

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的研究」

医療特区が目指すもの

研究者 社団法人日本経済研究日本経済研究センター 理事長 八代尚宏

・構造改革特区の構想

総合規制改革会議の中間答申（2002年7月）の規制改革特区の提言に基いた「構造改革特別区域法（特区法）」が同年12月11日に成立し、2003年度からの実施が予定されている。これは最近の構造改革の内では、異例のスピードで実現されたもので、医療界にも大きな意味を持っている。

経済社会環境の急速な変化に対応しない過去の制度を、より合理的なものへと改革することの必要性について異論は少ない。しかし、全国規模の制度改革には、現行制度の下での既得権者から大きな抵抗があり、また、新しい制度への不安から、現に漸進的な改革しか実現できにくい。こうした場合に、特定の地域に限定して新しい制度を試みることで、その是非を判断することは、ひとつの論理的な帰結である。

こうした特区構想に対して、開発途上国のような一国二制度は、「法の下での平等」に反するとか、特定の地域といえども、最善でない制度を適用することは許されない、等の批判がある。しかし、過去のキャッチアップ期のように、外国の先例に習うだけでなく、成熟した日本社会にふさわしい社会制度を、試行錯誤で求めなければならない時代が来ており、全国一律の制度改革に拘れば、世界的なスピードの時代にふさわしい改革は望めない。

仮に、米国のような連邦国家であれば、各州が様々な社会制度を設け、それらの内から良いものをお互いに導入し合う「制度間競争」を通じて、絶え間のない制度改革が可能となる。この発想を中央集権国家の日本にも部分的に適用し、特定地域で新しい制度を試すことで、その成果が上げれば全国的に普及させることが特区法の目的である。

具体的には、当初は内閣が用意した規制の特例措置メニューの内から、自治体（基本的に市町村レベル）が、自らの責任で特定の特区を選択し、それを厚生労働省ではなく内閣に申請し、承認を受ける。その後、条例の改正等、住民合意を得るための適切な手段を講じた上で実施するというプロセスが考えられている。また、その過程で、所与の規制の特例措置を受ける前提として、何らかの代替（安全）措置を講じることが条件となる場合もある。

・医療特区の可能性

こうした特区構想を一般論としては受け入れても、社会実験的な目的での特区であれば、生命や健康に関わる医療関係の規制は全面的に除外されるべきとの意見がある。これは、仮に、医療分野での規制を緩和・撤廃することで、医療事故が生じれば、その責任を負え

ないという批判である。しかし、逆に、人の命に関わる規制であればこそ、単に「古い制度が良い制度」ではなく、常にベストプラクティスが求められる筈である。

例えば、新薬の認可についても、副作用のリスクがある一方で、それを恐れて認可をいつまでも引き伸ばせば、その間に助かったかも知れない患者が行政の不作為の犠牲になる。結局、新薬の有益性と有害性との比較考慮で、管理された治験に基き、個別に認可の判断を行わなければならない。これは新薬の場合だけでなく、医療分野での他の多くの規制や制度についても同様である。

その意味では、「現行の医療制度には基本的に問題はなく、微調整のみで十分」という立場であれば、「特区方式には害のみで益なし」という結論は当然である。しかし、他方で、日本の医療サービスの質には問題が多く、最小の費用で最大の患者の満足を達成という意味で「効率化」の余地が大きいという立場であれば、それを達成するための社会的実験は受け入れられるであろう。

・医療特区の具体的なイメージ

医療に関する特区の具体的な構想としては、例えば先端医療を担う病院・大学やその関連事業を特定の地区に集約し、国全体に適用される規制の特例を設けることである。医療特区における改革モデルの代表的な例としては、全国的な規制では行えないような合理的な医療提供体制と、強制的なIT化による効率的な医療システムの実現がある。

この場合、特区内で対象となる医療機関で十分な医療実績があること、医療行為に関する十分な情報公開やインフォームド・コンセント、等が当然の前提となる。これらの内には、既に一定の条件の下では可能なものもあるが、医療特区ではそうした制約なしに、患者の同意を得た上で、様々な規制緩和の組み合わせにより、高い質の医療サービスを実現することをねらいとしている。

すでに地方自治体や民間病院等から寄せられている医療特区構想や、それに拘らず、潜在的なニーズについて考えれば、以下のような可能性がある。

第1に、高度な医療に関わる臨床研究を促進するために、創薬承認審査体制の整備・迅速化である。また、これを補完するものとして、高度先進医療の実施について、保険給付が受けられる「特定承認保健医療機関」の要件や、病床数制限の例外となる「特定病床等の特例」に関する要件の緩和がある。さらに、現在、日本の国家資格を取得していないと医療機関に常勤できないが、これを海外でも資格を持つ者であれば、日本の国家資格に準じて医療行為が可能な「臨床修練制度」の適用拡大、等があげられている。こうした要望について、厚生労働省は、特区では対応できないものの、全国的な規制緩和として実施する旨のコミットを行った。こうした必ずしも特区自体の形成を通じない形での規制改革の推進も、特区の副次的な効果といえる。

第2に、他方、特区を活用して、現在の医療保険体制では提供できない高度医療サービスを特定地域に対して提供し、その健康水準を上げる試みも考えられる。現行では遠隔医療は診療報酬化されていないが、例えばテレメディシンを利用することにより、地域ベースでの喘息、高血圧症、糖尿病等について、きめの細かい治療内容のチェックが可能となる。これにより、喘息の緊急入院の減少、糖尿病妊婦の管理など、比較的短期間に効果を目に見える形であらわすことが期待される。さらに、現行の高度先進医療の施設基準では、

