

20082/028A

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と  
終末期ガイドライン作成

平成20年度 総括研究報告書

研究代表者 三浦 久幸（国立長寿医療センター）

平成21（2009）年3月

## 目 次

I. 総括研究報告	
高齢者の終末期ケアの倫理と尊厳に関する研究 及び終末期医療のガイドライン作成	三浦 久幸----- 1
II. 研究分担報告	
1. 病態別決断分岐図を用いた高齢者の標準的終末期ケアの確立に関する研究	三浦 久幸----- 6
【添付資料】 1, 2	
2. 高齢者の慢性閉塞性呼吸の終末期ケアに関する研究	中島 一光 -----20
【添付資料】 1, 2	
3. 在宅終末期医療・ケアにおける病院と ホームドクターの連携に関する研究	山本 楯 -----35
4. 高齢者の終末期看護・介護と家族支援に関する研究	林 尚子 -----38
【添付資料】 1, 2, 3, 4, 5	
5. グループホームでの高齢者終末期に関する研究	井上 豊子 -----57
6. 在宅終末期医療を進める上での問題点に関する研究	畑 恒土 -----63
【添付資料】 1, 2	
7. 高齢者がん患者のターミナルケアにおける問題点に関する研究	丸口 ミサエ-----77
【添付資料】 1, 2	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表-----	110
IV. 研究成果の刊行物・別刷-----	111

# I. 總 括 研 究 報 告

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
（総括）研究報告書

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成

研究代表者 三浦久幸（国立長寿医療センター第一外来総合診療科）

研究要旨

本研究では高齢者終末期ガイドラインの作成と国立長寿センターを地域の基幹病院とする終末期の地域連携の確立を目的としている。H20年度は昨年度開始した、国立長寿医療センターでの終末期事前指示書の取得をさらに進めるとともに、各班員は現在の高齢者の医療・介護現場における問題点を抽出検討し、高齢者本人の意思決定と特性を考慮した終末期ガイドラインの基礎資料として提出した。現在、終末期ガイドラインの素案につき班員全体での検討を続けており、今後パブリックコメント等を通じ、完成させる計画である。

中島 一光 国立長寿医療センター医長  
山本 楯 山本医院 院長  
林 尚子 国立長寿医療センター  
副看護部長  
井上 豊子 介護老人保健施設  
ルミナス大府 介護・看護部長  
畑 恒土 医療法人あいち診療会理事長  
あざいりハビリテーション  
クリニック管理者  
丸口ミサエ 国立がん中央病院 看護部長

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアは高齢者医療で極めて重要であるが、高齢者に限らず日本では、自らの終末期医療に対してどのような医療を望むかについての、いわゆる事前指示書を用意している例は乏しい。まして高齢者では認知症など判断力が低下している場合が多く、終末期に近づいた段階で自らの意思を表明できないことが多い。したがって、終末期で容態が急変した場合、人工呼吸器を装着するなどの救命処置を行うかどうかの判断に迷う

例が多い。このような状況の中、H18年3月に富山県の射水市民病院で、終末期患者に対する「呼吸器はずし」問題が起こり、これに対しH19年5月に厚生労働省から「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」が出された。さらに、H19年4月に日本尊厳死協会による疾病ごとの治療中止基準の発表、同年5月に国会の有志議員連による「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱」公表、この法案要綱に対して同年8月に日弁連の意見書発表、さらに、日本医師会、日本救急医学会が終末期ガイドライン（たたき台含む）発表と大きな動きがあった。これらのガイドラインの中で、患者の意思尊重、チームでの医療決定等重要な要件が示されたが、「終末期」の定義、治療の縮小・中止の要件、「家族」の規定、免責の要件など依然、現場での問題は山積しており、より具体的要件提示の必要性が生じている。

申請者らのこれまでの高齢者死亡症例の実態調査では、高齢者終末期では自己決定能力がない症例に対して判断のより



どころなく苦悩している現場の医師の状況が明らかであった。このためH18.19年度本研究で患者の意思決定を事前に把握する試みとして、「事前指示書」を作成し、倫理委員会承認を経てH19年5月から国立長寿医療センターにおいてこの取得を開始した。この事前指示書を現在、介護施設でも使用開始しており、H20年度は近隣かかりつけ医での事前指示書使用を計画した（未実施）。これらのより実践的内容を踏まえ、H20年度は国立長寿医療センター内での使用に耐えうる、高齢者終末期ガイドラインの作成を試みると共に、同センターを中核病院とする終末期の地域連携の確立を目的として、事前指示書など「本人の意思」を施設間で共有するシステムの構築を一つの目的とした。

