・コンセントのモデルが言ったような、いわば代理、代行すべきものではなくて、それぞれの役割を果たす。自らに課せられた位置ということを重視すべきではないかということです。

特に代行判断で問題が生じるのは、近親者の代行というのは、その患者のことをよく知る者であるがゆえに、逆に多く固有の利害を有する危険というものもあるわけです。そうだとすると、利益相反ということのを排除するのであれば、固有の立場で行使し得る、その権限の範囲に留めるべきであって、その範囲がどこに及ぶのかということを確認にする必要があるのではないかということです。

各職分の総体、つまり終末期における医療契約というのは、患者の存在をまっとうすること、それは延命ということに限らず、その人がその人らしく生きていく、そしてその人生を終えるということのを目的とするのであるとすれば、これまで2当事者の対立モデルで考えてきたものは、あまり適切ではなかったのではないかと思います。つまり、目的を共有する人たちが、それぞれ違った能力を持ちながら、それぞれの立場で関与していくということで、それを団体契約モデルと書きましたが、言ってみれば、会社の考え方がそこに使えるのではないかと思います。つまり、会社は株主、取締役、監査役、それから公認会計士、監査法人という役割・関係者がありますけれど、そういう役割・職分をもうけることによって、共通の目的を指向し、異なる能力を持つ人たちがそこに集う。それに逸脱する行動した場合は、ちゃんとそれなりにペナルティを課す、会社法というのはそういう仕組みをもうけていますが、そこにおけるアイデアはここにも使えるのではないかと考えています。

そもそも医療と法の関係について、と書きましたけれど、なぜ法は医療を特別なものと考え、さまざまな特権、プレステージを与えているかということと考えますと、それは医療と法が目的を同じくする、ともに患者のかけがえのなさを守ろうとする、そういうことに寄与する三人称の働きであるから、ということです。共通性を持っている、だからこそ特別な地位を認めようとしていたということからすれば、このことは、いまのような主張が裏付けられるのではないかと思います。

そして「おわりに」ということで、駆け足になりますけれど、これまで当然と思わ

れた考えを変えてみると、いろいろ終末期について言われている論点について、今日述べたことだけではとても十分な解決を与えることではないことを承知していますけれど、あえて、このことから言えることが何かあるとすれば、以下のようなことではないかということで、暫定的な解決というものを考えてみました。言っていることは、自己決定というのはすべてではないのだということ、むしろ生きるためにこそ決めることですし、そのためには決めることについて関わる「なぜ」であるとか「何を」とか、5W1Hを、ちゃんと吟味していくことが必要だということです。

存在そのものの否定になる自己決定は擁護できないということから、積極的安楽死は囑託殺人と同列で扱うべきであって、否定されるべきであろうということですし、医師の自殺幫助も同様です。

そもそも自殺というのはどういう意味を持つものかということ、言ってみれば、私は私であるけれど、あなたにとっても私はその一部である、特に二人称としてその位置にあるということだとすれば、他者の自分を不当に奪うものであって、純然たる私事とは言えない、意図的な殺人と言い換えてもいいのではないか。よく、大切な人を失ったときに、「身を切られるように辛い思いをする」という言い方をしますが、それは単なる比喩を越えた意味を持っているのではないかというふうに思います。

尊厳死、即ち延命治療をしない、あるいは停止するということですが、これは申し上げたことからすると、近親者の反対を押し切ってまではおこなえないだろうということです。ただ、時折というか、よく問題になる、「生命維持治療の停止はできないけれど、開始しないことはできる」というような言い方、これは法学者の一般的な見解で、よくありますけれど、この見解には、私はかなり否定的な見解を持っています。つまり、停止はできないけれど、不開始は肯定するというのは、やはり不均衡なことを言っているのではないか。しかも、実際的な問題として、停止ができないからこそ、そもそも開始もできないということで、生命維持治療をそもそも開始できないために苦しんでいる人というのは、相当いるのではないかと想像しますので、そういう人たちのためにこそ、「止めることもできますよ」ということを述べることによって、判断の機会を与えるためにも、それは必要ではないかと思えます。

理論的な説明として申しますと、たとえば住居侵入という犯罪があります。本人の同意なしに自分の家に入ってくる人がいますけれど、これは犯罪であるとされます。同じ条文の中で不退去罪というものがあり、入ってくるときにはたしかに許可していても、「もう帰ってくれ」と言っているのに帰らない、そういう人がいますが、これも同じ犯罪にあたるのだということです。この場合を類推して考えることもできるのではないか。つまり、生命維持治療の装置を装着するときには同意したけれど、そのあと、気が翻意して「もう外してくれ」というふうに言った場合は、装着されている状態がむしろ侵害されている状態であるから、それを外してもよいという理論構成が

できるのではないかと考えています。

それからリビングウィルですけれど、事前に、「これはこのような状態になったらこのようにしてください」と指示できるという主張です。これは、本人の現在の意思と言えるかどうか疑わしいということからすると、端的に否定するべきだと考えられますけれど、同時にある一定の時間を生きていく人が、その意思を維持している可能性もあるということだと、これはかなり悩ましいところなのですが、有効期限を短くすること、たとえば1年間で、自分の誕生日を機に、改めるかどうかということを考える。そして、自動更新はしないという形で、強い個人ではない、むしろ自分の意思が流動的な、弱い個人であるということ踏まえた対応を取る必要があるのではないかと主張です。また代諾については、「生命維持装置を外すか、止めるかすることを、自分では決めません。代理人を指名しますから、その人に決めてもらってください」ということは、やはりしてはならないだろうと思います。つまり、代行できる職分には限りがあるということで、その限界というのは、その人の存在を肯定する方向でのみ検討されるべきだということです。

最後に、決める主体として、自己を含む、あるいは自己を含まない、それ以外の主体によって決めるという決め方、たとえばそれは国家が決めるということもあり得るのですけれど、これも単に「決める」ということだけを重視するのではなくて、決めてしまえば何でもありとしてしまうことが、やはり問題だと思います。何を守るために決めるのか、その価値を明示することが必要でしょうし、今日の私の話はまだ熟さない考えでありますけれど、かけがえのなさを守ること、固有名詞性を肯定するというのを先ず確立するべきではないかと考えています。

ご静聴ありがとうございました。

4. 3 第3回有識者講義（大井先生）

- 講師：大井 玄（東京大学 名誉教授）
- 演題：生命倫理主体としての認知症高齢者
- 日時：平成23年11月19日（土）
- 場所：（社）全日本病院協会 会議室（東京都千代田区）

講義の内容

ただいまご紹介いただきました大井でございます。早速始めます。

題は「生命倫理主体としての認知症高齢者」です。生命倫理主体という言葉はあまりお聞きにならないと思いますけれど、道徳的な判断ができるかどうかという意味において道徳主体といえます。現在、多くの認知症の人も急性期病院で亡くなっておりますけれども、ご存知のとおり急性期病院は、これは看取りの場ではなくて、できる限り健康を取り戻すことに努力するということであります。日本の医療体制は世界最高という評価を2006年にWHOからいただいておりますが、それは1つはだれでもが医療にかかれる、医療の質はいい、それから医療費が安いということですね。

また OECD の国々との比較を見てみますと、例えば人口 1000 人当たり日本の医師数というは 2.1 人ですけれども、OECD だと 3.1 人ですね。多いところもあるという説明もありますが、実際は一番多い京都でも 2.7 人です。つまり、おしなべて少ないのです。また 100 病床当たり医師数と看護師数をみますと、アメリカでは 71.6 人ですね。イギリスは 12 年前に医療崩壊と言われましたが、それでも 40.7 人です。ドイツは 37.6 人、フランスも 35.2 人いますが、日本は 12.5 人であり、医師の数が少ないのです。それは看護師においてもやはり同様でありまして、ドイツとフランスのような国々でも 100 人近いですけれども、日本は 43 人程度ということで、人手が足りない、マンパワーが足りないという現状があります。このマンパワーが足りないということは急性期病院において慢性の患者、ターミナルケアには非常に不利になります。医療費で見ても、日本は GDP で 8.1%、米国は 16% になっています。つまり、日本の急性期病院で認知症の患者さんは手が足りないということで忌避されます。例えば誤嚥性肺炎で入院しますと、医師も看護師も少ないですから、これは何とかしてもらいたいということで、主治医が認知症の患者さんを退院させるときに胃瘻をつけてくださいというようなことを頼むわけなんです。

日本の特養であるとか、あるいは老健もそうですけれども、終の住処としての老人

ホームはどうかということなのですが、ご存知のとおり特養では90%が認知症の患者で、これは2000年のデータですが、特養に入って死亡するまでのその期間というのは、アメリカなんかには比べると非常に長いんですね。アメリカのデータがありますが、例のフェミニストとして有名なB.フリーダンは、老人ホームに入って1カ月以内に4分の1が死んでいるというデータを1986年に示しました。また、1年以内に半分は死んでいるというデータも示しています。死亡までの期間が短いんですね。

2004年になりましてS.ミッチェルがニューヨーク州の老人ホームを報告しておりますが、ニューヨークでは老人ホームに入るときに入所時評価をいたします。入所時評価で6カ月以内に死亡すると推定された人は1%でした。ところが、実際は6カ月以内で70%が死んでいるんです。そうすると、少なくとも日本の介護・看護は非常に「老人にやさしい」といえます。これはどういうところからきているのかということ、基本的にはアメリカは独立独歩という生存社会ですから、独立独歩できなくなったらそこで死ぬというのは、これは非常に普通だと思われているんですね。日本はそうではありません。助け合い、お互いにつながり合って、みんなで貧しい状況でもお互いに助け合って生きていくという社会です。

今日は胃瘻についてお話しします。胃瘻という延命手段があり、現在日本の胃瘻の設置者は40万人といわれています。大多数が認知症の患者さんです。ご存知のように、もともと胃瘻というものは子供のためにできたものなんですけれど、今の日本ではほとんどが認知症のお年寄りが使っています。家族が胃瘻を求める理由というのは、これはやはり基本的には延命への期待です。胃瘻にしたほうが長生きするんじゃないかと考え、自分のお父さん、お母さんに少しでも長生きしてというのがあるんですね。ですから、胃瘻をつけるというときに、少なくとも家族の気持というのは延命を期待しているのです。

ところが、そういうふうに胃瘻をつけたとしても、見ていますとあまり延命効果はないんですね。胃瘻をやっても一定量を胃の中に入れてそれが逆流してきたり、逆流性の食道炎を起こしたりしますから、やはりこれも取るというようなことがあります。胃瘻の組と胃瘻をつけてない組と、この両方を見比べてみたら延命効果はないという報告もあります。さらに私が問題だと思っているのは、胃瘻というものがつけられた認知症の高齢者に歓迎されていないということです。私が見ていても、7割ぐらいが拘束しないとなかなか胃瘻ができません。アメリカでは胃瘻は延命期間はあまり増やせないし、そして生活の質を改善しないにもかかわらず、7割まで拘束が必要であり、お年寄りたちが嫌がっている場合のほうが多いということなので、アメリカの病院は考えてから胃瘻をやっています。

日本で、認知症の高齢者に胃瘻の是非をきいた調査があります。重度から中等度の認知症高齢者50人を対象とした調査です。認知症の重度から中等度ですが、言語的

なコミュニケーションはとれるんです。介護者、つまり家族がいるときにいろいろな質問をしています、そのときに非誘導的に訊いています。例えば夜はよくお休みですか、御飯はおいしいですか、お通じはございますか、特に痛いところはありませんかといった具合です。歳をとり飲み込みが悪くなるために肺炎を起こしたりしますが、そんなことはありませんかと訊いたとき、治療としておなかに穴をあけて管で栄養を入れるというのがいいという方がいますが、あなたはそういうようにされますかと訊きます。非常に大切なんですけれども、このとき8割がはっきりと嫌だと言います。しかも答えるまでが早いんですね。なぜ早いのかというお話を後でいたしますけれども、あとの2割がですね、答えることができない方々です。積極的に「はい、します」と言った人は今までだれもいないんです。私も50人以上に訊きましたが、積極的に「はい、します」と言う人はいませんでした。

問題はですね、こういうような認知症の人に医療の是非を訊くところにあります。いわゆる意思決定をすることへの疑問があるので、先ほど言いましたように生命倫理主体、あるいは道德主体、そういう主体として考えることができないという問題です。認知症高齢者の言ったことは当てにならないという人は、カント的あるいはデカルト的な思考をする人でしょう。つまり認知症患者は考えられる人ではないというふうに思っている人たちは、この人たちはいろいろきちんと考えているのではない、つまり好き嫌い、情動と言ってもいい反応とみなします。カントは「理性からでなくて感情から発した行為は倫理的な価値はない」と言いました。カントは義務的な倫理を考えていますから、きちんと考えて最悪のときにはここまでの責任をとるという義務感が伴わないような、ただ単にかわいそうだというんで、何かをするというような行為は倫理的価値はないと考えます。

実は大部分の人がこのように考えていますが、まず1つは認知症の老人が嫌か嫌でないかということに分けるんですね。カテゴリーに分けるという行為は原生動物からやっているんです。例えばゾウリムシという原生動物がいますけれども、ゾウリムシはふらふらふらと来て、ポンとぶつかったのが死んだバクテリアみたいに食べるものだったら食べるんですね。ところが食べられないものだったら、ゾウリムシは食べないわけです。つまりゾウリムシというのは、世界を食べるものと食べないものに分別しているわけですね。合理性の進化論という立場から言いますと、我々はすべてカテゴリーに分けているのですが、好きか嫌いかというのが一番なんです。これはアリストテレス以来ですが、アリストテレスは物というのはいろいろなカテゴリーの特徴を示すものが本質だ、そういうふうに言っています。デカルトは何と言ったか。人間というのは実体、実体というのはちょっと説明しておきますけれど、哲学的実体というのは、ほかのものとは関係なしにそれ独自で存続しているものです。しかも永遠に存続するものが実体です。コギト・エルゴ・スムという非常に有名な言葉があるんですけれども、デカルトは人間というのは、つまり私というのは考えるという、そ

う理性的な働きを持った魂であるとしています。キリスト教の神学によれば、生まれてきた人間というのは神によって永遠不変な精神というものが伝えられていて、悪いことをしたら最後の審判で裁かれることとなります。これは非常に考えやすいものではありますが、言うまでもなく肉体に付属するいろいろなパターンがあります。感情というものも、あるいは情動というものもそれは肉体に付属するものです。デカルトは神に与えられた理性という働きが一番大切であって、我々はすべての世界からいろいろな刺激を全部意識でそこでとらえて、そこで判断すると考えます。しかしながら、我々はすべての刺激を意識化しているのでしょうか。実は我々の脳の働きというのは95%までが無意識で働いています。というのは、あまりにも早く働けるものですから、意識化することができないのです。例えば1つの例を挙げましょう。被験者に対して40ミリセカンドという一瞬だけ怖い顔をした写真を見せるのです。そうしますと脳はパッとそれで活性化するわけです。しかしながら40ミリセカンドの後に今度は普通の表情の同じ人の顔を見せると、意識の部分では普通の人という認識になります。ところが、我々の脳の中では、怖い顔を受けとめて活性化されるんですね。つまり我々の意識というのは非常に大雑把なものであって、外界からの刺激が全部意識下に入るということはないんですね。

ちょっと話がそれかもしれませんが、我々生物は外界を常にカテゴリーに分けているということです。二番目に、いま無意識のことを言いましたが、すべてのことが全部意識されるわけではないです。これは今言いましたように、ごくごく短い時間にある種の刺激を与えますと、その刺激は脳はとらえて意識化されます。このときに認知症の患者さんたちは嫌だと言うんですね。これはパッと出るんですね。これが非常に早いんですよ。なぜ早いのかというと、今言いましたように意識化されないとか、そういう脳の働きがあるわけです。

デカルトやカントの一番大きな間違いが、理性と感情あるいは情動をはっきりと分けてしまうことです。アメリカの脳神経学者でアントニオ・ダマシオという人の報告では、19世紀にマサチューセッツにパレスゲージという非常に頭がよくて人柄もよくてきっと立派な人になるだろうと期待された人の事例があります。その人が道路工事の監督をやったときに突然事故に遭って、それはどういうことかと言うと、細い鉄の棒が急速にドンときて左の脳を抜けていったのです。その後で助かるわけですが、この人の知的能力を調べてみたら全く損なわれていませんでした。ところが、性格が変わったんですね。つまり恥ずかしいだとか、そういうような感情面が切り離されて、おかしくなったんです。彼は、ご婦人の前なんかに行くと非常に卑猥なことを平気で言うようになりました。ダマシオについて100年ぐらい後に調べたんですけれども、調べてみると前頭前野の皮質内側のところが損なわれていたのです。このところはたとえて言いますと理性と情動が交差するところです。そこが切れてしまうとおかしくなったわけです。前頭前野の内側というのは大切だと言いますが、私がもっと

言いたいのは、先ほどカントは理性というものがきちんと計算して意思決定をして何かをいいことをしたというのでなければ、ただ感情から発したような行動というのは道徳的な価値がないと言ったことを紹介しましたが、私たち医師は基本的に感情から起っているわけです。つまり、かわいそうだという惻隱の情があります。病気の人を見たら助けようという、そういう感情ですね。現代の脳科学の知見によれば、基本的に感情というものが理性の暴走を抑えているわけです。カント的に言うならば例えば最もすぐれた民族に劣等民族が入ってきたら、そういう汚点は取り除く、これは理性的考え方ですね。だけど、ここには全く感情がないんです。つまり、そういうようなカント的な考え方によると理性を使ってたんですね。だけど感情をそのように軽視すると、いろいろな間違いが起きるのです。この点についてはヒュームのほうがやっぱり正しいのでしょう。我々の脳の構造というのは基本的に感情から発して、例えば好きだと思ったら好きだと言いますし、嫌いだったら嫌いな理由を言います。つまり、我々は基本的には理性というものは情動のしもべであると言うんです。

脳の認識には特徴と限界があります。我々の脳は自分の経験と記憶に基づいて世界をつくってしまうんですね。全部をつくるのではありませんが、我々はそういうものであって、私がこうやって皆様にお話をしているわけですが、そういうような言葉を全部覚えてないとできませんよね。しかも、記憶と経験からいろいろな刺激に対して反応するというのは、これは人間だけでなく獣とかも皆やっているんですね。「手を打てば 鳥は飛び立つ 鯉は寄る 女中は茶をもつ 猿沢の池」、これはどうですか、みんなそうでしょう、記憶と経験から反応するのです。つまり、我々の脳の認識もそうであって、しかもそういう反応しかできないということはありますが、それを認知症の患者で見てもみますと非常によくわかんんです。

