

推計結果は下の表のとおりである。まず、所得変数に注目すると、支払い医療費、通院回数いずれの式でも世帯収入、総資産はともに有意ではない。このことから、われわれの関心事項である所得と医療需要については、所得が外来医療需要（医療費と通院回数）に影響を与えるという仮説は棄却された。

医療サービス需要の決定要因(対数線形モデル)

説明変数	支払い医療費		通院回数	
	推定値	t値	推定値	t値
世帯の年収	0.0391	0.75	0.0063	0.11
世帯の総資産	0.0299	1.11	0.0120	0.43
男子ダミー	0.0069	0.11	-0.0978	-1.48
75～79歳ダミー	-0.0956	-1.47	0.0170	0.25
80～84歳ダミー	-0.1175	-1.57	0.1953	2.5
85～89歳ダミー	-0.1718	-1.95	0.1357	1.46
90歳以上ダミー	-0.0806	-0.5	-0.1745	-1.02
高卒ダミー	-0.1020	-1.77	-0.1247	-2.07
大卒ダミー	-0.0111	-0.12	-0.0213	-0.22
現在就労ダミー	-0.0473	-0.7	-0.0634	-0.89
ブルーカラー職業ダミー	0.0164	0.26	-0.0219	-0.32
地域活動ダミー	-0.0524	-0.82	0.0036	0.05
持病1(高血圧)ダミー	0.0920	1.71	0.0013	0.02
持病2(心臓)ダミー	0.1153	1.7	0.0141	0.2
持病3(糖尿)ダミー	0.1833	2.3	0.0012	0.01
持病4(脳関連)ダミー	0.1997	2.05	0.2030	1.93
持病5(消化器)ダミー	0.0229	0.29	0.0892	1.11
持病6(呼吸器)ダミー	0.2065	2.03	0.2939	2.88
持病7(腰痛・リウマチ)ダミー	0.3196	5.69	0.6959	11.87
持病8(眼関係)ダミー	0.2135	3.89	0.1290	2.26
持病9(じん臓)ダミー	0.5381	3.74	0.2591	1.67
持病10(肛門)ダミー	-0.0108	-0.08	-0.0625	-0.42
通院つきそいダミー	-0.0752	-1.02	-0.2345	-3.07
かかりつけは診療所	0.0311	0.5	0.2785	4.27
通院時間	0.0111	0.33	-0.0953	-2.77
待ち時間	0.0518	1.39	-0.0808	-2.09
定数項	6.9895	19.01	3.3025	8.59
サンプル数	851		945	
自由度修正済み決定係数	0.0641		0.2273	

以下、両式について所得以外の説明変数の医療需要への影響をみていく。支払い医療費の式は有意な説明変数が少なく、当然ながら決定係数でみた関数の当てはまりが悪い。先

に述べたように、老人医療における支払い医療費は上限のもとで需要総額のごくわずかな部分に過ぎないので、実現した医療需要と見なすことが難しい可能性がある。

被説明変数のそうした限界を念頭に置きつつ、推計結果を見ていく。患者属性の中で有意な変数は 85～89 歳ダミー（10%有意）、高卒ダミー（10%有意）および持病ダミー（2 疾病（消化器と肛門）を除く）である。年齢ダミーでは基準年齢は 70～74 歳であるので、これ以上の年齢ダミーの係数はすべてマイナスである。統計的に有意であるのは 85～89 歳ダミーだけだが、おおむね加齢とともに外来医療費が低下する傾向にあるといえよう。

学歴ダミーもマイナスで、中卒に比べてそれ以上の学歴の人のほうが医療費の負担が低いと見られる。持病ダミーには基準値がないので、例えば持病 1 ダミーの係数は持病 1 がある人は持病 1 がいない人より 9.2%医療費が高い。複数の持病を持っている人はそれぞれの持病ダミーの係数だけ医療費が高くなる。多くの持病ダミーが有意で、しかも係数が大きい（最大は持病 9 のじん臓系疾患で、この持病があると医療費は 53.8%高まる）ことから、持病が何かやいくつ持病を持っているかが医療費負担に大きい影響を与えていることが明らかである。

最後に機会費用として用いた変数は解釈が難しい。もっとも機会費用の変数はいずれも有意でないので影響なしと判断されるのであるが、あえて t 値が 1 以上の通院つきそいダミーと待ち時間の係数の意味を考えると、付き添いが必要だとコストが高くて需要が減退することは直感的な理解と合致する。だが待ち時間が長いと需要が高まるという関係は常識とは逆である。しかし一般に大病院ほど待ち時間が長く濃密診療で高医療費となりがちなることを考慮すれば、待ち時間と医療費増加の関係も理解しがたいことではない。

次に通院回数の推計式の結果をみると、こちらの式の方が有意な変数が多く、とくに機会費用の係数の符号が予想と一致するうえに有意度も高い。通院回数は先の支払い医療費よりも医療サービス需要の大きさを表す変数であるということができよう。

