

## 調査研究へのお願い

皆様におかれましては、益々ご清祥のことと存じます。

本日は、お忙しい時期に、このような調査の依頼をお願いして申し訳ございません。

私たちは、現在、厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）による「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」（主任研究者：三浦久幸 国立長寿医療センター、第一外来総合診療科医長）の分担研究として、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―山間へき地におけるがん終末期患者のがん性疼痛緩和の現状―ということで研究を進めております。

がん医療においては、2007年4月から、「がん対策基本法」が施行され、がん医療の均てん化を目標に、地域診療連携拠点病院が各地に承認されてきています。緩和ケア病棟は、2008年8月1日現在で174施設 3351病床になっています。また、2007年4月に出された医療制度改革では、終末期ケアにおいて在宅ケアの体制を整えるべく、在宅支援診療所制度が新設されました。

しかし、これらの制度で利用できる資源は、都市部に、あるいは一部の地域に偏っており、地域差が非常に大きく、特に、高齢者の人口が多くなっている山間部の病院においては、訪問看護ステーションもなく、診療所もないというところも多いのではないかと思います。

人口の高齢化は進み、がんで死亡する人も年々増加しています。がん医療の均てん化というからには、どこに住んでいても、がんの終末期は苦痛なく過ごせることが出来なければならないと考えます。統計として表される数値は、平均値や、総数で示されることが多く、その陰に各地域の問題はなかなか表面には見えないことが多いと考えます。また、市町村合併により、人口の少ない町村の問題はますます陰に隠れてしまってきているのではないかと思います。山間部の病院におけるがん患者の緩和ケアや、がん性疼痛緩和の実態についてどのようになっているか調べましたが、そのデータや資料は見つかりませんでした。

そこで、今回、山間部の病院におけるがん患者の緩和ケア、特にがん性疼痛緩和の現状を明らかにし、どのような困難なことがあるのか、もしあれば、私たちで何か支援させていただくことができるかなどについて検討していきたいと思っています。ご協力いただいた調査結果を基に、地域の隅々までがんによる苦痛の緩和ができるようにするための問題提起をしていきたいと考えています。研究は別紙のように進めていきたいと考えております。

ご多忙な勤務の中でこのような面倒な調査をお願いすることを、とても心苦しく思っておりますが、生の声を出していくことが大切だと思ってこのような調査内容にいたしました。

御回答いただきました結果については、報告書を作成し、年度末にお送りさせていただきます。

研究計画、調査票につきましては、此処に同封致しましたので、ご覧いただきご不明な点等がございましたら、下記にいつでもご連絡ください。

研究への同意につきましては、お手数をおかけいたしますが、同封しましたはがきで平成 20 年 4 月 15 日までに、ご連絡いただきますようお願い致します。

尚、全部の調査用紙にご記入いただくことが無理であれば、可能な範囲でもご記入いただければ大変嬉しく思います。

私たちの研究の主旨をご理解いただきまして、是非ご協力いただきますようよろしくお願い申し上げます。

敬具

平成 20 年 4 月 1 日

丸口ミサエ

〒204-8575

東京都清瀬市梅園 1-2-1

国立看護大学校

電話 042-95-2211(代表)

## 研究計画について

### I. 研究目的および研究の主旨

この調査を行う目的は、山間部の病院に入院していたがん患者のがん性疼痛緩和の現状を明らかにすることです。

**調査表1**は、病院全体におけるがん患者の緩和ケアおよびがん性疼痛緩和に対する取り組みを明らかにすることです。

**調査表2**は、患者さん個人の状況や病棟での取り組みについて記入していただき、疼痛緩和の状態や地域における病院の役割等について明らかにするものです。

この調査表1、2から、山間部におけるがん性疼痛緩和の現状、取り組み、問題点を明らかにしていきたいと考えています。

### II. 研究方法

郵送法による質問紙調査を行なわせていただきます。

#### 1. 対象

へき地医療拠点病院および全国国民健康保険診療施設協議会のホームページより検索した山間部の100床以下の107病院の看護の責任者（病院内全体の状況がわかる方で看護部長様、総看護師長様、看護師長様等）および病棟看護師（患者のことに十分な情報を持っている方）をお願いします。

