

<システム・医療供給体制>

200300021A 病院ボランティアの導入とコーディネートに関する普及モデルの開発とデ
モンストレーション

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 信友浩一(九州大学大学院医学研究院)

200301110A 医療機能の分化と連携を目指した医療計画の在り方に関する研究

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 長谷川敏彦(国立保健医療科学院政策科学部長)

200201267A 在宅ターミナル患者の経時的ニーズの変化に対するケアプログラムの開発
と評価方法

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 島内節(東京医科歯科大学大学院)

200201299A 第三者による病院機能評価活動の効果的・効率的な評価手法の研究

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 伊賀六一(財団法人日本医療機能評価機構)

200100010A 地域の医療供給と患者の受診行動に関する実証的研究

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 鵜田忠彦(一橋大学経済学部)

200100111A 諸外国における看護師の業務と役割に関する研究

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 山本 あい子(兵庫県立看護大学)

199800780A 病院における機能分類と評価体系のあり方に関する実証的研究

研究年度 平成 10(1998)年度

主任研究者(所属機関) 福田敬(東京大学)

199800805A 医療提供体制の特異性を反映した DRG/PPS 設計方法の研究

研究年度 平成 10(1998)年度

主任研究者(所属機関) 下村健(健康保険組合連合会)

199700334A 早期退院を可能とする看護活動の効果に関する研究

研究年度 平成 9(1997)年度

主任研究者(所属機関) 濱口恵子(東札幌病院)

<倫理関連>

200000305A 精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究

研究年度 平成 12(2000)年度

主任研究者(所属機関) 鈴木二郎 (東邦大学医学部精神神経医学講座)

199900921A 臨床倫理の実践システムに関する研究 ・ 効果的に運用するための基盤(職員の意識, ツール, ガイドライン, 組織)の整備

研究年度 平成 11(1999)年度

主任研究者(所属機関) 濱口恵子(医療法人 東札幌病院)

<その他>

200400019A 終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 林 謙治(国立保健医療科学院)

200401020A 我が国における尊厳死に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 松島 英介(東京医科歯科大学 大学院医歯学総合研究科)

200301052A 終末期医療に関する調査

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 角間辰之(日本赤十字九州国際看護大学)

200200363A 多民族文化社会における母子の健康に関する研究

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 牛島廣治(東京大学)

200200786A 個々人におけるモルヒネ作用強度のゲノム解析による予測

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 池田和隆(財団法人東京都医学研究機構)

200000271A 音楽療法の臨床的意義とその効用に関する研究
研究年度 平成 12(2000)年度
主任研究者(所属機関) 日野原重明(聖路加看護大学)

199800286A 音楽療法の臨床的意義とその効用に関する研究
研究年度 平成 10(1998)年度
主任研究者(所属機関) 日野原重明(聖路加看護大学)

199700294A ターミナルケアに対する意識に関する研究
研究年度 平成 9(1997)年度
主任研究者(所属機関) 橋本修二(東京大学大学院医学系研究科)

199700471A 乱用薬物の管理のあり方に関する調査研究
研究年度 平成 9(1997)年度
主任研究者(所属機関) 山本晴彦(神奈川大学理学部)

第5章－2

予後判定のエビデンス

－終末期に関する生物学的指標と決定プロセスに関する考察－

国立国際医療センター緩和ケア科 有賀悦子

I. 終末期の不可逆性に関する生物学的指標の文献検索

1. はじめに

終末期における医療の選択は、その患者の全身状態が不可逆的な状態に陥っているか、予後が月単位、週単位、日単位のいずれの状態にあるかなどの判断を求められることがある。特定の疾患に限定されない、死の時期を知ることができる指標は明らかにされておらず、医師の経験、多職種による評価、疾患別に予後を推定することなどでなされているのが現状である。

2005年11月現在で予後を判断する臨床検査、臨床指標に関する検索を行った。用いたデータベースはPub Med、対象期間は1960年から2005年、検索式はすべてEnglishとhumanで限定した。

2. 検索式と結果

die AND biomarker 465

腫瘍マーカーと治療効果に関する文献多数認められた。

die AND biomarker NOT tumor marker 312

アポトーシスに関する細胞レベルの死の文献が多数認められた。

die AND biomarker NOT tumor marker NOT apoptosis 174

・ Strategies for developing biomarkers of heart failure.¹⁾

心不全の重症度に関する生物学的指標の論文が1件認められた。その他、死に関する指標というより、治療指針に関する指標について疾患別の論文が認められた。絞込みを行うにあたり、がんに限定した。

die AND biomarker NOT tumor marker NOT apoptosis AND cancer 42

この42件におけるキーワードは、次のようなものであった。

Angiogenesis, CD105, c-kit, losses of CD8, CD20 and CD56 expression, Cytogenetic damage and ras p21 (COPD, lung ca), chromosomal abnormalities

