

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

我が国における尊厳死に関する研究

分担研究者 田村里子 東札幌病院 MSW 課課長

研究要旨

尊厳死とは、自己決定が保たれ、そのための選択肢が保証された尊厳ある療養生活からもたらされる。ソーシャルワーカーは、医療の受け手がその個人としての尊厳も保たれた療養生活のため疾病により生じた課題の解決を通じ自己実現するための自助の援助を行う。緩和ケア施設を有する当院の相談室に、患者家族が選択の機会を持たずして、医療者の「終末期だからホスピス病棟」という判断による紹介が近日増加している、実際は患者とその家族が在宅を望んだが支援体制がない故のホスピスへの紹介は、医療の受け手側に選択肢が示されず、療養先に関する自己決定が保証されていない状況といえる。そこで、まず療養場の選択における現状を知るために、尊厳死にいたる尊厳が保たれた療養のための選択に関わるソーシャルワーカーのヒアリングを行った。さらに、選択肢としての在宅療養を支えるシステムを構築しているネットワークの現状について調査を行った。そこから、現状では、尊厳を保つに困難ながん患者の療養場の選択の実情と、療養場の選択を保証するための緩和ケアネットワークが、形成されつつある現状が明らかになった。地域に緩和医療機関での取り組みがいかに般化されていくかは、重要な課題である。療養場の選択を保証するネットワーク形成には、事例検討などを通じた価値の共有やケアの方法論の伝達などが、尊厳ある療養生活と尊厳死のためのネットワークづくりの糸口となることが示唆された。

A. 研究目的

がん患者の療養場の選択における現状について把握し、尊厳死を可能とするための、療養場の選択を支える緩和ケアネットワークの現状を知る。

（ネットワークとは、ソーシャルワークにおいて「何らかの生活課題を抱える人々を支援するための連携や協力体制」と規定する。）

B. 研究方法

1. 療養の場の選択を支援するソーシャルワーカー（大学病院・急性期総合病院・緩和ケア病棟併設病院）にヒアリングを行い、現状についてまとめる。

2. 緩和ケアサポートネットワークの現状について把握し、ネットワーク分析の観点から、普遍化の可能性について考察する。

（倫理面への配慮）

インタビューについては、意図を事前に説明し了解を得た。インタビューの際は、あらか

じめ「いつでも中断はできること」「答えたくない質問や話したくない内容については話さなくてもよいこと」また「内容については、研究以外の目的で用いないこと」を伝えた。

C. 研究結果

1. がん患者の療養場の選択における現状（支援するソーシャルワーカーの立場から）

療養の場の選択を支援するソーシャルワーカーより療養の選択がどのような状況で行われているかについてヒアリングにより、①療養場の選択における制度資源の壁、②医療者の在宅医療に関する認識不足理解不足、③家族側の医療機関依存の意識の上でも、選択肢がせばめられている状況が明らかになった。主な内容を以下に示す。

・介護保健が使えても、介護の部分で不十分なので家には帰れないケースが多い。

・緩和ケア病棟の医師が特徴的個性的で地域と

の連携困難自身のやり方に拘泥し地域に緩和ケアに関心がある医師がいてもゆだねられない。

・治療に反応しなくなったら、医療職は在宅療養の支援についての知識がないため、機械的にホスピスを進める。

・在院日数の縛りから、本人の意思を尊重して療養場の選択について話し合うゆとりがない。

・在宅療養を希望したが「ソーシャルワーカーがいないのでここでは無理、ホスピスへの入院希望という相談に行くように」と言われたと本人や家族が相談に訪れる。

・介護保険に該当しない65歳以下の患者は、在宅療養希望しても、サービス導入に自己負担が大きく困難なことが多い。

・在宅死を望んでも、臨死での往診医を見つけることは難しい。

・医療者自身も在宅死のイメージがない。

・在宅を選んだ患者家族でも、家で死をむかえることはできないことと思ひこんでいる

・終末期となってもIVH、ポンプなど、重装備で「自然な状態」からほど遠い。

・自宅もホスピスも選択できない状態と医療者が判断、関連病院への転院しかない

・本人は自宅を選択しても介護者の不安強く、医療機関から離れられない。

2. 緩和ケアネットワークの現状

現状では、緩和ケアネットワークとして登録されているものが、インターネット検索では、40余りに上る。そしてそれらの多くは、緩和医療についての啓蒙と、各々の医療資源の関係づくりを意図しているものが多くみられる。

ネットワークングという点で先進的な試みをしているネットワーク資源として、岡山緩和ケアモデルを紹介し、とくに、宮城方式について詳しく述べる。

また、現在実践場である札幌市においてネットワークづくりを試みている取り組みについて述べる。

(1) 緩和ケア岡山モデル

岡山緩和ケア岡山モデルは、啓蒙や関係作りにとどまらず、メゾシステムからマクロシステムへの働きかけをも意図している。

・岡山がん患者家族に対するホスピス・緩和ケアプログラムを総合的に開発する。

在宅ケアを重点課題とし、施設ケアの連携を目指す。

・岡山の医学・看護・他の医療職のホスピス・緩和ケアの教育体系を整備する。があげられてい

る。

ネットワークの範囲は、岡山市内をその範囲とし、ネットワークの中心性は、加藤内科並木通り病院の医師などが参加する緩和ケア専門チームにある。

プログラムとしては、コンサルテーション、教育・研究などがある。ことに、事例検討会は、継続し積み重ねることで、方法論や価値の共有が可能になってきている。事例研究の重要性が、指摘されている。

こうしたプログラムと連動するものとして、がんの悩み電話相談室における相談事業、さらには、ボランティア養成講座事業などがおこなわれている。これらは、地域の資源のインフォーマルな資源の掘り起こしにも関わるものとなっていくと考えられる。

がん患者と家族のための集い語らいの場として「なみき広場」もおこなわれ、地域で過ごす患者・家族にとっての支え合いの場ともなりうる。

緩和ケア岡山モデルは、訪問診療の実践、臨床教育をおとした在宅医療の推進と、在宅療養をおくる患者と家族の心理社会支援など、広い視野のもとでのネットワーク形成がなされている点が、特筆される。