今回の対象施設は、へき地医療拠点病院では山間型へき地、全国国民健康保険診療施設協議会の病院では、過疎地域自立促進特別措置法、山村振興法の地域指定を受けている病院としました。

#### 2. 研究計画

##### ①質問紙調査

調査期間 平成20年4月～平成20年6月30日

##### ②この調査結果についての報告書作成（主任研究者に提出します）

平成21年2月

#### 3. 調査の対象期間、内容および記入者

調査表は、2種類あります。

調査の対象期間は、平成19年1月1日から平成19年12月31日までの施設の

概況および入院していたがん患者についてご記入をお願いいたします。

○ 調査表 1

施設の状況についてお伺いするものです。この調査票の内容を良くご存知の看護部長様、総看護師長様、看護師長様をお願いいたします。

○ 調査表 2

- ① 病棟に入院していたがん患者さん 1 人につき 1 枚の調査用紙にご記入をお願い致します。
- ② 対象人数は、各病棟で、平成 19 年 12 月 31 日から遡って最高 10 名とさせていただきます（10 名以下の場合は、入院されていた患者さん全員お願いします）。
- ③ 記入は、実際に病棟で看護に携わっていらっしゃる看護師長様、または、病棟の看護師さんをお願いいたします。

### III. 倫理的配慮

この研究に関しては、国立国際医療センター倫理委員会の承認（平成 20 年 3 月 19 日）を得て行っております。

この調査への承諾は、はがきにより承諾のお返事をいただいた施設の方にご協力をお願いいたします。承諾していただけない場合も、貴施設に不利益が生じるようなことは一切ございません。

質問紙は無記名となっており、また、患者さんに関する個別情報の調査表も患者個人が特定されることはありません。施設や個人が特定されるような情報があった場合でも、すべて匿名化して取り扱います。結果は、量的に集計させていただき、いただきましたご意見等については、施設名、個人は特定できないように内容により分類しまとめさせていただきます。

この研究が終了し報告書を提出した時点で、回収した調査用紙はシュレッダーにて廃棄させていただきます。

尚、調査にご協力いただきました施設には研究結果の報告書をお送りさせていただきますと存じます。

### IV. 結果の公表

研究結果につきましては、平成 20 年度厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）による研究の報告書として主任研究者に報告させていただきます。その後、関連学会に発表させていただきたいと考えております。

研究者メンバー

研究責任者 丸口ミサエ(国立看護大学校成人看護学教授)  
4月1日付けで次のところへ配置換えとなりました。  
国立がんセンター中央病院 看護部長

共同研究者 上原ます子(信州大学医学部保健学科 看護学専攻広域看護学講座教授)  
飯野京子(国立看護大学校成人看護学教授)  
小西敏子(国立看護大学校成人看護学准教授、研修課長)

連絡先

丸口ミサエ : 4月1日以後  
国立がんセンター中央病院  
〒104-0045 東京都中央区築地 5-1-1  
電話 03-3542-2511

小西敏子 : 国立看護大学校  
〒204-8575 東京都清瀬市梅園 1-2-1  
国立看護大学校研修部  
電話 042-495-2211 (内 6000)  
E-mail konishit@adm.ncn.ac.jp



【調査表1】 貴病院全体のことについてお伺いいたします。

該当するところに〇を、また、空白のところにはご記入をお願いいたします。

1 病院の概要（平成19年12月31日現在）

① 貴院の診療圏の人口（                      人                      ）

② 病床の種類と病床数

一般病床	床
療養病床医療型	床
療養病床介護型	床
精神病棟	床
（他）	床
計	床

③ 職員

職 種		人数
看護職	看護師	人
	（                      ）専門看護師	人
	（                      ）認定看護師	人
	准看護師	人
	看護助手	人
介護職	介護福祉士	人
		人
		人
医 師	常勤	人
	非常勤	人
	緩和ケアに取り組んでいる医師	いる ・ いない
	いる場合	常勤 ・ 非常勤
	非常勤の場合	回/週
	その医師の勤務施設	がん診療連携拠点病院 その他（                      ）
コメディカル	ソーシャルワーカー	人
	臨床心理士	人
	理学療法士	人
	作業療法士	人
	その他	人