このような生物学的指標において、予後の良・不良、治療反応性の差などに関する文献が認められたが、死を測る指標になるもの報告は無かった。

次に、生体が不可逆的な状態になったと判断可能な指標の有無について検索を行うために、下記の検索式を用いた。

irreversible AND indicator 35

分子レベルである“Telomeres”に関する文献が認められた。

irreversible stage AND indicator 3

得られた文献は以下のものであった。

- Thresholds for cerebral ischemia after severe head injury: relationship with late CT findings and outcome.²⁾
- Serum amyloid A protein: a sensitive indicator of renal allograft rejection in humans.³⁾
- Renal dysfunction induced by cadmium: biomarkers of critical effects. *Biomaterials*.⁴⁾

ミクロを捉える傾向にあるため、視点を変え、以下の検索式を用いた。

end of life AND prognosis indicator 15

end of life AND prognosis indicator AND cancer 5

- Management issues in chronic viral hepatitis: hepatitis C.⁵⁾
- A phase I study of the antimetabolite (E)-2'-fluoromethylene-2'-deoxycytidine (MDL 101,731) administered as a twice-weekly infusion.⁶⁾
- Cytokeratin-positive cells in the bone marrow and survival of patients with stage I, II, or III breast cancer.⁷⁾
- The International Prognostic Index can be used as a guide to treatment decisions regarding patients with human immunodeficiency virus-related systemic non-Hodgkin lymphoma.⁸⁾
- Relation of tumor size, lymph node status, and survival in 24,740 breast cancer cases.⁹⁾

end of life AND prognosis indicator AND decision making 1

- Decision-making in end-stage coronary artery disease: revascularization or heart transplantation?

3. 考察

疾患群毎には、治療の選択に関わる検査、生物学的指標を検討しているものが認められるが、疾患共通因子である死の時期を見極めることは現時点でも困難であろうと思われた。栄養学的な見地から、リンパ球数、アルブミン値の低下と加齢など身体状況の衰弱は関連性があるのではないかと予測される¹⁰⁾が、それらを死の指標と結びつける根拠は得られなかった。

II. 再発がん患者で人工呼吸器管理となった患者のプロセスレコードにおける終末期医療の考察

1. 症例

52歳 子宮頸がん リンパ節転移 両側水腎症 放射線性膀胱炎
X-5年 上記診断に対し手術（広汎子宮全摘術）及び放射線照射（50.4Gy）
X-1年 放射線性膀胱炎、左水腎症、腰痛（傍大動脈リンパ節転移）この時再発の診断
X年 腰痛、下肢痛にて歩行困難、不眠
X年Y-1月 発熱・疼痛にて入院
両側水腎症に対しWJカテーテル挿入
X年Y月 当院緩和ケア科紹介受診
#1 極めて多種多量の鎮痛薬を必要とする疼痛
#2 腹壁癒痕ヘルニア
#3 両下肢リンパ浮腫
#4 血尿
#5 家族疲労（夫離婚、キーパーソン娘26歳。患者は娘の支援者は叔母、姪と明言するも、娘と叔母は意見の対立が頻回にあった。）
患者の希望は十分な症状緩和とともに可能性があるがん治療の検討であった。内服による疼痛等症状緩和の継続と共に放射線科受診し、疼痛の原因となっている傍大動脈リンパ節転移への照射開始、婦人科受診し効果と副作用の説明の上で腎機能評価の上で化学療法を施行することとなった。
X年Y+3月 化学療法目的で婦人科入院。緩和ケア科兼診で症状緩和、家族支援継続。
X年Y+3月26日
入院5日目、排便時、腹壁癒痕ヘルニア近傍に激痛を感じ、緊急検査の結果腸穿孔と診断。予後は今回の入院時点で短め月単位（3～4ヶ月）と多くの医師が推測をしており、この穿孔はまったく予知していなかったことから、当院初診が緩和ケア科外来であったが、緊急手術となった。開腹の結果、下直腸動脈にリンパ節転移が浸潤し、壊死性虚血性大腸炎から穿孔に至ったものと診断された。S状結腸切除術、人工肛門造設、30L腹腔内洗浄を行った。この日より、婦人科から外科に転科となり、緩和ケア科は引き続き併診にて症状緩和を継続した。
X年Y+3月30日
ICUから一般病棟に移動。早く歩きたいと意欲を見せていた。
X年Y+4月3日
急な血圧低下、呼吸不全となり、挿管、人工呼吸器管理となった。
プロポフォールにて鎮静を行っていたが、増量により血圧が不安定になることから浅い鎮静となることが度々認められるようになった。
X年Y+5月5日
緩和ケアラウンド時、人工呼吸器下にて覚醒しており、筆談のジェスチャーあった。「クダとれ。とれないなら死」と筆記。このことは家族に伝えたとこの問いかけに対し、瞬きでまだ伝えていないことがわかった。「管をとると死ぬかもしれない」という問いに対して、「いい」と筆談。「深く

眠った方が楽か」との問いにはうなずいた。

外科主治医に連絡し、病棟看護師とともにその情報をすぐに共有化。娘に来院を促し患者の意思を伝えた。複数診療科、多職種、家族の話し合いのもと、医療処置は現状を維持し、苦痛緩和として深い鎮静をミタゾラムで行っていくこととなった。