特定の手術に特化したセンターは作ることが困難である。しかし、例えば、内視鏡的手術のセンターを特区内の病院と連携して設ければ、これは待機的な手術であるため、国内や近隣国からの集客が期待できる。これは特区内の病院でそうした技術の水準を大きく向上させることにも結びつく。

第3に、IT化の強制による医療事務の効率化である。被保険者証ICカード化、電子カルテの義務化による医療システムの電子化が進めば、ICカード被保険者証を認証キーとして、被保険者が電子カルテの閲覧権を得ることも可能となる。これは専門家の間での医療情報の共有化を通じた評価システムの構築や、セカンドオピニオンの容易化と結びつく。こうした医療情報の電子化は、医師と患者との情報の非対称性を改善することにも貢献する。

また、こうした先端医療以外でも、地域の医療ネットワークや介護との連携を図る構想もあり、多様なアイデアが今後とも生まれる可能性が大きい。

・ 先端医療特区の構想

例えば国際空港の近隣に病院と研究機関が一体となった先端医療特区を設置する。それによって、従来は、高度な医療を求め米国等に渡っていた利用者に高度の医療サービスを提供できれば、難病患者にとっては朗報となる。また、国内だけでなくアジアからも患者を集めることができれば、当地域だけでなく、日本の医療産業の発展にも、大きく貢献するものとなる。

このためには、①病院にそれと一体となった最先端の研究所を併設し、日本や世界から一流の研究者・医者を招聘、②開発された医療技術や新薬は、適切なリスク評価の後に適正な価格で提供、また治療を受ける患者は特定療養費の対象、③病院や研究所には、民間企業も出資し経営に参画することで効率的な運営、等が必要となるが、これらはいずれも厳しく規制されている。医療の世界も、医師や医療機関主体の画一的・平等性を第一とする時代から、患者主体の医療サービスへと転換するために、地域の自主性に基いた多様なアイデアを重視する時代に向かう必要がある。医療特区は、個々の医療機関と医師の創意工夫を生かすためのひとつの有力な手段であり、積極的な活用が期待されている。

・ 医療における経済性と倫理性

質の高い医療サービスを提供するためには、多大の資金が必要とされる。それを調達するためには、銀行や事業団借入れだけに限定されるのではなく、直接金融市場の活用が不可欠となる。

しばしば「医療は儲け主義ではない」といわれるが、仮に、これを「患者の利益を犠牲にして医療機関が利益を得ることの禁止」と言いかえれば、自明のことであり、誰も反対する者は（経済学者も含めて）いない。問題はそれを実現するための手段の違いである。これを医療関係者は「営利を追及する企業を排除し、医療機関の倫理性に依存」することで達成しようとしている。

これに対して、経済学では倫理性だけに依存するのではなく、「医療機関の競争促進」と「患者の選択肢の拡大」が、患者の利益を守るためにもっとも有効なものとする。なぜなら、誰が営利を追及し、誰がしていないかを予め判断することは困難であり、患者にと

って利益となる良い医療機関を選べるような状況が望ましいからである。

両者の違いは、「患者は医療機関の質を判断できない」という前提を受け入れるか否かにも依存する。仮にそうであれば、患者の選択は無意味であり、医師の倫理性に全面的に依存しなければならない。他方、医療機関の情報公開や第三者評価制度の確立、セカンドオピニオン等、患者の情報不足を補うシステムが整備されれば、患者の選択肢が得られるような医療分野が広がる。現に、「患者の誤った判断を引き起こす」ことを防ぐための医療の広告規制も次第に緩和される傾向にある。医者倫理性が重要であることは当然だが、それは医療機関間の健全な競争と矛盾するものではない。

医療法では「営利性の禁止」が謳われているが、何が「営利的行為」であるかの定義は明確に示されておらず、「医療法人は剰余金を配当してはならない」という規定のみである。しかし、医療法人が病院の増改築や高価な診療機器等の購入の際に必要な資金を、民間の銀行から借入れることや、病院の建物・設備を民間企業から賃貸することは合法的である。これは会計法上、借入金金利や賃貸料は経費であるが、株式発行の費用である配当は「利益の処分」と見なされているためであるが、現実には間接金融と直接金融の違いに過ぎない。こうした病院の資金調達手段の違いだけで、医療法人の営利性と非営利性が規定されている現状には大きな矛盾がある。

営利性の禁止は、あくまでも医療機関の具体的な行動に即したものである必要がある。これは電力会社が、株式会社であっても、電力の供給義務を課せられていることで、公益事業とされていることと同じである。

新しい医療技術や手術の開発がもっぱら国公立病院で行われていることは、それが政府の資金で建設・運営されており、銀行借入に依存しなくても済むことが大きい。これに対して、民間の医療法人でも、例えば製薬会社等の出資が可能となれば、先端医療に特化した臨床病院を実現できる可能性もある。多様な経営主体間での競争が不足していることが、医療分野でのさまざまな合理化を妨げており、患者主体の医療改革を妨げているひとつの大きな要因となっている。

特区の効用のひとつは、これまで全国的な組織のなかで埋もれていた、様々な新しいアイデアを顕在化させることでもある。これは厚生労働省の審議会で、利益関係団体のトップ同士で決めたことが全国一律に適用されるという従来方式の改革でもある。その意味では、全国的な組織の締め付けが緩むことに対して、医師会だけでなく、農協や連合が特区に激しく反対することは当然である。規制改革は地方分権化と一体の問題でもある。