属性ダミーの中では年齢ダミーがおおむねプラスで 70～74 歳に比べて 75 歳以上のほうが通院回数が多い。支払い医療費は年齢に対してマイナスであったから、逆になっている。加齢とともに通院回数が増えるにもかかわらず医療費は低下するという結果から推測されるのは、高齢になるほど通院 1 回当たりの施術や投薬が減少して医療費が少なくなるということだが、この説明は憶測の範囲を出ない。学歴ダミーの効き方は支払い医療費の推計結果とほぼ同様である。

通院回数について幾つかの持病ダミーの係数が非常に大きく有意であることは支払い医療費の推計と同じであるが、通院回数がもっとも多くなるのは持病 7 の腰痛・リウマチで、この持病があると通院回数は 69.6%増加する。

機会費用変数はいずれも有意である。通院頻度はつきそいが必要だと 23.5%減り、かかりつけが近隣の診療所の人では病院へ通う人よりも 28.9%多くなる。時間のコストも通院回数に影響を与えている。通院時間と待ち時間が倍に増加すると通院回数は 9.5%、8.1%だけそれぞれ減少する。

5. まとめ

医療アクセスの平等性が確保されているかどうかを検証することが本分析の主な目的であったが、これについては持病を持つ高齢者の医療サービス需要行動を考察した結果、疾病の違いや時間コストなどをコントロールすると、所得や資産の大きさは医療需要に何の影響も与えていないことが分かった。言い換えれば医療アクセスは平等であり、平均的にみて低所得高齢者の医療サービス需要が抑制されているとは言えない。

そればかりでなく、高齢者は全般的に非常に多くの医療サービスを享受していることがアンケート結果から判明した。調査対象の持病がある高齢者は平均で1ヶ月に44.4回（最高は何と350回）と、非常に頻繁に医療機関に通院している。

このような高齢者は一部の特殊な高齢者かというところ、決してそうではなく、むしろ平均的な高齢者といえる。厚生労働省「国民生活基礎調査」（1998年6月調査）によれば70歳以上で医療機関へ通院している人は879万9千人で、これは70歳以上人口の64.5%に相当する。慢性疾患の持病を持った人が大多数で、1年以上継続して通院している人が761万2千人、5年以上継続が507万1千人にのぼる。これら的高齢者もまた旺盛な通院行動をしているものと思われる。

このような過剰とも言える通院回数は支払い医療費（自己負担）が低く抑えられているために発生していると考えられる。月44.4回の通院にも関わらず、アンケート対象者が支払う医療費は平均4,006円に過ぎない。1ヶ月に約3,000円の限度額を超えれば、それ以降の通院は実質的に無料の自己負担制度がこのような事態を招いている。高齢者にも適正な負担を課すべきであろう。2002年10月から完全な1割負担が実施され、高齢者は1973年の医療費無料化からおよそ30年ぶりに本格的に価格と直面することになる。これは医療を患者側から効率化していくための有効な制度変更といえよう。

<参考文献>

澤野孝一朗（2000）「高齢者医療における自己負担の役割：定額自己負担制と定率自己負担制」『医療と社会』Vol.10, No.2

澤野孝一朗（2001）「外来医療サービスにおける医療供給の役割—昭和59年と平成9年改定の違いとその理由」『大阪大学経済学』Vol.50, No.4

松本邦愛、長谷川敏彦（1999）「所得階級でみた日本の健康の公平性の分析」第36回日本病院管理学会遠大抄録集『病院管理』vol.36 supplement

吉田あつし・伊藤正一（2000）「健康保険制度の改正が受診行動に与えた影響」『医療経済研究』Vol.7

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証研究」

終末期医療の自己決定権に関する実証分析

研究者 鈴木亘 （社）日本経済研究センター 研究員
鈴木玲子 （社）日本経済研究センター主任研究員
八代尚宏 （社）日本経済研究センター理事長

研究要旨 本稿は、終末期医療の自己決定権について、Conjoint Analysis と呼ばれる手法を用いて検証した。筆者等が独自に作成したデータにより、リビング・ウィルの作成意志を調査したところ、①月医療費の自己負担額が高いほど、②宣言書の実行が確約されるほど、③終末期認定の厳密化を行うほど、むしろリビング・ウィルを作成しないという結果が得られた。患者にとって、将来の病状は予測不可能なものであり、リビング・ウィルを作成して、確実性を増加することにためらう姿が伺える。一方、緩和ケア・ホスピスの確保は、それがなされるほどリビング・ウィルを作成しやすいという結果となった。

A. 研究目的

増大する老人医療費を削減する政策案の一つとして終末期医療の削減が提案されている。しかしながら、終末期医療に対するアクセスを絶つことは、老人の生存権を無視するものとして医療関係者の間で批判が多い。そうした中、むだな延命医療を本人の自己選択で止める「患者の終末期の自己決定権」を増加させることは、医療関係者と医療経済学者の双方が納得する終末期医療の削減策である。本稿はそのような問題意識から、事前に延命処置を拒否する宣言書（リビング・ウィル）の作成条件を探る分析を行った。