X年Y+6月3日 多臓器不全で死亡

この間、娘の個人的背景から家族間で激しい感情の対立があった。来院しても娘は意識のない母の傍には数分しか留まることができず、この間入籍した夫に付き添われて病状説明を聞くようになった。この1ヶ月の間、叔母は娘に対する激怒から次第に互いを思いやる言葉をかけ始め、許しあうようになった。死亡時、「この1ヶ月という時間は家族がまとまるための必要な時間だったと思う」と述べたところ、家族一人一人が同様に感じていたことを話された。

前医チームの一人から「死に場所を探すように」と言われ、当院を受診されている。前医には、再発の時点で治らないであろうという意識があり、症状が激しくではじめた時点で不可逆的と確信したと患者の言葉から推測できた。

当院外来初診時、「苦しくなく最期を見てくれることでいいから」とも患者は言った。緩和ケア重視の医療を望まれ来院された患者であったが、一方で、外来通院を重ねると可能な治療があるなら検討してほしいとの意思表示もあり、医療者側（放射線科、婦人科、緩和ケア科医師）も緩和的、延命的意味を含んだ化学療法、放射線療法は選択可能と判断した。ただし、病状としては治癒が見込める状態ではない（不可逆的）と何れの医師も理解していた。

穿孔という予測できない病状の変化に対し、患者は緊急手術を希望された。仮に、本人の意思表示がなかったとしても、医療者側も緊急手術や蘇生を行わないという選択は困難であったと思われる。

その後、再挿管後、患者から抜管の意思を示されたが、医療チームでの話し合い、家族との話し合いで、深い鎮静で苦痛を除去することに努めることとなった。

2. 考察

当院で不可逆的身体状況と判断されたが、根治的治療は困難でも、予後延長と症状緩和的がん治療の継続を本人は望んでいた。また、突然の腸穿孔に対し、本人は手術を望み、医療者も施行しないという判断にはつながらなかった。国内の緩和ケア病棟・ホスピスの入棟基準として、がん治療において治癒が困難な身体状況である患者が適応になっている。緩和ケア病棟等には、基本的には心肺蘇生を念頭においていない病棟であるため、緩和ケア病棟等に入院するということは、事前意思の一つと捉えられる。この治癒が困難とは、不可逆的身体状況と考えられるが、一般病棟に入院していた本症例患者はそうした身体状況であったが、患者も関わる医療者も心肺蘇生を行わない身体状況とは判断しなかった。

また、外来で苦痛の緩和をしてもらえればと述べているが、実際には延命的がん治療

の模索、急変時の手術は望んでいた。

この症例を終末期医療における患者の意思決定の手順を想定しながら考えると、緩和医療を選択した後でも、“急変時の延命の希望の有無”を確認しなければならない状況があることが、本症例のような緩和ケア病棟ではない急性期病院の緩和ケアで起こりうることがわかった。

さらに、手術の後に再挿管され、苦痛の中で抜管を筆談で希望されたことについて考えたい。挿管下で苦痛の中にいた患者の意思は、多職種による話し合いにおいて、適切な判断能力があったかというかという問いに対しては複数の医療者から、「適切とは言いがたい」という評価を得ることが出来ている。

本症例には事前指示書はなかったため、その時“それまでの患者の嗜好（価値観）を考慮し、状態を評価”した上で、“患者に最善となるよう行動する”ことが考えられたが、我々が取った行為は、複数の医療者、家族、すべての参加者が同意できるコンセンサスを得るに至るまで話し合いを持ったことであった。この際、「誰の意見が必要か（家族・介護者・友人・代理人）」、「誰が最善を判断するか」については、参加者の同意を得るプロセスが重要で、これは話し合いを重ねることで可能となる現実的な対応と感じた。

患者が死亡した時、再挿管された後の時間は家族にとって和解の時間であり、感謝の言葉を聞くことが出来た。ただし、患者自身にとってこの間の時間をどのように評価しているかは最期まで確認することはできなかった。

本症例では家族間で深い鎮静について意見が一致したが、家族間に不和があり一部の家族が抜管を強く求めるなどしたら、それは患者の価値観の代弁者としてどのように捉えることになったのだろうか、という疑問が生じる。仮に、本人がDNRを事前指示書として残していたとき、このような予期されていない対応については、時間が限られている中での「妥当性の判断」や「意思の再確認」は大変難しいであろうと推測される。しかし、選択肢として「従来の治療を行う」ことを挙げることは、現実的には妥当であるという印象を受ける。

患者自身の決定が困難な場合、家族はその代諾者として選択していくかなければならなくなる。こうした家族の苦悩を和らげ、納得できる方法として“コンセンサス・ベースド アプローチ¹¹⁾”が挙げられる。患者の嗜好、価値観に基づいた選択を行うにあたって代理人、家族、ケアに関わる医療者らの対話によって、コンセンサスの得る形成過程をさしている。本症例も、患者の苦悩に関わる人で共有し、決定していくプロセスこそ重要であったと感じており、緩和ケアを希望しつつも事前指示書がなく家族間に問題を生じているような場合でも、コンセンサス・ベースド アプローチを取っていくことで、看取ることが出来たと感じている。