(2) 宮城方式

宮城方式は、日本においてはマクロ・メゾシステムが連結したユニークなスタイルである。

宮城県立がんセンターで、1993年(平成5年)往診からはじめ、地域連携システムを構築し、宮城県との協働によって、在宅ホスピスが推進されてきた。

宮城県庁の、宮城県ホスピスケア推進事業は、県の在宅ホスピスケア調査研究事業が1997年(平成9年)に実施された事に、端を発している。安心して「自分の望む生活の場所(家庭・地域)で最後の時まで人間としての尊厳を保ちながら生を全うできる」よう在宅ホスピスケアの体制整備の事業である。

こうしたマクロシステムとメゾシステムの連結による患者の望む場所での継続した緩和医療の保障は、公も取り組んだ在宅支援のあり方としても知られる。

緩和ケア地域ネットワークは、在宅ホスピスを専門に行う岡部内科医院、がんの医療相談を中心に医師会の立場から緩和ケアに取り組むスガワクリニックと、仙南地区在宅ホスピスケア連絡会であるとされている。

緩和医療の推進に向けた試みは、まずは往診から始まり、医療資源のネットワークを作ることで

あったが、しだいに地域に散在するメゾレベルのさまざまな資源を刺激し、在宅療養を支援する強力なネットワークに展開されてきた。

以下の機関についてヒヤリングを行った。

- 1) 宮城県庁 保健福祉部 医療整備課 看護班
- 2) みやぎ在宅ホスピスケアネットワーク
- 3) 仙南保健福祉事務所(旧仙南保健所)
- 4) ウイメンズクリニック金上
- 5) NPO 法人在宅緩和ケア支援センター虹
- 6) ケア NPO ひとあかりの会

1) 宮城県庁 保健福祉部 医療整備課 看護班
具体的には、マクロシステムの部分は、宮城県保健福祉部医療整備課看護班が中心となり、体制づくりの支援、人材育成、そして普及啓発活動を柱に実際に至るまでのプログラムを、展開してきた。

平成15年度の「宮城県在宅ホスピスケア推進事業実績」には、以下に記されている。

・体制づくりへの支援として、

みやぎ在宅ホスピスネットワーク運営の支援
ネットワークの周知、世話人会、会誌発行、推進会議、保険福祉事務所担当者会議、緩和ケアナース連絡会議

・人材育成として、

実地研修、緩和ケアナースフォローアップ研修、みやぎフォーラム(在宅ホスピスケア研修会)、緩和ケアナース養成研修への派遣

・普及啓発として、

ホームページの更新、県政だより、ラジオ、テレビ、新聞等による広報、他機関、マスコミからの視察、取材

松野技術主任は、県の取り組みにおいても、担当保健師らとのつながりや、共同作業を丁寧な積み重ねが重要、と強調されていた。

2) みやぎ在宅ホスピスケアネットワーク

平成13年、8月30日「宮城在宅ホスピスケアの集い」が仙台市で行われ、県の推進計画の説明や意見交換が行われた。そこに集まった在宅ホスピスケアの関係者、関係機関、団体と患者家族を含む県民が連携し、宮城県内の在宅ホスピスケアの推進を図ることを目的とし、宮城在宅ホスピスケアネットワークが設立された。

このネットワークは、宮城県知事を顧問としマクロシステムの展開と、地域で活動しているさまざまな機関のメゾシステムと、患者・家族のマイクロシステムをつないでいくことを意図したネットワークと言える。様々な領域の人の、結びつきを強めて

いく機会ともなっていることが、指摘されていた。

3) 仙南保健所

仙南地区在宅ホスピスケア連絡会は、仙南保健所に中心性があるネットワークである。まさに、地域の保健医療福祉のネットワーク形成をめざし、地域保健薬局の連携システム作りや、在宅ホスピスケアの啓発普及にとりくんできた。

仙南保健所が中心となって作成した、「仙南地区における在宅ホスピス患者受け入れのための手引き(保健医療福祉関係者用)」は、患者・家族が自分が望む在宅で過ごす事を望んだときの医療者のための、手引き書である。この作成と販売を通じて、啓蒙と実際の体制作りがなされている。

在宅ホスピスケアの事例検討や研修の重要性が強調され、先の手引き書も、こうした事例検討の積み重ねからできたものである。和我保健士は、ネットワークをよりよいものに患者家族の実際に求められているものにしていくためにも、事例検討の継続が不可欠であると指摘されていた。

マクロからメゾシステムへの架け橋が意図されたネットワークそのものが、生きた地域資源であることが理解された。

4) ウイメンズクリニック金上

ウイメンズクリニック金上は、仙南地区にあり、産科、婦人科、小児科、麻酔科を標榜するクリニックであり、訪問診療を行っている。

訪問診療を行っている安藤副院長は、宮城の訪問診療の先達の岡部医師らの弟子と自称される。研修を受け緩和医療の臨床を学び、日々の患者に対する実際的な対応についてもコンサルテーションする関係が、継続されている。

訪問にも同行し、ベッド上の生活であったが、自身が望む住み慣れた家で穏やかに生活する患者との語り、担当保健士との連携、家族へのサポートの実際にもふれた。

実際の患者への支援を共有する日常的な密なやりとりが、円滑で柔軟なネットワーク形成を可能にしていた。

5) 在宅緩和ケアセンター虹

先のヒヤリングからも明らかになったように現状では、医療機関の在院日数の短縮から、医療依存度の非常に高い状態で在宅に戻ることを余儀なくされた患者が増えた。患者とその家族は、大きな不安を抱えたまま、いわば医療への高いニーズを丸投げされた形で引き受け在宅での生活を始めなければならない状態になる。

そうした患者を取り巻く医療の現状をふまえ、看護活動をとおして在宅緩和ケアセンター「虹」は自宅で療養する患者家族の不安の軽減と安定した療養生活を支援している。再発転移をすこす緩和ケアの中期を、支える視点である。

特徴は、民家(2階建て)を一部改装し、家庭の雰囲気そのまま施設として活用している点である。住宅地の一角にあり広い日本庭園風の庭が自然との和みの環境となっている。庭での野菜づくりの試みなども行っている。