B. 研究方法

独自に実施したアンケート調査により、

リビング・ウィルに対する考え方、終末期医療費に関する認識額、リビング・ウィルの作成条件に関するデータを入手した。それらのデータに対して、Conjoint Analysis と呼ばれる意識調査を用いた統計解析手法を適用し、リビング・ウィルの作成意志に与える各種要因を分析した。

C. 研究結果

Conjoint Analysis を用いた分析結果によると、①月医療費の自己負担額が高いほど、②宣言書の実行が確約されるほど、③終末期認定の厳密化を行うほど、むしろリビング・ウィルを選択しないという結果が得られた。一方、緩和ケア・ホスピスの確保はそれがなされるほど、リビング・ウィルを作成するという結果とな

った。

なし。

D. 考察

事前の予想に反した結果が得られた理由は、患者にとって、将来の病状は予測不可能であることを反映したものと考えられる。つまり、高齢者はリビングウィルを作成して、確実に自己決定することに対してためらいを持っている可能性がある。終末期医療の削減策としては、医療経済学者の間ではアクセスを絞る、自己負担額を増加させるといったものが提出されているが、そのような政策の実効性に対して、本稿の結果は疑問を呈することとなった。一方、緩和ケアやホスピス病棟や専門医の確保は、リビング・ウィルの作成を促進する効果を持つ。安心して終末期を迎える周辺環境と整えることの重要性を改めて認識させる結果となった。

E. 結論

①月医療費の自己負担額が高いほど、②宣言書の実行が確約されるほど、③終末期認定の厳密化を行うほど、むしろリビング・ウィルを作成しない。緩和ケア・ホスピスの確保は、それがなされるほどリビング・ウィルを作成しやすい。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）
「医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証研究」

終末期医療の自己決定権に関する 実証分析

2002年3月31日

鈴木亘 ・ 鈴木玲子 ・ 八代尚宏

日本経済研究センター

1. 問題意識

我が国の終末期医療費に関する一連の研究によれば、死亡前1年ほどの間にかかる「終末期医療費」の規模は甚大であり、例えば、70歳以上の死亡前1年間の入院医療費が老人医療費(入院、年額)に占める割合は、実に19.2%にも相当する(長寿社会開発センター(1994))。

こうした中、高齢化に伴う老人医療費の急増に対処するため、医療費削減策として終末期医療費の削減が提案されている(広井(1996)、広井(2000))。しかしながら、こうした提案に対して、主に医療関係者の中から、終末期医療費の削減は老人の生存権を無視するものであるとして、批判の声が挙がっており、現在も激しい論争が続いている(石山(1998a,1998b,2001)、片岡(2001))。

さて、人間誰も、高齢になって不治の病に倒れ、自分自身では食べ物を摂取できなくなったときに、血管に点滴チューブを入れられて栄養や水分を補給されたり、話と押しした管から栄養を注入されたり、人工呼吸器をつけられたりして、無理矢理延命されることは避けたいだろう。しかしながら、このような延命措置がわが国の医療現場で日常的に行われていることは周知の事実である。その理由の一つは、わが国の医療が「死」を前提としていないことにある。つまり、わが国の医療は尊厳ある生命をできる限り維持することを至上命題としており、勝手な延命医療の中止は法律で禁じられている。また、実際に延命措置をされる時期になれば、本人の意識は朦朧もしくは喪失状態であり、延命治療の中止を求めることが難しいことも一因である。さらに、家族においても、医療費の大部分は医療保険でカバーされるから、あえて延命治療の中止を求める動機が存在しない。このような三すくみ状態の中で、無駄な延命治療がなされているのが現状なのである。

ところで、わが国の現制度の中においても、このような三すくみ状態を避ける手段がたった一つだけ存在する。それは、「リビング・ウィル」もしくは「終末期の宣言書」といわれる延命医療の中止を求める宣言書を、患者自身が、前もって書いておくことである(下は、日本尊厳死協会による尊厳死の宣言書の例)。

終末期の宣言書(リビングウィル Living Will)

私は私の病状が不台であり、且つ死が迫っている場合に備えて私の家族、縁者ならびに私の医療者携わっている方々に次の要望を宣言いたします。

この宣言書は、私の精神が健全な状態にある時に書いたものであります。従って、私の精神が健全な状態にある時に私自身が放棄するか、又は撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。

①私の疾病が、現在の医療では不台の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合に於て死期を引き延ばすための延命措置は一切おこなわないでください。

②但しこの場合、私の苦痛を和らげる処置は最大限に実施してください。そのため、たとえ麻薬などの副作用で死が時期が早まったとしても、一向にかまいません。

③私が数ヶ月に渉って、いわゆる植物状態に陥った時は、一切の生命維持処置を取り止めてください。

以上、私の宣言による要望を忠実に果たして下さいの方々に深く感謝申し上げますとともに、その方々が私の要望に従って下さった好意一切の責任は私自身にあることを確信いたします。