## B. 研究方法

本研究は国立長寿医療センター内での使用に耐えうる、高齢者終末期ガイドラインの作成を試み研究代表者は高齢者の終末期ケアの倫理と尊厳に関する研究の総括とガイドライン作成のとりまとめを行なった。三浦は昨年度までの高齢者の各病態別の決断分岐図を用いた、疾患・病態別に治療・ケアの有用性評価やインフォームドコンセントの現状調査の結果や国立長寿医療センターでの事前指示書の取得状況等を踏まえ、ガイドラインの基礎資料として提供した。中島は高齢者に特徴的な慢性閉塞性呼吸器疾患患者のターミナルケアに関しての医療判断や倫理的問題点について検討した。ことに人工呼吸器使用の倫理ジレンマや終末期セデーションの実態評価とあり方を検討した。H20年度研究では、高齢肺癌患者の在宅での看取りを、医療行為（M）の有無、栄養状態（N）、支援体制（S）に基づくMNSスコアを考案して評価した。

林は前回の研究で高齢者の終末期看護

を考える場合、患者が自己決定できそれを尊重するためには環境（家族=介護者）作りへの支援活動を行うことであると報告しているが、その支援活動における看護の標準化を目指すため、本年度研究では患者が望む最期の場「自宅」の環境（在宅）の実態把握を行った。また看護師の役割を考えるにあたり「高齢者の終末期医療の現状」として看護師に調査を行った。井上はこれまでの自らの施設調査と今年度に行われた全国老人保健施設にたいする調査とあわせ検討した。丸口は山間へき地におけるがん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和の現状を明らかにし問題点と課題を検討することを目的に、山間型へき地に所在する100床以下の医療施設の看護責任者と病棟棟長あるいは看護師を対象として、郵送式による質問紙調査を実施した。山本は全国の病院・診療所における患者の意思確認の現状調査し、問題点の抽出を行った。畑は今回2008年1月1日から2008年12月31日までの1年間に、あいち診療所野並とのなみ訪問看護ステーションの両方を利用した方についてのなみ訪問看護ステーションの日報から臨時コールを拾い、その臨時コールのあった時間帯、対応内容等について集計し、その頻度について愛知県医師会が行った県内の在宅療養支援診療所257か所からのアンケート調査の結果と比較し検討を加えた。

### （倫理面での配慮）

本研究により作成された終末期事前指示書の開始にあたっては国立長寿医療センターの倫理委員会に提出し承認を得ている。（承認番号301）事前指示書の取得はあくまで本人の希望により行っている。長寿医療センター以外での使用する場合は当該施設の倫理担当部署との調整の上で行っている。個人情報に関してはこれを公表することはなく、臨床研究に

関する倫理指針に則り管理する。連結データについては国立長寿医療センター副院長がこれを管理する。事前指示書の扱いに関しては国立長寿医療センター内の医療倫理委員会の助言・指導のもと運用を行う。

### C. 結果

平成20年度研究ではH19年5月より倫理委員会承認後、国立長寿医療センター内で事前指示書の取得をさらに進めた(三浦分担報告書に記載)。中島は高齢肺癌患者の在宅での看取りは、医療行為(M)の有無、栄養状態(N)、支援体制(S)に影響されるが、主成分分析をもとに、MNSスコアを考案して評価したところ、家族が在宅療養を希望している場合にMNSスコアが有用であることを明らかとした。家族が安心して在宅を希望できる体制をつくるのが最も重要であり、今後はかかりつけ医や訪問看護体制などの情報をふくめてスコアを改良する必要性があるとしている。

林は医療従事者と患者家族との信頼関係が成立していること、QOLが自立(状態は個々違う)していることで患者の思いが実現することが再認識できたとしている。高齢者の終末期医療について看護師の調査では、「思い」と「実際の看護」とは乖離し、数年前の実態調査と殆ど結果が同じであり、今後は、終末期の看護の一つ一つの標準化が必要としている。山本は現在全国で使用されているリビングウィル・事前指示書に統一性がなく、今後より標準化される必要があるとしている。井上は老人保健施設入所者の多くはすでに意思決定能力が低下している方が多く、より早期の意思確認が必要としている。畑は在宅医療の体制について検討し、在宅医療を担う医療機関の多くは常勤医師が一人であり、その多くが、夜