今から何十年ぐい前だったか、東京都の精神医学の石井毅先生が仮想現実症候群というのを報告されたんですね。この石井先生が診た患者さんというのは 86 歳の女性で、九州の方なんです。奈良の女子師範を出まして非常に頭のいい人でした。九州で芸者置屋をやりまして非常にもうけたんですね。その人は病院のデイルームに来ますと、そこが自分の芸者置屋だと思っていたようです。看護師に「あなた、コーヒーをすぐ持ってきてちょうだい」と言うんです。それから他の看護師が来ると「日本間を掃除しておいてちょうだい。お願い、お客さんが来るから」なんて言うんです。これはトラウマという点もあるかもしれないけれど実は病気なんです。認知症の人達と付き合っているとよくあることです。

一番医療倫理的な意味においてきちんとした仕事をされたのは、現在長野県看護大学の学長をやっておられる阿保順子先生でありまして、青森の精神病院にいたときに朝から晩まで患者さんと一緒にいたんですね。そのうちの1人の女性Aさんというおばあさんは、2、3年前にだんなさんが亡くなっていて、Aさんは非常に頭のいい

人で、だんなさんが亡くなった後、その工場をちゃんと経営してやっていたという人です。このAさんがどういうふうに認識しているかということ、デイルームの隅っこに置畳を置いて、彼女はそこの置畳のところを町の公会堂だと思っているのです。そこからとことこと自分の病室のほうに歩いて行くんですけども、歩いているリノリウムの床は修理して所々色が変わっています。そうすると彼女はそこをなんとか町だと言うんです。さらに行きますと赤いランプがついていて、それは消火器の所在を示しているんですが、そこに来て駅にきたと言うんです。この人にとっては自分の経験とか記憶に基づいて組み立てているわけですね。我々はそれはおかしいと思うのだが、その人の脳はそういうふうに認識しているわけです。彼女はBさんという男性のことを自分の夫だと思っていて、話がちょっとややこしくなるんですけど、Cさんという別の女性、この方は一度も結婚したことがないんですが、この人もこのBさんのことを自分の夫だと思っています。ある朝、阿保先生がデイルームに行きますと、こちらから真ん中のところでCさんがBさんの頭を愛撫して膝枕しているわけですね。Aさんがいたらどうなるかと思っていたら、Aさんがいるわけです。あれは昔うちの亭主が世話していた女で、このごろ金がなくなったので無心に来た、けしからんと言うんです。このときの作話の方向性にちょっと気をつけていただきたいんですけども、自分は正妻なので動じないわけです。作話の方向性ってみんなそうです。

私が診たなかで、大連で戦争中、日本の会社に勤めて有望な秘書だった人がいます。認知症の方に対して最もノーマルなことは、はいはいと全部聞くことなので、私もはいはいと聞いていました。聞いていますと彼女はとっても気持ちよくなり、「先生にコーヒーをごちそうします」と言ったので、どうするのかなと思っていたら、ナースステーションのところで何かやっているんです。帰ってきたら「ここは水しかない」と言うんです。つまり彼女はそこのところを空港のロビーだと思っていたんですね。この方が実はもう1人の患者さんを自分の夫だと思って、シュウちゃんといつも呼んでいるわけです。あるとき私がいると、シュウちゃんがトコトコトコと歩いてきたんですね。彼女はシュウちゃんを呼ぶんだけど、もちろん向こうのほうはわからないので、トントントントンと行ってしまったんです。そしたら彼女は「あの子はね、小さいときに高い塀から落ちて頭をぶつけたから」と言いました。この作話の方向性はわかるでしょう。自分のエゴは絶対傷つかないようにしているんです。

現代の女性で、だんなが5、6年前に亡くなって、それで財産もあったんだけど、財産について親戚と何かあった方のことです。数年前から認知症になりまして、最初は息子と一緒にいたんだけど、その息子にどうもドメスティックバイオレンスを受けているようでした。私が「あなた、息子さんはどうしたんですか」と訊くと、「息子は今ワシントンにいて、嫁も一緒に行って帰らない」と言います。彼女は毎日運転をしてマッサージ屋まで行って、それで近所の人たちと楽しんでいるという、そういう妄想なんです。みんなは妄想と言うでしょうけれども、そういうふうに彼女の脳は

話を組み立てているわけですね。そういうことがあります、実は脳が自分の経験と記憶に基づいて世界を組み立てているのは認知症の人でなくても、我々みんなすべてそうです。よく調べてみると、この人はどのような世界を持っていて、その人が紡いで、そして住んでいく世界を想像することができます。脳がそういうふうにして世界に向かっているということについては認知症の方も我々も変わりません。

そういうことがありまして、認知症の人は嫌だと言うわけですね。嫌だと言うときに、例えばほとんど言葉は出ないんですが、例えば点滴をされて引き抜こうとしたり、胃瘻の管を引き抜こうとしたならば、これは嫌だと思っているというのは分かりますよね。我々は自分の体を持っているのに対して、そういうような体というのを生きられた体と言いますが、何かの刺激があったときに、その生きられた体をもって反応するわけです。ですから、実はその所作、その部分は怒りなんだということです。いいですか。つまり身体的表現なんですね。ですから、そういうような生きられた体による知覚、認識というのはその人の情動にそっているのです。そうしますと、もし我々が認知症のお年寄りたちの話をして、すぐに嫌だと言ったとすれば、それはいろいろと合理的な思考をしたのではなくて、一瞬の間に脳が差別化したわけです。すごい速度で差別化して、反応しています。先ほど言いましたように、95%の我々の思考というのは無意識でされているわけです。例えば90代の認知症の人が嫌だと言ったら、これは私は能力的な価値があると思っています。認知症の人の脳が嫌がる言葉というのは、赤ん坊がワクチン接種を受けるのと全然違うんです。ワクチン接種を受けると確かに痛いので、それで赤ん坊はギャーと泣くんですけど、彼らは全く経験もないし記憶もなくて、ただ驚いているわけです。ところが、90歳のお年寄りが胃瘻を抜こうとしたのであれば、これはその人の90年間に渡る記憶と経験が反応しているということになります。きちんとした思考ができないというだけで、その人は意思決定ができないというのは大間違いなんですね。本当に間違いです。

そういうことで終末期をどういうふうにして過ごせばいいのかということなんですけれど、ある特養で今やっていることは、食べられなくなっていったら量をだんだん減らしていくことです。例えば1日200カロリーぐらいで2年ぐらいずっと生きるんだそうです。その目的は何かというと、誤嚥性の肺炎を起こさないようにということです。ですから、点滴はやりません。食べなくなったら2週間ぐらいで亡くなるということです。そのときに大切なのは、QOD（クオリティ・オブ・ダイニング）であり、最悪の死に方というのを0点にします。自分は大往生と、これを最高点で9点というふうにしますと、QODの中央値が8点でした。つまり食べられなくなったら、食べない飲まないということは非常に往生の質が高かったのです。私もあるところまでいったらば、食べない飲まないで死んでいこうかなと思っています。

結論といたしまして、今の日本はいろいろな問題がありますが、延命ということで、

ほとんど植物状態に近いような人たちに胃瘻なんかして助けてどんな意味があるかという、私は意味がないし、医療経済的にもよくないと思っています。

ご静聴ありがとうございました。

4. 4 第4回有識者講義（長倉先生）

- 講師：長倉 伯博（善福寺 住職）
- 演題：宗教者（僧侶）がチームに参加した終末期医療
- 日時：平成24年1月14日（土）
- 場所：本願寺 聞法会館 研修室（京都市下京区）

講義の内容

ただいまご紹介いただきました長倉でございます。

まず最初に、皆さんにDVDを見ていただこうと思います。これは読売テレビが13年前に作成した鹿児島での私の活動を紹介してくれた「心の点滴」というものです。次の年にはテレビ東京が5カ月間鹿児島で取材した「心に愛の点滴を」という1時間番組があったのですが、そちらをやれば長くなりますので、読売テレビが作成した方をご覧になっていただき、それから話を始めようと思っております。

（DVD放映）

…というような、これが13年前に放送されたものでした。このとき出てきている患者さんは癌の患者で、特に肝癌の患者と肺癌の患者さんが多かったですね。そして、これ全部、本人も元気になったとナレーションに出ていますけど、実は腫瘍の大きさが大体8cmとか5cmとかの結構きついものを抱えている方でしたので、先生方のご承知のように再発するたびにまた病棟で会うというような、「やあ」というような感じで会いながらやっているというようなことでした。よく私が病院に行くと言いますと、何をやるのか誤解されていることがあったり、患者さんの前で護摩をたくとか、あるいは、よく言われた言葉に「あなたはどんな神通力をお持ちですか」と言われるので、「私は子どもを産んだことはありません」といつも答えておりました。

そんなことをいつも言わなければいけないのが20年前ぐらいで、現在は鹿児島の医療センター、ここは癌と循環器を専門とする病院、ここは第二次連携拠点病院ですので、鹿児島市内の全域から患者さんがきます。そこの緩和ケア委員会があって緩和ケアチームのメンバーになっています。週1回行くようにしていましたが、今はなかなか行けない状況です。

あと一つの南九州病院というのは、国立の病院で、神経難病で有名な病院でした。筋ジス、ALSの患者さんが大変多い病院で、定評のある病院です。ここはそういう

意味では非常に長期スパンの患者さんを扱っていて、わりと若い方も多いんですね。もちろん年配もおられます。ここに九州でたった1つの、国立の緩和ケア認可病棟ができました。設立の前からちょっとお手伝いもしておりました。いずれにせよ僧侶が病棟にいるというのは、これは責任の問題よりも守秘義務の問題があったりしますからなかなか入りにくいんです。緩和ケア委員であるということ、それから南九州病院は倫理委員、治験委員、利益相反委員を務めておりますので、いてもおかしくはないことになります。このように、病棟への入り方の問題はあります。ただ、20年の間に県内のいろいろな施設に出向いて、病棟の相談であったりベッドサイドに行くことがありました。現在はそういうことを少し意識しながら、学生にも話しているということでもあります。

次にビハーラ活動を紹介したいと思います。これは西本願寺が進めている活動です。まず言葉の変遷からいきますと、25～26年前までは仏教ホスピス活動という言葉を使っておりました。仏教ホスピス活動というのは、どうも仏教とホスピスという言葉がむりやりくっつけているようなことで、何か仏教が始めるのにいい言葉がないかということからビハーラという言葉、これはお釈迦さん時代のインドの言葉ですが、1985年にその言葉を使って「ビハーラ活動」となりました。西本願寺はちょうどそのころから、医療・福祉と仏教との連携に取り組みはじめました。まず研修ということで、学習会、勉強会を2年間同じメンバーでやっていただきまして、その後に実習施設で研修しました。病院の実習に坊さん入るということは、どの施設でも困難でした。福祉施設が中心になっています。20年以上やっておりますが、この研修を受けた方が全国に3,000人ぐらいおります。そして全国でそれぞれ、例えば私のところだとビハーラ鹿児島、あるいはビハーラ京都というような形で、福祉施設を中心にビハーラ活動というのを進めております。

この「ビハーラ」という言葉の意味は、安らかに住むとか安らかに暮らすところという意味であり、お寺という意味も含まれています。ご存知のように奈良の東大寺に大仏さんがあります。あそこは華嚴宗のお寺ですが、奈良時代に施薬院という建物があったこともご存知だと思います。つまり医療を施す建物です。大阪の四天王寺もそうではないでしょうか。決して死んでからだけではなくて、医療、福祉は実は仏教の本来課題としていたことであつたのです。それを今、改めて活動を始めたこととなります。西本願寺は特にその先陣を切りました。20年以上前からやっております。

20年以上前の最初の研修で、浜松の病院の先生にお尻をたたかれました。なんでたたかれたかといいますと、「長倉さん、うちの病院はキリスト系の病院だけれど患者の8割は仏教徒ですよ。それなのになぜお坊さんは来てくれないの、一番辛いときに」と言われました。そして「だから鹿児島にお帰りになったら、ぜひ病院で困っている患者さんのところに行くお坊さんになってくださいよ」と、こういうふう言われま

した。ただ、小さな声で「受け入れてくれるところは少ないと思いますよ」と言われたのを忘れていました。それで鹿児島で多くの病院を訪れても、正直言って冷たかったです。「お坊さんが来ても」と言われましたね。

その後、いろいろな関係ができて、鹿児島緩和ケアネットワークというのが設立されました。もう 16 回目の大会を開いています。3カ月に2回ぐらい研修会をやっております。医師、看護師、病院内のすべての職種、それから患者家族も参加していいということで、今は 400 名ぐらい会員がおります。大学や国立病院も、民間病院の先生方も本当に熱心に出てきてくださっています。最初は癌を対象にしておりましたが、今はやはり高齢者をどうするんだというようなことを課題とすべきではないかという議論が行われております。私自身は、病棟に僧侶がいる風景が当たり前にならないかなという思いを今も持ちながら活動しております。

さて、次にグリーフケア、お通夜、葬儀、法事の話をしていきます。これはある意味では家族へのグリーフケアをやっているんだと、私はそういう視点から今、若いお坊さんたちにもお話をしております。死者儀礼という形をとっておりますけれども、しかし、例えばいわゆる喪失の痛み、家族はその人のいない人生を再出発していかなければなりません。そしてまた、病院の中では、長期のケアをする中で家族は疲れ果てています。そして在宅といいながらなかなか在宅出来る環境にもないということもあります。私の寺は年間 50 ぐらい葬式をします。

その中でお医者さんたちからよく言われる言葉があります。「長倉さん、『通夜の悪口』という本を書け」といつも言われております。お通夜の夜になりますと家族が「あの病院でどうだった、あの先生どうだった、あの看護師どうだった」といっばい出てきます。それを本に書いたら絶対売れるぞと言いますが、売れるのはいいけど、今度は病院に絶対入れなくなっちゃうからもうちょっと後にすると言って笑っております。

でも、逆にそこの中に私が感じるのは、8割ぐらいは誤解があるということです。自分も病棟の中にいる人間として話をきくと、医師や看護師の気持が伝わってないと感じます。それがまた病院で言ういわゆるモンスターになるわけで、伝わってない部分をだれかが伝えなければいけないと思っています。お通夜に行きますと、私は病院の味方をしてしまうのです。実は先生はこういう気持だったのではないかと、看護師さんはこんな思いできっとその処置をされたんですよみたいなことを話します。もちろんお医者さんたちに相談しながらです。

医療及び福祉と宗教の会議ですが、医療もやはり一言で言うと患者さんの人生をよりよきものにしよう、亡くなった後、家族の人生をよりよきものにしようということであり、仏教も基本的には四苦八苦を課題としています。生老病死、愛する者と別れ

る、あるいは会いたくないやつに会うとか四苦八苦はもうお話しいたしません、人間に対する共通する課題は持っているけれども、共通する姿がない。それを何とか埋めていけないだろうかということも少し思っております。

ただ、その中でいくら活動しようとしても、僧侶が参加できる医療の現場は少なく、福祉施設は非常に行きやすいです。福祉施設の活動がビハラーは中心になっています。それは福祉施設自体がもともとボランティアを受け入れるようになっていることもあり、慰問という形で訪問することができるのです。ところが医療機関はそういう点では問題がいろいろあります。その中で最初に私がやってきたのは、ビデオでも紹介していただいたように緩和ケアの分野でした。ご承知のように、いわゆるトータルペインに対してどういうことをやるか、1990年にWHOが緩和ケアの定義をしております。2002年に改定がされましたが、もうそこで身体的、心理的、社会的スピリチュアルな課題を解決していくのだ、援助するのだということが挙げられています。それから患者と、ここで強調されたのは家族のQOLです。ただ、家族の問題はなかなか難しく、これもいくら相手にしても病院のルーチンワークから外れてしまいます。だから、本来は家族を支えるべきだと思いつつも、今の医療制度の中では家族を支える時間というのは、ある意味では業務外の時間に近い状態になっているから難しいのだと思います。私個人は本人50%、家族50%ぐらいのほうが実はもっと状況はよくなるだろうと思っております。2002年の改定は先生方ご承知のように、どこが強調されたかということ、予防的にやれ、正確なアセスメントをやれということでした。

さて、こういった中でビハラー活動というのを私は僧侶として進めておりましたが、ここで症例をご紹介申し上げてみたいと思います。私は患者さんなり家族なりに質問するときに、「いま何がおつらいですか」と聞いたことはありません。「何が一番おつらいですか」という聞き方をしております。その理由はもうご承知のように、たくさん課題を家族は抱えているからです。身体的な問題だけではありません。生活の問題など。今日ビデオで見ていただいた方々、最初に出てきたおじさんは肝臓ですが、なぜ治療を受けないかということ、奥様がボンベの必要な状態だからです。私は自分の治療よりも妻が大事だと言うのです。妻の料理をつくってやらないといけないと言うのです。横にいたのは娘さんなんですが、あの娘さんは遠くに嫁いでいます。娘さんが「ちゃんと見るから、お父さん、肝臓の治療をやろうよ」と言うと、「いや、いい。おれはしないんだ」と言います。娘がずっとうちにいると、母親が離れてしまうから遠くに住んでいる孫がかわいそうだからです。彼の治療拒否の理由はそれなんです。決して治療が嫌じゃないんですね。妻のことを思い、娘が看病すると遠くに住む孫が母親と離れてしまうことなんです。実はそういう課題を考えていらっやいます。病棟ではソーシャルワークに近いことをやるということが多いようですね。もちろん医療費の問題はなかなか先生方に言えないので、医療費の問題も悩んでいます。そうい

ったことを考えますと、「今は何がおつらいですか」と言うと、患者さんは何を言っていないかわからないので、「何が一番おつらいですか」と聞くと、自分の中でつらいことはいっぱいあるけれど、その優先順位を自分の中で決めてくださいます。少なくとも考えるようになります。

38歳の女性の患者さんはスキルズの胃癌でした。この患者さん、亡くなる2、3カ月前からお付き合いしましたが、この患者さんは「いま一番おつらいことは何ですか」と言うと、一番先に「家族」と言って号泣した人です。看護師さんが横で背中をさすってくれていましたが、そんな場面でしばらく泣いて泣きやんでから、せめて一番下の子、5歳の男の子ですが、「1年先の入学式で手を引いてやりたい」と言って、また声をあげてしばらくずっと泣いておられます。これが最初の日の訴えでした。

次の訴えは、子どもが見せ物になるということです。これは亡くなる2週間ぐらい前の訴えです。普通のお葬式は「あら、見てごらん、かわいそうに。あんな小さな子どもがいるのにお母さん亡くなって」と一種のお涙ちょうだいになってほしくないと言うんですね。そうじゃなくて家族だけでお葬式をしてほしいと言います。こんなこともベッドで悩んでおられるということです。

次は夫のことです。私が死んでからの話をしようとする、と、「考えるな、そんな気弱になるな」と言うそうです。だから夫に会ってくれませんかということで、次の日に夫に会うような面接の時間をつくりました。夫の言葉は「私は奇跡を信じています。でも、子どもの将来について話しておきたいけれども、子どもの将来について話したら妻が死ぬことについて触れなければいけない。そんなことを言ったら妻がショックを受ける」ということでした。2人ともそういう中でそれをつなぐことができてなかったんですね。