年 月 日

自署 氏名 印 生年月日
住所

これにより、家族、医療機関が本人の意思を尊重し、無駄な延命処置を行わない選択が可能となる。わが国では現在、日本尊厳死協会、終末期を考える市民の会、グループタ映え等の民間団体が、二千元から三千元の年会費で、宣言書の登録を受け付けている。しかしながら、現状ではまだまだこうした制度を利用するものは少ない。本稿は、独自に行った高齢者アンケートを用いて、リビング・ウィルに対する考え方や選択する条件などを探ることにより、終末期に於ける自己決定権についての知見を得ることを目的とする。

以下、本稿の構成は次の通りである。2節では本稿で用いるデータについて述べ、アンケート項目の中から終末期医療やリビング・ウィルに関するものを紹介する。3節は実証分析であり、4節は結語である。

2. データ

(アンケートの設計)

本稿で用いるデータは、筆者等が独自に行った「高齢者の医療保険に関するアンケート調査」である。これは、平成13年2月に郵送法によって実施したアンケートである。調査対象は、社会調査会社のモニターである70歳以上の高齢者がいる世帯のうち、持病を持つ高齢者がいる世帯を

事前にスクリーニングし、その後にランダムサンプリングをして選んだ。有効回答率は、73%であり、1095世帯のサンプルが得られている。主な回答は、高齢者本人に尋ねながら同居の子どもは子の配偶者が行っている。

(1) 調査方法	郵送調査（全国）
(2) 対象者の選定	弊社モニターの中から、70歳以上の高齢者の居る世帯を抽出し、スクリーニングを実施。 スクリーニング調査で、何らかの持病があり通院している70歳以上の高齢者の居る世帯。
(3) 本調査実施時期	2002年2月5日～2月18日
(4) サンプル数	1500サンプル
(5) 有効回収数	1095サンプル（回収率73%）

主な調査項目は、12項目であり、本稿ではそのうち⑩リビング・ウィルについて、⑪終末期医療の条件別リビング・ウィルの作成意向の項目を使用する。

- ① 高齢者の持病
- ② 高齢者の医療負担
- ③ 高齢者が通院している医療機関と通院実態
- ④ 医療費の自己負担の増加と通院意向
- ⑤ 大病院と中小病院・診療所の基本診察料金の自己負担率の違いについて
- ⑥ 医療費の自己負担増を仮定した場合の医療機関の利用意向
- ⑦ 病院を利用する理由
- ⑧ 大病院の基本診察料金について
- ⑨ 病院の自己負担増を仮定した場合の診療所への変更意向
- ⑩ リビング・ウィルについて
- ⑪ 終末期医療の条件別リビング・ウィルの作成意向

⑫ 公的医療保険の自己負担のあり方について

(リビング・ウィルに関する質問)

さて、表1は、リビング・ウィルの認知度を尋ねた結果である。現時点においても、リビング・ウィルを知っているものは、全体の11.6%いることはやや驚きに値するが、全体として評価すればまだまだ認知度は低いと言わざるを得ない。

次に、末期ガンになった場合を想定してもらって、リビング・ウィルを書く意志があるかどうかをみたものが、表2である。書くと答えたものは、全体の26.7%である。しかしながら、興味はあるが迷うとしても、書かないとしたものを合計すると、70%を超えており、全体の過半はやはり、こうした制度を利用する意志が無いことがわかる。その理由として複数回答を試みたものが、表3である。リビング・ウィルを書く意志がない最も大きな理由は、「ガン等の場合には告知されるとは思えず、自分の病状を事前に判断できないから」というものであり(43.5%)、「そもそも終末期医療を拒否する気持ちはないから」(25.4%)、「終末期医療を止めた場合の医療(緩和ケアやホスピス)に不安を感じるから」(24.9%)、「医師も人間であり、終末期かどうかの判断を誤る可能性があるから」(23.7%)という項目が続いている。

(終末期医療費に関する認識)

次に、アンケートでは死亡前6ヶ月にかかる医療費についての自己認識を尋ねている。まず、グラフ1は自己負担額ではなく、死亡前6ヶ月に医療機関が行う医療行為に対する一人当たり医療費の予想額を答えてもらったものであるが、200~400万円に分布のピークがある。府川・郡司(1994)や鈴木・鈴木(2001)による死亡前6ヶ月の平均終末期医療費は150~200万程度であるから、この数字はやや高いといえるが、概ね正しい認識をしていることは驚きに値する。また、グラフ2は、死亡前6ヶ月にかかる医療費の自己負担額を尋ねたものである。分布の山は、30~50万の部分にあり、これも自己負担の月額上限の存在を考えると妥当な数字であり、正確な認識である。

3. リビング・ウィル作成意志の要因分析

(Conjoint Analysis)