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経済学的考察

研究者 大阪大学大学院 国際公共政策研究科 助教授 鈴木亘

研究要旨 終末期医療は、老人医療費の2割を占めるという試算もあり、医療費の削減対象として注目されている。削減可能性を調べるために、患者の自己決定権に着目し、患者の自己決定権を高めるための環境整備のあり方を探った。昨年の報告書においては、Conjoint Analysis と呼ばれる手法を用いた試験的な推定結果を報告したのみであったが、さらに統計的な解析作業を深め、また、Conjoint Analysis 以外の分析手法も試した結果、昨年の報告とは大幅に異なる結論が得られた。すなわち、リビングウィルの作成確率は、①リビングウィルの実行性が確保される場合には6.0%ポイント、②緩和ケア病棟やホスピスが確保される環境では11.2%ポイント、③終末期認定の厳密化が行われる環境では3.2%ポイント、④告知と病状説明が十分行われる環境では9.1%ポイント、それぞれ高まることがわかった。したがって、終末期医療の自己負担率を高めるといった経済インセンティブよりも、その他の法律・環境面の整備の方が、患者の終末期の自己決定を進める上で遙かに重要であることがわかった。

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。また、実際の行動についても分析を行った。

C. 研究結果

その結果、医療費の自己負担額については、作成意志に影響しないか、影響した

としてもその限界効果は極めて低いことがわかった。一方、Conjoint Analysis を用いた分析の結果、リビングウィルの作成確率は、①リビングウィルの実行性が確保される場合には6.0%ポイント、②緩和ケア病棟やホスピスが確保される環境では11.2%ポイント、③終末期認定の厳密化が行われる環境では3.2%ポイント、④告知と病状説明が十分行われる環境では9.1%ポイント、それぞれ高まることがわかった。

D. 考察

したがって、終末期医療の自己負担率を高めるといった経済インセンティブよりも、その他の法律・環境面の整備の方が、患者の終末期の自己決定を進める上で遙かに重要であることがわかった。

E. 結論

リビングウィルの作成確率は、①リビングウィルの実行性が確保される場合には6.0%ポイント、②緩和ケア病棟やホスピスが確保される環境では11.2%ポイント、③終末期認定の厳密化が行われる環境では3.2%ポイント、④告知と病状説明が十分行われる環境では9.1%ポイント、それぞれ高まることがわかった。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

『Gerontology New Horizon』Vol.14
No.3,pp.53-57、2002年5月
日本財政学会報告、2002年10月

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし。

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的研究」

終末期医療の自己決定権に関する経済学的考察

研究者 大阪大学大学院 国際公共政策研究科 助教授 鈴木亘

1. はじめに

千葉大学の広井氏らがとりまとめた「福祉のターミナルケア報告書」（長寿社会開発センター(1997)）に端を発し、主に社会保険旬報誌を舞台にして、激しい論争が繰り広げられたことは記憶に新しい（石井(1998a),石井(1998b),横内(1998),広井(1998),西村(1998)）。最近では、医療経済研究機構による同種の報告書(医療経済研究機構(2000)を巡って、論争が再燃している(石井(2001),片岡(2001),白木・荒井・石井(2002a,b))。

元々、わが国の医療経済学者らが終末期医療についての研究を本格的に開始したのは、1993年の（財）公衆衛生振興会による「老人医療レセプトデータ分析事業」からであり、国立社会保障・人口問題研究所の府川氏や法政大学の小椋氏による実証分析が相次いで発表された(府川(1998),小椋・鈴木(1998))。これらの厳密な実証分析により、死亡前1年間にかかる「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%にも相当することが明らかとなった(長寿社会開発センター(1994))。終末期医療・延命医療は、「事後的」には死亡という形で無に帰してしまう医療費であるから、その膨大な金額を削減することができれば、深刻な赤字に直面する医療保険財政の好転が期待できる。したがって、主に医療経済学者を中心に、終末期医療の削減可能性を巡って多くの研究や政策論議が行われるようになってきた(長寿社会開発センター(1997) 1、小椋・鈴木(1998)、医療経済研究機構(2000)、鴛田(2001)、高木(2001)、鈴木・鈴木(2001)、厚生労働省(2001)、増原・今野・比佐・鴛田(2002)、大日(2002))。

これに対して、医療法人石心会の石井氏や浴風会病院の横内氏を中心とする医療関係者から、高齢者医療の極度の単純化や医療の排除であるとして猛反論が相次ぐこととなった。これが、冒頭に触れた「福祉のターミナルケア論争」として知られる論争である。

一般的に、「費用対効果」もしくは「効率性」を重視する医療経済学者と、生命の維持を至上命題とする医療関係者の間には大きな溝があり、この種の論争は避難応酬戦として不毛な議論にな

1 もっとも、広井(1998)自体は、報告書作成の動機に医療費削減という観点が存在していないことを明言している。一方、石井(2001)は、一人当たりの終末期医療費自体は高齢化によって増加しないことから、終末期医療費は財政圧迫要因ではないとしている。長寿化が一人当たり終末期医療費に与える効果については、鈴木・鈴木(2001)が老健レセプトデータを用いて厳密な推計をしているが、やはり、一人当たり医療費へは殆ど影響しないことを確認している。しかしながら、老人自体の数は高齢化により増加するのであるから、その意味において、終末期医療費は財政圧迫要因であることは確かである。