今度は5つの男の子、これは亡くなる1カ月ぐらい前ですが、これは家族の情報、あるいは保育園の情報を僕らはもらいます。そうしますと、家を出るときにおばあちゃんに「僕の枕洗わないでね」。この子は母親が入院している間、ずっとお母さんの枕で寝ていました。「僕は全然寂しくないもん」と言いながら、そんな切なさを抱えています。

小学校2年生の女の子です。これは病院の廊下で私をつかまえて「長倉先生、大人の方がみんな言うでしょう、人間死んだら終わりだ、生きているうちが花だと言うでしょう。うちのお母さん、死んだら終わりなの」、こういうことを泣きながら言ってきました。「君はお母さんの病気が重いことを知ってたの。だれかが教えてくれた？」と聞いたら「だれも言わない。でも私は知ってるよ。なぜかという、お父さんが親戚と携帯電話でしゃべってた」と言いました。子どもが「おばあちゃん、お母ちゃん大丈夫なの」「お父ちゃん、大丈夫なの」と聞くと、きまって大人は「心配せんでも

いい。ちゃんと先生に見てもらっているから」と答えてしまいます。そうすると子どもは1人で公園に行ってポツンとブランコで悩むしかありません。つまり家族に対する話し方というのはとても大事なことです。この子どもにはまた子ども向けの話し方があります。これが私の仕事でした。

それから中学3年生の子がいて、ちょっとプライベートな話題ですけれども、この女性患者さんの連れ子なんですね。この家では彼女は父親とは血がつながっていませんし、おじいちゃん、おばあちゃんとも血がつながってない中で一生懸命のおむつまでかえるようなことをやってくれましたが、残念ながらお母さんの病気は進んでいきます。いつかバーンアウトすると病棟では話し合っていました。お母さんに「お母さん、私のことどうでもいいの」と聞いた日があって、こんな切なさも抱えています。

今度は嫁と姑、これは孫の面倒を見ております。病院でお会いしたときに「お話ししましょう、お茶でも飲みましょうか」と言ってお話するのですが、「もう私たちのことはほっておいてくれ。嫁のことはばかり見てくれ。もう私たちも疲れているんだから」、やはりこういう訴えもあります。つまり、1つの家族で1つの病気がこれほどのものを持っているということです。

この患者さんについて全部1人1人家族についてもケアしていったんですが、最後に患者さんの亡くなるほんのちょっと前なんですけど、もう意識も大分落ちているところですが、目があいたときに私の名前を呼んでくださったようでご主人が私を迎えにきて、「うちのが呼んでる」と言ったんですね。ちょっと浪花節みたいな話なんですけど、ベッドサイドに走って行って「長倉ですよ」と手を握りましたら目をあけてくださって「お世話になりました。少し先に逝って待っています。先生も後から来てくれますよね」と弱々しい声ですが「来てくれますね」と言うんで「必ずね」と言ったら「楽しみにしています」「僕も楽しみができました」というような会話になりました。そして「先生、私なれたよ、約束守れたよ」「守れましたか」と言ったら、「はい、日本一、世界一幸せな癌患者になれましたよ」と彼女は言ってくれました。これが私との約束でした。日本一、世界一幸せな癌患者という言葉が矛盾しないようなケアというのが必要だろうと思うんです。

そして彼女はその後、一時意識を落とすんですが、もう一回、30分ぐらいたって目があきまして、「38年の命でした。子どもが大きくなるまで本音を言うとそばにいてやりたかったけど、今度は向こうから見ています。ただ、自分のことだけ言わせていただきますが、私、本当に生まれてきてよかった、生きてきてよかった」という言葉を残してくれました。そして最後は私に「体に気をつけろ」と、そんな言い方までしてくれるような最期でした。私みたいにボランティアで病院の中に入っていけるのも、看護師さんや病院のスタッフが必要だということを理解してくれたからです。そんなことを思います。

次の話題にしますが、私は宗教家としてかかわっているので、病をかわいそうな体験と捉えるだけではありません。ある患者さんの言葉ですが、「お願いだから俺が死んだ後、かわいそうだ、気の毒だったはやめてくれよ。俺は俺なりに精いっぱい生きてんだからという視点でやってほしいんだ」というようなことを訴えました。もちろん、かわいそうだ、気の毒だということから治療なりケアなりを一生懸命やっけていくんですけども、それだけだととてもつらくてたまりません。病室の中は真っ暗です。かわいそう、気の毒ではなくて、その人なりに精いっぱい生きてたことを見なくてははいけません。例えば 11 歳の子どもを見たことがありますし、癌末期で 17 歳で死んでいった子を見たことがあります。それをかわいそう、気の毒だけで終わらすような人生観だとつまらないというような気がしてなりません。

死生観、仏教では生死観と申しますが、こういったものについても一言申し上げます。私がベッドサイドに行くときの心構えです。あなた往く人、私も少し遅れて往く人、ともに浄土に歩む人という思いです。また向こうで必ず合わせてもらう。そのときにあなたとにっこり笑って会いたいから、一生懸命やるんだよというような話をします。これは私の知り合いのドクターもよく使う言葉でして、患者さんに「私が担当します。最後の最後まで付き合いますが、お願いですから最後の一步は自分で越えてください」と家族も前にして必ず言います。そして「私も必ずまいります。後から行きます。そのときにあなたに笑って会えるように精いっぱいやるから、あなたも僕に遠慮してはだめですよ」ということが彼の最初の挨拶のセリフです。最初に患者さんを担当するときのセリフです。これが「あなた往く人、私残る人」という気持ちで行かれると全然病室での表情は違うと思います。それからあと、私どもは仏教徒ですので、仏様というのは決して安らかに眠る人ではなくて、今度は病気も何もなくなって、この世の人のために大活躍する人が仏様という認識がありますので、そういった視点から死んで終わらないのです。だから、ある高校生が父親への弔辞に「お父さん、今度は仏様になったから忙しいね。体が弱かったけど今度は病気がないからそっちで頑張れよ。俺もこっちで頑張るから」と泣きながら弔辞を読んだ高校生もいます。死をそのように受けとめることも可能なのです。

次へ移らせていただきます。癌以外の患者さんをみるようになり、家族に迷惑をかけているとか、自分が何もできないという訴えをきくようになりました。気管切開をして、文字盤会話しかできないALSの患者さんで、できるだけ自宅で見ようということで病院も地域の保健所もバックアップしておりましたが、この患者さんは何かというと、まだ会話がとれるうちに死なせてくれと言うのです。自分のこれさえ抜けば自分は死ぬるからという訴えでした。家族は生きる力を取り戻してほしいという願いでした。そこでベッドサイドに行き私もうりだと思いました。この人に生きる気力をなんていうのは絶対無理だなんて思っておりましたが、ここの坊や、小学校3年生が

「僕のお母さんは日本一なんだ。こんな重い病気なのに一生懸命生きているから。僕はとてもお母さんに勝てないよ」と私に言いました。このときの私たち医療チームは目が覚めたような気がしました。私たちはALSはかわいそう、気の毒、大変な病気だとみていました。そのとおりです。しかし、一方で子どもから見ると、こんな重い病気なのに一生懸命生きているお母さん、こういう視点もあっていいのではないかと、そういう気がします。

それから、ごみ箱チームということを次に課題にしました。これは私がつばを吐きかけられたり物を投げられたりしたおばあちゃんですが、実は医師や看護師には絶対しません。ただ、課題は不眠でした。夜眠れません。なぜかという子宮癌全身転移だったからです。亡くなる1カ月前ぐらいからお相手しました。この方は過酷な人生を送ってきた女性の方でしたけれども、要するに自分が死に向かいつつあるその不安を周りのドクターもいい人、看護師さんもいい人、家族もいい人ばかりなのですが、しかし自分の中に不安がずっと増大しているような状況でした。そして、それが不眠につながっているのです。最初の2回の面談のときは彼女の不眠は直っていません。しかし、3回目から爆発的に怒りが出てきて、ぼろかすに私はしかられました。くそ坊主などとののしられましたが、看護師さんから電話がきて、その夜はよく寝てますということでした。つまり、そういうような感じでした。だから、このときにごみ箱チームと私は名づけて、だれかがごみ箱をやればよいと思いました。ただし、私のごみ箱はちっぽけなので交代で医療チームがお互いにごみ箱になり合うような確認が必要だということです。なぜかという、私はこのおばあちゃんの首を締める夢も見ましたし、罪と罰じゃないけどラスコーリニコフになったような夢も見ました。うちの医療チームは医師も看護師も一緒に居酒屋で語れる仲間なんです。そうすると僕のごみ箱が空っぽになるのです。そしたらまた行けるのです。だから、ごみ箱チームでなくてはならないということです。自分を宝石箱と思った方は、宝石箱には宝石しか入らないですよ、プライドがあることはいいことです。

あと1つ、死というものを語るのにユーモアで語れるかというのは大切です。「後から来るんだから1本下げてこい」といった患者さんもいます。これも実は葛藤した患者さんです。「ただし紙パックでな。瓶は燃えないぞ」と言われました。

それから、あるクリスチャンの方は「あなたは仏教、私はキリスト教。会えなかったらどうしよう」とおっしゃったので、「きっと門は近いと思うから門に出て待ってろ」と、こんな会話もしております。

最後に悲嘆ケアとして、これは若い患者でした。人生最後の桜ということで、花見に連れていきました。そこで「あなたには来年がありますね、うらやましい」と言われました。ばらばらな話で恐縮ですが、私は生死観について考慮することもよりよき看取りの条件の1つであると考えています。あるいは文化、文明として考えて、例え

ば昨日は鹿児島で胃瘻の問題についてちょっと研究会をやっていたんですが、やはりその中で本当にQOLを改善するための胃瘻なら、もちろん問題ないんでしょうけれども、さまざまな課題が治療の現場にはあるということをドクターや福祉の専門家がおっしゃっていました。その中でそこには家族の人生観、本人の人生観、そういったもの、あるいは文化についての考え方、そういったものが改めて僕ら検討すべき医療の要素として考えなければならないという気がいたします。

あとは医学生によく言う言葉です。ナラティブベースドメディスン（NBM）とエビデンスベースドメディスン（EBM）の両方のバランスをとれたケアをやっていこうよとよく呼びかけながら、私もそれを医療チームの中で志しております。

ご静聴ありがとうございました。

4. 5 第4回有識者講義（早島先生）

- 講師：早島 理（滋賀医科大学 教授）
- 演題：終末期医療と生命倫理 — 印度哲学・仏教学からのアプローチ
- 日時：平成24年1月14日（土）
- 場所：本願寺 聞法会館 研修室（京都市下京区）

講義の内容

ただいまご紹介いただきました早島でございます。滋賀医科大学で生命倫理を中心に医学科の学生と看護の学生に授業をしています。私のもともとの専門はインド大乘仏教の研究です。それと生命倫理、さらに医療者と宗教者の協働による緩和医療ケアの研究、この三本立てで教育・研究に携わり、また学生には特に緩和医療について考えてもらっています。

さて、少し具体的な話から入ります。おばあちゃんが亡くなったのですね。小学校1年生の女の子だそうです。女の子「お父さん、病院って病気を治すところでしょう」。父親「そうだよ」、女の子「それなのにどうしておばあちゃんは死んじゃったの。だれが悪くておばあちゃん死んじゃったの。おばあちゃんが不摂生だったから？ 私たちの看病が足りなかったから？ それとも病院が悪かったの？」。最後の質問は医学部に籍を置く者には、きつい問いかけです。我が娘に問われてもお父さんは答えようがない。

お医者さんだと、例えば悪性の癌だったからとか、あるいは交通事故で担ぎ込まれたときには手遅れだったからと、こういう説明をするだろうと思います。仏教のほうから言うと、お釈迦様がおられたら何と答えるだろうかと考えます。実はお釈迦様の答は非常に単純明快でして、「それは生まれてきたからだよ」と、これだけです。お医者さんの悪性の癌だったから、交通事故で手遅れだったからと言うのは、これはこれで正しい答です。お釈迦様のそれは生まれてきたからだよと言うのも、正しい答です。

異なる答えなのに両者とも正しいとすると、両者の違いは何だろうかということのうち学生に考えてもらいます。そうすると、両者の違いは命を考える視点であることに気づきます。一方は命の構造あるいは機能からの答えです。肝臓のこの機能が働かなくなったから亡くなったという説明です。それに対してお釈迦様がそれは生まれてきたからだよと言うのは、生きていることの意味からの答えです。これらの二つの視

点から命と向かい合うことなしには、生き抜くのが困難になる患者さんも出てくると思います。

うちの病院でも末期癌の患者さんがおられて、若いドクターが音を上げることがあります。例えばこういう治療をします、この薬と放射線治療とを合わせてしますと患者さんに説明しても、死ぬことがわかっているのにこれ以上治療を続けることに何の意味があるのかと、薬も飲まなくなる患者さんがいるわけです。お医者さんは、この薬を飲んだら体のこの機能がよく働くようになってと説明しますが、患者さんはそんなことしてもせいぜい数日、数週間寿命を延ばすだけで、何のために生きるのかと言うのです。ですから、身体の構造や機能の視点からの説明と、生きる意義の説明と、この二つがそなわって、患者さんは生きていくということの支えになると思います。そのことをうちの若いドクターにも、それから医学部の学生、看護の学生にも伝えているわけです。

このように命の機能とか構造から説明するのは生命科学や医学医療の仕事です。他方、お医者さんから、あと月単位とか週単位の命ですよと言われても、それでも生きよう、精いっぱい生き抜こうという、生きていくことの意味を自分なりに確信して持たなければ、死んでいくのに何でこんな治療を受けなければいけないのということになるわけです。ですから、実はこの両方が相まって生き抜く力・意欲が生まれてくるだろうし、治療を続けることの意味が患者さんとお医者さんの間でもお互いに伝わり共有できるのではないかと、そう考えるわけです。このように、特に終末期の医療チームに、患者さんの命全体を見守るのにはこの両方の視点が必要だよという共通の発想や理解がないと、医療チームは十分に機能しないのではと危惧するわけです。したがって、終末期の医療チームの中にはお医者さんなど医学医療関係者だけではなく、必要に応じて宗教者、お坊さんがいて当然という、そういう意識がないと特に終末期の患者さんを支えるということはこれから難しくなりますよ、ということをおうちの学生には話しています。

いま 20 代のお医者さんの卵が一人前になるときは、いわゆる団塊の世代がどっと年寄りになっていきます。そうすると治すという医療も大切だけど、同時に患者さんの数からいうと圧倒的に治らない、見守るしかない患者さんの数が増える時代になります。そのときこの命丸ごとという発想がないと医療者も患者さんも大変ですよと、そういう話をしています。

滋賀医大では「医の倫理」という講義を 3 年、4 年、そして時には 6 年生の一部で開講しています。今申し上げましたように、生きていく意味と医学医療が担当する命の構造や機能とのその両者からなる全体的なサポートがなければ、終末期医療というのはこれから難しいのではないかとというのが私の理解です。この考え方に基づいて「医の倫理」のうち終末期医療の講義に長倉先生を招き、またこの講義に全国から終末期

医療に携わっている宗教者、お坊さんにも参加してもらっています。その話は後でいたします。

ここで言いました命全体というか、丸ごとの私という発想をするときに、医学をふくむ近現代のサイエンスというのはどこから生まれてきたかという理解が必要になります。ご存知のとおり 17、18 世紀のヨーロッパでは一神教、教会とサイエンスがある意味で対立した時代でした。一方はこの地球は平らで、太陽や月が地球をまわっている、こういうふうに神様がお創りになったというのに対して、どうも人間の理性でいろいろな実験やら観測するとそれは違うよとサイエンスは主張し始めます。この両者はどこか部分的に妥協が可能ということはあり得ません。簡単に言うと例えば人間は神様が特別に創ったという考え方と、ダーウィン以来の進化論の中で説明するのとは、これは対立するしかないわけです。どうやってこの対立を乗り越えてきたかという、いわゆる役割分担、これデカルトの考え方なのですが、人間についても身体と精神がそれぞれ独立しているというあの発想ですね。その考えを受け継いで、世界と人間について「何故、Why」の部分、「生きる意味」も含めてこちらは唯一絶対の神様の意思に関わるところだから、神学・教会に任せましょう。その神様がお創りになった世界と人間の「構造や機能、What・How」の分野、これは人間の理性が担当しましょう。つまりサイエンス、医学医療が受け持ちましょうという役割分担の構造が出来上がります。

このように、人間の身体の構造や機能、あるいは身体のどこが壊れたらどういう病気になり、どのように治すのかというのは医学が受け持つ。それ以外そこまでして何故に人間は生きなければならないのかは神様に任すという、完全な役割分担という形で 20 世紀までやって来ました。

ここで大事なことは、現代の医学医療はその出発点、つまりサイエンスが始まったときから「なぜ Why」という視点が医学医療の中に、サイエンスの中に含まれていないことです。つまり、生きることの意味を求めることは本来医学医療の学問体系に含まれていない、医学医療はその出発点から生きる意味を神様に任せてきているのです。お判りかと思いますが、終末期の医療チームに時には宗教者、お坊さんがいた方がよい場合があるというのは、患者さんに生きることの意味を自分で持ってもらう、そのサポートの役割を宗教者、お坊さんが担う、ということなのです。

具体的に説明しましょう。例えば問題になりました脳死臓器移植です。医学が受け持つのはどうしたら臓器移植が可能になるかの部分です。そのためには身体構造の探究、移植の技術、あるいは免疫反応と抑制の問題など、これは医学が受け持ちます。もちろん患者さんの中には、臓器移植により長生きしたいと言う人もいますし、そこまでしてと言う人もいます。後者の方は次のように考えるでしょう。脳死状態の他人から臓器をもらってまで長生きするということが本当に許されるのかと。そこまでして

人間生きなければならないのか、生きていいのかという問いです。でも。お医者さんは答えてくれないわけですね。それは医療者の怠慢なのではなく、本来医学医療の中に「なぜ」という問いかけ、生きることの根底を支えている「なぜ」が含まれていないからです。命の構造機能と生きる意味とを、わざわざ分割し役割分担することによってサイエンスというのはここ 200 年の間、猛烈に進展することができたわけです。医学医療に限ったことではありません。原子爆弾でも同様です。科学者は原子爆弾を作成することはできますが、これを使いこれを武器として戦争をすることが本当に人類に幸せをもたらすのかということは、科学者は個人の良心としては考えることがあるとしても、サイエンスそのものの役割ではありません。そういう問題を抱えているのです。