緩和医療を選択した後に急変時の延命の希望の有無というのは、本症例のような緩和ケア病棟ではない急性期病院の緩和ケア（がん初期からの緩和ケア、緩和ケアチーム介

入事例など)では、必要な項目であることがわかった。

さらに、手術の後に再挿管され、苦痛の中で抜管を筆談で希望されたことについて考えたい。挿管下で苦痛の中にいた患者の意思は、適切な判断能力があったがというそれは、複数の医療者から適切とは言いがたいという評価であった。

事前指示書はなかったため、暫定版意志決定アルゴリズムによると上段を右に進み右側を下方に向かうこととなる。その時、“それまでの患者の嗜好(価値観)を考慮する。状態を評価し、患者に最善となるよう行動する”という項目で取った行為は、複数の医療者、家族、すべての参加者が同意できるコンセンサスを得るに至るまで話し合いを持ったことであった。

患者が死亡した時、再挿管された後の時間は家族にとって和解の時間であり、感謝の言葉を聞くことが出来た。ただし、患者自身にとってこの間の時間をどのように評価しているかは最期まで確認することはできなかった。

本症例では家族間で深い鎮静について意見が一致したが、家族間に不和があり一部の家族が抜管を強く求めるなどしたらそれは患者の価値観の代弁者としてどのように捉えることになったのだろうかという仮定の中での疑問が生じる。また、仮に、DNRを事前指示書として残していたとき、この暫定版意志決定アルゴリズムでは真ん中を進むことになるが、このような予期されていない緊急時にも適応されるのか、時間が限られている中での妥当性の判断や意思の再確認は大変難しいものになると推測された。

患者自身の決定が困難な場合、家族はその代諾者として選択していくかなければならなくなる。こうした家族の苦悩を和らげ、納得できる方法として“コンセンサス・ベースド アプローチ¹¹⁾”が挙げられる。患者の嗜好、価値観に基づいた選択を行うにあたって代理人、家族、ケアに関わる医療者らの対話によって、コンセンサスの得る形成過程をさしている。本症例も、患者の苦悩に関わる人で共有し、決定していくプロセスこそ重要であったと感じている。

<参考文献>

- 1) Jortani SA, et al: Adv Clin Chem. 2005;40:37-98.
- 2) Schroder ML, et al: J Neurotrauma. 1996 Jan; 13(1):17-23.
- 3) Maury CP, et al: Transplantation. 1983 Nov;36(5):501-4.
- 4) Bernard A.: 2004 Oct; 17(5):519-23.
- 5) Sievert W.: J Gastroenterol Hepatol. 2002 Apr;17(4):415-22.
- 6) Burtness B, et al: Cancer J. 2000 Sep-Oct; 6(5):309-15.
- 7) Braun S, et al: N Engl J Med. 2000 Feb 24; 342(8):525-33. Erratum in: N Engl J Med 2000 Jul 27;343(4):308.
- 8) Rossi G, et al: Cancer. 1999 Dec 1; 86(11):2391-7.
- 9) Carter CL, et al: Cancer. 1989 Jan 1; 63(1):181-7.
- 10) Seres DS.: Surrogate nutrition markers, malnutrition, and adequacy of nutrition support. Nutr Clin Pract. 2005 Jun; 20(3):308-13.
- 11) Jason HT Karlawish, et al: A consensus-based approach to providing palliative care to patients who lack decision-making capacity. Ann Intern Med. 1999; 130:835-840.

第6章－1

終末期医療に関する調査（平成15年）再分析

－施設別の実態と取り組み、そのⅠ 医師による回答－

国立保健医療科学院 林 謙治 児玉知子、熊川寿郎
久留米大学バイオ統計センター 角間辰之

「終末期医療のあり方を考えるための共通基盤を構築する」の章において戦後「死亡の場所」が自宅から病院へと大きくシフトしてきたことを述べた。近年緩和ケア技術の進歩により、一般病院のなかに緩和ケアチームをつくる場合や緩和ケア病棟を付設するところが増え、また、診療所のなかにもいわゆる在宅ホスピスケアに努力しているところもある。筆者らがフィールド調査の一環として上記の類型を念頭に多くの施設を訪問調査した結果、患者が終末期をどこで死を迎えるかによってケアや医療行為の方向、日常生活の過ごし方等に大きな違いがあることが判明した。

平成16年7月に発表された「終末期医療に関する調査検討会報告書」では一般国民を調査対象にしているほか、医師、看護職員、介護職員に対して勤務施設別にサンプリングして調査を行っている*。今回は医師の勤務施設別の対応について再分析した。以下示す結果については医師の性、年齢が多くの回答において交絡因子として影響しているが、性・年齢構成を含めて現在の実態を反映しているとみなして解釈したい。付表は資料Ⅰとして掲げたので参照していただきたい。ここでは結果のみについて記述する。なお、表の見方であるが、補問は主問の限定された選択肢について質問したものであり、また、○印は複数回答の場合にある選択肢を選んだ度数を表している。以下すべて医師による回答である。

（*調査注釈：平成14年から開催された「終末期医療に関する調査等検討会」において、一般国民（5,000人）、医師（3,147人）、看護職員（3,647人）、介護施設職員（2,000人）を対象に、平成15年2月から3月にかけて「終末期医療に関する調査」が実施された。本研究班では、調査で回答のあった医師1,363名（回答率43.3%）を対象に、対象施設別（緩和ケア病棟、診療所、病院（一般病床、療養病床））の再分析を行なった。）