間や時間外の対応に負担を感じているが、訪問看護ステーションが臨時コールの窓口となり対応している状況での臨時対応件数を検討した結果、看護師のみで対応できるものが極めて多く、医師の実際の出動は少なかった。この体制をとることで夜間休日の臨時対応に関する医師の負担が軽減できるだけでなく、医療費も大きく減額できることがわかったとしている。また、丸口は山間型へき地に所在する100床以下の医療施設においては、特に終末期の緩和ケアを必要としているがん患者の割合が高いこと、がん性疼痛の完全除痛率は1割程度であること、緩和ケアに取り組む医師が少なく、また、がん性疼痛緩和に関する専門的な知識を有する看護師がいないことが明らかとしている。

### D. 考察

本研究により作成された事前指示書「私の医療に対する希望(終末期になった時)」は、H19年5月に国立長寿医療センターで開始され、現在まで94名の方が提出している。この有用性については今後検討されるが、H19年10月に国立病院機構国中国・四国ブロックの23病院の倫理担当者に対して、事前指示書の実際の運用に関する研修が行われるなど、事前指示書使用についての関心が高まっている。一方、山本が報告しているように全国で用いられているリビングウィルや事前指示書に統一性がなく、事前指示書の本来の目的、運用上の問題点や地域連携の中での使用法につき早急に指針をまとめる必要がある。本研究班は、このための基礎資料を提供すべく活動をしてきた。また、畑や丸口らが報告しているように、高齢者の終末期医療の問題点は意思決定のプロセスのみではなく、例えば在宅や僻地医療における体制の問題点など多岐



にわたる。本研究班はこれらの問題点をまとめ現在終末期ガイドライン素案（資料）につき個々の項目ごとの検討を続けている。今後パブリックコメントを通じ、完成させる計画である。

#### E. 結論

本研究では高齢者終末期ガイドラインの作成と国立長寿センターを地域の基幹病院とする終末期の地域連携の確立を目的としている。H20年度は国立長寿医療センターでの終末期事前指示書の取得をさらに進めるとともに、各班員が高齢者終末期医療における問題点の抽出を行った。本研究班はこれらの問題点をまとめ現在終末期ガイドライン素案につき個々の項目ごとの検討を続けている。今後パブリックコメントを通じ、完成させる計画である。

#### F. 健康危険情報

特記すべきことなし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 三浦久幸 第49回日本老年医学会学術集会記録 シンポジウム III: 高齢者終末期医療: 高齢者は何処へ行くのか 4. 高齢者終末期医療と倫理 日本老年医学会雑誌 2008.45 : 395-397.

##### 2. 学会発表

- 1) 三浦久幸、中島一光、武田章敬、太田壽城 「通院中の高齢患者に対する終末期の事前指示書取得の試み」第50回 日本老年医学会学術集会・総会 千葉、2008年6月20日
- 2) 三浦久幸 これからの高齢者の終末期医療を考える「終末期医療に対する国立長寿医療センターの試み」パネルディスカッション 研究成果発表会 2008年12月20日 大府

3) 中島一光 高齢肺癌患者の在宅での看取りを可能にする要因の検討～MNS スコアの考案～; 2008年日本緩和医療学会

4) 中島一光 これからの高齢者の終末期医療を考える「呼吸器疾患と終末期について」パネルディスカッション 研究成果発表会

2008年12月20日 大府

5) 横江由理子

「自己決定」と「家族の思い」

佐藤はるか

患者の自己決定を支えた看護

第32回日本死の臨床研究会、

2008年10月4日、5日、至札幌

6) 林 尚子 これからの高齢者の終末期医療を考える「高齢者の終末期医療における看護の役割」パネルディスカッション 研究成果発表会 2008年12月20日 大府

7) 井上豊子 これからの高齢者の終末期医療を考える「介護保険施設の高齢者終末期医療に関する現状調査」パネルディスカッション 研究成果発表会 2008年12月20日 大府