別な見方をすると、絶対神がない地域でも医学医療、サイエンスというのは成り立ちます。イデオロギーとか信仰にかかわらず医学医療、サイエンスというのは世界共通だからです。そうすると、神様が担ってきた役割、「なぜ Why」の分野、特に医学医療における「なぜ Why」をどなたが受け持つのかという問題が再浮上してきます。その担い手としていわゆる生命倫理とか医の倫が登場してきました。現在では、厚労省も文科省もこれを大学の医学部の授業に必ず必修科目として設けるようにと指導してきています。この状況はここ 10~15 年の間に生まれてきたわけです。40 代以上のお医者さん方は若いときにこの種の講義を受講することはありませんでした。カリキュラムに無いのですから。彼たちは医の倫理と聞いても「なにそれ」と言うでしょう。

私は 11 年前に滋賀医科大学にきました。赴任時に要請されたことは、滋賀医科大学医学部に医の倫理を構築することでした。それで学内外の先生方にご協力を仰ぎ試行錯誤しながら医の倫理を開講することが出来ました。特に臨床倫理は全くの門外漢ですので、臨床倫理の専門家を全国からお招きしました。それで 1 回生では命を考える基本的な講義、2 回生では生命倫理の理論、3 回生で医の倫理の基本、4 回生で特に終末期医療を含む臨床倫理、そのように体系を立てて、私なりに考えてやっております。

では日本ではこの方面の医学教育は従来どうであったかということ、非常に簡単なのです。医学部の医学教育には含まれていない、カリキュラムになかったのですが、このような生きることの意味を問える方、わかる人が医者になっていた。他人様の命を預かるということの意味のわかる人が医者になっていたから、このような内容はある意味では医学教育として勉強しなくても当然お医者さんになろうとする人は自分で考えてくれるだろうという、暗黙の前提というか、期待感に委ねてきたといえましょう。このような個人の資質まかせで従来は問題にならなかったのですが、今は通用しません。一つには先端医療の進展がいのちについての新たな問題を次々に提起し始

め、個人の資質に任せるだけでは解決しない状況を生み出しているからです。もう一つはこういうことを言うと怒られますが、どういう学生が医学部に来て医者になろうとするのかというと、大学受験勉強の成績のいい学生が医学部を受験する時代になりました。したがって、とてもじゃないけれどもこのような生きることの意味を考えるよりも、まずは医学部に合格しさらには国家試験に通ることが最優先されるようになってきました。それで医の倫理を開講し、身体の構造や機能だけでなく、生きることの意味も学ばなければこれから大変なのですよ、と教えざるを得ない状況になっています。

10年近く医の倫理を講義して思うことがあります。うちの学長や教育担当の副学長とときどき雑談するのですが、滋賀医大の学生定員は約100人です。この種の講義を担当してきて、私の実感といいますか、2割ぐらいの学生は、医の倫理についてちょっと説明しただけで何を勉強するのか、何を考えるのかをドンピシャリすぐ受けとめます。－を聞いて＋を知るのたぐいです。昔はこういう人がお医者さんになろうとしたのだらうなと思います。その逆の2割は、これどうにもなりません。医師国家試験に合格し、ひょっとしたら神の手と言われるぐらいの医者になるのかもしれないが、治せばいいんでしょう治せばと、言う人たちですね。じゃあ、医の倫理とか生命倫理を何のために開講しているのかというと、中間の6割の学生のためなのです。つまり、2割はほっておいてもこういう感覚を持っているし、2割はどう教えてもどうにもならないというのが私の実感です。医の倫理の講義は、6割の学生はやはり刺激を与えられて、こういうことを考えて、これはこれからの医学医療に必要なのだということ勉強してもらうことで、医の倫理のような講義は必要であると理解し、医療倫理観を磨いてくれるようになります。

ところで、今時の大学は必ず学生から授業評価を受けるようになっています。このあいだ、ついにここまで来たかとかびっくりしたのは、4回生ですが、医の倫理の授業評価に「こんな医の倫理とか生命倫理は医師国家試験の勉強の邪魔だ」と堂々と書いてくれました。生命倫理分野は医師国家試験ではいわゆる地雷問題といわれていますが、五択選択形式では生命倫理の本質を問うのはまあ難しいわけですから、設問は常識的にならざるをえないし、受験勉強も熱が入りにくい。患者さんを診るときにはこういう医の倫理の視点が必要だということは、多分医療の現場に出て患者さんの悩み苦しみにぶつからないと実感できないから無理もないなあと思いながら、でも、このような学生は後の2割のほうですから、他の6～8割の人は何とか医の倫理を学ぶことによって患者さんから信頼される医者になってほしいなと、そういう気持ちで今授業をしているところです。

また先のテーマに戻りますが、要するに「なぜ Why」という部分ですね。何で臓器移植してまで生きなければいけないのか、生きることが許されるのかということは、

医学教育では習わないし、習う必要もないわけですね、国家試験のためには。だけど、患者さんあるいは家族からそのように問われたときに何と答えるのでしょうか。これからの時代、医学を学ぶ者はこのような問題を積極的に考えていかざるを得ないのですが、国家試験には出ませんので、医学教育のなかでの位置付けはなかなか難しいところがあります。

もう一度戻りますと、患者さんの命を全体的に考える。つまり命の構造とか機能とかの国家試験に出る分野と、患者さんが生きていく意味、たとえばどんなに苦しくても自分の生きているということが家族の支えになるということも含めて、医学生はこの両方を学ぶ必要があります。特に終末期の患者さんを総合的にサポートするにはチーム医療が望ましいわけです。その医療チームで両分野が成り立つとしたら、一つには、医療者が宗教者、仏教者になる、あるいは宗教者、仏教者が勉強してお医者さんになる。つまり、一人二役ですが、これは極めて例外的かと思います。もう一つはチーム医療で医療者と宗教者仏教者が協働して、終末期患者をサポートするあり方です。日本医師会も厚労省もこのチーム医療を提案していますから、そのチーム医療の中で医療者と宗教者の協働体制を組むことが望ましいわけです。宗教者が宗教者でなければできない役割を果たせるような医療チームを組めたらと思います。そのためにお医者さんのほうにも、必要なら宗教者仏教者のサポートがあったほうが良いという理解が必要なわけです。他方、私の目から見て長倉先生のような、こういう人がお坊さんの中にごろごろいるわけではありません。やはりお坊さんも、終末期医療チームのなかで活動できる、患者さんやお医者さんから信頼されるようなお坊さんを育てる必要があります。この2つが今、この現在の日本の医学教育に必要なものでしょうか。つまり、お医者さんのほうにも意識改革が必要だし、お坊さんだっただれでも医療チームに入れるかということ、そんなことはありません。枕元で太鼓たたかれても困るわけですから、やはり終末期医療についてそれなりに勉強してもらい訓練を積んだ信頼性のあるお坊さんを、宗教者側がどうやって育てるかという問題に行き当たると思っていますね。

別な視点から申し上げます。ご承知のようにWHOは1990年、2002年に、患者さんの苦しみ悩みに関して、従来の身体的、精神的、社会的苦しみに加えて、第4にスピリチュアルな苦悩（人間として生きていくことの根本的な疑問という意味で「根源的苦悩」という訳をここしばらく使っています）を提案しました。私の理解ではこの4つは並行しているのではなくて、このスピリチュアルな苦悩は普段は表に出ない。つまり意識の深いところに潜在的にあるのですが、命のぎりぎりのところで、「私の一生は何だったのだろう」、「何のために生きているのだろう」というのが浮かび上がってきます。この上に身体的苦痛、あるいは精神的苦悩、あるいは社会的苦しみつまり経済問題とか職場の問題というのが顕在的にあるわけです。そしてこれら顕在的な悩み苦しみの背後、根底、裏側にスピリチュアルな苦悩が潜んでいるのです。

このスピリチュアルな苦悩のサポートは医学医療の視点からは難しいと思われます。スピリチュアルな苦悩は何かスピリチュアルなサポートによって対応できるのではないのでしょうか。これはちょっと唐突ですが、私ども浄土真宗からするとお念仏がそれにあたるかと思ひます。別にお念仏でなくてもいいんですが、何か宗教的なバックグラウンドがないと支えるのが難しいだろうというが私の実感です。

今少しこのテーマを続けます。先ほどのお釈迦様の言葉に戻ると、お釈迦様は生老病死、みんな命だよといひます。命というのは、我々はどこかで命があるほうが生で、命がなくなるのが死だと考えています。だから、死んで花見が咲くものかとか、命あつてのものだねとか。生きているうちが花だねという言い方をするのです。でも、お釈迦様は何故に死ぬのかという問に対して、生まれてきたからだよと答えます。だから生まれて成長する、見方を考えれば老いて、病んで死んでいくこと、これ全部が命だよということになります。その発想がないと、スピリチュアルな苦悩を支えることは非常に難しいのではないかと思ひます。お医者さんは精神的、あるいは身体的な苦悩を取り除くことはできるでしょう。しかし、生きていくことの意味は何かと問われた時に、老いて病んでいくことに否定的なのではなくて、老いていくことも病んでいくこともみんな大事なんだよ、生きていくことを大事にとひいうこと、生きていくことに意味があるなら死んでいくこともちゃんと意味があるんだよといひう、その視点を待たないと終末期の医療は難しいのではないかといひうことを学生に考えてもらっています。

我々がどこか無意識的に持っている常識的な生と死、あるいは医学上の生と死といひうのは、命があつて、死のどこかまでが医学医療の領域です。また必ず人間は死にます。そうすると、どのように想定するかは別にして死後の世界を考え、そのシンボルとして形はともかくお墓を持っています。これは東アジアにほぼ共通の考え方です。それから、東アジアの場合は、日本語で言ひうと「この世」と「あの世」といひう他界観を持っています。生きていくこの世から死んで別の世界あの世へ行くと考えます。スライドに書きましたリアリティ (reality) と、アクチュアリティ (actuality) は両方とも確実さとか確かさといひう意味です。ただし、リアリティといひうのは医学医療も含めてサイエンスや我々の五感で見たり、聞いたり、手でさわったりといひう意味での確かさであり、アクチュアリティといひうのは確かさは、例えば子どものことを思ひうて親が流す涙に込められた親の愛情であり、見たり聞いたりといひう仕方では確認できない確かさです。その涙を遠心分離機にかけたら、うその涙と本当の涙と成分が違ひうかといひうと、そんなことはないわけ、このアクチュアリティといひうのはいひうれば心で推しはかる、心で受けとめる確かさになります。死後の世界といひうのはある意味ではアクチュアリティです。心で受けとめるしかないわけですから、そこを学生に間違ひうないように、と話しています。死後の世界をじゃあ見せてくれといひうられても、見せてくれといひうのはリアリティの確かさであつて、こちらは心で受けとめる確かさです。この

二種類の確かさの特徴と区別をわきまえないと、これから死んでいこうとする患者さんを受けとめることは難しいですよと講義で話しています。

先ほどお釈迦様の話をしましたけれども、お釈迦様が説くのは、生老病死みんな命だよということです。仏教も含めインド思想では、これら生老病死、生まれて死んで、死んで生まれてのいわゆる輪廻転生するのは迷いの世界と位置付けます。迷いの世界は生と死の因果関係の世界でもあり、生まれて死んで、死んで生まれてを無限にくりかえすのです。何で死ぬの、生まれたからだよ。何で生まれたの、死ぬからだよ。インド世界では迷いの世界とともに、それを超脱した悟りの世界を考えています。インド思想の根本問題は、ここ迷いの世界からどの様にして悟りの世界へ超越するかです。超越の方法は、一つにはお釈迦様、あるいは道元禅師のように、自分の力で悟りの世界へ超越する解脱と、もう一つの方法は救済で、とても自分の力では悟りの世界へ行くことができないので、阿弥陀様に救済してもらおうという考え方です。親鸞聖人が説くお念仏、浄土の考え方はこれにあたります。

ただ気をつけてほしいのは、迷いの世界から悟りの世界へ超越することと、生まれ死ぬこととは、別の枠組みであることです。生まれたり死んだりという輪廻転生は迷いの世界内でのことです。だから、お釈迦様や道元さんのように生きている時に解説ということも可能であるし、日本の浄土教のように、死んでまた迷いの世界に生まれずに阿弥陀様の力でお浄土へ生まれ変わってください、そういう考え方もあるわけです。

さらに難しいのは、迷いの世界と悟りの世界は、ある意味では絶対的に矛盾した世界であることです。したがって両者にはまったくつながりはないのです。一階が迷いの世界で二階が悟りの世界、別々ではあるが階段で繋がっているというのでは決してありません。もしつながっているなら、迷いの世界と悟りの世界がどこかで同質になってしまいます。それでは修行も何も不必要なままで悟ることになります。そのようなことはあり得ません。それかと言って、両世界が全く隔絶しているのであれば、お釈迦様や道元さんのように、迷いの世界を超越して悟りの世界に悟入することもあり得なくなります。このように、絶対的に矛盾し隔絶した世界でありながら、迷いの世界から悟りの世界へと解脱し超脱することがありうるという不思議な構造をしています。

西田幾多郎という哲学者の思想は難解です。上記の迷いの世界と悟りの世界の構造は西田哲学風に言えば「絶対矛盾的自己同一」と表現されます。つまり迷いと悟りというのは全く矛盾した世界だけれども、何らかの意味で質的転換が起こったときに同一になり得ると言います。実は浄土思想で言うお念仏というのは、この迷いの世界にありながら仏の悟りからいただいたものでもあります。矛盾したものを含んで成り立っている世界である、そういう構造があります。宗教的な迷いと悟りという構造は実

は医療の問題を含めて日常的に生じている問題を考える場合に有効であるということも頭の片隅に置いておいてください。

具体的な話をします、例えば終末期問題ですね。終末期の患者さんが様々な治療を受けている。そうすると、ある人は、あんなにもうぼろぼろになって、あんなふうにまでして生きたくないと言う。他の人は、いや、あれはあれで精いっぱい生きている、すごいよと言う。先ほどの矛盾の話ですが、患者さんの同一の状況に相反する考え方があるわけです。この患者さんはどっちみち死ぬ、どうしても助からないと思う、でも同時に、あとわずかな時間、患者自身は何をすることができるか、家族は何をしてあげることができるかと、ものすごく揺れ動くわけですね。患者のほうから言うと、どこかでできるだけ医療を受けたいというのと、でも、もう苦しまずに静かに最期を迎えさせてよというのと、これも矛盾なのですね。同じ1人の患者さんの中で矛盾した心が揺れ動くのです。家族も、長生きしてほしい、でも、こんなに苦しんでまで生きていてほしくないよという気持ちもあります。家族もやっぱりこれも矛盾の中で揺れ動いています。お医者さんだってそうですよね。最後の最後まで何とかしてあげなくてはと思いながらも、現段階ではこれ以上もう何もすることができないというので、お医者さんも迷います。つまり、三者三様に矛盾の中で迷っているのです。

この状況をどう考えますかと学生諸君に質問すると、迷いながらあれこれ考えてくれます。今このような例を出しましたが、この問題を考えるときに大切なことの一つは、「生き抜く力」と「死に逝く力」と言いますか、特にどこかでやはり死ぬことにも意味があると受けとめる力ですね。それをどうやってお医者さんの卵にも、患者さんにも、その家族の方にも理解してもらおうか、それが課題として出てくるだろうと思うのです。別な言い方をしますと、生きていることの尊厳さと死んでいくことの尊厳さ、つまり、生き抜く力と死に逝く力、死の受容とをどのようにバランスとって患者さんに生きてもらうかが今後の1つ大きな問題になると思います。終末期医療で矛盾を抱えながら生きているという時に、です。矛盾を抱えながら、というのは、患者さんは、当然ですけど最後まで生き抜くぞという気持と、それよりも残された時間を自分らしく生きようという両者の中で、振り子のように揺れ動きます。

緩和ケアの方法がここ15~20年ぐらいの間に市民権を得てきましたが、下手すると緩和ケアのほうに傾きがちになります。緩和ケア一本槍というのは、これから10年たったら難しいだろうと、そういうことを今、医学医療の世界を見て考えているわけです。終末期医療における患者さん、その家族、お医者さんは矛盾対立する考え方のなかで迷っています。矛盾対立の中で迷うとき、我々が学生時代に習ったのは、対立項を否定し、否定の否定、つまり弁証法的に解決する方法です。しかしこの方法は日本の医療の世界の中で当てはまるのかなと私は疑問に思っています。むしろ対立項というものをそのままに受けとめることが必要ではないでしょうか。患者さんは朝

生きたいと言いながら、夜になったら呼吸するだけでくたびれてもういいわと思う。次の日になったらまた長生きしたいと揺れ動いている。その揺れ動きや迷いそのままに受け止め、対立を否定してどちらか一方を取捨選択するのではなく、そのまま受けとめるといふ、こういう考え方を我々はもう一回取り戻してもいいのではないかと考えます。これは私の勝手な考えですけれども、いわゆる弁証法的な善か悪か、生か死か、正か邪か、あるいは合理と非合理、精神と物質というふうに分けて、対立する一方を他方が否定して乗り越えていくというのではなく、日本の伝統的思考法の中には、これら矛盾対立しているものを 1 つの同一体の中で受けとめていくことではないでしょうか。つまり、根本に潜んでいる矛盾とか対立とか撞着こそが次に生きていく力を生み出す、あるいは何かの発動力を生み出すのだという考え方ではないでしょうか。

先ほどの西田幾多郎は、絶対矛盾の自己同一とか正と負の逆対応という言い方をします。これは日本では対立したまま、先ほどの患者さんで言えば、長生きしたい死にたくないというのと、そんなに長生きしなくていいから残された時間を精いっぱい自分なりにというのと、それを 1 人の患者さんが自分の中に両方抱えているわけですから。それをそのまま受けとめるといふ、そういう考え方があってもいいのではないのでしょうか。ご存知かと思いますが、明治の清沢満之という方は、浄土真宗のお坊さんですが、自分は「消極」主義だと言っていますね。つまり、この矛盾した 2 つの極を消すという意味で消極だと言います。終末期の生き方で、最後の最後まで生きるんだというのと、いや、寿命は短くなってもいいから残された時間を自分なりにという、そのどちらかでなければいけないのではなくて、どちらかという対立を消す、その矛盾対立した中で迷いながら患者さんもお医者さんも生きている、その事実をそのままに受け止めるという考え方があってもいいのではないかと。この思考法は、特に西田幾多郎や清沢満之の明治時代になって出てきたのではなくて、日本の伝統的思考法の 1 つであると思うわけです。またこの考え方を支えているのは、仏教でいう「空性、ゼロ」の思想であろうと思います。あるいは両者は通底していると言えましょう。

それでは、仏教で言う「空性、ゼロ」とは何か。誤解を恐れずに簡略に申し上げますが、たとえば有と無という対立矛盾概念、ものがあるのとないのと、です。この両者を成り立たしめているのが「空性、ゼロ」なのです。空とは数字の「0」です。例えば今年 2012 の「0」、ここに数字が有るかということ、無い。無いなら取ってしまうと「2 12」、間の抜けた「2」「12」、取ってしまったら 2012 にならない。有るかといったら無いのだけど、無いかといったら有るのです。