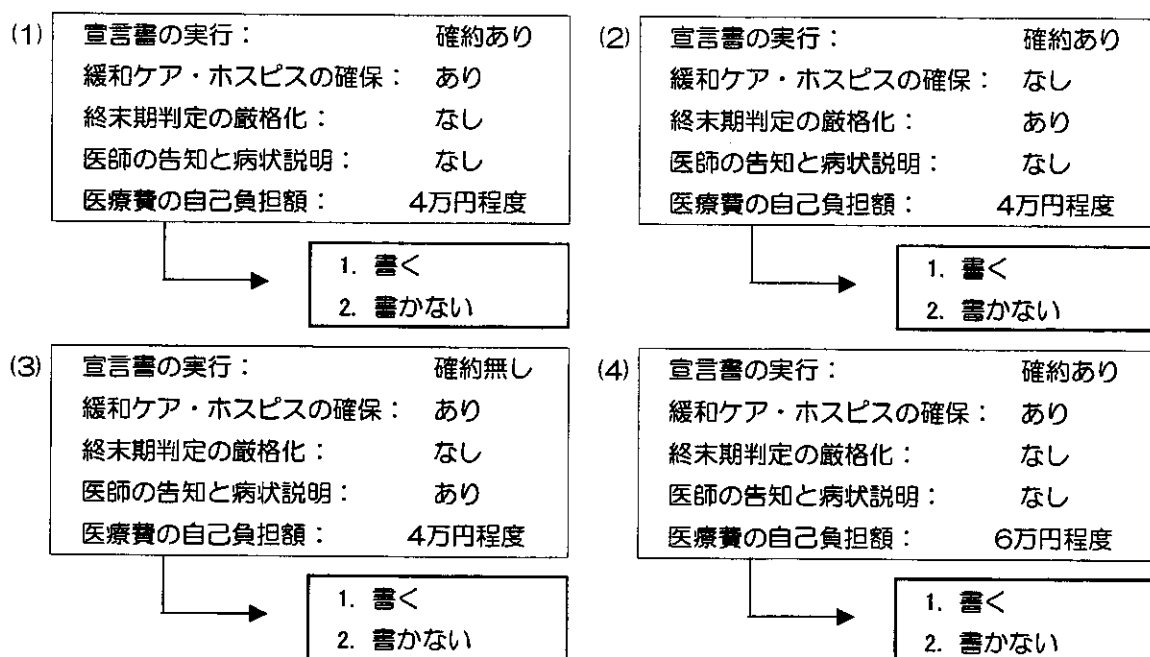
本節では Conjoint Analysis と呼ばれる手法を用いてリビング・ウィルの作成意志に与える要因を分析する。Conjoint Analysis とは、アンケート調査を用いて、様々な想定的状況下における選択行動を分析する技法である。元々計量心理学やマーケティングの分野で開発され、経済学においては環境経済学や交通の経済学の分野で主に用いられてきたが、最近、医療経済学の分野でもいくつかの研究例がみられるようになってきた¹。我が国では、鈴木・大日(1999)、福田ほか(1999)、鈴木・大日(2000)がそれぞれ、介護需要、医療機関選択、軽医療の需要の分析に用いている。