現在のところ、実際の活動は、がんと難病のデイサービスである。何かを一斉に行うのではなく、個々のニーズに合わせた以下のようなデイサービスを行う。

- ・入浴(家庭の浴室をそのまま使用し、一人ずつ入浴しくつろげる空間となっている。)
- ・リクレーション
- ・作業療法、絵画、書道。
- ・気分転換法(看護師、ボランティアによる本人の気分の安定や気力保持を意図したケア)
- ・昼食の提供

これらの活動のなかで「集う」という側面を意識した活動に重点を置いている。集うことがもたらす安心感や孤独の解消は、在宅支援のうえで重要な点である。

また、教育活動にも力をいれている。がん看護研修会など看護師への教育活動は一方で、通所看護。緩和ケア支援センターについての啓蒙活動をも担っている。メゾシステム内のネットワークを強化する上でも、重要と考えている。

目指しているのは、「その方が生きている場所で、その方の生活をしっかり安定できるようにどう支えていくか」という視点に立った、種々のデリバリーサービスだけではなく「集える場所」である。集える場所が、地域にあってこそその在宅生活であると考えている。

発想の経緯は、中山康代表が、医療機関、ホスピス、訪問看護の経験を通じ、それらではないサービスの必要を痛感されたことである。在宅ケアの訪問看護師が在宅援助をしても、日中独居の人には、待ち望んだ家での生活は病名や状況を十分認識しつつ一人で過ごす中で、気持ちの落ち込みが生じる。訪問看護師訪問を心待ちにしてくれていたのはうれしかったが、思い描く在宅ケアのあり方とは異なっていた。

時に深刻なのは、退院後はどの患者も集える場所がなく、サポートネットワークから離脱した形となることである。入院中は同じがん患者同士で話ができしたが、退院してしまうと孤立感を募らせ

てしまう現実がある。サポートグループは「ADLが下がってくるときに集える場所がない深刻な状況」の解決にはならず、そこで介護保険制度下で集える場所づくりとなった。サポートグループでは、送迎サービスもないため、利用者は経済的にも厳しい状況になる。介護保険のもとで活用可能な資源をつくろうとした。

地域に根ざし、看護を柱としたネットワークを指向しているといえる。

特色としては以下の通りである。

日本で初めての、通所看護の形態をとりネットワークを指向している。

「医療の社会化」を目指す意味でも選択したNPOという形態をとり、市民活動として、非営利団体で、市民と医療者が共に活動する形をとっている。地域住民のさまざまなボランティアが、単に人員不足の解消のためではなく、個人の特色ある活動が提供されている。(法律家無料法律相談他)

介護保険の認定、支援費制度の指定事業所の認可施設であり、医療資源と介護福祉資源からのアクセスが、現状では大半である。

ネットワークとしての課題として、以下の2点が、あげられた。

- ・啓蒙活動・PR(医療機関に勤務する医師、医療相談室のソーシャルワーカーを訪問予定)
- ・経営面 ;安定した運営のための経済性の安定
経営に関してはかなりきびしい状況の中(介護保険:デイサービスの収入が柱)、経営的な活動理念と見合う事業を多角的に展開しようと様々な工夫を行ってきた。さまざまな活動に必要な資金として研究補助金・活動補助資金、県の看護事業等に働きかけ、積極的な資金活動を行っている。

在宅で療養中の日常生活が閉塞しがちな患者にとっての「集う」ことのできる場。交流の場であり、がん患者の家族にとっては、気が抜けない介護生活における一時の休息の一時となる。在宅緩和ケア支援センターは、始動を開始しまだ間もない状況であり、活動の形態もまさに創始期といえる。その活動は、コミュニティづくりという視点に重点があり、地域に向けネットワークキングしていく。その意味では、通所看護という枠組みにとどまらない展開が期待される。

5) ケア NPO ひとあかりの会

ケア NPO ひとあかりの会は、古河市市立病院

在宅医療連携室内の在宅医療連携室に事務局がある。医療ソーシャルワーカー大石晴美氏が代表である。大石氏は、ソーシャルワーカーとして、緩和ケアコーディネーターの役割を担っている。

発端は、古川 NPO 支援センターにおいて、市民の参加型のフリートークサロンを行ったことによる。この NPO の立ち上げにあたって、「今の医療に求めるもの！」、「今の病院に求めるもの！」と題して、日中と夜の2回にわたり、市民の生の声を、市立病院の医師をはじめ、医療関係者が聞く機会を作った。日頃、病院内でのみ患者とその家族と接してきた医療者たちは、市民より直接、医療そして今の病院に対する生の声を聞き、患者家族の暮らしの場で過ごしたいというニーズに対していわば「目が開かれた」状態となったという。

古川市立病院地域医療部長三浦医師は、心臓センター長を兼務する医師であるが、在宅支援に積極的に加わるようになった。「人のつながりがいるんなら困難を可能なものにしていくこの活動を体験し、家にいる患者さん家族の想いを本当に意味で知った」と語る。参加者の構成は、アロマセラピストなど特定の機能を持った人々のほか、地域の一般市民が多く参加している。ことにひとあかりの会のサポートを受けて、自宅で患者を看取った遺族が関わっていることが特徴的である。

実際にひとあかりの会のネットワークによる支援を受け、尊厳なる状態での療養生活を支え、尊厳ある死を体験したことから、その強力な支援の有効性を痛感し、実際の活動に加わったものである。

目的としては、在宅支援に、さまざまな資源やネットワークを柔軟に活用していくことを可能にする事があげられる。

在宅支援には柔軟なサポートが必要になる。患者家族のニーズに即対応していくためには、市立病院という公の器の中ではなかなかそうした対応が困難である。柔軟かつ即応できる動きを可能とするために、NPO 法人「ひとあかりの会」を立ち上げた。

ネットワークの範囲としては、古川市民病院フォロー圏内を、範囲とする。ネットワーク中心性としては、ソーシャルワーカー(緩和ケアコーディネーター)が、ネットワークとなり、行っている。

対象者を中心に高密度のネットワーク(暮らし密着型の様々な対象者に合わせた個別プログラ

ムの開発、ボランティアの密度の高いかわり)が、特色である。

入院中に療養場の選択を検討し在宅希望の場合紹介とボランティアからの働きかけが、つながるきっかけとなる。

プログラムとしては、単なる医療資源のサービスをつなぐだけではなく、ケア農園、ひとあかりの会テーマソング、男の料理教室、など生活に密着したものがあつた。月一回の定例会、ボランティア研修会、おさむ亭、等ユニークな活動が継続されていっている。