おわかりになりますでしょうか。有るかといえば無いのだけど、無いかといえば有る、その有る無いという矛盾概念を支えている、西田幾多郎で言う「場」が「空」なのです。空すなわち「0」の上に 1 から 9 までの数字が有ったり無かったりする。そ

の無いということが有ること（無の有）を示すのが「0」なのです。だから、先ほどの終末期医療のテーマに戻りますが、いろいろな苦悩やら矛盾した思いを抱えながら患者さんもお家族もお医者さんも生きています。矛盾した思いそのままでもいいのですよ、かまわないのですよ、という空の場が根底にあるから、二極の矛盾や対立をそのまま抱き抱えるという、そういう考え方が成り立つのです。その根底から包み込んでくれるのが空であったりお念仏であったりということになる。そうすると、患者さんの矛盾した思い迷いをそのまま引き受ける、そのためにやはりチーム医療の中に、そのことがわかってくれる、あるいは患者さんにわかってもらえる宗教者、お坊さんがいたほうが、時と場合によってはいいのではないか。そういうことを考えて医学部の学生に、こういう考え方もあるよということ講義の中で伝えているわけです。

戻りますと、矛盾を矛盾として否定し、否定の否定を重ねて何か解決するのではなくて、そのままいいんだよ。どっちみち人間、そうやって矛盾しながら生きていたいと思ったり、もう死んでもいいやと思ったりしながら生きていますから。それはインド思想からすると、実はこの矛盾を成り立たしめているもう一つ大きな世界が根底にあって成り立っていることになります。それが仏さんの世界であったり、空という言い方をしたり、あるいはお念仏という言い方をするわけですね。だから、命のぎりぎりまでどんな手術でも受けて最後まで頑張って生き抜こうという生き方も、終末期の緩和ケアのように苦しみだけ取ってくれたらもういい、それで命が縮まってもかまわないという生き方も、その両方ともあり得るのです。このように、終末期の場合には1人の人間の中にもっと生きていたいという気持ちと、もう死んでもいいだろうという気持ちが繰り返しあらわれてくるわけです。

ご承知のように、これまでは1分1秒でも長生きさせる、それが医療の役割であるという考え方でした。それが緩和医療の考えとともに、患者さんのQOL重視に変わってきています。いわば長生きという「量」から生き方の内容「質」への否定・転換です。結構なことだと思います。ただ注意しなければならないのは患者さんやご家族は、繰り返しますが、「量」と「質」の両者が矛盾対立し迷いながら揺れ動いていることです。矛盾対立を否定するのも一つの方法ですが、矛盾対立をそのまま受け止めるという方法を見直しても良いのではないのでしょうか。1人の人間の中に矛盾があって、矛盾があるからこそ次の活動力を生み出せるという、そういう思考方法をも視野に入れる必要があるかと思います。

先ほど申し上げましたが、それを近代の場合、清沢満之とか西田幾多郎が言い、仏教で言うと空の世界とかお念仏というのはそれを伝えているということです。このような思想のバックグラウンドも、医学医療者にもう少し理解してもらえれば有り難いと思います。わかりやすく言うと、終末期の患者さんが抱える矛盾対立を、患者さん自身も家族もお医者さんもそのまま受けとめて、こうじゃなければだめとか言うので

はなくて、たとえば空であったりお念仏であったり、道元流に言うただ座禅するという、そういう世界の中で矛盾を全部受けとめるという、より根源的な思考法をもう一度見直す必要があるのではないかと思います。

終末期に関して私どもはよく言うのですけれども、「にもかかわらず生き抜く、にもかかわらず死に逝く」ことの大切さを強調します。「にもかかわらず死に逝く」というのは、例えばこういう治療を受けて、先ほど胃瘻の話がでましたが、こういうふうになればもう少し、もう 1 週間長生きできるかも知れない。でも、もういいよと言ってその治療を受けずに死んで逝くことは、それはそれで意味がある。でも、いや、自分はこの孫が今度小学校に入るまで生きたいから、胃瘻だろうが何だろうがチューブでぐるぐる巻きになっても何としても生き続けたいというのも、これはこれでやはり意味があると思います。こういう矛盾対立のどちらかではないとだめだということではなくて、両者の対立をそのままに受けとめる医療者、宗教者の育成がこれからの課題として出てくるのではないかと思いますし、患者にとってもベターな生き方になるのではないかと思います。

最後に滋賀医科大学での私の講義について申し上げます。滋賀医科大学では「患者さんの全人的サポートができる医療者の育成」をうたい文句にしています。「全人的」をこれまで申し上げました、患者さんの命の構造・機能と生きる意味との両方を理解できる医療者の育成と受け止め、次のような終末期医療の合同講義を実験的に展開しています。繰り返しますが終末期の医療にはチーム医療が望ましい。そのチームに必要に応じてお坊さん僧侶が加わって当然という医療者の意識改革が求められる。同時に医療チームで患者さんやお医者さんや看護師さんあるいはご家族から信頼される長倉さんのような僧侶を育成する必要がある。この二つの課題は同時に解決し実践したほうが効率的であろうというのが私の発想です。具体的には「医の倫理 III」（2011 年度は 10 月 17 日、13:00-17:50）に、1) 受講生である医学科・看護学科の 4 回生と看護学科の院生、さらに 2) 大学外部から緩和医療に関わるあるいは関心のある全国のお坊さん（さきほど長倉さんが「ビハーラ」活動についてお話されましたが、そのビハーラ活動に関わっている僧侶）と他大学の研究者、3) 大学内の関連教室の先生方とソーシャルワーカーなど滋賀医科大学病院の関係者に出席をお願いしています。講師はここにおられる長倉先生とこの早島です。滋賀医科大学はいうまでもなく国立大学ですが、そこに宗派を問わず全国からビハーラ活動に志のある僧侶に来てもらうわけです。来てもらうといっても私はお金がありませんから、当然のことながら皆さん手弁当でお願いしています。この講義のネットワークに 50~70 人ぐらいいて、毎年 30 人前後の方が自腹を切って来てくれます。おそらく全国の国立の医学部でこのような試みをしているところはないと思います。

講義の中で特にお坊さんですが、医療チームの中に入ったときに、患者さんやお医

者さんや看護師さん、あるいは家族から信頼されるお坊さんになるというのはどういうことかを、この合同講義に出席して討論や意見交換して考えてもらいます。お医者さんや看護師さんの卵には、あなた方が一人前になったときに必要に応じてチーム医療にお坊さんが、あるいは牧師さんでも構わないのですが、加わって当然という、そういう意識改革をして下さいとお願いするわけです。このように国立大学医学部の講義に特定の宗派の坊さんが参加することに難色を示す人がいるかも知れません。しかし有り難いことに受講した学生の評価も高く、滋賀医大当局の理解も得ることが出来て、私がこの大学に赴任して来たときの1年生が3年生になったときからやっていますのでもう今年で9年間になります。こういう形で継続しています。

講義内容ですが、お医者さん・看護師さんの卵と、ビハーラ活動に関わる僧侶と、病院の関係者が同一の講義に参加、長倉さんが緩和医療の問題と具体的症例を説明しさらに、講義内容にそったテーマを提示してもらいます。例えば若い看護師さんが余命いくばくもないと言われている患者さんに「お姉ちゃん、火葬場で焼かれたら熱いだろうな」と言われたとき、どう答えるかを考えてもらいます。熱いだろうなと問われたときに、あなた方はどのように答えることができますか。「もう死んでいるから、そんなもの熱いもくそもないわ」と言ったのでは医療者失格です。このことばを通じて患者さんが訴えたかった内容を読み取ることが重要です。長倉さんの実経験に基づく具体的な状況を設定した上で、お医者さんの卵と看護師さんの卵とビハーラの僧侶や病院関係者、それぞれ立場が異なり、同じく命を大事にと、生とか死という言葉を使いながら、それを考える視点が異なるとどのような回答がありうるか、その回答が患者さんにどのように響くかを考えてもらいます。

確認しますが何のために医療者と宗教者が協働で活動するかといえば、もちろん患者さんを全人的にサポートするためです。そういう考えをもったお医者さん看護師さんが、今はタマゴですが、医療の現場で中堅になった時に、少しは終末期医療の雰囲気が変わるかなということを楽しんでいます。

以上で私の話は終わります。ご静聴ありがとうございました。

附 論 終末期対応と看取りの国際比較（文献調査）

英国には手厚い在宅サービスがあるにもかかわらず在宅での死亡が減少しており、特に非がん患者において在宅で死亡する割合の低下が著しい（文献3）。オランダの在宅の緩和ケアでは複数の家庭医による協働、医療専門職（訪問看護師、理学療法士など）やソーシャルワーカーなどと連携をするグループ診療が増加している（文献5）。ドイツでは終末期ケアの在宅サービスが急速に増大している。実際に在宅での看取りのサポートを行うのはボランティアである。入所型の方が社会的認知度は高いので、連邦ホスピス協会やドイツ赤十字などが在宅の緩和ケアのPRに努めている（文献7）。

米国の高齢者居住系施設は、外部サービスを積極的に活用してホスピスに対応している（文献2）。オーストラリアの急性期病院には、緩和ケア専門医、看護師などで構成されるコンサルテーションチームがあり、GP や訪問看護師と連携をとって在宅患者の状態を把握し継続して介入を行う（文献6）。フランスの病院では、専門病床である終末期ケアユニット（USP）、状況に応じて利用される終末期ケア認定病床（LISP）という2種類の終末期ケア病床がある（文献8）。

フランス尊厳死法（レオネッティ法）では、次の5つの条件が認められるときに尊厳死が認められる。(1)医師団による合議、(2)患者の意思の繰り返しの表明、(3)治療の中止または中断の結果の告知、(4)信頼できる相談人からの意見聴取、(5)事前指示書（リビング・ウィル）の参照（文献4）。シンガポールに本拠を置くリエン財団が、日本を含む40か国を対象として終末期医療の国際比較を行った結果、事前指示は半数以上の国で法制化されていた（文献9）。日本では事前指示は法制化されていないので、法に抵触しない方法で延命治療を中止することは困難であり、ガイドラインによる対処には限界がある（文献1）。

◆ 文献一覧 ◆

No.	著者名	タイトル
文献1	池上 直己	終末期医療のガイドライン
文献2	岡村 世里奈	米国の高齢者居住系施設における終末期ケア保障に関する一考察
文献3	加藤 恒夫	イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状
文献4	鈴木 尊紘	フランスにおける尊厳死法制
文献5	廣瀬 真理子	オランダにおける終末期ケアの現状と課題
文献6	福田 裕子	オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題
文献7	藤本 健太郎	ドイツにおける終末期ケア
文献8	松田 晋哉	フランスにおける終末期ケアの現状と課題
文献9	David Prail 他	終末期医療の国際比較

<文献1>

著者名	池上 直己
タイトル	終末期医療のガイドライン
雑誌名等	総合臨牀 2010 (Vol.59) 増刊
内 容	<p>◇次の4つの終末期ガイドラインを比較している。</p> <p>①「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」 (厚生労働省、2007)</p> <p>②「救急医療における終末期医療に関する提言」 (日本救急医学会、2007)</p> <p>③「終末期医療に関するガイドラインについて」 (日本医師会、2008)</p> <p>④「終末期医療に関するガイドライン」 (全日本病院協会、2009)</p> <p>◇本人が判断できる、あるいは家族が本人意思を推定できる場合は、いずれの終末期ガイドラインも医療ケアチームの構成員の意見が一致すれば治療中止・不開始を決断できるとしている。しかし、家族が本人意思を推定できない場合、家族の意見が一致しない場合、あるいは家族がいない場合の対応には相違がみられる。</p> <p>◇事前指示が法制化されていない現状では、法に抵触しない方法で延命治療を中止することは困難であり、ガイドラインによる対処には限界がある。</p> <p>◇現行制度下で医師として取るべき対応（著者の考え）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 死期を早めるような対応を行わない ・ 治療の中止、不開始を一人で判断しない ・ 本人や家族に予後、およびその意味を十分説明する ・ 決定のプロセスを文書化しておく

<文献2>

著者名	岡村 世里奈
タイトル	米国の高齢者居住系施設における終末期ケア保障に関する一考察 (2010)
雑誌名等	上智法学論集 第53巻4号
内 容	<p>◇米国では、1982年に税制均衡財政責任法が制定され、メディケアのパートAにホスピス給付が導入された。回復の見込みがない疾患により余命6か月以内と診断された者がホスピス給付を受けることができるが、受給している間は当該疾患について治療を目的とした給付を受けることができなくなる。</p> <p>◇ホスピス給付のケア提供形態は、「定期訪問ケア」、「継続訪問ケア」、「一般入院（入所）療養ケア」の3つである。</p> <p>◇「定期訪問ケア」とは、ホスピス給付の基本的なケア提供形態であり、ホスピス事業者が定期的に自宅等を訪問して必要なサービスを提供するものである。</p> <p>◇「継続訪問ケア」とは、通常の定期訪問ケアでは不十分と判断された場合に、看護師もしくはホームヘルスエイドが1日最低8時間から最長24時間留まって、状態が安定するまで必要なケアを提供するものである。</p> <p>◇「一般入院（入所）療養ケア」とは、症状が深刻なために病院や介護施設に入院（入所）させて疼痛コントロール等の必要なケアを提供するものであり、1回当たりのケアは原則5日以内とされており、症状が安定すれば退院（退所）しなければならない。</p> <p>◇末期がん以外の高齢者によるホスピス給付の利用が増加しており、ホスピス給付受給者の原因疾患をみると、1998年時点では癌患者の割合が52.8%であったが、2008年時点では31.1%に減少している。</p> <p>◇ホスピス給付では、外部サービスを整備して積極的に活用しているため、高齢者居住系施設の人員配置を手厚くして対応する必要はなく、「必要な時に必要なだけ」のサービスを外部から投入している。</p>

<文献3>

著者名	加藤 恒夫
タイトル	イギリスにおける終末期ケアの歴史と現状
雑誌名等	海外社会保障研究 Autumn2009No.168
内 容	<p>◇Higginsonらの調査によると、自宅での死亡は、1974年には31.1%であったものが2003年には18.1%に減少している。そのうち、非がん患者の自宅での死亡は31.0%から16.7%に減少し、がん患者では31.2%から22.1%に減少した。英国には手厚い在宅サービスがあるにもかかわらず在宅での死亡が減少している実態がある。</p> <p>◇1995年にExpert Advisory Board Group on Cancerの最終レポートが発表され社会的な注目を集めた。</p> <p><レポートの要点></p> <ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアがすべての医療における共通の基礎的な技能や知識となるように各職種の教育を充実する。 ・地域社会の非営利民間団体との協力関係を強化する。 ・非営利民間団体との協力のもとに、治療期から終末期にいたる切れ目のないケアを提供する。 ・看護師の教育機会の強化とそれに基づく権限を拡大し、現場に近いところで患者の視点に立った質の高いケアを提供することができるよう工夫する。 <p>◇少子高齢化時代を迎え、死亡者数が急激に増加する日本にとって、プライマリケアを重視してサービスを多様化してきた英国の緩和ケアの歴史的足取りは、社会保障政策を考える上で示唆に富んでいる。</p>

<文献4>

著者名	鈴木 尊紘
タイトル	フランスにおける尊厳死法制
雑誌名等	外国の立法 235号 (2008.3)
内 容	<p>◇1999年6月9日の法律の第1条には、「あらゆる患者は、病状により必要とされる場合には、緩和医療と看取りへアクセスする権利を持つ」ことが明示されている。この法律は緩和医療を定義しており、緩和医療によって、人間の尊厳を保ちながら死にゆくことができる権利を患者に与える、フランスで初めての法律である。</p> <p>◇2002年3月4日の法律は、通称、クシュネル法と呼ばれる。この法律の第6条には、あらゆる患者が必要な情報を与えられる権利を有すること、すなわち、徹底したインフォームド・コンセントを受けることができることを明記した上で、患者は自らの健康に関する決定を行うことができることを規定している。つまり、医師は、治療の選択の結果がどのようになるかを知らせた上で、患者の決定を尊重しなければならないことが明示されている。同時に、治療の拒否が生命に危険を及ぼす場合には、必要な治療を受けるように医師が説得をしなければならないことが規定されている。</p> <p>◇フランス尊厳死法は、レオネッティ議員がイニシアチブをとり提出された議員提出法案であり、2005年4月22日に大統領の審署を経て、翌日交付された。フランス尊厳死法の特徴は、オランダやベルギーの安楽死法と異なり、積極的安楽死を認めないということである。延命医療を中止して、緩和医療へ移行することによって死期を結果的に早めるという消極的安楽死のみがフランスでは認められている。</p> <p>◇フランス尊厳死法は、第1条において非理性的なまでに執拗に、無益な治療を継続し、死にゆく者の尊厳を尊重しない医療態度を拒否することを明確に述べている。そして、次の5つの要件が満たされるときに尊厳死が認められる。(1)医師団による合議、(2)患者の意思の繰り返しの表明、(3)治療の中止または中断の結果の告知、(4)信頼できる相談人からの意見聴取、(5)事前指示書(リビング・ウィル)の参照である。</p>

<文献5>

著者名	廣瀬 真理子
タイトル	オランダにおける終末期ケアの現状と課題
雑誌名等	海外社会保障研究 Autumn2009No.168
内 容	<p>◇オランダのナーシングホームは慢性疾患患者を対象として、24 時間介護に対応する施設であり、医療機関として位置づけられており、ナーシングホーム専門医が常駐している。ナーシングホームのなかで終末期ケアに対応する場合は「緩和ケアユニット」や「ホスピスユニット」という特別な名称がつけられている。2009 年現在、緩和ケアユニットを併設するナーシングホームは 92 施設（387 床）である。</p> <p>◇高齢者ホームは 65 歳以上の人を対象とした介護サービス付きの施設である。高齢者ホームにおける医療サービスは、最終的には家庭医の責任で提供される。そのほか看護師や介護士がボランティアとともに日常的なケアを提供する。2009 年現在、緩和ケアユニットを併設する高齢者ホームは 48 カ所（115 床）である。</p> <p>◇独立専門ホスピスは、主に自宅での治療が難しくなった患者を対象としている。複合的な疾患など重症の患者のみを受け入れるホスピスもあれば、それほど問題が深刻でない患者を受け入れているところもある。2009 年現在、独立専門ホスピスは 46 カ所（266 床）である。</p> <p>◇ホスピスハウスは、介護技術を有するボランティアにより地域のなかで民間住宅などを利用して運営される小規模（1～6 床）なホスピスである。医療は、患者が契約を結んでいる家庭医や訪問看護師などの専門スタッフにより提供される。2009 年現在、ホスピスハウスは 52 カ所（181 床）である。</p> <p>◇オランダの家庭医は、在宅での緩和ケアの中心的担い手であるが、疼痛治療やその他の症状に対応するだけでなく、患者とその家族の精神面のサポートに重要な役割を果たしている。最近では複数の家庭医による協働や、ほかの医療専門職（訪問看護師、理学療法士、薬剤師など）やホームヘルパー、ソーシャルワーカーなどとの連携をはかりながらのグループ診療が増加している。</p>