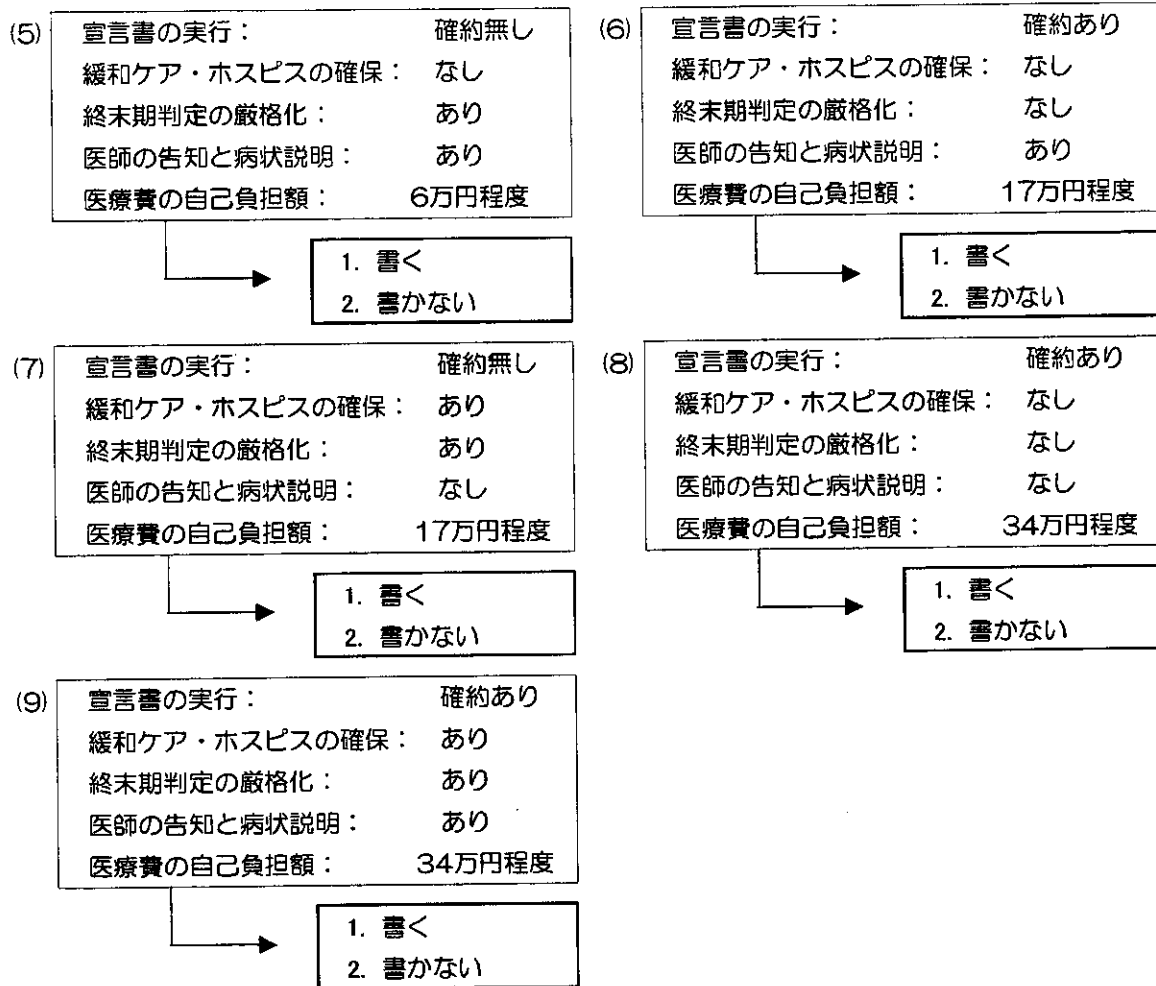
具体的な技法としては、①いくつかの想定的なシナリオとそれにもなう選択肢からなる質問を作り、最も好む選択を回答させ、②想定シナリオや個人属性を説明変数、選択行動を被説明変数にして統計モデルを推定し、③効用の変化や代替性を測定するという手順からなる。従来、効用を表明させる技法として、医療経済学の分野で広く用いられてきたのは、Willingness to Pay (Tolley et al(1994)) や Standard gamble、Time trade-off、Rating Scale などであったが、これらの手法は理論的にも技術的にもさまざまな問題を抱えている。例えば Willingness to Pay により得られる金額は、もちろん効用水準とは異なる概念であるし、Standard gamble、Time trade-off、Rating Scale もそれぞれ正確に効用水準を測定しているとは言いがたい。また、そもそも序数的な効用概念に従えば、効用水準は個人間で比較、集計することの理論的背景にも問題がある。これに対して、Conjoint Analysis では、直接に効用水準をみるのではなく、効用の差によって選ばれる選択行動をみているため、このような理論的な問題が回避できており注目を浴びている。また、観察不可能な個人の主観差などを取り除くため、個人効果(Individual Effect)を考慮した推定が可能である等の統計手法上の利点がある。

¹例えば、Bryan et al(1998),Freeman(1998),Hakim and Pathak(1999),Ratcliffe and Buxton(1999),Ryan(1999),Ryan and Farrar(1994),Ryan and Hughes(1997),Singh et al(1998), Van der Pol and Cairns(1997)。

(コンジョイント質問肢および推定モデル)

具体的に本稿で用いる仮想的な質問は、次に示す通りである。以下の仮想的なシナリオに対して、回答者はリビング・ウィルを「1.書く、2.書かない」のどちらかを回答する。仮想的な状況として、用いるものは①宣言書実行の確約（「宣言書」を書いた場合に、医療機関や家族が必ず本人の意思通りに実行するという確約が得られる）、②終末期判定の厳密化（3人以上の別の医師によって、患者の病状が不治で終末期であることを厳密に判定して、誤診断を防ぐこと）、③緩和ケア・ホスピスの確保（終末期医療を取り止めた場合に、緩和ケアやホスピスの専門医・専門病棟のもとで、看護を受けることが約束されること）、④告知と病状の十分な説明（医師が、病気名の告知と病状・経過について納得のいくまで十分な説明を行うこと）、⑤終末期医療費の自己負担額の5つであり、それらの状況が変化した場合に、リビング・ウィルの作成意志がどのように変化するかを推定する。回答者はそれぞれのカードの状況に対して、リビング・ウィルをかくかどうかの選択をする。本来、全ての仮想的な状況を網羅するためには $4 \times 2 \times 2 \times 2 \times 2 = 56$ 通りのシナリオが無ければならないが、実験計画法で用いられる直交表を用いて質問を9通りに絞っている。





(実証モデル)