「患者様や御家族にエールを送って下さる方々＝支援者の募集」として、地域資源の開拓も行われている。

Community は、血のつながりでも行政地域でもなく「ふれあい」の中にこそある。

それを「あつたかワット」と表現する。

あつたか係数×こころの数×姿の数×人の輪＝community ケアの暖かさ

あつたかワットは、病院で1π(1杯分)在宅なら10π(10杯)ではないだろうか。

医療の受けての心のシグナルを探って拾い、

支える

ひとあかりの会報には、上記の方針が書かれている。

こうした一人の命にかかわったことから広がっていく人のつながりや場について、大石氏はひとあかりの会の実践を、「心を元気にする活動＝わらわらしべ長者運動・花咲か爺さん運動」と名付けている。

これは正に公と共の連携、ネットワークの形態であると理解することができる。公の持つ弱点を共が補完することを目的として、ワーキングが行われたと見ることも可能であろう。

(3) 札幌における二つの取り組み

1) 札幌ホスピス緩和ケアネットワーク

札幌ホスピス緩和ケアネットワークの設立の経過は、以下に示される。

ホスピスが我が国に紹介されてから約30年、ホスピス病棟の第1号ができてから約20年が経過し、現在承認されている緩和ケア病棟は約130カ所に及んでいる。このように我が国におけるホスピスケアの普及は実にめざましいものがあるが、一般の医療の中にホスピスケアが定着し、一般市民が、ホスピス緩和ケアの恩恵を十分に受けているかは、必ずしもそうではない。

今やホスピスケアは、紹介、導入の段階から、どのように実際の臨床の場で位置づけられ、提供されるかという定着の段階に入ったといえる。として、ホスピス・緩和ケアの普遍化と供給体制の質医療の充実を意図したものである。

経過としては、平成8年から「札幌緩和医療研究会」を設立し主に札幌市内の勤務医を中心に、一般臨床に対するホスピス・緩和ケアの普及を目指して活動を行ってきたが、その発展的な展開としての「札幌ホスピス・緩和ケアネットワーク」の設立であった。

目的としては、

1. 札幌市内における、ホスピス・緩和ケア病棟、在宅ホスピスを担う開業医、訪問看護ステーション、治癒を目指す癌医療を行っている病院などの横断的なネットワークづくり
2. ホスピス・緩和ケアを担う仲間を増やす。
3. ホスピス・緩和ケアの情報交換、講演会などによるケアの質の向上
4. 一般市民へのホスピス・緩和ケアの啓発活動と情報提供
5. 行政への啓発活動から共同連携体制の確立が、挙げられている。

発足したてのネットワークであり、まず目指しているのは、あくまでも医療資源のネットワークである。実際にどのような形でそれを可能にしていけるのか、どこをめざし、何をしていくのかについての話し合いを行いつつ、ネットワーク形成の途上にある状況である。

2) 市民と共に作るホスピスケアの会

市民と共に作るホスピスケアの会は、平成6年「医療は、本来受け手と担い手の共同作業である」という理念のもと「支え合い、助け合うコミュニティーづくり」をめざして、医療法人東札幌病院と市民有志が共に発足させた、ホスピスケアを考える札幌市の市民グループである。

発会当初は東札幌病院内に、「市民と共に作るホスピスケア実行委員会」事務局があり、筆者もボランティアとして会の運営に携わってきた。会の運営については、最初は市民へのホスピスケアに関する啓蒙活動が柱であり、講座活動でスタートした。

現在は、NPO 法人の認可を受け、市民へ向けたホスピスケアへの啓蒙を意図した市民講座活動、患者・家族・遺族の会であるひまわりの会のサポートグループ活動、市民の手によるホスピスの設置を目指す会の三点を柱に活動を続けてきた。

会の目的については以下に定められている。

NPO 法人「市民と共に作るホスピスケアの会」の目的:「共に創る」がこの会のテーマです。

“受け手”と“担い手”が対等に協力し合うことでしか望ましい医療も福祉も実現しないという理念のもと、五つの目標を掲げて活動しています。

1. ホスピスケアを実践している場を支援し、その考えを伝えていく。
2. ホスピスケア運動に参加しながら、より広がりのある活動を目指し、将来の地域づくり、コミュニティづくりに参加する。
3. その人の人生をあるがままに支える方法を学び合い、紹介し合う社会づくりを目指す。
4. 各自がボランティアの精神で参加し、対等な市民としてのネットワークを広げていく。
5. 学習・研究・活動の成果を公表し、制度改革への定義につなげていく。

市民講座は平成6年2月16日にその第1回がスタートし継続されており、ホスピス緩和ケアについての啓蒙を行ってきた。患者・遺族会は当院で療養する患者・家族にとっても、有効な社会資源として活用されている。

講座の内容としては、医療、ことに緩和医療に関するものが中心となるが、それにとどまらない。近日では高齢者を対象とした地域におけるケアや在宅療養に関するさまざまなものを、医師・看護師、ソーシャルワーカー・薬剤師・ボランティア・一般市民・遺族・家族などが、様々な立場で講師を担い共に学ぶ。まさに市民が中心となり市民と共に、求める医療を実現することをめざす活動となっている。

現在は、緩和ケアネットワークのセンター構想を掲げ、医療機関・大学等の教育機関・市民団体の連携のもとで、医療・福祉のネットワークによって医療の受け手にとっての、施設や在宅といった療養場の選択の自由を保障することにも取り組もうとしている。

・ひまわり会

ひまわり会は、「市民と共に作るホスピスケアの会」の活動の3本柱の一つである。患者、家族、遺族らそれぞれの思いを語り合い分かちあう支援活動である。参加者のそれぞれの思いを共有し、語り合う場となる。ネットワーキングとしては、自ら繋がってくる人を支えて、ネットワークの中に組み込んでいくスタイルである。