ることが多い。しかしながら、今回の「福祉のターミナルケア」論争については、その見かけ上の激しさにもかかわらず、両者にとって有益かつ建設的な論点が数多く提出されたように思う。

まず第一の論点は、石井(1998a,2001)が再三指摘しているように、医療経済学者のレトロスペクティブな終末期医療の定義は、医療現場の意志決定には役に立たないものであり、プロスペクティブな視点が必要であるということである。片岡(2001)も認めるように、今後はプロスペクティブな観点から終末期医療を捉え、研究を進めるべきである²。

第二の論点は、老人の終末期というものは様々な過程・様相をたどるものであり、単純な一般化は困難であるということである。一般に経済学者の終末期論の中には単純な「がんモデル」に立脚したものが多くは事実である。今後は、医療関係者と医療経済学者の協力により、様々なモデルを想定した緻密な研究がなされるべきである。

第三の論点は、わが国の終末期患者の自己決定権や選択を取り巻く環境には問題が多いということである。広井氏の問題提議は、「わが国の“ターミナル・ケア”は圧倒的に『医療提供者側の論理』が優先しており、福祉的なケアの充実を含めた当事者の選択の重視すべき」という点にある。一方、石井(1998b)や横内(1998)は、この点を現実の制度を即して類推し、結局は「みなし末期の肯定」や「老人の生存権の無視」に繋がるものと断定しているが、現実の制度自体に問題が存在することを否定するものではない。したがって、リビングウィルの作成促進や、告知・インフォームドコンセントの推進を含めた自己決定・選択の為の環境整備が、今後、重要な政策課題となるべきである。

第四に、これは西村(1998)が触れている点であるが、経済学的な観点からは、終末期医療へのアクセスを制度的に絶つか(みなし末期)、絶たないかという二分論ではなく、適切な自己負担率を課して、患者や家族の自己決定を反映させるという方法もあり得る。特に、末期がんの延命治療のように、QOLが高まるとは思えないのに膨大な費用がかかる治療に関しては、それを選択する以上は、ある程度の自己負担を求めることが妥当である。こうした、費用対効果からみた自己負担のあり方に関する研究も今後進められてしかるべきであろう。

さて、本稿は、終末期論争によって新たに生まれた論点を踏まえ、第三、第四の論点に係わる「終末期医療の患者自己決定」に関する実証分析を行う。以下、2節では終末期医療の自己決定とリビングウィルについて解説をする。3節は本稿の実証分析に用いるアンケートデータを解説し、リビングウィルに対するアンケート結果を概観する。4、5節は実証分析であり、リビングウィルの作成意志に関する分析を行う。6節は結語である。

2. 終末期医療の自己決定とリビングウィルについて

一般に高額にのぼる終末期医療・延命治療に関しては、わが国の出来高払いシステムの下では医療供給者の利益となることから、医師側が積極的に処置を行っているように議論されることが多い。しかしながら、旧厚生省が平成10年度に医師・看護職・一般集団に対して行ったアンケート調査(『末期医療に関する意識調査等検討会報告書』)によれば、6ヶ月以内に死期が迫っている患者に対する単なる延命治療をやめるべき、もしくは止めた方がよいとする割合は医師で77%、看護職で78%であり、一般集団の68%に比べむしろ反対が多い。反対意見が多いにもかかわらず、

² こうした取り組みは、既に医学研究者によって一部始まっている(立石(2001))。

終末期の延命処置が医療現場で日常的に行われる理由の一つは、わが国の法律が安楽死や尊厳死に対して欧米よりも実質的に厳しい態度をとっていることにある（大野(2001)）。したがって、患者や家族が望んでいたとしても、安楽死や尊厳死の要件が法律上成立することは難しく、そのため望まない延命治療を行っているという面がある。

一方、延命治療を見守る家族の側にとっても、積極的に延命治療を断る動機は存在しない。わが国の医療保険では、高額医療負担制度があるため、一般的に一ヶ月の負担額が72,300円+1%（高齢者は40,200円）を上回る場合にはそれ以上の医療費を負担する必要はない。終末期の医療費は上限を遙かに上回る金額であるから、延命治療を拒否しても金銭的に大きく節約ができる可能性は低い。したがって、家族の側も、死ぬ前にできるだけのことをするという社会慣行に加え、経済的にも延命治療を認めてしまう面がある。

さらに、患者本人は、既に終末期に至った場合には、意識がなくなっていたり、たとえ意識があっても正常な精神状態であるとはみなされないので、延命治療を拒否することは難しい。こうした医療供給者、家族、患者の間の「三すくみ状態」がある限り、終末期の医療費に削減できる部分があったとしても、制度的にそれを実行することが難しいのである。

ところで、このような「三すくみ状態」を解決する手段がたった一つ存在する。それが、リビングウィル（生前遺言状、終末期の宣言書）を残して、患者自身が終末期医療の自己決定をするという手段である。「リビングウィル」とは、終末期医療の中止を求める意思表示書（図1を参照）である。患者はまだ意識がはっきりしている間に、終末期の状況を想定して意志を明確に書き残すことにより、医療側に自分の意志を伝えることができる。医師側にとっても、リビングウィルの存在によって、延命治療行為の中止と緩和ケアへの切り替えが行いやすくなる。現在、日本尊厳死協会、終末期を考える市民の会、グループ夕映え等の民間団体が、二千元から三千元の年会費で、リビングウィルの登録を受け付けており、終末期には患者に代わって意志を家族や医師に伝えることになっている。もっとも、現行の制度では、100%の医師がこの宣言書に従うとは限らず、また、終末期治療の中止に、一人でも家族の反対がある場合には、治療が継続されてしまう。したがって、まだまだ認知度も低く、リビングウィルを残す患者も少ないのが現状である。本稿は、独自に行ったアンケート調査を用いて、リビングウィルの作成意志を決定する要因を分析し、患者が終末期の自己決定を行う為には何が必要なのかを議論する。