集計結果

1. 終末期医療への関心・患者の同意

「安楽死」「尊厳死」「リビングウィル」についての関心度は緩和ケア病棟の医師がもっとも高く79%であり、一般病院・診療所の医師は40%未満であった(問1)。病気の告知を最初に患者にする割合が低く、逆に家族にする割合は緩和ケア病棟を除いてすべて50%を超えている(問4)。患者や家族が納得のいく説明ができていると答えている医師は一般病院・診療所では20%程度、緩和ケア病棟は35%であり、「ある程度できている」を含めるとほとんどの施設は80%を超えている(問5)。治る見込みのない病期に罹患した場合、その治療方針を決定するに当たり、先ず意見を聞く対象は緩和ケア病棟と他の施設で大きな開きがある。緩和ケア病棟では「患者本人に聞く」が50%であるが診療所・一般病院では10-13%に過ぎなかった、また、緩和ケア病棟では「家族に聞く」は少なく2.6%に過ぎない(問6)。

2. 延命治療

患者が痛みを伴い、治る見込みがなく死期が迫っている場合、「単なる延命だけの医療はやめたほうがよい」という意見が過半数で施設間の差もあまりみられないが、「やめるべきである」と言い切る割合は施設によって若干の差があり14-28%程度であった(問7)。それではどのように延命治療を中止するかについて、「苦痛の軽減に重点」としているのが8割以上で緩和ケア病棟では100%であった。「延命医療を中止し、自然死を迎えさせる」は緩和ケア病棟以外の施設では10-16%程度あり、また、「積極的手段によって生命を短縮」はわづかだが若干あった(問7 補問1)。

3. 療養生活・在宅ケア

終末期に苦しむ患者に療養生活のアドバイスとして緩和ケア病棟の医師は「緩和ケア病棟もしくは自宅との併用」を勧める割合が高く(78%)、一般病院の医師は「自宅と病院もしくは緩和ケア病棟の併用」を勧める割合が高い(76%)(問8-1)。最後まで自宅療養は難しいとする施設は緩和ケア病棟以外の施設ですべて50%を超えている(問8-2)。自宅療養は難しいとする理由は一般病院では「家族の負担」、「急変時の不安」を多く挙げており、診療所も同様な傾向を示している(問8-2 補問選択肢1-11)。

4. 疼痛緩和

WHOの疼痛治療法について「内容をよく知っている」割合は緩和ケア病棟では85%であったが、その他の施設では6-18%と低かった。このなかでも一般病院は高いほうであるが18%程度であった(問9-1)。モルヒネの有効性・副作用について説明できる割合は緩和ケア病棟ではほぼ100%であり、他の施設では20-50%と幅が大きい(問9-2)。

5. 植物状態の延命治療

「植物状態の単なる延命治療はやめたほうがよい、もしくはやめるべきである」が大勢の意見である（問 11）。延命中止の判断は「生命の助かる見込みがないと診断されたとき」は 20%台であるが、さらに「死期が迫っている」という条件が加わると肯定する意見がさらに高まり 45-61%であった。（問 11 補問 1）。そして延命治療中止容認者のほとんどがこの段階に至っての人工呼吸器の中止を認めている（問 11 補問 2）。なお、経管栄養、点滴、床ずれの手当て、全身清拭、喀痰吸引、留置カテーテル導入、眼の乾燥予防、酸素吸入の医療行為についてはおおむね肯定的であり（問 11 補問 3、選択肢 1, 2, 9, 12, 13, 14, 15, 16）、他方、中心静脈栄養経由の高カロリー輸液、自動血圧計による血圧監視、心電図モニター、気管支切開、心臓マッサージ、昇圧剤の投与、抗生剤の投与、輸血については否定的であった（問 11 補問 3、選択肢 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11）。

6. リビングウィル

「リビングウィルに従って治療方針を決める」考え方に賛成する医師は勤務施設にかかわらず大勢を占めた（問 14-1）。ただし、「法律によって有効性を担保するか」それとも「家族と相談すればよい」については意見が分かれた（問 14-1 補問 1）。リビングウィルの内容に反対する家族・代理人がいた場合、おおむね「家族・代理人の意見に従うもしくはやむを得ない」として容認するが大半を占め施設間の差はないが、20%の医師はそのときの状況によるとしている（問 14-3）。そして代理の意思表示は配偶者がよいとするのが大半であった（問 14-3 補問 4, 5）。「単なる延命治療を続けるべきか中止するべきか」について医師と患者の間で「十分な話し合いが行われている」としているのは 10-16%程度であった（問 15）。

7. 医療従事者間の意見の相違

医師と看護介護職員間の意見の相違がおこったことがあるかどうかの質問について、緩和ケア病棟が一番多く（83%）、一般病院ではその約半分の 46%、診療所はさらにその半分の 23%であった（問 16）。その際の意見調整は医療従事者サイドで行うよりも「患者本人もしくは家族の意見にもとづく」としているほうが大多数であった（問 16 補問選択肢 1-6）。