④ 在宅ケア の体制 ( ある ・ ない )

ある場合は次の該当するものに○をつけてください。

訪問診療	
訪問看護部門	
訪問看護ステーション	
ディケア	
その他	

⑤ 他の医療機関との連携

連携している病院

病院	設置主体	離れている距離
1	国公立病院・公的病院・私立病院	km
2	国公立病院・公的病院・私立病院	km
3	国公立病院・公的病院・私立病院	km

連携内容(該当するものに○をつけてください)

1. 自施設で出来ない治療の場合紹介する (わかれば 名/年)
2. 積極的治療ができなくなった患者を紹介される (わかれば 名/年)
3. その他 ( )

2 患者の動向について (平成19年1月1日～平成19年12月31日まで)

\*データのある範囲でご記入をお願いいたします

① 患者数の動向

		総数	男	女
入院患者数	総 数			
	が ん 患 者 数			
	65歳以上			
入院経路	自宅から			
	転 院			
転 帰	軽 快			
	死亡総数			
	が ん 患 者 数			
	65歳以上			
	転 院 その他			

② 入院患者の平均在院日数 (平成19年)

全体	日
軽快	日
死亡	日

### 3 現在病院で使用している鎮痛薬

(病院で使用されている薬物に○をつけてください。)

麻薬は、院内で使用される量に○をつけてください。麻薬は商品名で記載しています。)

麻薬系 (内服薬)	塩酸モルヒネ末				
	塩酸モルヒネ錠				
	オブソ	5mg	10mg		
	バシーフ	30mg	60mg	120mg	
	MSコンチン	10mg	30mg	60mg	
	MSツワイスロン	10mg	30mg	60mg	
	カティアン				
	カプセル	30mg	30mg	60mg	
	スティック	30mg	60mg	120mg	
	ビーガード	30mg	60mg	120mg	
	モルベス細粒	10mg	30mg	2%20g	6%20g
	アンバック座薬	10mg	20mg	30mg	
	オキシコンチン	5mg	10mg	20mg	40mg
	オキノーム	2.5mg	5mg		
	チュロテップパッチ	2.5mg	5mg	7.5mg	10mg
	リン酸コデイン散				
麻薬系 (注射薬)	モルヒネ注射薬 (1A)	10mg/ml・50mg/5ml・200mg/5ml・100mg/10ml			
	フェンタニール 注射液	0.1mg/2ml/A・0.25mg/5ml/A			
	ケタミン				
鎮痛補助薬 ( )内商品名	ギャバベンチン				
	カルバマゼピン (テグレトール)				
	クロキサepam (リボトリール、ランドセン)				
	アモトリプチン (トリプタノール)				
	アモキサピン (アモキサ)				
バクロフェン (リオレサール)					
その他	ミタゾラム (ドルミカム)				



- 4 病院全体の平成18年10月～平成19年10月までの1年間の麻薬の使用量（mg）についてお伺いします。（この期間でなくても直近の1年間の使用量でも構いません。）

商品名	使用量	商品名	使用量
塩酸モルヒネ末		オキシコンチン	
塩酸モルヒネ錠		オキノーム	
オブソ		チュロテップパッチ	
パシーフ		リン酸コデイン散	
MSコンチン			
MSツワイスロン		モルヒネ注射薬	
カティアン		フェンタニール注射液	
カプセル		ケタミン	
スティック			
ビーガード			
モルベス細粒			
アンバック座薬			