<文献6>

著者名	福田 裕子
タイトル	オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題
雑誌名等	海外社会保障研究 Autumn2009No.168
内 容	<p>◇オーストラリアの緩和ケア病棟の平均在院日数は、公立病院で 12.8 日、私立病院で 10.7 日であり、多くの人は最後の時間を可能なかぎり自宅ですごしている。</p> <p>◇オーストラリアの緩和ケアは、在宅緩和ケアを中心に、治療の見込みのない疾患を持つすべての人が、シームレスに緩和ケアを受けられることを目指している。そのため、都市部では、在宅緩和ケアサービス、入院緩和ケア施設、急性期ケアと急性期病院における緩和ケアコンサルタントチームが連携をとり合い、適切な療養環境へのスムーズな移行を支援するためのシステムが構築されている。</p> <p>◇緩和ケア病棟への入院の理由は、①プライマリケア提供者ではコントロールできない複雑な症状がある、②急性期病院から自宅へ移行するための準備期間が必要である、③何らかの理由で自宅や介護施設で最期を迎えられない、④レスパイトケアが必要である - の 4 つに分けられる。</p> <p>◇急性期病院には、緩和ケア専門医、看護師、ソーシャルワーカーなどで構成されるコンサルテーションチームがあり、訪問看護師や GP との連携をとって在宅患者の状態を把握し継続して介入を行う。在宅での症状コントロールが困難になった場合などは、コンサルテーションチームがパイプ役となり緩和ケア病棟などへの入院となる。</p> <p>◇コミュニティ緩和ケアを受ける場所として、主に在宅と介護施設があり、プライマリケア提供者（GP、訪問看護師等）が主体となって緩和ケアを行っている。在宅では、訪問看護師が日常ケアを行い、在宅で薬剤の処方や診察を行う GP と連携をとっている。急性期病院のコンサルテーションチームは、訪問看護師・GP と連携をとり、24 時間体制で患者の状態を把握し継続して介入を行う。在宅での症状コントロールが困難になった場合、あるいは他の理由で在宅療養ができなくなった場合には緩和ケア病棟への入院となる。</p>

<文献7>

著者名	藤本 健太郎
タイトル	ドイツにおける終末期ケア
雑誌名等	海外社会保障研究 Autumn2009No.168
内 容	<p>◇ドイツでは、老後生活の過ごし方として、可能な限り住み慣れた場所で老いることが重視されている。ドイツの介護保険制度においては、在宅サービスが入所サービスよりも優先することが原則であり、社会法典第11章（法定介護保険）の条文にも明記されている。</p> <p>◇ドイツでは、ホスピス施設と緩和ケア施設の整備が急速に進んでいる。ホスピス施設は1996年には30施設であったが、2008年には162施設になった。緩和ケア施設は1996年には28施設であったが、2008年には166施設になった。</p> <p>◇終末期ケアの在宅サービスも急速に増大しつつあり、在宅ホスピスステーションは1996年には451施設であったが、2008年には1500施設になった。ホスピス活動においては多くのボランティアが活動しており、ドイツホスピス・緩和ケア連盟によれば、ホスピス活動を行うボランティアの数は約8万人である。</p> <p>◇ドイツでの在宅ホスピスの考え方は、死への助けではなく、生に寄り添うことである。在宅ホスピスの対象となるのは死期が近づいた人であるが、残された人生をいかに生きるかということが重視される。</p> <p>◇実際に在宅での看取りのサポートを行うのはボランティアであり、ボランティアになるためには特に要件はないが、人柄の良さが重要である。ボランティアになってくれる人を探し出すのは在宅ホスピスステーションの常勤職員の役割である。ボランティアは、活動を始める前に研修を受けている。</p> <p>◇ドイツでもホスピスといえば、入所型の方が社会的認知度は高い。連邦ホスピス協会は、自宅における緩和ケアについてのパンフレットを作成しており、ドイツ赤十字も在宅ホスピス活動の内容を紹介するリーフレットを作成してPRに努めている。</p>

<文献8>

著者名	松田 晋哉
タイトル	フランスにおける終末期ケアの現状と課題
雑誌名等	海外社会保障研究 Autumn2009No.168
内 容	<p>◇フランスにおける終末期ケアのインフラとしては、病院における終末期ケア病床、終末期ケアチーム、在宅ケアを支える在宅入院制度、終末期ネットワークがある。</p> <p>◇病院における終末期ケアは、急性期、亜急性期、慢性期のいずれの施設においても行われている。各施設には終末期ケア病床が用意されており、終末期ケア病床には2種類あり、1つは専門病床である終末期ケアユニット（USP）、もう1つは状況に応じて終末期ケア病床として利用される終末期ケア認定病床（LISP）である。</p> <p>◇在宅入院制度は1970年に導入された。在宅入院の病床数は、地方医療計画（SROS）によって規定されている。在宅入院のサービスは、担当医師、看護師、理学療法士、作業療法士、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど他職種から構成された在宅入院組織が提供しており、多くの場合は病院に属している。</p> <p>◇フランスでは、24時間365日体制で在宅患者を支える開業看護師が調整役として機能することで、終末期ケアを含む在宅医療が支えられている。医師の包括的処方せんに基づいて在宅患者の看護ケアを行っているという点において、わが国の訪問看護ステーションのもつ機能と類似しているが、フランスの開業看護師はより大きな裁量権と自由度があり、在宅終末期ケアで果たしている役割が非常に大きい。</p> <p>◇レオネッティ法（2005年制定）では、治療が望めない終末期の病状にある患者およびその後見人が治療の中止を求めた場合、医師はその結果を十分説明する義務があり、その上で患者がそれを望むのであれば、一定期間の後に治療を中止することができること、そしてその経緯をカルテに記録すること、尊厳死を求められた医師が判断に迷う時には他の医師団の意見を聞くこと等の手続きが示されている。</p>

<文献9>

著者名	David Prail 他
タイトル	終末期医療の国際比較
雑誌名等	医と食 Vol.2 No.5
内 容	<p>◇シンガポールに本拠を置くリエン財団が、日本を含む 40 か国を対象として終末期医療の国際比較を行った。</p> <p>◇この財団の Economist Intelligence Unit が諮問を受け、世界の専門家にインタビューして QOD (Quality of Death) の指標を作った。</p> <p>◇安楽死は 2002 年にオランダ、ベルギー、ルクセンブルグで立法化された。米国オレゴン州では 1997 年に尊厳死法が通り、医師の処方での自死が可能となった。しかし、条件は厳しく 2008 年現在で 60 人が認められたにすぎない。</p> <p>◇リビング・ウィルと DNR (Do-Not-Resuscitate) の法制化は、調査した国の半数以上で法制化されている。しかしその内容にはばらつきがある。</p> <p>◇英国では、ホスピスや終末期介護施設が整備されることによって、入院や救急入院の医療費が大幅に減ってきた。スペインでは病院治療を保存的介護に変え、在宅医療を増やし、救急医療を減らすことで医療費を削減できた。しかし、がん患者に比べると、非がん患者の介護期間は長くなりがちであり、コストがかかることが多い。在宅介護などを充実させ、QOL を保つとともに数か月の入院ですむようにするのが望ましい。そのためには、十分な人材を育成する必要がある。</p>

5. まとめ・提言

本調査では、終末期の対応と看取りの実態を把握するためにアンケート調査を実施した。アンケート調査の対象施設は、病院、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型老人保健施設、グループホーム、訪問看護ステーションである。

アンケート調査票は施設票、職員票、家族票の3種類あり、施設票の回収率は27%、職員票の回収率は22%、家族票の回収率は15%であった。

平成22年10月1日～平成23年9月30日までの1年間に、施設内での死亡者数を調査した結果、病院の100床当たりの年間死亡者数は、一般病床100%病院が80人、療養病床100%病院が45人、ケアミックス病院が69人であった。介護保険施設等の定員100人当たりの年間死亡者数は、介護老人福祉施設が13人、介護老人保健施設が5人、介護療養型老人保健施設が18人、そしてグループホームが5人であった。また、訪問看護ステーションの利用者100人当たりの年間死亡者数は、介護保険利用者が9人、医療保険利用者が26人であった。

病院内での死亡者数を死亡までの期間別にみると、一般病床では26%が入院から7日以内に死亡しており、87%が90日以内に死亡していた。医療療養病床では41%が90日以内に死亡しており、26%が366日以上経過した後で死亡していた。また、介護療養病床では24%が90日以内に死亡しており、52%が366日以上経過した後で死亡していた。

終末期ガイドラインがあった方がいいとの回答が7割程度あったが、利用している終末期ガイドラインがないとの回答も6割程度あり、必要性の認識と実際の利用状況にギャップがみられた。

終末期ガイドラインに明記されるべき事項として「本人の意思確認ができない場合の対応」が、施設と職員に共通して最も多くあげられており、施設では82%、職員では65%であった。施設で2番目に多かったのが「終末期の定義」の79%であり、職員で2番目に多かったのが「本人の意思確認の方法」の51%であった。

介護保険施設等での看取りでは、24時間・365日対応できる医療機関との連携により安心感が増して円滑に取り組めると考えられるが、24時間・365日対応できる医療機関と連携したいができないと回答した施設が6%から13%であった。

看取りを行うにあたっての問題として、経験のある職員の42%が「本人の意思確認が困難・不十分」をあげているが、経験のない職員では30%と12ポイント低くなっていた。一方、経験のない職員の43%が「適切な方法が分からない」をあげているが、経験のある職員では14%と29ポイント低くなっているなど、経験の有無による問題意識の違いが明らかとなった。

また、よりよい終末期の対応や看取りを行うために必要な取り組みとして職員があげたものは、「緩和ケアや看取りに関する教育・研修の充実」の69%が最も高く、次いで「本人・家族への相談体制の充実」の50%、「緩和ケアに関わる医療従事者の確保」の46%であった。

家族の70%は「リビング・ウィル」という言葉を聞いた事がなかった。また言葉を聞いた事があるが意味は知らなかった家族が17%であり、「リビング・ウィル」の認知度は低いといえる。

家族票と施設票を結合したデータを集計したところ、主な疾患が癌(がん)の場合、終末期についての家族の認識と施設側の認識はほぼ一致していた。癌(がん)以外の場合、家族が終末期だと思うケースの59%で施設側は終末期だと思っていなかった。慢性期の疾患において終末期の判断が難しくなることが、この結果からもうかがえる。

また「終末期だと思わない」という判断は、家族と施設側でほぼ一致していることから、慢性期疾患では、家族の方が施設側よりも早い段階で終末期だと判断する傾向にあると考えられる。

本人が望む最期を迎える場所は、いずれの施設区分においても「自宅」との回答が最も多くなっていた。また本人が病院や施設にいる場合、4割程度がいまいる場所で最期を迎えることを望んでいた。

平成22年の人口動態統計(厚生労働省)をみると、85%が病院を含む施設内で死亡しており、自宅での死亡は13%であった。過去10年以上にわたって、病院や介護保険施設等での死亡が8割を超えている。自宅で最期を迎えることを希望する人が最も多いにもかかわらず、自宅での死亡割合が増える兆しはみえない。

< 提 言 >

アンケート調査結果、グループインタビュー、及び有識者講義の内容を踏まえ、本調査の委員会がとりまとめた提言を以下に示す。

◆ 終末期ガイドラインのあり方

アンケート調査の施設票と職員票の共通設問である、終末期ガイドラインに明記すべき事項の上位 5 項目は一致しており、①本人の意思確認ができない場合の対応、②終末期の定義、③終末期の決定プロセス、④本人の意思確認の方法、⑤外部医療機関等との連携 - であった。平成 21 年 5 月に（社）全日本病院協会は「終末期医療に関するガイドライン ～よりよい終末期を迎えるために～」(以下、「全日病の終末期ガイドライン」と略記する)をとりまとめており、上記の事項①～④に係る方針が示されていることから、実効性が高いガイドラインであることを確認できた。

しかしながら、全日病の終末期ガイドラインを利用している施設は、病院が 2.9%、介護保険施設が 0.6%、グループホームが 0.5%、訪問看護ステーションが 0.3% であり、ほとんど利用されていなかった。他のガイドラインも利用されている頻度は低くガイドラインの普及・宣伝が必要である。また理解され良い様な記述方法も考える必要がある。

また、当該施設で作成したガイドラインを利用している割合が最も高く、病院が 16%、介護保険施設が 41%、グループホームが 41%、訪問看護ステーションが 18%となっていた。基本的にはガイドラインは統一したものであるべきだが、現状は施設独自の物が多く使用されており、統一・普及に向けての取り組みが必要である。今後の医療介護連携も考えた場合、終末期医療の方針決定や事前指示（リビング・ウィル）等については各施設共通のフローチャートや記載方法が必要であり、細かな点に関しては使い良い様に施設毎の裁量に任せるのが適当である。

◆ 終末期に係る法律の整備

すでに尊厳死法や事前指示（リビング・ウィル）を法制化した国が 20 か国以上あるなか、わが国では尊厳死や事前指示に係る法律は整備されていない。

全日病の終末期ガイドラインで指摘している通り、終末期の対応や理想の看取りについての実態を踏まえれば、終末期に係る現状を十分に吟味して関係法律の整備が必要である。

◆ 自宅での看取りのサポート

自宅で最期を迎えることを望む人が最も多いが、実際には病院や施設で最期を迎える割合の方が高くなっている。終末期対応や看取り等に取り組んでいる中小民間病院や在宅療養支援診療所などが中心となって、日常的な医療・ケアニーズに対応するとともに、緊急時のゲートキーパーの役割を果たすことが、本人の希望通りに在宅での看取りを行うために必要になるであろう。

◆ リビング・ウィルの普及

リビング・ウィルという言葉を知った事がないと回答した家族は 7 割程度あり、言葉を知った事がある人の半数程度は意味を知らなかったと回答している。

リビング・ウィルの内容の確認方法として、最も多かったのが「意向を聞き取り記録する」であった。病院では 44%、介護保険施設では 35%、グループホームでは 34%、訪問看護ステーションでは 59%が、「意向を聞き取り記録する」ことでリビング・ウィルの内容を確認している。

終末期ガイドラインで、事前指示（リビング・ウィル）を聞き取り記録するプロセスや方針を示すことが考えられる。その際、以下の点に留意すべきである。

- ①判断能力はあるが決断できない場合について対応方法を提示する。
- ②認知症等で本人の判断能力がなくても決定に関与させる方法を提示する。
- ③家族・信頼できる相談人などの決定への関わり方を明確にする。

すでに行われている情報提供や意思確認の仕組みを活用して、リビング・ウィルを普及していくことで、一般の人々の認知度が高まると考えられる。

◆ 教育・研修・連携の充実

医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるとともに、医療・ケア提供者への研修を充実させることが必要である。

また、24 時間・365 日対応できる医療機関との連携が進んでいるが、連携を望んでいても連携できない施設が 1 割程度あるので、一層の充実が必要である。

今後前回提言した、認知症問題、胃瘻の問題を含めて関係者だけでなく広く国民的議論を進めより一層の理解を深める必要がある。

附録 アンケート調査票

以下にアンケート調査票を示す。調査票は施設票、職員票、家族票の3種類あり、施設区分ごとに調査票を作成した。病院以外の施設区分では、設問内容と構成が同じであることから、介護老人福祉施設向けの調査票（付録Aの目次では”介護保険施設等”としている）のみを示している。

附録Aの目次

1. 施設票.....	280
1. 1 病院（介護療養型医療施設を含む）	280
1. 2 介護保険施設等（介護療養型老健を含む）	287
2. 職員票.....	294
3. 1 病院（介護療養型医療施設を含む）	294
3. 2 介護保険施設等（介護療養型老健を含む）	298
3. 家族票.....	302
3. 1 病院（介護療養型医療施設を含む）	302
3. 2 介護保険施設等（介護療養型老健を含む）	306

終末期の対応と理想の看取りに関する実態調査

＝ 施設票・病院 ＝

問合せフリーダイヤル:****-****-**** (受付:平日の**:**~**:**)

(提出期限 平成**年**月**日)

(宛名ラベル貼付位置)

病院名			
記入者氏名		部署名	
連絡先	電話番号		
	FAX 番号		
	e-mail		

社団法人 全日本病院協会

問1. 開設者（平成23年10月1日現在、該当する1つの番号に○）

1 国立（独立行政法人含む）	2 公立	3 公的	4 社会保険関係
5 医療法人	6 個人	7 その他の法人	

問2. 許可病床数（平成23年10月1日現在）

一般病床	療養病床			精神病床	結核病床及び 感染症病床
		(うち)医療保険	(うち)介護保険		
床	床	床	床	床	床

問3. 入院患者数（平成23年10月1日現在）

一般病床	療養病床			精神病床	結核病床及び 感染症病床
		(うち)医療保険	(うち)介護保険		
人	人	人	人	人	人

問4. 主要死因別の年間の死亡者数（平成22年10月1日～平成23年9月30日）

※病院内で死亡した方のみをご記入ください。（問5も同様）

	一般病床	療養病床 (医療保険)	療養病床 (介護保険)	その他の病床 (精神・結核・感染症)
死亡者数（全体）	人	人	人	人
(うち)癌（がん）	人	人	人	人
(うち)心疾患	人	人	人	人
(うち)脳血管疾患	人	人	人	人
(うち)肺炎	人	人	人	人
(うち)老衰	人	人	人	人
(うち)上記以外	人	人	人	人

問5. 入院期間別の年間の死亡者数（平成22年10月1日～平成23年9月30日）

	一般病床	療養病床 (医療保険)	療養病床 (介護保険)	その他の病床 (精神・結核・感染症)
死亡者数（全体）	人	人	人	人
入院後7日以内	人	人	人	人
入院後8～14日	人	人	人	人
入院後15～30日	人	人	人	人
入院後31～90日	人	人	人	人
入院後91～180日	人	人	人	人
入院後181～365日	人	人	人	人
入院後366日以上	人	人	人	人

問6. 最期を他の場所で迎えるために退院した終末期の患者数（退院先別）
（平成22年10月1日～平成23年9月30日）

	一般病床	療養病床 (医療保険)	療養病床 (介護保険)	その他の病床 (精神・結核・感染症)
終末期 退院患者数（全体）	人	人	人	人
病院	人	人	人	人
診療所	人	人	人	人
老人ホーム	人	人	人	人
介護老人保健施設	人	人	人	人
グループホーム	人	人	人	人
自宅	人	人	人	人
その他	人	人	人	人

問7. 主に利用している終末期ガイドライン（該当する1つの番号に○）

- 1 利用している終末期ガイドラインはない
- 2 当該施設で作成した終末期ガイドライン
- 3 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省）
- 4 「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）
- 5 「終末期医療に関するガイドライン」（全日本病院協会）
- 6 「救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン」（救急医療学会）
- 7 その他のガイドライン（ ）