8. 終末期医療の重点課題

終末期医療の重点課題として挙げられたのは「痛みなど緩和方法の普及」が最も多く、次いで「治療・ケアに関する看護師と患者・家族との十分な話し合い」、「精神科医やカウンセラーの関与」の順に多かった（問 17 選択肢 1-8）。

9. 終末期医療の普及・充実への要望

終末期医療の普及にあたって充実していくべき内容として、「医療従事者の確保」、「卒前・卒後・生涯教育」、「相談体制の充実」、「在宅ケアの整備」に対する要望が多く、そのほか「緩和ケア病棟の充実・拡充」、「市民教育」、「リビングウィルの法整備」に関する要望が高かった。「一般病棟でも十分な終末期医療が行えるようにする」についての要望は緩和ケア病棟から強く出されているが他の施設はむしろ低率であった。また、終末期医療の経済的評価についても緩和ケア病棟から強い要望があるが、他の施設はこの点についてもやはり低率であった（問18 選択肢1-10）。

10. 終末期医療の困難

ほとんどの施設で多かれ少なかれ悩みや疑問を感じているようである（問19）。病名の告知や症状の説明に困難を感じている施設が多く、緩和ケア病棟でも38%に達するが一般病院・診療所では60%を超えている（問19 選択肢1）。逆説的であるが、「痛み等の緩和に困難」を感じているのはむしろ緩和ケア病棟である（問19 選択肢2）。「在宅医療の体制が不十分」と訴えるのは施設間の差がなく50%を超えている（問19 選択肢5）。興味深いことに「延命治療の中止」に感じている割合はそれほど高くないのは実際シレンマに陥る場面がすくないせいであろうか（問19 選択肢6）。

考察

集計結果全体を通してみると、緩和ケア病棟は設立主旨からして当然であるが、他の施設に比べ終末期医療への取り組みに熱心であり、一定水準の技術を持っていると評価できよう。一般病院・診療所等の施設については終末期に対応する設備、技術、体制が必ずしも整っていないために困難を感じている事柄が少なくない。元来これらの施設は治療を中心としているため本来機能を十分発揮するために終末期医療のようにかなりケア的要素を含む対応に緩和ケア病棟と同等の役割を担うのは困難であるのはいわば当然である。こうした医療環境・体制のなかで倫理的諸問題が浮上しているのである。従って、これらの諸問題を乗り越えるためには医学教育、技術の普及、体制の整備を早急に立ち上げていくことが重要であるが、とりわけ医療体制の整備の一環として一般病院・診療所・緩和ケア病棟および在宅ケアの間に連携のとれたしっかりしたネットワークを組むことが求められる。現在社会で大きな問題とされる終末期医療の倫理的問題はこうした医療体制の整備によってかなり吸収できると思われる。

資料 I

問 1 (終末期医療に対する一般的な意識)

最近、終末期医療に関して「安楽死」「尊厳死」「リビングウィル（書面による生前の意思表示）」などの問題が話題になっていますが、あなたはこれらに関心がありますか。
(○は1つ)

問1	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
非常に関心がある	146 34.43(%)	62 79.49(%)	209 39.51(%)	79 43.17(%)	37 47.44(%)	533
まあ関心がある	217 51.18(%)	16 20.51(%)	290 54.82(%)	95 51.91(%)	35 44.87(%)	653
あまり関心がない	54 12.74(%)	0 0(%)	26 4.91(%)	8 4.37(%)	6 7.69(%)	94
ほとんど（全く）関心がない	7 1.65(%)	0 0(%)	4 0.76(%)	1 0.55(%)	0 0(%)	12
合計	424	78	529	183	78	1292

欠損値の度数 = 71

問 4 (告知する対象者)

あなたの担当している患者が見込みのない病期に罹患した場合、その病名や病期の見通し（治療期間、余命）について、まずどなたに説明しますか。(○は1つ)

問4	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
患者本人に説明する	23 5.44(%)	14 17.95(%)	34 6.46(%)	2 1.1(%)	5 6.41(%)	78
患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する	174 41.13(%)	50 64.1(%)	208 39.54(%)	81 44.51(%)	32 41.03(%)	545
家族に説明する	220 52.01(%)	14 17.95(%)	282 53.61(%)	98 53.85(%)	39 50(%)	653
わからない	6 1.42(%)	0 0(%)	2 0.38(%)	1 0.55(%)	2 2.56(%)	11
合計	423	78	526	182	78	1287

欠損値の度数 = 76

問5 (告知、インフォームドコンセント)

あなたは病名や病気の見通しについて、患者や家族が納得のいく説明ができていると考えていますか。(○は1つ)

問5	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床 (緩和ケア病棟を除く)	療養病床 (介護療養型医療施設を含む)	その他(訪問看護ステーション含む)	
できている	94 22.12(%)	27 34.62(%)	106 20(%)	24 13.11(%)	16 21.05(%)	267
ある程度できている	267 62.82(%)	48 61.54(%)	357 67.36(%)	134 73.22(%)	50 65.79(%)	856
できていない	15 3.53(%)	2 2.56(%)	19 3.58(%)	6 3.28(%)	1 1.32(%)	43
わからない	49 11.53(%)	1 1.28(%)	48 9.06(%)	19 10.38(%)	9 11.84(%)	126
合計	425	78	530	183	76	1292