3. データ

3.1 アンケートの設計

本稿で用いるデータは、筆者等が独自に実施した「高齢者の医療保険に関するアンケート」の個票である。この調査は、平成14年2月5日から2月18日にかけて、全国の持病を持つ70歳以上の高齢者が居る世帯に対して郵送法で行われた。送付数1500に対して回答世帯数は1095であり、有効回答率73%である。対象サンプルは、社会調査会社³の全国モニター対象136,349サンプルに対して持病を持つ高齢者の有無の尋ねるスクリーニングを行い、その母数からランダムにアンケート送付世帯を抽出した。社会調査会社のモニター自体は、住民基本台帳からランダムに対象を抽出してモニター契約を依頼している為、国勢調査に極めて近いサンプル構成となってい

³ 株式会社インテージ(旧社会調査研究所)

るが、モニター契約を受諾する段階でバイアスが入ることは否定できない。調査項目は、リビングウィルや、終末期医療に関するものの他、高齢者の持病や、医療負担、通院行動、公的保険や診察料に対する意識等の諸項目を尋ねている。そのうち、本稿の分析に用いる主要変数の記述統計量は、表1に示す通りである。

3.2 リビングウィルに関する質問結果

さて、表2は、高齢者に対して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が全体の11.6%も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尋ねた結果が、表3である。書くと答えたものは全体の26.7%であり、興味はあるが迷うとしたもの、書かないとしたものを合計すると70%以上の人々が現時点ではリビングウィルを書く意志を持っていない。その理由として複数回答を試みたものが、表4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。リビングウィルを巡る様々な諸環境の未整備が、患者の自己選択に対する阻害要因となっていることが伺える。

3.3 終末期医療費に関する認識

このアンケートでは長期入院している患者が死亡前6ヶ月にかかる医療費についての予想額を尋ねている。まず、グラフ1は、死亡前6ヶ月にかかる一人当たり医療費の総額を尋ねた結果であるが、200~400万円に分布のピークがある。府川(1998)によれば、死亡前の6ヶ月間を入院していた患者の医療費は320万円程度であるから、高齢者達の多くは概ね正しい認識をしており、やや驚きに値する。一方、グラフ2は、死亡前6ヶ月にかかる医療費に対する自己負担額の予想額を尋ねたものであり、分布の山は30~50万と50万~100万の部分にある。高齢者の一ヶ月当たり的高額医療費の上限額は40,200円であり、6ヶ月では24万程度であるからやや高い予想と言える。しかしながら、差額ベット代や様々な諸経費を考慮すると決して高すぎる予想ではない。高齢者の多くは終末期医療費に対してかなり妥当な予想を持っている。

4. リビングウィル作成意志の決定要因1 (現状の作成意思)

4.1 推定モデル

さて、まず表3にまとめた「末期ガンになった場合のリビングウィルの作成意志」に対して、どのような要因が影響しているのかを分析する。この質問の回答は、「1.書く」「2.興味があるが書くかどうかは迷う」「3.書かない」という順序の付いた三択の回答となっているため、Ordered Probit Modelによる推定を行う。

具体的な推定式は次の通りである。

$$C_i^* = \alpha_0 + \alpha_M M_i + \alpha_J J_i + \alpha_Z Z_i + u_i$$

$$C_i = \begin{cases} 0 & \text{if } C_i^* \leq 0 \\ 1 & \text{if } 0 \leq C_i^* \leq \mu_1 \\ 2 & \text{if } C_i^* \geq \mu_1 \end{cases}$$

ここで、 C_i は「書く」場合に 2、「興味があるが書くかどうかは迷う」場合に 1、「書かない」場合に 0 をとる変数であり、 M_i はグラフ 1 でみた「死亡前 6 ヶ月にかかる医療費の予想額」、 J_i はグラフ 2 でみた「死亡前 6 ヶ月にかかる医療費の自己負担額に対する予想額」である。 Z_i はその他の属性であり、性別ダミー、年齢、学歴ダミー（短大卒以上 1）、持病 1(高血圧) ダミー、持病 2(心臓) ダミー、持病 3(糖尿) ダミー、持病 4(脳関連) ダミー、持病 5(消化器) ダミー、持病 6(呼吸器) ダミー、持病 7(腰痛・リウマチ) ダミー、持病 8(眼関係) ダミー、持病 9(じん臓) ダミー、持病 10(肛門) ダミー、高齢者所得ダミー、同居若年世帯所得ダミー、喫煙者・前喫煙者ダミー、飲酒習慣ダミー、運動習慣ダミー、生保加入者ダミー、ガン保険加入者ダミー、民間医療保険加入者ダミー、民間介護保険加入者ダミーといった要因をコントロールしている。

4.2 推定結果

推定結果は、表 5 の通りである。まず有意な変数は「終末期医療費予想額」であり、予想額が高いほどリビングウィルを作成する意志があることがわかる。ただし、その限界効果をみると、終末期医療費の 100 万円の増加に対して作成確率が 1.3%ポイント増加するに過ぎず、その影響は小さい。また、「自己負担分の予想額」については有意な影響を及ぼしていない。その他の属性変数については、学歴が高いほど、同居若年世帯の所得が高いほど、喫煙者・前喫煙者であるほど、リビングウィルの作成確率が高まることがわかった。持病ダミーは、腰痛・リウマチ、目関係、じん臓関係の疾患を持つ者がリビングウィルの作成確率が高い。