- 5 貴施設で緩和ケア、がん性疼痛緩和に関して取り組まれていることや、困難を感じていらっしゃるものがありましたら何でもお書きください。

- 6 緩和ケア、がん性疼痛緩和に関して、次のようなことで希望されることがありますか。  
該当するがありましたら、それに○をおつけください。  
また、このこと以外に何か希望されることがありましたらご記入ください。

- ① 近隣の専門家(医師、看護師、コメディカル等)にいつでもコンサルテーション  
できるようなシステムがあればよい。
  - a 電話による相談
  - b 実際に病棟に来て、治療、看護の相談を受けてほしい
  - c 事例検討などの学習会に参加してほしい
  - d その他
- ② 参考文献を紹介してほしい。
- ③ 近隣で参加しやすい場所で研修会を行ってほしい。
- ④ がん専門病院、がん診療連携拠点病院等で看護師の研修をさせてほしい。
- ⑤ その他

## 【調査表2】

## がん患者についての調査

貴病棟に入院されていたがん患者さんの概要についてお伺いいたします。

項目で該当するものには○を、空白の欄については、ご記入ください。

患者No ( )	(男・女)	年齢 (才)	入院日数 (日)	( ) 回目入院					
家族について	キーパーソン :	主な介護者	同居・別居	配偶者 : 有・無					
病名									
患者への病名の説明	あり	なし (説明されている病名: )							
患者の病名認識	あり	なし							
患者への病状の説明	あり	なし							
患者の病状認識	どのように:								
入院経路	自宅から	転院							
病院と自宅の距離	約	km							
紹介元	自施設 (他科、他病棟)	介護施設	その他 ( )						
入院の理由 (複数回答可)	1 がんの根治的治療 2 症状に対する積極的治療 3 症状緩和 (緩和ケア) 4 レスバイト (在宅ケア中の家族の休養のため) 5 症状や病状が悪化したために自宅で看病できない 6 病院までの通院手段がないため入院するしかない 7 自宅で看取するという習慣がない 8 往診してもらおうところがなく、交通機関がなく病院まで通院できないため 9 往診はしてもらえが、それ以外のサービスがなく、自宅では看病できない 10 介護力がない 11 家族にがん患者がいることが世間に知れると困る 12 その他 ( )								
入院時の苦痛症状の有無 (複数回答可)	なし	あり →	痛み	呼吸困難	倦怠感	腹部膨満感	下痢	便秘	浮腫
			うつ状態	せん妄					
			その他 ( )						

《がん性疼痛について》			
入院時、または最初に痛みが出た時の患者の痛みの程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>0 痛みはなかった</li> <li>1 時々気になる程度の痛み</li> <li>2 痛みが持続しているが激痛ではない</li> <li>3 かなり強い痛み</li> <li>4 激痛で耐えられないほどの痛み</li> </ul>		
使用した鎮痛薬 (使用方法、量、1日の使用回数など具体的に)		鎮痛薬使用の効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 痛みがなくなった</li> <li>2 気にならない程度に緩和した</li> <li>3 ほとんど変わらなかった</li> <li>4 痛みは強くなった</li> <li>5 その他</li> </ul>
麻薬を使用しなかった場合の理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 強い痛みがなかった</li> <li>2 副作用がこわいから</li> <li>3 その他 ( )</li> </ul>		
その他行われた痛みの治療	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 放射線治療</li> <li>2 神経ブロック</li> <li>3 鍼灸治療</li> <li>4 その他</li> </ul>	その効果	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 非常に効果があった</li> <li>2 かなり効果があった</li> <li>3 ほとんど効果がなかった</li> <li>4 効果がなかった</li> </ul>
痛みの軽減のために行った看護	行った具体的な看護		
	1 非常に効果があった。		
	2 効果があった		
	3 かわらなかった		
この患者の痛みを緩和するために苦慮したこと	<ul style="list-style-type: none"> <li>1 薬が効かなかった</li> <li>2 薬の使い方がわからなかった</li> <li>3 鎮痛薬の副作用があり、鎮痛薬が使えなくなった。(副作用 )</li> <li>4 患者・家族が鎮痛薬の使用を拒否して使えなかった</li> <li>5 痛みの原因がわからなかった</li> <li>6 その他 (具体的にお願いします)</li> </ul>		
医師等も含めたカンファレンス	1 行っている (      回/週                      回/月                      その他      )		
	2 行っていない		