欠損値の度数 = 71

問6 (治療方針の決定)

あなたの担当している患者が治る見込みのない病期に罹患した場合、その治療方針を決定するに当たり、先ずどなたの意見を聞かれますか。(○は1つ)

問6	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床 (緩和ケア病棟を除く)	療養病床 (介護療養型医療施設を含む)	その他(訪問看護ステーション含む)	
患者本人の意見を聞く	46 10.87(%)	39 50(%)	70 13.18(%)	13 7.1(%)	15 19.74(%)	183
患者本人の状況を見て誰にするかを判断する	257 60.76(%)	37 47.44(%)	296 55.74(%)	106 57.92(%)	43 56.58(%)	739
家族の意見を聞く	112 26.48(%)	2 2.56(%)	163 30.7(%)	63 34.43(%)	16 21.05(%)	356
患者本人、家族ともに意見を聞かない	0 0(%)	0 0(%)	1 0.19(%)	0 0(%)	0 0(%)	1
わからない	8 1.89(%)	0 0(%)	1 0.19(%)	1 0.55(%)	2 2.63(%)	12
合計	423	78	531	183	76	1291

欠損値の度数 = 72

問7 (延命医療への意識)

あなたの担当している患者が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、単なる延命だけの医療についてどのようにお考えになりますか。(○は1つ)

問7	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床(緩和ケア病棟を除く)	療養病床(介護療養型医療施設を含む)	その他(訪問看護ステーション含む)	
単なる延命医療であっても続けられるべきである	65 15.48(%)	6 7.69(%)	63 11.93(%)	15 8.2(%)	8 10.39(%)	157
単なる延命医療はやめたほうがよい	247 58.81(%)	46 58.97(%)	318 60.23(%)	118 64.48(%)	49 63.64(%)	778
単なる延命医療はやめるべきである	73 17.38(%)	22 28.21(%)	114 21.59(%)	31 16.94(%)	11 14.29(%)	251
わからない	35 8.33(%)	4 5.13(%)	33 6.25(%)	19 10.38(%)	9 11.69(%)	100
合計	420	78	528	183	77	1286

欠損値の度数 = 77

問7 補問1 (緩和ケアへの意識)

(問7で2か3をお選びの方に) この場合単なる延命医療を中止するとき、具体的にはどのような方法が考えられますか。お考えに近いものをお選びください。(○は1つ)

問7 補問1	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床(緩和ケア病棟を除く)	療養病床(介護療養型医療施設を含む)	その他(訪問看護ステーション含む)	
痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法	271 85.22(%)	68 100(%)	376 87.04(%)	121 81.21(%)	53 88.33(%)	889
単なる延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせる様な方法	39 12.26(%)	0 0(%)	48 11.11(%)	25 16.78(%)	6 10(%)	118
あらゆる苦痛から解放され安楽になるために、医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法	6 1.89(%)	0 0(%)	6 1.39(%)	3 2.01(%)	1 1.67(%)	16
わからない	2 0.63(%)	0 0(%)	2 0.46(%)	0 0(%)	0 0(%)	4
合計	318	68	432	149	60	1027

欠損値の度数 = 336

問8-1 (終末期医療の医療従事者の方針) <職場別に frequency を算出>

あなたが担当している患者が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定) 場合、療養生活はどこを薦めますか。(○は1

問8-1	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床(緩和ケア病棟を除く)	療養病床(介護療養型医療施設を含む)	その他(訪問看護ステーション含む)	
なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院を薦める	46 10.98(%)	0 0(%)	31 5.86(%)	16 8.89(%)	6 7.79(%)	99
なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院を薦める	67 15.99(%)	15 19.23(%)	37 6.99(%)	32 17.78(%)	13 16.88(%)	164
自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院を薦める	107 25.54(%)	2 2.56(%)	241 45.56(%)	56 31.11(%)	16 20.78(%)	422
自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院を薦める	144 34.37(%)	46 58.97(%)	160 30.25(%)	59 32.78(%)	30 38.96(%)	439
自宅で最期まで療養を薦める	22 5.25(%)	0 0(%)	29 5.48(%)	5 2.78(%)	2 2.6(%)	58
専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的な治療を薦める	4 0.95(%)	0 0(%)	1 0.19(%)	2 1.11(%)	1 1.3(%)	8
その他	17 4.06(%)	13 16.67(%)	24 4.54(%)	7 3.89(%)	7 9.09(%)	68
わからない	12 2.86(%)	2 2.56(%)	6 1.13(%)	3 1.67(%)	2 2.6(%)	25
合計	419	78	529	180	77	1283

欠損値の度数 = 80

問8-2 (終末期医療における在宅ケアの実情評価)

自宅で最後まで療養できるとお考えになりますか。(○は1つ)

問8-2	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床(緩和ケア病棟を除く)	療養病床(介護療養型医療施設を含む)	その他(訪問看護ステーション含む)	
実現可能である	107 25.97(%)	46 58.97(%)	165 31.37(%)	45 25.28(%)	18 24.66(%)	381
実現困難である	226 54.85(%)	21 26.92(%)	279 53.04(%)	104 58.43(%)	39 53.42(%)	669
わからない	79 19.17(%)	11 14.1(%)	82 15.59(%)	29 16.29(%)	16 21.92(%)	217
合計	412	78	526	178	73	1267