現在、サポートネットワークとしての課題と考えていることは、ひまわり会についての啓蒙活動で

ある。このようなサポートネットワークがあることが一般の人たちには十分に知られていないと、認識している。ひまわり会のボランティアメンバーが言うように、「どのように対応したらいいのか、方法が分からない」と、感じているがん患者、家族は多い。そして「どこで気持ちを受けてもらえるかわからない」状態であると実感される。こうした状況の中で、ひまわり会の存在と活動を、知らしめていくのが、重要である。

また、ひまわり会がサポートグループとして、患者、家族、遺族にとって「今、話したい」というニーズにこたえていないのではないかと感じることも多い。月に2回の開催では、「すぐにでも参加して語り合いたい」という思いには、グループ開催のタイミングが合わないことも多い。もう少し頻回にせめて週に一度の開催であれば、こうしたニーズへの対応が可能になるのではないかと考えている。

サポート資源としての PR とネットワーキングの試みとして、以前は、市内の基幹医療機関に、ポスターを持参し啓蒙活動を行った。反応としては、少なかったが、こうした取り組みも、継続していく必要がある。

活動の根底にあったのは、患者や家族といった医療の中に固定した立場性をとらない、現在は医療の受け手という役割にない特定されない一般市民との「支え合い援けあうコミュニティづくり」の発想であったといえる。医療を巡る硬直状況に意識変革をもたらしうる可能性であり、市民との協働やボランティアは、社会にむけたネットワーキングの具現と考えられる。メゾから、マクロシステムへの橋を架けることも視野に入れた、活動である。

D. 考察

現状の中でサポートネットワーク資源を増やすために、ネットワークの中心性をどこに置き、いかにネットワーキングしていくかは、重要な課題であると考えられる。

ネットワーキングの課題としては、まず地域社会や各種組織・団体による力；サポートを、いかに引き出していけるのか。があげられるであろう。この問題は、ネットワーカーに求められているものとも類似する課題である。ネットワーキングでは非公式なもので、メンバーの自発的な意志での参加に基づくことが前提となる。しかしながら、前述したネットワーキングの中心性の観点からいっても、一つの方向性が、考察される。

ネットワークは、ネットワーキングをしていく際に中

心となる人が鍵である。ネットワーキングをするおりに、ネットワーカーはどのような機能が求められるのかについて言及する必要がある。こうした問題は、ネットワーキングの中心となる人のパーソナリティの部分に言及する要件と重なるが、あくまでもネットワークを作るにあたっての必要な機能として論ずる。

ストレングスモデルに立脚したアプローチは、クライアントに関するソーシャルワーク実践アプローチとして有効であるが、ネットワークの中心性に注目し、ネットワークを分析すると資源間のネットワークを考えるうえでも有効であることがうかがえた。おのおの強みに注目する。批判的にとらえない。良いところを探す。強みを生かす。こうした視点がネットワーキングの姿勢として不可欠なものであることが考察された。

そしてそれはメゾシステムのネットワークに加わることで、加わったメンバーも身につけていき、ネットワークを拡大していくうえで重要な視点であることがうかがえた。

E. 結論

現状では、尊厳を保つに困難ながん患者の療養場の選択についての状況がある。また、療養場の選択を保証するための緩和ケアネットワークのネットワークについては萌芽期といえる。

緩和医療における医療サービスの提供の仕組みそのものが問題とされ、まずどのように医療資源のネットワークを作っていくのかというレベルにある。緩和医療サービスの供給体制をいかに作っていくをメインのテーマとしながら、サブテーマとして、療養生活上の生活資源の整備を掲げていく段階にあると捉えられる。

がん患者・家族のためのサポートネットワークは、まだまだ発展途上にあって、手を伸ばせば届くものには、至っていない。ネットワークが、量、質共に充実して行くことが望まれる。

選択を保証するネットワーク形成には、例検討会などを通じた価値の共有、ケアの方法論の伝達などが尊厳ある療養生活と尊厳死のためのネットワークづくりの糸口となることが示唆された。

がん患者の QOL を柱にした保健・医療・福祉のマネジメントの前提として、有機的なネットワークが求められる。バランスが保たれたネットワーキング、そして、マイクロ・メゾ・マクロ連結を背景にしたネットワークが、選択肢が保証された自己決定を可能にする。

そして自己決定に導かれる尊厳ある療養生活と尊厳死が可能となるためには、保健・医療・福祉のネットワークすなわち地域資源の総合支援

体制の拡充が、不可欠である。

サポートグループ、病院や地域の保険医療機関など既存の社会資源を有機的に結びつける地域サポートシステムの構想は、患者及びその家族にとってがんとともに生き、尊厳ある死を迎える上で、重要な位置の資源である。そのシステムを通じた心理的社会的サポートネットワークの実現が望まれる。

このたびの調査研究に関して訪問調査にご協力いただきました各機関の皆様に対して、心から感謝申し上げます。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

その他

なし

参考文献

・平成14年度社会福祉・医療事業団 長寿社会福祉基金助成事業

在宅がん・難病療養者と家族のためのデイサービス事業

社団法人日本がん看護協会研究事業報告書

宮城在宅がん・難病支援事業検討委員会 平成15年3月

・緩和医療学 vol.2.no.4 2001

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

特別養護老人ホームにおける尊厳死に関する研究

分担研究者 平澤秀人 平沢記念病院院長

研究要旨 研究要旨 全国の特別養護老人ホーム（特養）の中から無作為に抽出された 500 施設を対象に尊厳死に関する意識調査アンケートを送付し、返送された結果から特養における尊厳死の現状を考察した。病名、余命告知、最終末期の要望を本人に確認する施設は少なく、家族に確認する施設が多かったことから、患者本人と家族の意思の異同が問題になることが示唆された。さらに、これらの確認を誰にも行っていない施設も少なからずあることがわかった。多くの施設で終末期医療に対する悩みや疑問を感じており、生活の場である特養でも死に関する意識や設備の見直しが必要になってきている現状が明らかとなった。

A. 研究目的

高齢者にとって特別養護老人ホーム（特養）は「生活の場」から「終の住みか」へと変わり、ここで死を迎える場合も多くなってきているが、必ずしも特養が十分に終末期や死を理解し受容しているとは限らない。そこで特養が尊厳ある死や終末期について現在どのように理解し、またどのような疑問をもっているかを明らかにし、今後特養での終末期のあり方を考えていくことが本研究の目的である。