《患者の転帰》	
患者の転帰	治癒      軽快      不変      悪化      死亡
退院先	自宅      他の病院（療養介護型・療養医療型・一般病院・緩和ケア病棟） 介護施設      その他
転院・退院後の転帰	入院継続中      軽快退院      死亡      不明
自宅以外への退院の場合の理由 《1,2,3から選択し、1の場合は（ ）内、①,②,③の中で該当するものを選んでください》	1 自宅では介護力がない（一人暮らし、老夫婦のみ、家族も高齢者、その他） 1-① ずっと入院できる施設が必要 1-② 転院先は子供が近くに住んでいるため 1-③ その他： 2 病状が悪化し、治療するため 3 その他：
貴施設の地域の特徴と考えられる看取りに対する考え方がありますか（  ある  ・  ない  ） 「ある」とお答えいただいた場合、どのようなことかご記入ください。	
その他何でも構いません、お気づきのこと、ご意見等がございましたらご記入ください。	
ご協力ありがとうございました。	



### Ⅲ. 研究成果に刊行に関する一覧表

## 研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	45	395-397	2008

#### IV. 研究成果の刊行物・別刷

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

三浦 久幸

日本老年医学会雑誌 第45巻 第4号 別刷

## 4. 高齢者終末期医療と倫理

三浦 久幸

Key words: 高齢者, 終末期医療, 事前指示書

(日老医誌 2008; 45: 395-397)

## はじめに

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」問題が起これ、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」が発表された。また、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」公表されるという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。

## 日本と海外における終末期の医療決定の構造上の違い

国内の高齢者医療では、国民全体での autonomy (自律)が醸成されていないことや意思決定能力の低下等で、本人の意思の確認は極めて困難な状況にある。また、主

治医制度がなく、特に救急医療の現場では患者の人となりの確認が困難な状況にある。さらに、家族の意見が一致しない等、倫理的問題を相談できる医療倫理委員会が機能しない等により、結局は現場でのインフォームド・コンセントのみに極端に依存していることで、結果として最終決定ができないジレンマに陥りやすく、また、「言った、言わない」の問題が生じやすい状況にある<sup>1)</sup>。

この一方、米国、英国、ドイツ等欧米先進国の多くでは、主治医(家庭医)制度があり、比較的長い経過で患者との人間関係を構築することができ、患者の人生史などを通じ、そのひとの人となりや考え方が把握しやすい状況にある。また、高齢者の意思決定能力の低下等で本人の意思確認ができない場合には、法定医療代理人の制度により、家族間の意見の相違への対応や、本人の意思の揺らぎが生じた時に、ジレンマが回避できる状況にある。さらに、治療判断に関する医療倫理委員会も米国、ドイツでは整備される状況にあり、倫理的問題に精通した病院のスタッフが、要請により、迅速に医療上の倫理的問題を検討し、主治医や家族をサポートしている。この医療倫理委員会はセカンドオピニオンとしての機能も併せ持っている。米国、オランダでは延命治療としての人工呼吸、人工栄養の中止については認められており、ドイツでもかなり慎重にはあるが、一定の要件下に認められている。しかしながら、日本と海外の先進国では医療決定に関する構造が大きく異なることを念頭に議論されるべきである。特に主治医制度の有無は患者・医師関係の有り様について、根本的に異なる状況を作っている。

## 高齢者医療における自己決定・他者決定

われわれ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

End-of-life care and ethics in the elderly patients  
Hisayuki Miura: 国立長寿医療センター病院第一外来総合診療科