欠損値の度数 = 96

問8-2 補問 (不可能な原因) <職場別に frequency を算出>

(問8-2で2をお選びの方へ) 実現できないとお考えになる具体的な理由はどんなことでしょうか。お考えに近いものをお選びください。(〇はいくつでも)

問8-2 補問 選択肢1

問8-2 補問 選択肢① 往診してくれるかかりつけの 医師がいない	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床 (緩 和ケア病棟を 除く)	療養病床 (介 護療養型医療 施設を含む)	その他(訪問看 護ステーション含む)	
×	164 74.21(%)	10 47.62(%)	171 61.29(%)	68 65.38(%)	27 69.23(%)	440
○	57 25.79(%)	11 52.38(%)	108 38.71(%)	36 34.62(%)	12 30.77(%)	224
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問8-2 補問 選択肢2

問8-2 補問 選択肢② 訪問看護体制が整っていない	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床 (緩 和ケア病棟を 除く)	療養病床 (介 護療養型医療 施設を含む)	その他(訪問看 護ステーション含む)	
×	150 67.87(%)	9 42.86(%)	171 61.29(%)	63 60.58(%)	22 56.41(%)	415
○	71 32.13(%)	12 57.14(%)	108 38.71(%)	41 39.42(%)	17 43.59(%)	249
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問8-2 補問 選択肢3

問8-2 補問 選択肢③ 訪問介護体制が整っていない	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床 (緩 和ケア病棟を 除く)	療養病床 (介 護療養型医療 施設を含む)	その他(訪問看 護ステーション含む)	
×	181 81.9(%)	12 57.14(%)	221 79.21(%)	80 76.92(%)	27 69.23(%)	521
○	40 18.1(%)	9 42.86(%)	58 20.79(%)	24 23.08(%)	12 30.77(%)	143
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問8-2 補問 選択肢4

問8-2 補問 選択肢④ 24時間相談にのってくれと ころがない	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床 (緩 和ケア病棟を 除く)	療養病床 (介 護療養型医療 施設を含む)	その他(訪問看 護ステーション含む)	
×	161 72.85(%)	12 57.14(%)	194 69.53(%)	59 56.73(%)	21 53.85(%)	447
○	60 27.15(%)	9 42.86(%)	85 30.47(%)	45 43.27(%)	18 46.15(%)	217
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 5

問8-2 補問 選択肢⑤ 介護してくれる家族がいない	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	171 77.38(%)	9 42.86(%)	189 67.74(%)	72 69.23(%)	32 82.05(%)	473
○	50 22.62(%)	12 57.14(%)	90 32.26(%)	32 30.77(%)	7 17.95(%)	191
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 6

問8-2 補問 選択肢⑥ 介護してくれる家族に負担がかかる	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	75 33.94(%)	7 33.33(%)	79 28.32(%)	33 31.73(%)	11 28.21(%)	205
○	146 66.06(%)	14 66.67(%)	200 71.68(%)	71 68.27(%)	28 71.79(%)	459
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 7

問8-2 補問 選択肢⑦ 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	99 44.8(%)	12 57.14(%)	134 48.03(%)	41 39.42(%)	20 51.28(%)	306
○	122 55.2(%)	9 42.86(%)	145 51.97(%)	63 60.58(%)	19 48.72(%)	358
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 8

問8-2 補問 選択肢⑧ 症状が急に悪くなったときに、すぐ病院に入院できるか不安である	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	145 65.61(%)	10 47.62(%)	214 76.7(%)	64 61.54(%)	18 46.15(%)	451
○	76 34.39(%)	11 52.38(%)	65 23.3(%)	40 38.46(%)	21 53.85(%)	213
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 9

問8-2 補問 選択肢⑨ 居住環境が整っていない	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	174 78.73(%)	11 52.38(%)	213 76.34(%)	82 78.85(%)	30 76.92(%)	510
○	47 21.27(%)	10 47.62(%)	66 23.66(%)	22 21.15(%)	9 23.08(%)	154
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 10

問8-2 補問 選択肢⑩ 経済的に負担が大きい	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	194 87.78(%)	15 71.43(%)	235 84.23(%)	89 85.58(%)	37 94.87(%)	570
○	27 12.22(%)	6 28.57(%)	44 15.77(%)	15 14.42(%)	2 5.13(%)	94
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699

問 8-2 補問 選択肢 11

問8-2 補問 選択肢⑪ その他（具体的に）	職場					合計
	診療所	緩和ケア病棟	一般病床（緩和ケア病棟を除く）	療養病床（介護療養型医療施設を含む）	その他（訪問看護ステーション含む）	
×	198 89.59(%)	17 80.95(%)	263 94.27(%)	101 97.12(%)	37 94.87(%)	616
○	23 10.41(%)	4 19.05(%)	16 5.73(%)	3 2.88(%)	2 5.13(%)	48
合計	221	21	279	104	39	664

欠損値の度数 = 699