B. 研究方法

2004 年 11～12 月の間に、全国 5135 施設ある特養（2004 年 2 月現在）から無作為に 500 施設を抽出し、尊厳死に関するアンケートを施設長宛に送付した。得られた回答を集計し、特養における尊厳死の現状を把握した。

（倫理面への配慮）

直接特養入所者へのアンケートではなく特養施設への質問であり、また原則無記名での返送であるため施設を特定することもないため倫理面での配慮は十分と思われる。

C. 研究結果

返答が得られたのは 145 施設（29%）であった。併設医療機関がない施設は 70%である。

入所者のうち、悪性新生物のある患者は平均 $5.4 \pm 6.8\%$ 、脳血管障害は平均 $53.9 \pm 23.0\%$ 、循環器系疾患は平均 $34.4 \pm 22.2\%$ 、痴呆性疾患は平均 $64.7 \pm 25.4\%$ であった。年間死亡退所者の平均 9.9 ± 6.6 人のうち、その死

亡理由は悪性新生物が平均 $6.6 \pm 8.7\%$ 、循環器系疾患が平均 $37.4 \pm 30.3\%$ 、脳血管障害が平均 $31.8 \pm 29.1\%$ であった。

終末期（余命 6 ヶ月未満）の入所者が 5%未満と答えた施設は 79.2%であった。本人への病名告知率が 10%未満と答えた施設は 95.3%、家族への病名告知率が 10%未満と答えた施設は 13.0%、100%と答えた施設が 61.1%であった。本人への余命告知率が 10%未満であると答えた施設は 97.7%、家族への余命告知率が 10%未満と答えた施設は 11.5%、100%と答えた施設は 63.1%であった。

最終末期（余命 1 ヶ月以内）の入所者が 5%未満と答えた施設は 94.4%であった。本人にケアの方針の確認をする施設は 10%未満が 58.8%、100%が 17.6%であった。家族にケアの方針を確認する施設は 10%未満が 27.1%、100%が 54.3%であった。

延命処置などの要望を本人に確認する割合が 10%未満と答えた施設は 83.7%、100%が 10.6%であった。家族に確認する割合は 10%未満が 30.1%、100%が 51.2%であった。

終末期医療に対して悩みや疑問を感じている施設は 95.5%であった。

「尊厳ある死」にもっともふさわしいものとして「本人が苦痛でないよう緩和をすること」を選んだ施設は 77.2%であった。

D. 考察

特養では、痴呆性疾患の入所者が多いためか、本人への病名、余命告知、最終末期の要

望の確認をすることは少なく、家族にすることが多かった。これは、患者本人と家族の意思の異同が問題になることを示している。さらに、どちらにも確認を行っていない施設も少なからずあった。

特養はもともと、年間死亡退所者数が平均で9.9±6.6人と少ない。終末期、最終末期の入所者も5%未満の施設が多く、死に対しての関心はあっても、実情に迫られているとはいえないであろう。また、医師が非常勤であったり看護師の数が少ないため、死に関する意思の確認をするシステムや役割分担が明確にされていないところもあると考えられる。

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

E. 結論

今回のアンケートは回収率が29%と一般病院を対象とした同様のアンケートの回収率に比べて高く、特養における尊厳死への関心の高さが窺える。しかし、必ずしも死に対する本人や家族の意向が十分確認されているわけではないこともわかった。特養は生活の場としての施設ではあるが、死を迎える入所者も皆無ではなく、終末期医療に対して悩みや疑問を感じている施設がほとんどである。尊厳死に対する意識を高め、ソフト面、ハード面の設備の充実が必要と考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

論文発表

なし

学会発表

1. 木田次郎、宗岡克政、井川真理子、内田直、平澤秀人：初老期に発症した笑い発作の1例。第70回東京精神医学会、2004, 3, 6（東京）
2. 木田次郎、朝山健太郎、宗岡克政、井川真理子、内田直、平澤秀人：ロキソプロフェンによりリチウム中毒を呈した老人躁うつ病の1例。第72回東京精神医学会、2004, 11, 13（東京）
3. 井川真理子、木田次郎、宗岡克政、平澤秀人、上田諭、小山恵子：経過中幻覚・妄想が顕著となり、せん妄や痴呆との鑑別を要した2症例。第19回日本老年精神医学会、2004. 6. 25（松本）。

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

厚生労働科学研究費補助金（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

中・小規模の一般病院（50床以上300床未満）における尊厳死についての意識調査

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授
研究協力者 野口 海 松下年子 小林未果

研究要旨 全国の中・小規模の一般病院（50床以上300床未満）の中から無作為に抽出した1000病院を対象に尊厳死に関する意識調査アンケートを送付し、返送された結果から中小一般病院における尊厳死の現状を考察した。病名、余命告知、終末期の治療方針は、患者本人よりも、家族に伝えられ意思を確認するケースが多かった。多くの病院が終末期医療システムの不備を感じており、患者が「尊厳ある生」を過ごしながら、尊厳死を達成するための前提条件として、終末期医療システムの整備をする必要があることが明らかとなった。

A. 研究目的

我が国の終末期がん患者のほとんどが、ホスピスや緩和ケア病棟といった緩和医療専門施設や在宅での緩和ケアを受けて亡くなっているわけではなく、一般病院で亡くなっているのが実情である。そこで、一般病院ではどのような緩和医療を行い、また緩和医療を行っていく上で、どのような問題を抱えているのかといった現状を把握するため、全国の一般病院の院長を対象にした尊厳死に関するアンケート意識調査を実施した。

B. 研究方法

2004年10～11月の間に、「2004年版 病院総覧」に掲載された病院（8171病院）から無作為抽出した全国の50床以上300床未満の中・小規模の一般病院1000病院（一般病床のみの病院群500病院、療養病院も含む病院群500病院）を対象にして、説明文および35項目からなる尊厳死に関する質問票及び返送用封筒を同封し、院長宛に郵送した。