このうち、政策的に重要な意味を持つ変数は、「自己負担分の予想額」である。この変数が有意では無いということは、終末期医療の自己負担額を引き上げたとしても、終末期医療費が減少するとは限らないことを意味する。もっとも、「自己負担分の予想額」と「終末期医療費予想額」については相関係数が 0.5421 と正の相関があるため、両者が同時に説明変数に入っていると多重共線性が起きる可能性もある。したがって、「終末期医療費予想額」を説明変数から除外し、「自己負担分の予想額」と属性変数のみで推定した結果が、表 6 である。推定結果をみると、この場合においても「自己負担分の予想額」は有意とはなっておらず、「自己負担分の予想額」のリビングウィル作成意思に対する影響は殆ど無いことがわかった。

5. リビングウィル作成意志の決定要因 2 (仮想的状況下の作成意思)

5.1 Conjoint Analysis

次に、リビングウィルを取り巻く様々な諸環境や政策の影響を考えるために、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を分析する。Conjoint Analysis とは、アンケート調査を用いて、様々な仮想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⁴。我が国では、鈴木・大日(1999)、Suzuki and Ohkusa(1999)、福田・木下・武村・八巻(1999)、鈴木・大日(2000)がそれぞれ、介護需要、かぜに対する医療需要、医療機関選択、軽医療の需要の分析に用いている。

Conjoint Analysis では、同一人物に対して様々な仮想的状況下におけるシナリオを提示し、そのシナリオごとにどのような選択行動を取るのかを尋ねる。各シナリオごとに変化する変数は Attribute と呼ばれ、主に政策や環境の変化が想定される。被説明変数に選択行動(離散変数)、説明変数に Attribute と個人属性変数をとって回帰分析を行い、説明変数の限界効果を計測する。一般的に、「仮想的」状況下における「仮想的」行動は、「実際」の行動と異なる可能性が高い。ある回答者は常にこの種の質問に対して肯定的な結果を出すバイアスがあるかもしれないし、逆に常に慎重なバイアスがある者もいるかもしれない。しかしながら、Conjoint Analysis では、同一人物に多数のシナリオに対する選択行動を尋ね、一種のパネルデータが得られるため、これらの個人的な傾向を個人効果(Individual Effect)として除去することができる。したがって、WTP 等の他の仮想市場法(Contingent Valuation Method)に比べ、比較的信頼性の高い計測ができると考えられている。

5.2 質問肢および推定モデル

まず、具体的なシナリオについては、以下の5つの Attribute の様々な組み合わせを用意した。

- 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場合(変数=1)と、現状のように確約が無い場合(変数=0)。
- ② 「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場合(変数=1)と、約束されない場合(変数=0)。
- ③ 「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が行われる場合(変数=1)と、行われない場合(変数=0)。
- ④ 「告知と病状の十分な説明」: 医師が、病名名の告知と病状・経過について納得のいくまで十分な説明を行う場合(変数=1)と、そうではない場合(変数=0)
- ⑤ リビングウィルを作成した場合の仮想的自己負担額 (様々な想定金額⁵)

⁴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)。

⁵リビングウィルを書いた場合の死亡前6ヶ月の終末期医療費や自己負担額がいくらになるかに

⑤については、リビングウィルを書くことによって減少する自己負担額が重要であるため、3節で用いた「自己負担分の予想額」から⑤の「想定的時期負担額」を差し引いた「自己負担の減少額」という変数を作って、Attribute とする。

回答者はそれぞれのシナリオが書かれたカードの状況に対して、リビングウィルを書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、各 Attribute の組み合わせ分のシナリオが無くてはならないため、膨大なシナリオ数となってしまうが、あまりに選択肢が多い場合には、回答者の負担が極めて高く、回答の信頼性が低くなる。そのため、この分野では、実験計画法で用いられる直交表を用いて質問数を減らすことが行われる。本分析でも、直交表を用いて質問数を9通りに絞った。

次に、選択行動を被説明変数として、Random Effect を考慮した Probit モデルを推定する。説明変数は、5つの環境要因(Attribute)の他に、前節で用いた属性変数を考える。

具体的な推定式は次の通りである。

$$S_{i,k}^* = \beta_0 + \beta_P P_{i,k} + \beta_T T_{i,k} + \beta_R R_{i,k} + \beta_N N_{i,k} + \beta_F F_{i,k} + \beta_Z Z_i + v_{i,k}$$

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

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

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、医療費自己負担の減少額 $P_{i,k}$ 、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 $N_{i,k}$ 、告知と病状説明 $F_{i,k}$ であり、添え字 k は種々のシナリオに対応している。 Z_i は前節と同様である。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るため、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。