8) 畑 恒土 これからの高齢者の終末期医療を考える「在宅終末期医療について」パネルディスカッション 研究成果発表会 2008年12月20日 大府

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## 国立長寿医療センター

### 高齢者終末期ガイドライン（素案検討項目）

前文—なぜ、高齢者のガイドラインが必要か

高齢者の病態の特殊性・多様性&胃ろう中止等現場が先行

老年医学会立場表明の尊重

本文

- ・終末期・延命処置の定義
- ・安楽死・尊厳死についての定義
- ・家族の定義
- ・意思決定能力の標準的評価
- ・事前指示書とその運用法の提唱・医療代理人の必要性（日弁連）
- ・厚労省、学術会議ガイドラインに沿い、患者の意思が確認できる時、できない時に分け検討（自己決定支援コーディネーターの必要性）
- ・医療倫理委員会の役割
- ・高齢者緩和ケアの推奨（がん以外）
- ・治療の縮小・中止に関する言及
- ・地域連携の必要性（かかりつけ医の必要性に言及）



## Ⅱ. 研究分担報告

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成  
—病態別決断分岐図を用いた高齢者の標準的終末期ケアの確立に関する研究—  
研究分担者 三浦久幸 国立長寿医療センター第一外来総合診療科

研究要旨

H18、19年度の病態別決断分岐図を用いた研究により、癌、心・呼吸器疾患、神経難病（ALS）、認知症・老衰（廃用症候群）のそれぞれでは終末期に至る経過や、医療決定のプロセスが異なっていることが明らかであった。しかしながらこれまでの検討で、終末期の判定と対応をより適切に行うためには、癌、非癌に共通し、本人意思の確認のプロセスが重要であることが明らかであった。H20年度研究では、H19年度に開始した国立長寿医療センターで終末期事前指示書の取得をさらに進め、高齢者本人の意思決定と特性を考慮した終末期ガイドラインを作成の基礎データとした。

A. 研究目的

本研究班ではこれまでの研究で、高齢者の終末期の実態調査を行ったが、その結果、本人の意思決定、医療倫理委員会、尊厳死の法制化、介護・福祉施設のハード・ソフト面など高齢者の終末期の地域連携を進めるに際し、課題が山積していることが明らかとなった。これまで、実証的な終末期医療の実態調査が少なく、このため、具体的な臨床上の問題点が明らかにはするのは困難な状況である。研究者らはこれまで、より実証的な調査を行うことを目的として、国立長寿医療センターの高齢死亡症例を対象に決断分岐図を用いた実態調査を行ってきた。これらの調査を通じ、癌、非癌に共通し、本人意思の確認のプロセスが最も重要であることが明らかであった。

このためH18、19年度本研究で患者の意思決定を事前に把握する試みとして、「事前指示書」を作成し、倫理委員会承認を経てH19年5月から国立長寿医療センターにおいてこの取得を開始した。H20年度はこの研究をさらに進め、高齢者終末期ガイドラインの作成の基礎データとすることを目的としている。

B. 研究方法

平成20年度研究ではH19年5月より倫理委員会承認後に開始した国立長寿医療センター内で事前指示書（添付資料）の取得をさらに進め、現在までの提出状況をまとめた、

（倫理面での配慮）

本研究により作成された終末期事前指示書の開始にあたっては国立長寿医療センターの倫理委員会に提出し承認を得ている。（承認番号301）事前指示書の取得はあくまで本人の希望により行っている。長寿医療センター以外での使用する場合は当該施設の倫理担当部署との調整の上で行っている。個人情報に関してはこれを公表することはなく、臨床研究に関する倫理指針に則り管理する。連結データについては国立長寿医療センター副院長がこれを管理する。事前指示書の扱いに関しては国立長寿医療センター内の医療倫理委員会の助言・指導のもと運用を行う。

C. 結果

H19年5月の取得開始以降、H21年3月までの国立長寿医療センター内で事前指

示書 94 名 (平均 75.2 歳、男:女=49:45) の事前指示書が提出された。基礎疾患は COPD (17 名)、肺癌 (15 名) と呼吸器疾患が多い状況であった。疼痛緩和は 68 名が希望したが、26 名は希望しなかった。死亡場所は半数弱の 43 名が病院死を希望し、在宅死を希望したのは 9 名であった。心肺蘇生、人工呼吸器を希望する割合はそれぞれ 11.7、3.2% であったが、点滴については 33% の人が希望した。「医療代理人」については 92 名が記載し、配偶者、長男の順に多い状況であった (添付資料)。また、家族との相談の上での提出は 85 名 (90.4%) であった。