（倫理面への配慮）

患者個人及び病院が特定されるような項目はなく、また原則無記名での返送であるため、病院を特定することもできず、倫理面での配慮は十分であると思われる。

C. 研究結果

返答が得られたのは140病院（14.0%）であった。病床数の平均は164.5（SD±63.5）床、患者の平均在院日数は62.8（SD±151.3）日、

病名割合では、悪性新生物が13.1（SD±11.8）%、脳血管疾患が28.2（SD±41.3）%、循環器系疾患が15.4（SD±12.6）%を占めていた。

年間入院患者数の平均は2248.4（SD±2749.2）人、年間退院患者数の平均は1762.1（SD±1411.0）人、年間死亡退院数の平均は102.8（SD±66.0）人で、そのうち終末期患者の占める割合は9.1（SD±13.3）%であった。

終末期における患者本人への病名告知の達成率は、病院間でかなりの幅があり、平均45.9%であった。同時に、本人への治療方針確認は47.2%であり、本人への延命処置の希望や余命告知となるとさらに低い値（それぞれ15.2%、26.6%）であった。終末期患者の抑うつ・不安やせん妄など精神症状の出現率は47%、20%であった。身体症状・精神症状の対応は、主治医・看護師でなされている場合がほとんどであった。本人の意思が確認されることよりも、家族の意見が医療行為に反映されている場合が多いことが明らかとなった。

尊厳死の定義については、「延命処置をおこなわないこと」（6.9%）よりも「苦痛を緩和すること」（71.5%）が高率に選択され、医療者でさえ「尊厳死」について従来の法的な面よりも広く捉えていることがわかった。

D. 考察

今回の調査から、本人への情報提供（告知率、余命率、治療方針、延命処置の希望等）が100%に近い主要な基幹病院やセンター病院の現状と、50～300床の中・小規模の一般病院では、医師・患者関係にも大きな違いが

あることが明らかとなり、それぞれの病院背景に合った緩和医療システムを考えていかななくてはならないことが示唆された。その一方、終末期患者の抑うつ・不安やせん妄など精神症状の出現率（47%、20%）は、一般的に報告されているものとはほぼ同様であり、病院形態間で大きな差はみられなかった。終末期患者の精神症状や身体症状など、症状に関わる対応などの指針やマニュアルは、症例数が多い基幹病院やセンター病院が収集し、データをまとめ各病院群に配布するという方向性には大きな意味があると思われた。今後は、上記の様な背景があることを加味しながら、インフォームド・コンセントの問題や緩和ケアシステムの整備、尊厳ある生を迎えるための環境整備などを行っていかなくてはならない。

E. 結論

病名、余命告知、終末期における治療方針や延命処置の希望は、患者本人に直接伝えられるよりも、家族に伝えられるケースが多かった。多くの病院が終末期医療システムの不備を感じており、終末期患者が「尊厳ある生」を過ごしながらか、尊厳死を達成するためには、終末期医療システムの整備をする必要があることが明らかとなった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

総説

松下年子、松島英介：癌患者のコーピング。精神科 4(2)：123-128, 2004.

松島英介：がん患者のうつ病 1. 疫学。Depression Frontier 2: 8-14, 2004.

松島英介：がん患者のうつ病—その1。精神科 4(4)：266-271, 2004.

松島英介：がん患者のうつ病—その2。精神科 5(2)：137-141, 2004.

野口 海、松島英介：終末期におけるコミュニケーションスキル。緩和医療学 6(4)：53-56, 2004.

野口 海、松島英介：がん患者のスピリチュアリティ (Spirituality)。臨床精神医学 33(5)：567-572, 2004.

松下年子、松島英介：がん患者の QOL (Quality of Life)。臨床精神医学 33(5)：541-545, 2004.

松島英介：がん患者のせん妄。臨床精神医学 33(5)：533-539, 2004.

松島英介、松島雅子：患者への情報提供—がん告知を中心に—。精神科治療学 19 増刊号「精神科リエゾンガイドライン」(精神科治療学編集委員会編)，星和書店，東京，pp.109-114, 2004.

野口 海、松島英介：緩和医療における「緩和ケアチーム」と大学病院の役割。精神科 5(4)：265-267, 2004.

原著論文

野口 海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討。総合病院精神医学 16(1)：42-47, 2004.

野口 海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者に対する Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual (FACIT-Sp) 日本語版の信頼性・妥当性の検討 (予備的調査)。癌と化学療法 31(3)：387-391, 2004.

Noguchi W, Ohno T, Morita S, Aihara O, Tsuji H, Shimosuma K, Matsushima E. Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy -Spiritual (FACIT-Sp) for Japanese patients with cancer. Supportive Care in Cancer 12(4)：240-245, 2004.

Matsushita T, Matsushima E, Maruyama M. Assessment of peri-operative quality of life in patients undergoing surgery for gastrointestinal cancer. Supportive Care in Cancer 12(5)：319-325, 2004.

2. 学会発表

特別講演

松島英介：がん治療と心の問題，その解決法。日本放射線腫瘍学会第17回年次学術集会，千葉，2004年11月。

一般口演

松下年子、松島英介、森尾友宏、水谷修紀、角田由美子、有江典子：長期入院治療を要する悪性疾患患者を抱えた母親の心理 (I)。第17回日本サイコオンコロジー学会総会。福岡，2004年5月13日、14日。

松下年子、村田比奈子、松島英介、麻生武

志：婦人科主要患者の心理特性。第17回日本サイコオンコロジー学会総会。福岡，2004年5月13日、14日。

なし

村田比奈子、松下年子、松島英介、麻生武志：婦人科主要患者のQOL。第17回日本サイコオンコロジー学会総会。福岡，2004年5月13日、14日。

野口 海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者の Spirituality と フランクルの実存分析（ロゴセラピー）の可能性－FACIT-S p ・ PIL test ・ WHO-SUBI の関連。第9回日本緩和医療学会総会，札幌，2004年6月17-18日。

河野裕太、松下年子、松島英介、丸山道生：消化器がん患者の退院後の心理特性と自己効力感。第3回文京緩和医療研究会，東京，2004年8月28日。

松下年子、松島英介：癌患者の心理特性とSOC (Sense of Coherence)。第24回日本看護科学学会学術集会，東京2004年12月4-5日。

野口 海、大野達也、森田智視、相原興彦、辻井博彦、下妻晃二郎、松島英介：がん患者の Spirituality と Logotherapy を用いた Spiritual Care (精神療法) の可能性。第17回日本総合病院精神医学会総会，東京，2004年11月26-27日。