問8. 既存の終末期ガイドラインの必要性（該当する1つの番号に○）

- 1 あった方がいい
- 2 どちらとも言えない
- 3 なくてもいい

問9. 終末期ガイドラインに明記されるべき事項（該当する全ての番号に○）

- 1 終末期の定義
- 2 終末期の決定プロセス
- 3 医療ケアチームの編成
- 4 外部医療機関・介護施設等との連携
- 5 本人の意思確認の方法
- 6 本人の意思確認ができない場合の対応
- 7 緩和ケアの決定プロセス
- 8 終末期に係る委員会の設置
- 9 その他（ ）

問10. 主に利用している看取りの手引書・マニュアル等（該当する1つの番号に○）

- 1 当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等
- 2 購入した市販されている看取りの手引書・マニュアル等
- 3 その他の手引書・マニュアル等（ ）
- 4 利用している看取りの手引書・マニュアル等はない

問11. 看取りの手引書・マニュアル等は必要性（該当する1つの番号に○）

- 1 あった方がいい
- 2 どちらとも言えない
- 3 なくてもいい

問12. 「リビング・ウィル」の内容の確認方法（該当する全ての番号に○）

- 1 「リビング・ウィル」の書面等を提示してもらう
- 2 「リビング・ウィル」の記入様式を渡して記入してもらう
- 3 「リビング・ウィル」に係る意向を聞き取り記録している
- 4 その他（ ）
- 5 特に確認することはない

問13. 「リビング・ウィル」を提示された事例の有無（該当する1つの番号に○）

- 1 提示された事がある
- 2 提示された事はない

問14. 「リビング・ウィル」に従った事例の有無（該当する1つの番号に○）

- 1 従った事がある
- 2 従った事はない

問15. 本人への余命の告知（最も近い番号1つに○）

- 1 告知している
- 2 告知していない
- 3 個別に判断している

問16. 本人・家族への終末期の状況説明（最も近い番号1つに○）

- 1 医師が説明している
- 2 医師以外が説明している
- 3 説明していない

問17. 緩和ケアの実施状況（該当する1つの番号に○）

- 1 緩和ケアを行っている
- 2 緩和ケアは行っていない

問18. 緩和ケアの職員研修の実施状況（該当する1つの番号に○）

- 1 緩和ケアの職員研修をしている
- 2 緩和ケアの職員研修はしていない

問19. 看取りの職員研修（外部研修を含む）の実施状況（該当する1つの番号に○）

- 1 看取りの職員研修をしている
- 2 看取りの職員研修はしていない

問20. 本人・家族への最期を迎える場所の希望確認（最も近い番号1つに○）

- 1 希望を確認している 2 希望は確認していない 3 場合によって違っている

問21. 延命医療を開始する際のインフォームド・コンセントの実施状況

※延命医療における治療・処置等の内容として、人工呼吸器、経管栄養などがあります。

（該当する1つの番号に○）

- 1 全てのケースで実施している 2 一部のケースで実施している
3 実施していない

問22. 延命医療を中止する際のインフォームド・コンセントの実施状況

（該当する1つの番号に○）

- 1 全てのケースで実施している 2 一部のケースで実施している
3 実施していない

問23. 本人・家族から治療・処置等の内容の変更依頼があったときの対応

（最も近い番号1つに○）

- 1 治療・処置等の内容の変更依頼があれば常に変更に応じている
2 治療・処置等の内容の変更依頼があっても変更に応じない場合がある
3 治療・処置等の内容について変更依頼があっても一切応じることはない

問24. 終末期の対応や看取りおける課題 及び 今後改善すべき事項（自由記載）

（例： 家族間で治療・処置等の内容についての意見が分かれたときの対応）

◇ 家族へ調査票を配布した方ご本人の状態像等について

※無作為抽出（例えば五十音順）した家族に調査票を配布する際に、家族票の調査票 ID（家族票の表紙左上に記載）との対応を確認した上で、ご記入ください。また、提出の際にはコピーをとり、ご家族とご本人の氏名をマスキング（黒く塗りつぶす）してください。

問25. 下記の選択肢から最も近い番号を1つ選択して、回答欄に番号をご記入ください。
年齢については、平成23年10月1日時点の満年齢をご記入ください。

	家族票の調査票ID（家族票の表紙左上に記載）				
	家族01	家族02	家族03	家族04	家族05
ご家族の氏名					
ご本人の氏名					
ご本人の性別					
ご本人の年齢	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳
認知症老人の日常生活自立度*					
障害老人の日常生活自立度*					
終末期なのか					
緩和ケア					
余命の告知					
リビング・ウィル					

※「認知症老人の日常生活自立度」の判定基準は記入の手引きのp.3、「障害老人の日常生活自立度」の判定基準は記入の手引きのp.4をご覧ください。

ご本人の性別	1 男性 2 女性
認知症老人の日常生活自立度*	0 自立 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクM 6 不明
障害老人の日常生活自立度*	0 自立 1 ランクJ 2 ランクA 3 ランクB 4 ランクC 5 不明
終末期なのか	1 終末期である 2 終末期ではない 3 何とも言えない
緩和ケア	1 受けている 2 受けていない 3 分らない
余命の告知	1 告知されている 2 告知されていない 3 分らない
リビング・ウィル	1 提示があった 2 提示されていない 3 分らない

設問は以上です。ご協力いただき有難うございました。

終末期の対応と理想の看取りに関する実態調査

＝ 施設票・介護保険施設等 ＝

問合せフリーダイヤル:****-****-**** (受付:平日の**:**~**:**)

(提出期限 平成**年**月**日)

(宛名ラベル貼付位置)

施設名			
記入者氏名		部署名	
連絡先	電話番号		
	FAX 番号		
	e-mail		

社団法人 全日本病院協会

問1. 開設者（平成23年10月1日現在、該当する1つの番号に○）

1 社会福祉法人	2 公立	3 公的	4 社会保険関係
5 医療法人	6 その他（ ）		

問2. 入所定員数（平成23年10月1日現在）

ユニット型	従来型
人	人

※短期入所及び貴施設のサテライト施設の入所定員数は含めないでください。

問3. 入所者数（平成23年10月1日現在）

ユニット型	従来型
人	人

※短期入所及び貴施設のサテライト施設の入所定員数は含めないでください。

問4. 主要死因別の年間の死亡者数（平成22年10月1日～平成23年9月30日）

※施設内で死亡した方のみをご記入ください（問5も同様）。

	ユニット型	従来型
死亡者数（全体）	人	人
（うち）癌（がん）	人	人
（うち）心疾患	人	人
（うち）脳血管疾患	人	人
（うち）肺炎	人	人
（うち）老衰	人	人
（うち）上記以外	人	人

問5. 入所期間別の年間の死亡者数（平成22年10月1日～平成23年9月30日）

	ユニット型	従来型
死亡者数（全体）	人	人
入所後7日以内	人	人
入所後8～14日	人	人
入所後15～30日	人	人
入所後31～90日	人	人
入所後91～180日	人	人
入所後181～365日	人	人
入所後366日以上	人	人

問6. 最期を他の場所で迎えるために退所した終末期の入所者数（退所先別）
（平成22年10月1日～平成23年9月30日）

	ユニット型	従来型
終末期退所者数（全体）	人	人
病院	人	人
診療所	人	人
老人ホーム	人	人
介護老人保健施設	人	人
グループホーム	人	人
自宅	人	人
その他	人	人

問7. 主に利用している終末期ガイドライン（該当する1つの番号に○）

- 1 利用している終末期ガイドラインはない
- 2 当該施設で作成した終末期ガイドライン
- 3 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（厚生労働省）
- 4 「終末期医療に関するガイドライン」（日本医師会）
- 5 「終末期医療に関するガイドライン」（全日本病院協会）
- 6 「救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン」（救急医療学会）
- 7 その他のガイドライン（）

問8. 既存の終末期ガイドラインの必要性（該当する1つの番号に○）

- 1 あった方がいい
- 2 どちらとも言えない
- 3 なくてもいい

問9. 終末期ガイドラインに明記されるべき事項（該当する全ての番号に○）

- 1 終末期の定義
- 2 終末期の決定プロセス
- 3 終末期ケアチームの編成
- 4 外部医療機関等との連携
- 5 本人の意思確認の方法
- 6 本人の意思確認ができない場合の対応
- 7 緩和ケアの決定プロセス
- 8 終末期に係る委員会の設置
- 9 その他（）

問10. 主に利用している看取りの手引書・マニュアル等（該当する1つの番号に○）

- 1 当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等
- 2 購入した市販されている看取りの手引書・マニュアル等
- 3 その他の手引書・マニュアル等（）
- 4 利用している看取りの手引書・マニュアル等はない

問11. 看取りの手引書・マニュアル等は必要性（該当する1つの番号に○）

- 1 あった方がいい
- 2 どちらとも言えない
- 3 なくてもいい

問12. 「リビング・ウィル」の内容の確認方法（該当する全ての番号に○）

- 1 「リビング・ウィル」の書面等を提示してもらう
- 2 「リビング・ウィル」の記入様式を渡して記入してもらう
- 3 「リビング・ウィル」に係る意向を聞き取り記録している
- 4 その他（ ）
- 5 特に確認することはない

問13. 「リビング・ウィル」を提示された事例の有無（該当する1つの番号に○）

- 1 提示された事がある
- 2 提示された事はない

問14. 「リビング・ウィル」に従った事例の有無（該当する1つの番号に○）

- 1 従った事がある
- 2 従った事はない

問15. 緊急・急変時に対応ができる医療機関との連携体制構築
（最も近い番号1つに○）

- 1 すでに連携体制がある
- 2 連携体制を構築中である
- 3 連携したいができない
- 4 連携する必要はない

問16. 本人・家族への余命告知の状況把握（最も近い番号1つに○）

- 1 本人・家族に確認している
- 2 本人・家族から話があれば記録している

問17. 本人・家族への終末期の状況説明（最も近い番号1つに○）

- 1 医師が説明している
- 2 医師以外が説明している
- 3 説明していない

問18. 緩和ケアの実施状況（該当する1つの番号に○）

- 1 緩和ケアを行っている
- 2 緩和ケアは行っていない

問19. 緩和ケアの職員研修の実施状況（該当する1つの番号に○）

- 1 緩和ケアの職員研修をしている 2 緩和ケアの職員研修はしていない

問20. 看取りの職員研修（外部研修を含む）の実施状況（該当する1つの番号に○）

- 1 看取りの職員研修をしている 2 看取りの職員研修はしていない

問21. 本人・家族への最期を迎える場所の希望確認（最も近い番号1つに○）

- 1 希望を確認している 2 希望は確認していない 3 場合によって違っている

問22. 延命医療を開始する際のインフォームド・コンセントの実施状況

※延命医療における治療・処置等の内容として、人工呼吸器、経管栄養などがあります。

（該当する1つの番号に○）

- 1 全てのケースで実施している 2 一部のケースで実施している
3 実施していない

問23. 延命医療を中止する際のインフォームド・コンセントの実施状況

（該当する1つの番号に○）

- 1 全てのケースで実施している 2 一部のケースで実施している
3 実施していない

問24. 本人・家族から治療・処置等の内容の変更依頼があったときの対応

（最も近い番号1つに○）

- 1 治療・処置等の内容の変更依頼があれば常に変更に応じている
2 治療・処置等の内容の変更依頼があっても変更に応じない場合がある
3 治療・処置等の内容について変更依頼があっても一切応じることはない

問25. 終末期の対応や看取りにおける課題 及び 今後改善すべき事項（自由記載）

（例： 家族間で治療・処置等の内容についての意見が分かれたときの対応）

◇ 家族へ調査票を配布した方ご本人の状態像等について

※無作為抽出（例えば五十音順）した家族に調査票を配布する際に、家族票の調査票 ID（家族票の表紙左上に記載）との対応を確認した上で、ご記入ください。また、提出の際にはコピーをとり、ご家族とご本人の氏名をマスキング（黒く塗りつぶす）してください。

問26. 下記の選択肢から最も近い番号を1つ選択して、回答欄に番号をご記入ください。
年齢については、平成23年10月1日時点の満年齢をご記入ください。

	家族票の調査票 ID（家族票の表紙左上に記載）				
	家族 01	家族 02	家族 03	家族 04	家族 05
ご家族の氏名					
ご本人の氏名					
ご本人の性別					
ご本人の年齢	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳	_____ 歳
認知症老人の日常生活自立度※					
障害老人の日常生活自立度※					
終末期なのか					
緩和ケア					
余命の告知					
リビング・ウィル					

※「認知症老人の日常生活自立度」の判定基準は記入の手引きの p.3、「障害老人の日常生活自立度」の判定基準は記入の手引きの p.4 をご覧ください。

ご本人の性別	1 男性 2 女性
認知症老人の日常生活自立度※	0 自立 1 ランクⅠ 2 ランクⅡ 3 ランクⅢ 4 ランクⅣ 5 ランクM 6 不明
障害老人の日常生活自立度※	0 自立 1 ランクJ 2 ランクA 3 ランクB 4 ランクC 5 不明
終末期なのか	1 終末期である 2 終末期ではない 3 何とも言えない
緩和ケア	1 受けている 2 受けていない 3 分らない
余命の告知	1 告知されている 2 告知されていない 3 分らない
リビング・ウィル	1 提示があった 2 提示されていない 3 分らない

設問は以上です。ご協力いただき有難うございました。

終末期と看取りに関する実態調査
- 職員票・病院 -

実施： 社団法人 全日本病院協会

(提出期限 平成年**月**日)**

同封の返信用封筒（切手不要）にてご返送ください。

問合せフリーダイヤル： ****-***-*** (受付：月曜～金曜日の**：**～**：**)

問1. 差し支えない範囲で、あなたご自身についてお答え下さい。

(該当する番号1つに○)

1) 性別	1 男性 2 女性
2) 年齢	_____歳
3) 職種	1 医師 2 看護職 3 介護職 4 その他 ()
4) 職位	1 管理職 () 2 主任・リーダー 3 一般職員 4 その他 ()
5) 勤務形態	1 常勤職員 2 非常勤職員
6) 経験年数	①今の勤務先での勤続年数 _____年_____ヶ月
	②以前の勤務先を含めて現在の職種での通算経験年数 _____年_____ヶ月

【緩和ケア・看取りに関する意識についてお伺します。】

問2. 緩和ケア・看取りを経験したことはありますか。(それぞれ該当する番号に○)

緩和ケア	1 ない
	2 当該施設で経験がある (→ <u>急性期</u> ・ <u>慢性期</u>)
	3 当該施設以外で経験がある (→ <u>急性期</u> ・ <u>慢性期</u>)
看取り	1 ない
	2 当該施設で経験がある (→ <u>急性期</u> ・ <u>慢性期</u>)
	3 当該施設以外で経験がある (→ <u>急性期</u> ・ <u>慢性期</u>)

問3. 終末期の状況について、家族に説明をしたことはありますか。(該当する番号に○)

1 ある	2 ない
------	------

問4. 緩和ケア・看取りに関する研修を受けたことがありますか。(該当する番号に○)

緩和ケア	1 ある	2 ない
看取り	1 ある	2 ない

問5. 緩和ケア・看取りについて迷ったときや判断に窮するときに、チームや委員会等で検討する体制はありますか。(該当する番号に○)

1 ある	2 ない
------	------

問6. 緩和ケアに対してどのようにお考えですか。(該当する番号に○)

1 今後積極的に対応したい	2 必要であれば対応する
3 できれば対応したくない	4 分からない
5 その他 ()	

問7. 貴施設で緩和ケア・看取りを行うにあたり、どのような問題がありますか。

緩和ケア	1 緩和ケアの適切な方法が分からない
	2 緩和ケアを始めるタイミングが分からない
	3 緩和ケアのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である
	4 緩和ケアを行うための医療従事者が不足している
	5 終末期に関する患者・家族への説明が不十分である
	6 緩和ケアのあり方について患者・家族と話し合う機会が不十分である
	7 その他 ()
	8 特に問題はない
看取り	1 看取りの適切な方法が分からない
	2 看取りのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である
	3 看取りを行うための医療従事者が不足している
	4 終末期に関する患者・家族への説明が不十分である
	5 看取りのあり方について患者・家族と話し合う機会が不十分である
	6 その他 ()
	7 特に問題はない

【リビング・ウィルについてお伺いします。】

問 8. 貴施設ではリビング・ウィルの内容をどのように確認していますか。(該当する番号に○)

- | |
|------------------------|
| 1 書面等を提示してもらう |
| 2 患者・家族から意向を聞き取り記録している |
| 3 その他 () |
| 4 特に確認していない |

問 9. リビング・ウィルを普及させるべきとお考えですか。(該当する番号に○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 普及させるべきである | 2 どちらとも言えない |
| 3 普及させる必要はない | |

【終末期ガイドラインについてお伺いします。】

問 10. 終末期ガイドラインを必要だと考えますか。(該当する番号に○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1 必要である | 2 どちらとも言えない |
| 3 必要ないのでなくてもよい | |

問 11. 以下の終末期ガイドラインをご存知ですか。その他ご存知のガイドラインがあればご記入ください。(該当する番号に○)

- | |
|--|
| 1 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省) |
| 2 「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会) |
| 3 「終末期医療に関するガイドライン」(全日本病院協会) |
| 4 「救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン」(救急医療学会) |
| 5 その他のガイドライン () |
| 6 知っているガイドラインは特にない |

問 12. ガイドラインにはどのような内容が含まれているべきだと考えますか。(該当する番号に○)

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1 終末期の定義 | 2 終末期の決定プロセス |
| 3 医療ケアチームの編成 | 4 外部医療機関・介護施設等との連携 |
| 5 本人の意思確認の方法 | 6 本人の意思確認ができない場合の対応 |
| 7 緩和ケアの決定プロセス | 8 終末期に係る委員会の設置 |
| 9 その他 () | |

問 13. 看取りの手引書・マニュアル等を必要だと考えますか。(該当する番号に○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1 必要である | 2 どちらとも言えない |
| 3 必要ないのでなくてもよい | |

問 14. 看取りの手引書・マニュアル等を利用していますか。(該当する番号に○)

- | |
|------------------------------------|
| 1 当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等を利用している |
| 2 購入した市販されている看取りの手引書・マニュアル等を利用している |
| 3 その他 () |
| 4 利用している看取りの手引書・マニュアル等はない |

【終末期の対応・看取りのあり方についてお伺します。】

問 15. よりよい終末期の対応や看取りを行うために、今後どのような取り組みが必要だと考えますか。(該当する番号に○)

- | |
|-----------------------------|
| 1 緩和ケアに関わる医療従事者の確保 |
| 2 緩和ケアや看取りに関する教育・研修の充実 |
| 3 緩和ケアや看取りに関して職員が相談できる体制の確保 |
| 4 終末期ガイドラインの整備・充実 |
| 5 看取りの手引書・マニュアル等の整備・充実 |
| 6 患者、家族への相談体制の充実 |
| 7 患者の延命治療等に関するリビング・ウィルの普及 |
| 8 その他 () |