#### D. 考察

事前指示書を提出した方の疾患に一定の傾向があること、病院死の希望が多いことについては、患者・医師関係が重要であることが示唆された。今回用いた書式では、疼痛緩和、生命維持処置の有無を選択できるような書式を用いたが、延命拒否の希望者のみでなく、延命希望者も記載していた。また、生命維持処置については終末期であっても点滴を希望する人は比較的多く、必ずしも all or nothing の選択ではないことが明らかであった。

死亡場所については病院死の希望が多かったが、今回対象となったのは病院通院中の患者であり、病院医師との患者・医師関係が影響していると考えられた。また、家族との意思共有が重要であるが、およそ 90% は家族と相談の上で提出していた。

#### E. 結論

H20 年度研究では、H19 年度に開始した国立長寿医療センターで終末期事前指示書の取得をさらに進め、高齢者本人の意思決定と特性を考慮した終末期ガイドラインを作成の基礎データとした。

#### F. 研究発表

##### 1. 論文発表

1) 三浦久幸 第 49 回日本老年医学会学術集会記録 シンポジウム III: 高齢者終末期医療: 高齢者は何処へ行くのか  
4. 高齢者終末期医療と倫理 日本老年医学会雑誌 2008.45 : 395-397.

##### 2. 学会発表

1) 三浦久幸、中島一光、武田章敬、太田壽城 「通院中の高齢患者に対する終末期の事前指示書取得の試み」第 50 回日本老年医学会学術集会・総会 千葉、2008 年 6 月 20 日

G. 知的財産権の出願・登録状況  
なし



## 事前指示書取得状況

年齢・性別

年齢

	度数	最小値	最大値	平均値	標準偏差
年齢	94	50	91	75.16	7.934
有効なケースの数 (リストごと)	94				

性別

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 女	45	47.9	47.9	47.9
男	49	52.1	52.1	100.0
合計	94	100.0	100.0	

## 1. 基本的な希望

痛みを抑えて欲しい

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	無	26	27.7	27.7	27.7
	有	68	72.3	72.3	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

鎮静剤あり

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	無	33	35.1	35.1	35.1
	有	61	64.9	64.9	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

自然のまま

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	無	80	85.1	85.1	85.1
	有	14	14.9	14.9	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

終末期を迎える場所

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	自宅	9	9.6	9.6	9.6
	病院	43	45.7	45.7	55.3
	病院・自宅・病状に応じて	1	1.1	1.1	56.4
	病院・病状に応じて	1	1.1	1.1	57.4
	病院・自宅	1	1.1	1.1	58.5
	病院・病状に応じて	1	1.1	1.1	59.6
	病状に応じて	36	38.3	38.3	97.9
	未記載	2	2.1	2.1	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

## 2. 終末期になったときの希望

心肺蘇生

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未	2	2.1	2.1	2.1
	無	80	85.1	85.1	87.2
	有	11	11.7	11.7	98.9
	有・無	1	1.1	1.1	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

人工呼吸器

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未	1	1.1	1.1	1.1
	無	90	95.7	95.7	96.8
	有	3	3.2	3.2	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

抗生物質

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	無	83	88.3	88.3	88.3
	有	11	11.7	11.7	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

胃瘻

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未	2	2.1	2.1	2.1
	無	88	93.6	93.6	95.7
	有	4	4.3	4.3	100.0
	合計	94	100.0	100.0	



鼻チューブ

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未	2	2.1	2.1	2.1
	無	87	92.6	92.6	94.7
	有	5	5.3	5.3	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

点滴

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未	5	5.3	5.3	5.3
	無	58	61.7	61.7	67.0
	有	31	33.0	33.0	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

### 3. 医療代理人の指名

代理人の有無

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 あり	92	97.9	97.9	97.9
なし	2	2.1	2.1	100.0
合計	94	100.0	100.0	

代理人の人数

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 0人	2	2.1	2.1	2.1
1人	29	30.9	30.9	33.0
2人	59	62.8	62.8	95.7
3人	4	4.3	4.3	100.0
合計	94	100.0	100.0	