小林未果、松下年子、濱島 央、松島英介：消化器系がん患者の入院時・退院時におけるQOL と心理特性。第17回日本総合病院精神医学会総会，東京，2004年11月26-27日。

野口 海、三上明彦、永井英明、松島英介：緩和ケア病棟に入院した乳がんを合併した統合失調症患者—精神疾患患者の意思決定能力と緩和ケアの求める「患者本人の同意と希望」—。第28回日本死の臨床研究会。つくば，2004年11月27-28日。

松下年子、松島英介：がん患者の心理特性とSOC (Sense of Coherence)。第24回日本看護科学学会学術集会，東京，2004年12月4-5日。

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

(資料)

平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金
(効果的医療技術の確立推進臨床研究事業)

「我が国における尊厳死に関する研究」

アンケート調査のまとめ

1. 一般病院

1. 一般病院

2003-2004年版病院総覧より、全国の一般病院（8171病院）のうち、50床以上300床未満の一般病院を1000病院無作為抽出し、質問票を病院長宛に郵送した。140病院（14%）より返信があった。

Q1. 貴院の所在地（都道府県名）はどちらですか？

都道府県	合計	一般のみ	療養あり	返信合計	返信率(%)
北海道	39	21	18	6	15.4
青森	20	10	10	3	15
岩手	20	10	10	4	20
宮城	20	10	10	3	15
秋田	20	10	10	3	15
山形	15	10	5	1	6.7
福島	20	10	10	4	20
茨城	20	10	10	4	20
栃木	20	10	10	1	5
群馬	20	10	10	1	5
埼玉	20	10	10	1	5
千葉	20	10	10	2	10
東京	40	21	19	4	10
神奈川	20	10	10	2	10
新潟	20	10	10	4	20
富山	20	10	10	3	15
石川	20	10	10	6	30
福井	20	10	10	4	20
山梨	20	10	10	3	15
長野	20	10	10	0	0
岐阜	20	10	10	2	10
静岡	20	10	10	4	20
愛知	20	10	10	3	15
三重	18	8	10	3	16.7
滋賀	16	6	10	3	18.75
京都	20	10	10	2	10
大阪	40	21	19	6	15

兵庫	20	10	10	3	15
奈良	20	10	10	3	15
和歌山	20	10	10	2	10
鳥取	18	8	10	5	27.8
島根	16	6	10	2	12.5
岡山	20	10	10	3	15
広島	20	10	10	2	10
山口	20	10	10	2	10
徳島	20	10	10	3	15
香川	20	10	10	0	0
愛媛	20	10	10	3	15
高知	20	10	10	1	5
福岡	39	20	19	7	17.9
佐賀	20	10	10	3	15
長崎	20	10	10	3	15
熊本	20	10	10	1	5
大分	20	10	10	4	20
宮崎	20	10	10	3	15
鹿児島	20	10	10	3	15
沖縄	19	9	10	4	21.1
合計	1000	500	500	139	
				(不明1)	
				計:140	14.00%

Q2-1. 病床数は何床ですか？

平均 164.5 床 (SD±63.5)

Q2-2. うち療養病床は？

平均 42.7 床 (SD±56.7)

Q3. 年間入院患者数は？

平均 2248.4 人 (SD±2749.2)

Q4. 年間退院患者数は？

平均 1762.1 人 (SD±1411.0)

Q5. 入院患者の平均在院日数はどのくらいですか？

平均 62.8 日 (SD±151.3)

Q6.入院患者のうち主な病名が次の疾患である患者の割合を教えてください。

*悪性新生物

平均 13.1% (SD±11.8)

*脳血管疾患患者

平均 28.2% (SD±41.3)

*循環器系疾患患者

平均 15.4% (SD±12.6)

Q7. 年間死亡退院者数は？

平均 102.8 人 (SD±66.0)

Q8. 死亡患者のうち、主な基礎疾患が次の疾患である患者の割合を教えてください。

*悪性新生物

平均 33.0% (SD±22.3)

*脳血管疾患患者

平均 23.3% (SD±21.2)

*循環器系疾患患者

平均 15.7% (SD±10.1)

Q9. 全入院患者の中で、終末期（余命6ヵ月あるいはそれより短いと思われる時期）の患者が占める大体の割合を教えてください。

合計 129 院

1. 5%未満	61
2. 5-10%未満	55
3. 10-20%未満	7
4. 20-30%未満	5
5. 30%以上未満	1

Q10. 終末期（余命6ヵ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者本人への病名告知の達成率はどの程度でしょうか？

合計 136 院

1. 10%未満	32
2. 10-20%未満	8
3. 20-30%未満	10
4. 30-40%未満	19
5. 40-60%未満	17
6. 60-80%未満	17
7. 80-100%未満	30
8. 100%	3

Q11. 終末期（余命6ヵ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者の家族への病名告知の達成率はどの程度でしょうか？

合計 136 院

1. 10%未満	1
2. 10-20%未満	1
3. 20-30%未満	0
4. 30-40%未満	0
5. 40-60%未満	1
6. 60-80%未満	3
7. 80-100%未満	25
8. 100%	105

Q12. 貴院では全体としてみて、患者が治る見込みがない病気に罹患した場合、その病名や病気の見通し（治療期間、余命）について、まずどなたに説明をしますか？

合計 134 院

1. 必ずはじめに患者本人に説明する	5
2. 状況を見て、患者か家族かどちらかに説明する	69
3. 家族に説明する	55
4. 患者と家族同時に説明する	5
5. わからない	0

Q13. 終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者本人への余命告知の達成率ほどの程度でしょうか？

合計 136 院

1. 10%未満	66
2. 10-20%未満	12
3. 20-30%未満	16
4. 30-40%未満	9
5. 40-60%未満	10
6. 60-80%未満	10
7. 80-100%未満	11
8. 100%	2

Q14. 終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の入院患者の家族への余命告知の達成率ほどの程度でしょうか？

合計 135 院

1. 10%未満	1
2. 10-20%未満	0
3. 20-30%未満	2
4. 30-40%未満	2
5. 40-60%未満	5
6. 60-80%未満	5
7. 80-100%未満	47
8. 100%	73