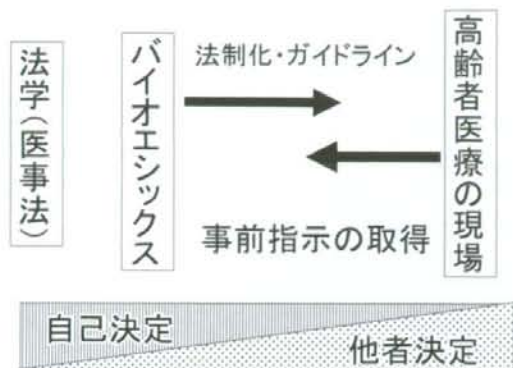


図1 高齢者終末期の自己、他者決定の構造

明らかであった<sup>12)</sup>。自然死(尊厳死)の法制化については、日本学術会議や厚生労働省が行ったアンケート調査でも慎重な意見が多いが、終末期医療については法的にはあくまで「自己決定権」やインフォームド・コンセントの原理にもとづき判断される。この「自己決定権」については医療現場でこれまで以上に叫ばれるようになっていく現状があるが、前述のように、本人が意思表示を拒否するケースも含め本人の意思表示を把握し、実際の本人の意思を実際の医療に反映させることは非常に困難な状況にある。このように自己決定、他者決定を軸に高齢者の終末期医療を捉え、自己決定を中心にそのあり方とする法学、倫理学と他者決定を中心とした高齢者終末期の現場の実情とは大きな乖離がある(図1)。このような現状が高齢者医療の現場での医療決定を困難としていると考えられるが、この状況の打開のためには、終末期医療における患者の意思を反映した医療の実現とその基軸と成るシステムの構築が不可欠である。この試みとして我々は国内外で実際に用いられている事前指示書を参考として、高齢者での使用に耐えうる独自の事前指示書を作成し、実際の運用を開始した(図2)。対象は当面、意思決定能力の確認がしやすい、外来の継続通院患者を対象としている。事前指示書は「リビングウィル」と「医療代理人の指名」により構成されている。米国におけるこれまでの報告ではリビングウィル単独より医療代理人の指名の併用が臨床上有用とされていることを考慮したものである。終末期に近づくにつれて当然きたすと思われる心の揺らぎを医療代理人が支えてゆくという構成となっている。この事前指示書は当センター病院の倫理委員会の承認を得た後に開始しているが、本人確認、自身の意思であることの確認や自己決定能力の

確認、各項目の理解の確認等を経て受け取る体制になっている。また、事前指示書使用の際は主治医単独ではなく医療チームで判断する等、アルゴリズムを作成し、使用の手順を明らかとしている。これはこの「事前指示書」が一人歩きしないための方策であり、ここにかかれた内容は決定事項ではなく、あくまで家族や代理人との終末期における話し合いを充実させるためのものであることを医療スタッフに明示するものである。この事前指示書は、高齢者自身に、事前に自分の生死について考える機会を与えるものであり、また、これを手に、もっとも信頼の置ける家族と今後の治療について話す機会が増えるだけでも状況的な変化が作れるものとする。この使用にあたっては病を持つ方、すなわち弱者の切り捨てにならないような具体的ガイドラインと並行し施行されるべきと考えられる。

### 倫理からみた今後の高齢者終末期医療のあり方

倫理ジレンマへの対応を考慮した場合、多くの高齢者では様々な疾患に罹患することで、自宅、病院、施設と場所を変え療養することになるが、このような状況の中で、単に家族の都合での決定ではなく、本人のとなりや意思が継続し尊重されるためには、寄り添うような主治医の存在が必要であると考えられる(図3)。さらにどの療養環境でも対応できるような地域連携が必要である。地域連携の中で事前指示書をどのように用いていくかあるいは医療代理人の役割等これからの課題であるが、「その方に今、その治療等対応をすべきかどうか」の問題は単に医学的問題ではなく、その人のおかれる地域の社会的状況や介護状況が強く影響するため、さまざまな倫理ジレンマに対し、図3のように地域で連携を基に解決していく体制作りが必要であると考えられる。