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

5.3 推定結果

については、緩和ケアの存在の有無や入院施設の環境によっても異なるため、具体的な裏付けのある数字ではないが、5万円～30万円までの様々な金額を用意した。

表7は、Conjoint Analysisによる推定結果である。自己負担の減少額、宣言書の実行、緩和ケアホスピスの確保、終末期認定の厳密化、告知と病状説明の全てに亘って有意となっており、それぞれ自己負担の減少額が大きいほど、宣言書の実行がある場合ほど、緩和ケアホスピスの確保がなされる場合ほど、終末期認定の厳密化が行われる場合ほど、告知と病状説明があるほど、リビングウィルの作成確率が高まることがわかる。一方、属性変数では、性別、年齢、学歴、喫煙者・前喫煙者、ガン保険加入者、民間介護保険加入者が有意であり、それぞれ女性ほど、年齢が高まるほど、学歴が高いほど、喫煙者・前喫煙者であるほど、ガン保険や民間介護保険の加入者であるほどリビングウィルの作成確率が高まる。このうち、ガン保険の加入者は、終末期の自己負担の支払い能力が高いため、リビングウィルを書かなくとも金銭的には問題が少ないはずであるが、結果は予想と逆の正に有意となっている。これは、高齢者のガンに対する意識の高さやリスク回避度といった観察されない変数が影響している可能性が高い。

さて、Attributeの限界効果を計算すると、①自己負担の10万円の減少に対して0.4%ポイント、②宣言書の実行が確保される場合には6.0%ポイント、③緩和ケア・ホスピスが確保される環境では11.2%ポイント、④終末期認定の厳密化が行われる環境では3.2%ポイント、⑤告知と病状説明が十分行われる環境では9.1%ポイント、それぞれリビングウィルの作成確率が高まることがわかる。前節のOrdered Probitの推定で有意ではなかった自己負担額が今回は有意とはなっている点では異なるが、その限界効果が極めて低いことは注目に値する。府川(1998)による長期入院者の死亡前6ヶ月の終末期医療費は320万円程度であるから、仮に高齢者に対して終末期医療の自己負担額を1割(高額医療費上限は適用しない)にすると、6ヶ月で32万程度であり、現在の24万程度(医療費月額上限40,200円×6ヶ月)と比較して8万円程度の増加となるが、これではリビングウィルの再生意欲は0.3%程度しか増加しないことになる。終末期医療は思いの外、経済的なインセンティブに対して非弾力的なのである。

他方、その他のAttributeに対する弾力性はいずれも高い点も注目に値する。特に緩和ケア・ホスピスの確保と告知と十分な病状説明が行われる場合には、現在よりも20%もリビングウィルの作成確率が高まる。逆にみれば、こうした環境が整備されていないことが患者の自己決定の阻害要因として大きく影響している可能性がある。

5. 結語

本稿は、終末期医療のあり方を考える上で極めて重要な患者の自己決定について考察した。具体的には、筆者等が持病を持つ高齢者に対して独自に行ったアンケート調査を元に、リビングウィル(生前遺言状、終末期の宣言書)の作成意志に影響する要因を探った。その結果、医療費の自己負担額については、影響しないか、影響したとしてもその弾力性は極めて低いことがわかった。一方、Conjoint Analysisを用いた分析の結果、①リビングウィルの実行性が確保される場合には6.0%ポイント、②緩和ケア病棟やホスピスが確保される環境では11.2%ポイント、③終末期認定の厳密化が行われる環境では3.2%ポイント、④告知と病状説明が十分行われる環境では9.1%ポイント、それぞれリビングウィルの作成確率が高まることがわかった。したがって、終末期医療の自己負担率を高めるといった経済インセンティブよりも、その他の法律・環境面の整備の方が、遙かに患者の自己決定を進める上で重要であることがわかった。

現在、わが国のホスピス・緩和ケア病棟は、68施設(1,231床)と極めて少ない状況であるし、

ガンの告知率も 28.6%(1994 年人口動態社会経済面調査)と先進国の中で最低である。こうした終末期医療に関する環境の未整備こそが患者の自己決定権を妨げ、誰もが望まない延命治療を生みだし、わが国の終末期医療費を不必要に高めている可能性がある。リビングウィル等の患者の自己決定を促進するための環境整備が、今後の政策課題として求められる。

<参考文献>

- 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,pp.6-14
- 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 pp.14-18、1984号 pp.36-39、1985号 pp.32-35
- 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,pp.6-14
- 医療経済研究機構(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」
- 大日康史(2002)「高齢化の医療費への影響及び入院期間の分析」『季刊社会保障研究』38(1): 52-66
- 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
- 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
- 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,pp.12-15
- 厚生労働省(2001)「医療制度改革試案」
- 鈴木亘(2002)「終末期医療の自己決定に関する経済学的考察」『Gerontology New Horizon』14(3):p245-249
- 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 Series (大阪大学社会経済研究所) No.486
- 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
- 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
- 白木克典・荒岡茂・石井暎禧(2002a)「死亡高齢者の医療費は本当に高いのか—入院医療費の年齢階層別分析・1」『病院』61(6):482-486
- 白木克典・荒岡茂・石井暎禧(2002a)「死亡高齢者の医療費は本当に高いのか—入院医療費の年齢階層別分析・2」『病院』61(7):578-582
- 高木安雄(2001)「高齢者のターミナルケアと政策選択：QOL の向上と自己決定の課題と展望」『医療と社会』10(4):25-40
- 立石彰男(2001)「集中治療の医療資源配分と医療倫理の調査に関する日米比較」第 8 回ファイザーヘルスリサーチフォーラム発表論文
- 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』
- 長寿社会開発センター(1997)『「福祉のターミナルケア」に関する調査研究事業報告書』
- 鴫田忠彦(2001)「日本の医療改革の方向」『医療と社会』10(4):1-12
- 額田勲(1995)『終末期医療は今—豊かな社会の生と死』ちくま親書
- 西村周三(1998)「21 世紀医療保険改革の課題」『社会保険旬報』No.2001,pp.6-10
- 広井良典(1998)「ターミナルケア論議において真に求められる視点は何か—「死の医療化」への深い疑問について—」『社会保険旬報』No.1975,pp.13-17
- 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
- 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