代理人1の関係

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効 次女	1	1.1	1.1	1.1
主治医	1	1.1	1.1	2.1
主人	1	1.1	1.1	3.2
息子	3	3.2	3.2	6.4
孫	2	2.1	2.1	8.5
長女	10	10.6	10.6	19.1
長男	21	22.3	22.3	41.5
弟	1	1.1	1.1	42.6
配偶者	42	44.7	44.7	87.2
夫	2	2.1	2.1	89.4
妹	2	2.1	2.1	91.5
未記載	2	2.1	2.1	93.6
娘	1	1.1	1.1	94.7
姪	4	4.3	4.3	98.9
養子	1	1.1	1.1	100.0
合計	94	100.0	100.0	

代理人2の関係

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	嫁	1	1.1	1.1	1.1
	義弟	1	1.1	1.1	2.1
	三女	1	1.1	1.1	3.2
	次女	6	6.4	6.4	9.6
	次男	2	2.1	2.1	11.7
	息子	1	1.1	1.1	12.8
	孫	3	3.2	3.2	16.0
	長女	12	12.8	12.8	28.7
	長男	24	25.5	25.5	54.3
	長男・長女	3	3.2	3.2	57.4
	長男の嫁	1	1.1	1.1	58.5
	長男妻	1	1.1	1.1	59.6
	配偶者	1	1.1	1.1	60.6
	未記載	31	33.0	33.0	93.6
	娘	5	5.3	5.3	98.9
	姪	1	1.1	1.1	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

代理人追加

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	次女	1	1.1	1.1	1.1
	未記	93	98.9	98.9	100.0
	合計	94	100.0	100.0	



#### 4. 家族との相談・同席

家族との相談

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未記載	3	3.2	3.2	3.2
	無	6	6.4	6.4	9.6
	有	85	90.4	90.4	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

提出するか相談

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未記載	5	5.3	5.3	5.3
	無	8	8.5	8.5	13.8
	有	81	86.2	86.2	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

項目の相談

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未記載	5	5.3	5.3	5.3
	無	12	12.8	12.8	18.1
	有	77	81.9	81.9	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

家族同席

		度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	未記載	2	2.1	2.1	2.1
	無	44	46.8	46.8	48.9
	有	48	51.1	51.1	100.0
	合計	94	100.0	100.0	

## 同席家族の関係

	度数	パーセント	有効パーセント	累積パーセント
有効	47	50.0	50.0	50.0
ヘルパー	1	1.1	1.1	51.1
妻	19	20.2	20.2	71.3
妻、三女	1	1.1	1.1	72.3
妻、長女	1	1.1	1.1	73.4
妻、娘	1	1.1	1.1	74.5
施設職員	1	1.1	1.1	75.5
次女	1	1.1	1.1	76.6
孫	1	1.1	1.1	77.7
長女	4	4.3	4.3	81.9
長男	1	1.1	1.1	83.0
長男・妻	1	1.1	1.1	84.0
長男(夫婦)・長女	1	1.1	1.1	85.1
長男の嫁	1	1.1	1.1	86.2
長男の妻	1	1.1	1.1	87.2
夫	8	8.5	8.5	95.7
娘	2	2.1	2.1	97.9
姪	2	2.1	2.1	100.0
合計	94	100.0	100.0	

長寿科学総合研究事業・研究報告会 要市民公開講座  
2008. 12. 20

「終末期医療に対する  
国立長寿医療センターの試み」

国立長寿医療センター  
第一外科総合診療科医長  
地域医療連携推進チーム長  
三浦久幸



医師の倫理観の隔たり 1)

「許されるべきでない」  
「罰則責任を押し付ける」

ある中心で費入ではない



高齢者医療の現場の苦悩  
—経営者責をすべきたったのかどうか—



本当に必要だったのか

この数年間の国内での終末期医療の主な動き

- H18年3月 富山県の射水市民病院で、終末期患者に対する呼吸器はずし問題
- H18年10月 奈良多治見病院で倫理委員会が呼吸器外しを容認したが、院長・職の判断で施行されず
- H19年4月 日本尊厳死協会による疾病別の治療中止基準の発表
- 同年4月 佐賀県医師会が終末期ガイドラインを発表し、この中で事前指示書の内容を公表
- 同年5月 厚生労働省から「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」
- 同年5月 国立長寿医療センターで終末期の事前指示書開始
- 同年5月 国会の有志議員連による「臨死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱」公表
- 同年10月～ 日本救急医学会、全日本病院協会、日本学術会議、日本医師会が終末期ガイドライン(あるいはありかた)を発表
- 同年4月 後期高齢者医療制度の開始に伴い「後期高齢者終末期相談支援科」が設定されたが、反対意見にて7月凍結