### 結 語

高齢者の倫理でもっとも根本的で重要な問題は、終末期における本人の尊厳を守るためには、本人の意思確認が必須であるにかかわらず、これがほとんど行われていない現状である。治療中止等の議論の前に、これからの本人の意思確認のあり方、医療代理人の必要性、患者・医師関係の有り様等、議論すべき課題が山積している。終末期医療の現場は医学的、法的、倫理的に未だ整理されているとはいえず、医療・介護現場のジレンマは続いている。「人間らしい、その人らしい死に方とは」は、極めて現代的な、かつ緊急の課題であると思われる。

受付番号 \_\_\_\_\_

**私の医療に対する希望（終末期になったとき）**

終末期とは「生命維持処置を行わずに、比較的短期間で死に至るであろう、平穏で回復不能の状態」です。

- ・ 患者様が終末期になったときの受けられる医療に対する希望を患者様ご本人が記載してください。
- ・ 患者様ご自身で判断できなくなったとき、主にご家族・主治医の参考になると思われます。
- ・ この希望はいつでも修正・撤回できます。
- ・ 法的な意味はありません。

**1. 基本的な希望**（希望の項目をチェック(✓)してください）

①痛みや苦痛について  できるだけ抑えて欲しい  必要なら鎮静剤を使ってもよい

自然のままがいい

②終末期を迎える場所について  病院  自宅  施設  病院に就いて

③その他の基本的な希望（自由に記載ください）

（ \_\_\_\_\_ ）

**2. 終末期になったときの希望**（希望の項目をチェック(✓)してください）

①心臓やチューブなどの心臓停止  して欲しい  して欲しくない

②生命のための人工呼吸器  つけて欲しい  つけて欲しくない

③体外循環の体カテ挿入  着けて欲しい  着けて欲しくない

④胃ろうによる栄養補給  して欲しい  して欲しくない

⑤胃ろうによる栄養補給とは、消化管を確保から胃に直接通したチューブで送り込むことです

⑥鼻チューブによる栄養補給  して欲しい  して欲しくない

⑦点滴による水分の補給  して欲しい  して欲しくない

⑧その他の希望（自由に記載ください）

（ \_\_\_\_\_ ）

**3. ご自分で希望する医療が判断できなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。（お書きいただかなくても結構です）**

お名前（ \_\_\_\_\_ ） ご関係（ \_\_\_\_\_ ）

患者様のお名前 \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日

ご住所 \_\_\_\_\_

医師番号 \_\_\_\_\_ 初診年月日 年 月 日

リビングウィル  
+  
代理人の指名  
↓  
事前指示書

図2 事前指示書の例（国立長寿医療センター使用文書）

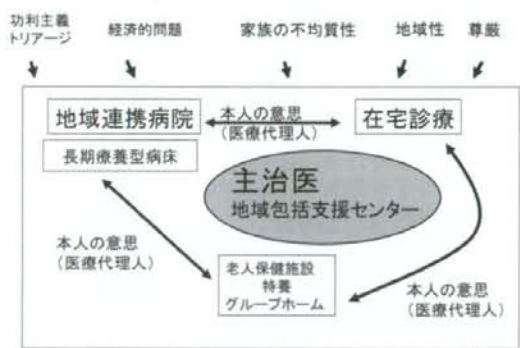


図3 自己決定を尊重した地域連携モデル  
—地域での倫理ジレンマへの対応—

文 献

- 1) 三浦久幸, 太田壽城: 高齢者の終末期医療—倫理ジレンマを乗り越えるために—, 日老医誌 2007; 44: 162-164.
- 2) 三浦久幸, 酒井陽子, 太田壽城: 特集: 高齢者に有終の美を—終末期ケアと緩和ケア 施設別に診た終末期ケアの現状と課題 1) 病院, Geriatric Medicine 2006; 44: 1533-1538.