具体的な推定式は次の通りである。

$$S_{i,k}^* = \alpha_0 + \alpha_P P_{i,k} + \alpha_T T_{i,k} + \alpha_R R_{i,k} + \alpha_N N_i + \alpha_F F_i + v_{i,k}$$

$$S_{i,k} = \begin{cases} 1 & \text{if } S_{i,k}^* > 0 \\ 0 & \text{otherwise} \end{cases}$$

$$v_{i,k} = \varepsilon_{i,k} + u_i$$

ここで、被説明変数の $S_{i,k}$ は、リビング・ウィルを書くか書かないかの選択に関する変数であり、

「書く」と答えた場合に1、「書かない」と答えた場合に0をとる変数である。各説明変数は、月額医療費の自己負担額(価格) $P_{i,k}$ 、宣言書の実行 $T_{i,k}$ 、緩和ケアホスピスの確保 $R_{i,k}$ 、終末期認定の厳密化 N_i 、告知と病状説明 F_i であり、添え字 k は種々のシナリオに対応している。また、個人 i については、種々のシナリオが変化しても一定の相関関係があると思われたため、個人効果 u_i^j を誤差項に加え、Random effect を考慮した Probit Model (Butler and Moffitt(1982))にしている。 u_i^j は、次のような正規分布に従うと仮定する。

$$u_i \sim N(0, \sigma_u^2)$$

(推定結果)

表4は推定結果である。予想に反して、自己負担医療費が高いほどリビング・ウィルを書かないとなっている。これは自己負担額が高いほど患者の判断が難しい疾病であることを想像し、回答をした可能性がある。それ以外には、宣言書の実行状況が確保されるほど、終末期認定が厳密化されるほどリビング・ウィルを書かないとなっており、これも予想に反する。しかしながら、表3にみたように、リビングウィルを書かない要因は、自分の将来に対する予想が難しいことにあり、そうした意味では、宣言書の実行や認定の強化ということは返って高齢者の利用を阻むものなのかもしれない。一方、緩和ケアやホスピスが確保されるほど、リビングウィルを書くという結果はリーズナブルである。告知と病状説明は統計的に有意ではなく、無関係であった。

5. 結語

本稿は、終末期医療の自己決定権について、Conjoint Analysis と呼ばれる手法を用いて検証した。筆者等が独自に作成したデータにより、リビング・ウィルの作成意志を調査したところ、①月医療費の自己負担額が高いほど、②宣言書の実行が確約されるほど、③終末期認定の厳密化を行うほど、むしろリビング・ウィルを選択しないというものであり、将来の病状の不確実性を考慮して、自己決定することの困難さを伺わせる結果となった。一方、緩和ケア・ホスピスの確保はそれがなされるほど、リビングウィルを書くとの結果になった。

参考書

- 石井暎禧(1998a)「老人への医療は無意味か・痴呆老人の生存権を否定する「竹中・広井報告書」
『社会保険旬報』1973号
- 石井暎禧(1998b)「みなし末期という現実—広井氏への回答」『社会保険旬報』1983号、1984号、
1985号
- 石井暎禧(2001)「終末期医療費は医療費危機をもたらすか「終末期におけるケアに係わる制度及
び政策に関する研究報告書」の正しい読み方」『社会保険旬報』2086号
- 大野竜三(2001)『自分で選ぶ終末期医療—リビングウィルのすすめ—』朝日選書681「」
- 片岡佳和(2001)「終末期におけるケアに係わる制度及び政策について」『社会保険旬報』2095号
- 小椋正立・鈴木玲子(1998)「日本の老人医療費の分配上の諸問題について」『日本経済研究』
No.36,pp.154-183
- 鈴木亘・鈴木玲子(2001)「寿命の長期化は老人医療費増加の要因か？」JCER Discussion Paper
No.70
- 長寿社会開発センター(1994)『老人医療と終末期医療に関する日米比較研究報告書』
- 広井良典他(1996)「福祉のターミナルケアに関する調査研究報告書」
- 広井良典他(2000)「終末期におけるケアに係わる制度及び政策に関する研究報告書」
- 府川哲夫・郡司篤晃(1994)「老人死亡者の医療費」『医療経済研究』Vol.1,pp.107-118
- 府川哲夫・児玉邦子・泉陽子(1994)「老人医療における死亡月の診療行為の特徴」『日本公衆衛生
雑誌』Vol.42(11),pp.942-949
- 府川哲夫(1998)「老人死亡者の医療費」郡司篤晃編著『老人医療費の研究』丸善プラネット株式
会社
- 鈴木 亘・大日 康史(1999)「Conjoint Analysis を用いた介護需要関数の推定」ISER Discussion
Paper No.486
- 福田敬・木下弘貴・武村真治・八巻心太郎(1999)「患者の医療機関選好に関するコンジョイン
ト分析を用いた調査研究」1999年度病院管理学会報告論文
- 鈴木亘・大日康史(2000)「医療需要行動の Conjoint Analysis」『医療と社会』10(1):125-144