最後に、緩和ケア・看取りについてご意見ございましたら、ご自由にご記入ください。

--

◆ ご協力ありがとうございました ◆

終末期と看取りに関する実態調査
- 職員票・介護保険施設等 -

実施： 社団法人 全日本病院協会

(提出期限 平成年**月**日)**

同封の返信用封筒(切手不要)にてご返送ください。

問合せフリーダイヤル：****-***-*** (受付：月曜～金曜日の**：**～**：**)

問1. 差し支えない範囲で、あなたご自身についてお答え下さい。

(該当する番号1つに○)

7) 性別	1 男性 2 女性
8) 年齢	_____ 歳
9) 職種	1 医師 2 看護職 3 介護職 4 その他 ()
10) 職位	1 管理職 () 2 主任・リーダー 3 一般職員 4 その他 ()
11) 勤務形態	1 常勤職員 2 非常勤職員
12) 経 験 年数	①今の勤務先での勤続年数 _____年_____ヶ月
	②以前の勤務先を含めて現在の職種での通算経験年数 _____年_____ヶ月

【緩和ケア・看取りに関する意識についてお伺します。】

問2. 緩和ケア・看取りを経験したことはありますか。(それぞれ該当する番号に○)

緩和ケア	1 ない 2 当該施設で経験がある 3 当該施設以外で経験がある
看取り	1 ない 2 当該施設で経験がある 3 当該施設以外で経験がある

問3. 終末期の状況について、家族に説明をしたことはありますか。(該当する番号に○)

1 ある	2 ない
------	------

問4. 緩和ケア・看取りに関する研修を受けたことがありますか。(該当する番号に○)

緩和ケア	1 ある	2 ない
看取り	1 ある	2 ない

問5. 緩和ケア・看取りについて迷ったときや判断に窮するときに、チームや委員会等で検討する体制はありますか。(該当する番号に○)

1 ある	2 ない
------	------

問6. 緩和ケアに対してどのようにお考えですか。(該当する番号に○)

1 今後積極的に対応したい	2 必要であれば対応する
3 できれば対応したくない	4 分からない
5 その他 ()	

問7. 貴施設で緩和ケア・看取りを行うにあたり、どのような問題がありますか。

緩和ケア	1 緩和ケアの適切な方法が分からない 2 緩和ケアを始めるタイミングが分からない 3 緩和ケアのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である 4 緩和ケアを行うための医療従事者が不足している 5 終末期に関する患者・家族への説明が不十分である 6 緩和ケアのあり方について患者・家族と話し合う機会が不十分である 7 その他 () 8 特に問題はない
看取り	1 看取りの適切な方法が分からない 2 看取りのあり方について患者本人の意思確認が困難・不十分である 3 看取りを行うための医療従事者が不足している 4 終末期に関する患者・家族への説明が不十分である 5 看取りのあり方について患者・家族と話し合う機会が不十分である 6 その他 () 7 特に問題はない

【リビング・ウィルについてお伺いします。】

問 8. 貴施設ではリビング・ウィルの内容をどのように確認していますか。(該当する番号に○)

- | |
|------------------------|
| 1 書面等を提示してもらう |
| 2 患者・家族から意向を聞き取り記録している |
| 3 その他 () |
| 4 特に確認していない |

問 9. リビング・ウィルを普及させるべきとお考えですか。(該当する番号に○)

- | | |
|--------------|-------------|
| 1 普及させるべきである | 2 どちらとも言えない |
| 3 普及させる必要はない | |

【終末期ガイドラインについてお伺いします。】

問 10. 終末期ガイドラインを必要だと考えますか。(該当する番号に○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1 必要である | 2 どちらとも言えない |
| 3 必要ないのでなくてもよい | |

問 11. 以下の終末期ガイドラインをご存知ですか。その他ご存知のガイドラインがあればご記入ください。(該当する番号に○)

- | |
|--|
| 1 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(厚生労働省) |
| 2 「終末期医療に関するガイドライン」(日本医師会) |
| 3 「終末期医療に関するガイドライン」(全日本病院協会) |
| 4 「救急医療における終末期の医療のあり方に関するガイドライン」(救急医療学会) |
| 5 その他のガイドライン () |
| 6 知っているガイドラインは特にない |

問 12. ガイドラインにはどのような内容が含まれているべきだと考えますか。(該当する番号に○)

- | | |
|---------------|---------------------|
| 1 終末期の定義 | 2 終末期の決定プロセス |
| 3 医療ケアチームの編成 | 4 外部医療機関・介護施設等との連携 |
| 5 本人の意思確認の方法 | 6 本人の意思確認ができない場合の対応 |
| 7 緩和ケアの決定プロセス | 8 終末期に係る委員会の設置 |
| 9 その他 () | |

問 13. 看取りの手引書・マニュアル等を必要だと考えますか。(該当する番号に○)

- | | |
|----------------|-------------|
| 1 必要である | 2 どちらとも言えない |
| 3 必要ないのでなくてもよい | |

問 14. 看取りの手引書・マニュアル等を利用していますか。(該当する番号に○)

- | |
|------------------------------------|
| 1 当該施設で作成した看取りの手引書・マニュアル等を利用している |
| 2 購入した市販されている看取りの手引書・マニュアル等を利用している |
| 3 その他 () |
| 4 利用している看取りの手引書・マニュアル等はない |

【終末期の対応・看取りのあり方についてお伺します。】

問 15. よりよい終末期の対応や看取りを行うために、今後どのような取り組みが必要だと考えますか。(該当する番号に○)

- | |
|-----------------------------|
| 1 緩和ケアに関わる医療従事者の確保 |
| 2 緩和ケアや看取りに関する教育・研修の充実 |
| 3 緩和ケアや看取りに関して職員が相談できる体制の確保 |
| 4 終末期ガイドラインの整備・充実 |
| 5 看取りの手引書・マニュアル等の整備・充実 |
| 6 入所者、家族への相談体制の充実 |
| 7 入所者の延命治療等に関するリビング・ウィルの普及 |
| 8 その他 () |

最後に、緩和ケア・看取りについてご意見ございましたら、ご自由にご記入ください。

--

◆ ご協力ありがとうございました ◆

リビング・ウィルとご家族の認識についての調査

- 家族票・病院 -

実施： 社団法人 全日本病院協会

(提出期限 平成年**月**日)**

同封の返信用封筒(切手不要)にてご返送ください。

問合せフリーダイヤル：****-****-**** (受付：平日の**：**～**：**)

問1. 入院されている方について。(該当する番号1つに○、年齢は記入)

性別	1 男性	2 女性						
年齢	() 歳：平成23年10月1日時点の年齢をご記入ください。							
続柄	1 親	2 配偶者	3 兄弟・姉妹	4 その他				
要介護度	1 要支援1	2 要支援2	3 要介護1	4 要介護2	5 要介護3	6 要介護4	7 要介護5	8 その他

問2. あなたについて。(該当する番号1つに○、年齢は記入)

性別	1 男性	2 女性
年齢	() 歳：平成23年10月1日時点の年齢をご記入ください。	

【リビング・ウィル】

知的な判断能力を有する成人が、判断能力を失うなど意思表示ができなくなった場合に、自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面等で示しておくことを「リビング・ウィル」といいます。

「リビング・ウィル」で指示する内容は、①自分自身がある状態になったときに受けてみたい治療や処置等、②自分自身がある状態になったときに受けてたくない治療や処置等、③自分に代わって自分自身への治療や処置等を決める者 - に大別できます。

問3. あなたは「リビング・ウィル」を知っていましたか。(最も近い番号1つに○)

- 1 聞いた事があり意味も知っていた
2 聞いた事はあるが意味は知らなかった 3 聞いた事がなかった

問4. 入院している方の「リビング・ウィル」の書面等がありますか。
(最も近い番号1つに○)

- 1 ある 2 ない 3 分らない

問5. 入院している方は、自分自身の意思を表示できますか。(最も近い番号1つに○)

- 1 できる 2 できない 3 何とも言えない

問6. 入院している方の移動について。(最も近い番号1つに○)

- 1 歩き回るのに問題はない
2 歩き回るのにいくらか問題がある 3 ベッド(床)に寝たきりである

問7. 入院している方の身の回りの管理について。(最も近い番号1つに○)

- 1 身の回りの管理に問題はない
2 洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
3 洗面や着替えを自分でできない

問8. 入院している方のふだんの活動について。(最も近い番号1つに○)

- 1 ふだんの活動を行うのに問題はない
2 ふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
3 ふだんの活動を行うことができない

問 9. 入院している方の痛み／不快感について。(最も近い番号 1 つに○)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1 痛み不快感はない | 3 ひどい痛みや不快感がある |
| 2 中程度の痛みや不快感がある | |

問 10. 入院している方の不安／ふさぎ込みについて。(最も近い番号 1 つに○)

- | |
|----------------------|
| 1 不安でもふさぎ込んでもいない |
| 2 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる |
| 3 ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる |

問 11. 症状が急変し増悪した時には 24 時間・365 日対応してもらえますか。
(最も近い番号 1 つに○)

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1 必ず緊急対応してもらえと思う | 3 何とも言えない |
| 2 緊急対応してもらえない場合があると思う | |

問 12. 入院している方が治療を受けている主な疾患は何ですか。
(最も近い番号 1 つに○)

- | | | |
|------------|--------|-----------------|
| 01 癌(がん) | 02 糖尿病 | 03 脳血管疾患(脳卒中など) |
| 04 循環器系の疾患 | 05 認知症 | 06 神経難病 |
| 07 呼吸器系の疾患 | 08 肝疾患 | 09 泌尿器系の疾患 |
| 10 消化器系の疾患 | 11 骨折 | |
| 12 その他() | | |
| 13 特になし | | |

問 13. 治療を受けている主な疾患の回復の見込みについて。(最も近い番号 1 つに○)

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1 見込みがあるきいている | 3 見込みについてまだきいていない |
| 2 見込みがないときいている | |

問 14. いままでに医師から余命の告知はありましたか。(最も近い番号 1 つに○)

- | | | |
|----------|---------|--------|
| 1 告知があった | 2 告知はない | 3 知らない |
|----------|---------|--------|

問15. あなたは、入院している方が終末期（ターミナル）だと思いますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|-----------|-------------|--------|
| 1 終末期だと思う | 2 終末期とは思わない | 3 分らない |
|-----------|-------------|--------|

問16. あなたは、治療・処置等について、医師や看護師から受けている説明や意思確認は十分だと思いますか。（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1 十分だと思う | 2 十分だと思わない | 3 何とも言えない |
|----------|------------|-----------|

問17. あなたは、治療・処置等の内容について、一度決めたことや以前同意した内容を変更できると思いますか。（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|------------|-------------|--------|
| 1 変更できると思う | 2 変更できないと思う | 3 分らない |
|------------|-------------|--------|

問18. あなたは、治療や処置等の内容について、気持ちが揺らぐことがありますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1 揺らぐことがある | 2 揺らぐことはない | 3 何とも言えない |
|------------|------------|-----------|

問19. あなたは、治療や処置等の内容決定において、入院している方の意思が十分尊重されていると思いますか。（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|-------------|--------------|-----------|
| 1 十分尊重されている | 2 十分尊重されていない | 3 何とも言えない |
|-------------|--------------|-----------|

問20. あなたは、入院している方がどこで最期を迎えたいと望んでいると思いますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|------------|-----------|---------|
| 1 病院 | 2 診療所 | 3 老人ホーム |
| 4 介護老人保健施設 | 5 グループホーム | 6 自宅 |
| 7 その他（ | | ） |

設問は以上です。ご協力いただき有難うございました。

リビング・ウィルとご家族の認識についての調査

- 家族票・介護保険施設等 -

実施： 社団法人 全日本病院協会

(提出期限 平成年**月**日)**

同封の返信用封筒(切手不要)にてご返送ください。

問合せフリーダイヤル：****-****-**** (受付：平日の**：**～**：**)

問1. 入所されている方について。(該当する番号1つに○、年齢は記入)

性別	1 男性	2 女性		
年齢	() 歳：平成23年10月1日時点の年齢をご記入ください。			
続柄	1 親	2 配偶者	3 兄弟・姉妹	4 その他
要介護度	1 要支援1	2 要支援2	3 要介護1	4 要介護2
	5 要介護3	6 要介護4	7 要介護5	8 その他

問2. あなたについて。(該当する番号1つに○、年齢は記入)

性別	1 男性	2 女性		
年齢	() 歳：平成23年10月1日時点の年齢をご記入ください。			

【リビング・ウィル】

知的な判断能力を有する成人が、判断能力を失うなど意思表示ができなくなった場合に、自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面等で示しておくことを「リビング・ウィル」といいます。

「リビング・ウィル」で指示する内容は、①自分自身がある状態になったときに受けてみたい治療や処置等、②自分自身がある状態になったときに受けてたくない治療や処置等、③自分に代わって自分自身への治療や処置等を決める者 - に大別できます。

問3. あなたは「リビング・ウィル」を知っていましたか。(最も近い番号1つに○)

- 1 聞いた事があり意味も知っていた
2 聞いた事はあるが意味は知らなかった 3 聞いた事がなかった

問4. 入所している方の「リビング・ウィル」の書面等がありますか。
(最も近い番号1つに○)

- 1 ある 2 ない 3 分らない

問5. 入所している方は、自分自身の意思を表示できますか。(最も近い番号1つに○)

- 1 できる 2 できない 3 何とも言えない

問6. 入所している方の移動について。(最も近い番号1つに○)

- 1 歩き回るのに問題はない
2 歩き回るのにいくらか問題がある 3 ベッド(床)に寝たきりである

問7. 入所している方の身の回りの管理について。(最も近い番号1つに○)

- 1 身の回りの管理に問題はない
2 洗面や着替えを自分でするのにいくらか問題がある
3 洗面や着替えを自分でできない

問8. 入所している方のふだんの活動について。(最も近い番号1つに○)

- 1 ふだんの活動を行うのに問題はない
2 ふだんの活動を行うのにいくらか問題がある
3 ふだんの活動を行うことができない

問9. 入所している方の痛み／不快感について。(最も近い番号1つに○)

- | | |
|-----------------|----------------|
| 1 痛み不快感はない | 3 ひどい痛みや不快感がある |
| 2 中程度の痛みや不快感がある | |

問10. 入所している方の不安／ふさぎ込みについて。(最も近い番号1つに○)

- | |
|----------------------|
| 1 不安でもふさぎ込んでもいない |
| 2 中程度に不安あるいはふさぎ込んでいる |
| 3 ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる |

問11. 症状が急変し増悪した時には24時間・365日対応してもらえますか。
(最も近い番号1つに○)

- | | |
|-----------------------|-----------|
| 1 必ず緊急対応してもらえと思う | 3 何とも言えない |
| 2 緊急対応してもらえない場合があると思う | |

問12. 入所している方が治療を受けている主な疾患は何ですか。
(最も近い番号1つに○)

- | | | |
|------------|--------|-----------------|
| 01 癌(がん) | 02 糖尿病 | 03 脳血管疾患(脳卒中など) |
| 04 循環器系の疾患 | 05 認知症 | 06 神経難病 |
| 07 呼吸器系の疾患 | 08 肝疾患 | 09 泌尿器系の疾患 |
| 10 消化器系の疾患 | 11 骨折 | |
| 12 その他() | | |
| 13 特になし | | |

問13. 治療を受けている主な疾患の回復の見込みについて。(最も近い番号1つに○)

- | | |
|----------------|-------------------|
| 1 見込みがあるきいている | 3 見込みについてまだきいていない |
| 2 見込みがないときいている | |

問14. いままでに医師から余命の告知はありましたか。(最も近い番号1つに○)

- | | | |
|----------|---------|--------|
| 1 告知があった | 2 告知はない | 3 分らない |
|----------|---------|--------|

問15. 入所している方は緩和ケア（苦痛軽減のための処置等）を受けていますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|---------|----------|--------|
| 1 受けている | 2 受けていない | 3 分らない |
|---------|----------|--------|

問16. あなたは、入所している方が終末期（ターミナル）だと思いますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|-----------|-------------|--------|
| 1 終末期だと思う | 2 終末期とは思わない | 3 分らない |
|-----------|-------------|--------|

問17. あなたは、治療・処置等について、医師や看護師から受けている説明や意思確認は十分だと思いますか。（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|----------|------------|-----------|
| 1 十分だと思う | 2 十分だと思わない | 3 何とも言えない |
|----------|------------|-----------|

問18. あなたは、治療・処置等の内容について、一度決めたことや以前同意した内容を変更できると思いますか。（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|------------|-------------|--------|
| 1 変更できると思う | 2 変更できないと思う | 3 分らない |
|------------|-------------|--------|

問19. あなたは、治療や処置等の内容について、気持ちが揺らぐことがありますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|------------|------------|-----------|
| 1 揺らぐことがある | 2 揺らぐことはない | 3 何とも言えない |
|------------|------------|-----------|

問20. あなたは、治療や処置等の内容決定において、入所している方の意思が十分尊重されていると思いますか。（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|-------------|--------------|-----------|
| 1 十分尊重されている | 2 十分尊重されていない | 3 何とも言えない |
|-------------|--------------|-----------|

問21. あなたは、入所している方がどこで最期を迎えたいと望んでいると思いますか。
（最も近い番号1つに○）

- | | | |
|------------|-----------|---------|
| 1 病院 | 2 診療所 | 3 老人ホーム |
| 4 介護老人保健施設 | 5 グループホーム | 6 自宅 |
| 7 その他（ | | ） |

設問は以上です。 ご協力いただき有難うございました。

「終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の
調査研究」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	社団法人全日本病院協会常任理事・医療法人愛の会光風園病院理事長
委員	木村 厚	特定医療法人社団一成会木村病院理事長
委員	猿原孝行	医療法人社団和恵会湖東病院理事長
委員	清水 紘	財団法人仁風会京都南西病院理事長
委員	武久洋三	医療法人平成博愛会博愛記念病院理事長
委員	田代祐基	医療法人祐基会带山中央病院理事長
委員	高橋 泰	国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授
委員	徳田禎久	社会医療法人禎心会禎心会病院理事長
委員	栃本一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長	猪口雄二	医療法人財団寿康会寿康会病院理事長
同	安藤高朗	医療法人社団永生会永生病院理事長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研(株)	社会経済コンサルティング部	医療政策チーム 石橋洋次郎、志岐直美
------------	---------------	-----------------------

【事務局】

社団法人全日本病院協会

不許複製 禁無断転載

平成23年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）

**終末期の対応と理想の看取りに関する実態把握
及びガイドライン等のあり方の調査研究 報告書**

発行日 平成24年 3 月

発行者 社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区三崎町3-7-12 清話会ビル

電話 03-3234-5165(代)