- 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
- 増原宏明・今野広紀・比佐章一・鶴田忠彦(2002)「医療保険と患者の受診行動—国民健康保険と組合健康保険のレセプトによる分析—」『季刊社会保障研究』38(1): 4-13
- 横内正利(1998)「高齢者の終末期とその周辺—みなし末期は国民に受け入れられるか—」『社会保険旬報』No.1976,pp.13-19
- 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, AD., 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),pp35-49
- Hakim,A and D.Pathak(1999), "Modelling the EuroQol Data : A comparison of Discrete Choice Conjoint and Conditional Preference Modelling" *Health Economics* 8,pp103-116
- 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),pp340-351
- 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 Reserch 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
- Suzuki,W and Y.Ohkusa(1999) "Conjoint Analysis for the Demand of Health Care Related to Common Cold",*ISER Discussion Paper Series No.490*
- Lubits,J., J.Beebe and C.Baker(1995), "Longevity and Medicare Expenditure," *The New England Journal of Medicine* Vol.332, pp.999-1003

図1 リビングウィルの例(日本尊厳死協会)

終末期の宣言書(リビングウィル Living Will)

私は私の傷病が不治であり、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に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破棄するか、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、現在の医療では不治の状態であり、既に死期が迫っていると診断された場合には徒に死期を引き延ばすための延命措置は一切おことわりいたします。

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、たとえば麻薬などの副作用で死ぬ時期が早まったとしても、一向にかまいません。

③私が数ヶ月に涉って、いわゆる植物状態に陥った時には、一切の生命維持装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った方々に深く感謝申し上げるとともに、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附記いたします。

年 月 日
印

自著 氏名
生年月日
住所

表1 記述統計

	平均値	標準偏差	最小値	最大値
終末期医療費予想額	344.79	261.93	25.00	1,200.00
自己負担分予想額	87.79	67.98	2.50	250.00
性別	0.33	0.47	0.00	1.00
年齢	77.65	5.63	70.00	95.00
学歴	0.51	0.50	0.00	1.00
持病1(高血圧)	0.55	0.50	0.00	1.00
持病2(心臓)	0.18	0.38	0.00	1.00
持病3(糖尿)	0.13	0.33	0.00	1.00
持病4(脳関連)	0.08	0.27	0.00	1.00
持病5(消化器)	0.13	0.34	0.00	1.00
持病6(呼吸器)	0.08	0.27	0.00	1.00
持病7(腰痛・リウマチ)	0.35	0.48	0.00	1.00
持病8(眼関係)	0.34	0.47	0.00	1.00
持病9(じん臓)	0.03	0.18	0.00	1.00
持病10(肛門)	0.03	0.18	0.00	1.00
世帯所得	815.82	400.48	200.00	2,000.00
高齢者所得	245.32	208.99	100.00	1,500.00
同居若年世帯所得	575.92	392.89	0.00	1,900.00
喫煙者・前喫煙者	0.35	0.48	0.00	1.00
飲酒習慣有り	0.37	0.48	0.00	1.00
運動習慣有り	0.33	0.47	0.00	1.00
生保加入者	0.44	0.50	0.00	1.00
ガン保険加入者	0.08	0.26	0.00	1.00
民間医療保険加入者	0.22	0.41	0.00	1.00
民間介護保険加入者	0.05	0.22	0.00	1.00

表2 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

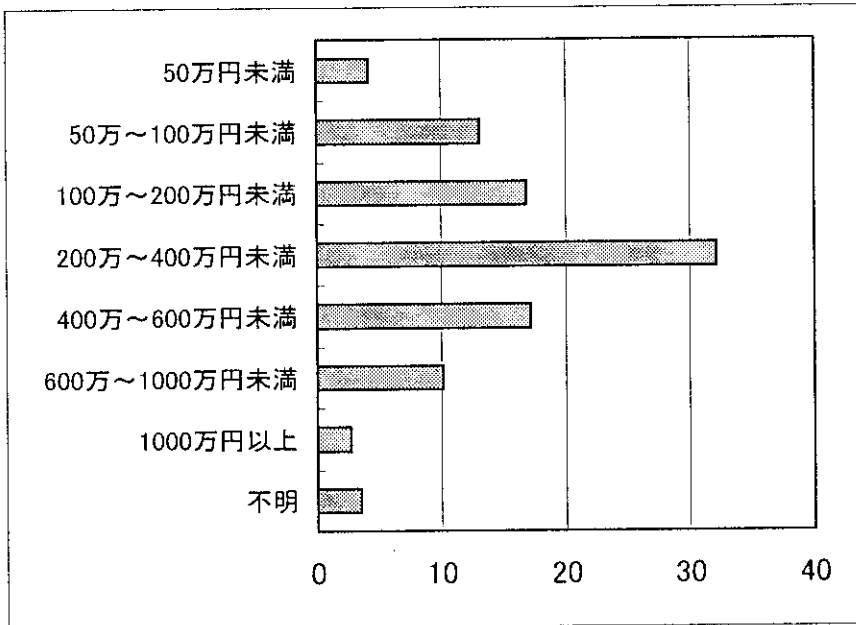
表3 末期ガンになった場合のリビングウィル作成意志

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4 リビングウィルを書かない、あるいは迷う理由
(複数回答)

	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