- Butler, J. and R. Moffitt (1982), "A Computationally Efficient Quadrature Procedure for the One Factor Multinomial Probit Model.", *Econometrica* 50, pp.347-364
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J. et al. Imperial Cancer Research Fund and World Health Organization. *Mortality from Smoking in Developed Countries: 1950-2000*. Oxford University Press, Oxford, 1994.
- Bryan, S., M. Buxton, R. Sheldon, A. Grant (1998), "The Use of Magnetic Resonance Imaging for The Investigation of Knee Injuries: A Discrete Choice Conjoint Analysis Exercise.", *Health Economics* 7, pp.595-604
- Freeman, J. (1998), "Assessing the Need for Student Health Services Using Maximum Difference Conjoint Analysis", *Journal of Research in Pharmaceutical Economics* 9(3), pp.35-49
- Hakim, A. and D. Pathak (1999), "Modelling the EuroQol Data : A comparison of Discrete Choice Conjoint and Conditional Preference Modelling " *Health Economics* 8, pp.103-116
- Ratcliffe, J. and M. Buxton (1999), "Patients' Preferences Regarding the Process and Outcomes of Life Saving Technology : An Application of Conjoint Analysis to Liver Transplantation" *International Journal Technological Assessment Health Care* 15(2), pp.340-351
- Ryan, M. (1999), "Using Conjoint Analysis to Take Account of Patient Preferences and Go Beyond Health Outcomes. An Application to In-Vitro Fertilization." , *Social Science and Medicine* 48 , pp.535-546
- Ryan, M. and S. Farrar (1994), "A Pilot Study Using Conjoint Analysis to Establish the Views of Users in the Provision of Orthodontic Services in Grampian.", *Health Economics Research Unit Discussion Paper No 07/94* , Aberdeen, University of Aberdeen

Ryan,M and J.Hughes (1997), "Using Conjoint Analysis to Assess Women's Preference for Miscarriage Management.",Health Economics 6 ,pp.261-274

Singh,J., L.Cuttler, M.Shin, J.Silvers and D.Neuhauser(1998), "Medical Decision-making and the Patient: Understanding Preference Patterns for Growth Hormone Therapy Using Conjoint Analysis", Medical Care 36(8)supplement,pp31-45

Lubits,J., J.Beebe and C.Baker(1995), "Longevity and Medicare Expenditure," The New England Journal of Medicine Vol.332, pp.999-1003

表1 リビングウィル(終末期宣言書)の認知度

選択肢	サンプル数	割合(%)
知っている	127	11.6
知らない	948	86.6
不明	20	1.8

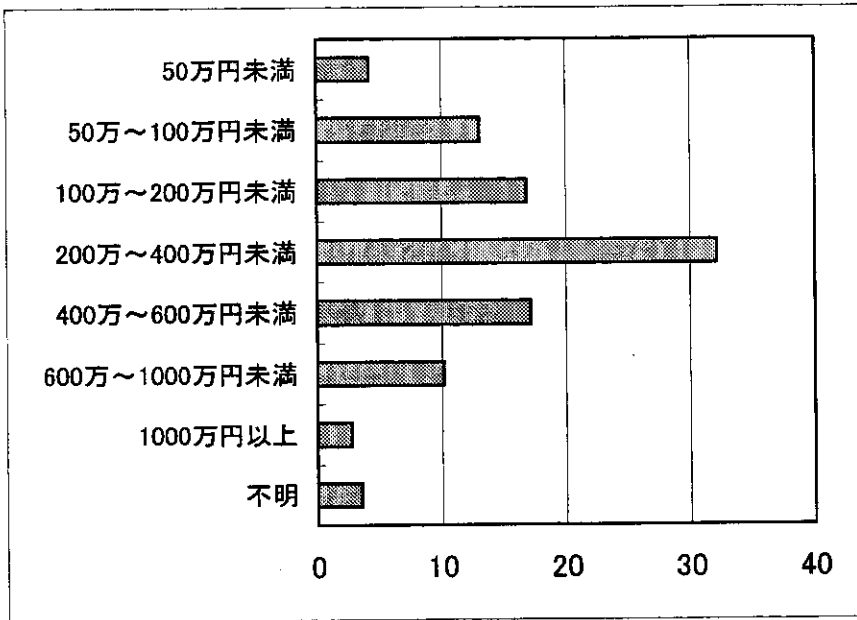
表2 末期ガンになった場合のリビングウィルを書く意志の有無

選択肢	サンプル数	割合(%)
書く	292	26.7
興味はあるが書くかどうかは迷う	545	49.8
書かない	230	21.0
不明	28	2.6

表3 リビングウィルを書かない、あるいは迷う理由

	割合(%)
そもそも終末期医療を拒否する気持ちはないから	25.4%
医師も人間であり、終末期かどうかの判断を誤る可能性があるから	23.7%
ガン等の場合には告知されるとは思えず、自分の病状を事前に判断できないから	43.5%
終末期医療を止めた場合の医療(緩和ケアやホスピス)に不安を感じるから	24.9%
医療機関が宣言書に従うとは思えず、無駄だと思うから	6.5%
家族が宣言書に反対すると思うから	20.0%
宣言書を登録する年会費が高いから	8.9%

グラフ1 死亡前6ヶ月にかかる医療費の予想額



グラフ2 死亡前6ヶ月医療費の自己負担額に対する予想額

