

assessed for eligibility of the Japanese long-term care insurance ? Int J Geriatr Psychiatry. 2001 Nov; 16(11):1078-84

5. 南部 誠治, 松岡 美保子, 松下 直史, 鈴木 恒彦, 小西 英樹. 要介護認定の妥当性についての検討. *The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine* Vol.43, No.12 (20061218) pp. 840-841

E. 結論 (本分担報告全体)

高齢者施設ケアにおいては、施設間の差が大きく、終末期ケアなど新たなニーズへの対応には、入所者の特性に応じたケア提供体制の整備が必要であると考えられる。それには、さらなる実証データに基づく施設ケアの評価・分析が必要であり、「介護サービス施設・事業所調査」は、その分析を可能にする貴重なデータであることが明らかになった。今後の調査の内容充実および活用が望まれる。

*なお、本研究では、分析した課題が多岐に渡ったため、全ての分析結果を掲載せず、各課題の主な結果のみ掲載している。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 投稿準備中

2. 学会発表 一部を第66回日本公衆衛生学会総会にて 発表予定 2007年10月(松山)

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得なし

2. 実用新案登録なし

3. その他 なし

謝辞：本報告にあたり、筑波大学ヘルスサービスリサーチ（田宮研究室）関係の皆様のご協力に深謝します。

質の高い看取りにつながる一般医療のあり方の研究―

1-高齢者の終末期における意思決定プロセスとその支援者の一般治療の中でのあり方

2-急性期総合病院における医師と院内緩和ケアチームの継続的連携に関連する要因

分担研究者	有賀 悦子	国立国際医療センター 緩和ケア科長
	田宮菜奈子	筑波大学大学院人間総合科学研究科 教授
研究協力者	奥野光香子	筑波大学大学院人間総合科学研究科 博士課程

研究要旨

高齢者の終末期医療の選択において、とくに認知障害などを認める場合は、患者を取り巻く人々の対話によってコンセンサスを得ていく形成過程である「コンセンサス・ベースド・アプローチ」の有益性が言われている。そこには、疾病治療を主目的とした治療と並行してこのコンセンサスを得る過程を進めて行く必要がある。

そこで、その1では、院内緩和ケアチーム（以下、PCT と略す）がかかわり、この過程を実施した例から、代諾者に同意を得ることができた3例についてそのプロセスレコードを作成し、その過程を検討した。3症例に共通した事項は、①良好な家族関係、②健康な時、または、がん告知後、事前意思の伝達ができおり、家族が理解していた、③症状が緩和されていたことであった。症状が緩和されていたことには、平静な気持ちで意思を伝えることが出来たこと、最期に家族は穏やかな患者を見て事前指示に従ったことを肯定的に捉えることができたことの2点が含まれていた。3症例とも、医療依存度は低く、介護施設における看取りに繋がるものである。この共通事項3点は介護施設における看取りにも考慮される点と考えられる。高齢者の看取りにおいても、看取りへのトータルなサポートとして、PCT のような役割を、従来の医療に併用するのが有用ではないかと推測された。

こうしたチームとスムーズに協働するには、主治医がこうした専門チームと継続して連携していることが重要である。しかし、実際には主治医が連携への意識を持たないために必要な時期に必要な緩和ケアサービスが提供されていない可能性もある。一般医師の意識が重要である。

そこで、その2では、一般医師を対象にPCTの連携に対する考え方・一般医師の介護施設での看取りに対する意識などを調査し、高齢者の終末期医療へのヒントを得るべくがん治療と緩和ケアが継続的に行われるための関連要因を探ることを目的とした。「PCTとの継続的連携に対する考え方」をアウトカムとし調査した結果、「自分たちだけで診たい」1名(0.6%)、「連携して最期まで診たい」は124名(うち「自分たちを中心に」82名(53%)・「PCTを中心に」42名(27%)、「任せたい」は20名(13%)だった。「連携して最期まで診たい」と「任せたい」の2群に分け単純比較した結果、「連携して最期まで診たい」とした医師は、女性・職位が低い($p<0.05$)、年齢が若く・医師経験年数が浅い・WHO除痛ラダーを聞いたことがある・家族と療養場所について話し合う・患者や家族と死亡場所について話し合う・患者や家族と死に際の身体的変化について話をする・緩和に関心があると有意に関連があった($p<0.01$)。次に多重ロジスティック回帰分析した結果、WHO除痛ラダーを聞いたことがある医師に年齢・医師経験年数・性別・職位を調整しても有意な正の影響があった。

これらのことから、一般医師においても、よい看取りのために専門的なPCTの協力を得ながら連携していくことの重要性、さらにそのためには、一般医師への教育などを通じて、継続した連携への意識付けをすることが重要であることが示唆された。

1-高齢者の終末期における意思決定プロセスとその支援者の一般治療の中でのあり方

A 研究目的

高齢者の終末期において、特に認知障害や意識低下を認める場合、治療の選択は患者自身の事前意思の確認ができないまま、家族や医療者にその判断を委ねることがある。「コンセンサス・ベースド・アプローチ」とは、患者を取り巻く人々の対話によって、“患者にとっての最良の医療の選択は何か”という問いにコンセンサスを得ていく形成過程をさしている。このアプローチは、臨床の現場では、すでに無意識の中で取られている方略であるが、臨床現場において、その会話や患者や家族の心理的反応を記録していくことは事前意思の確認方法の検討に有用であると考えられる。

そこで、今回、判断能力に困難がある高齢者について、事前意思決定に至った共通因子を検討する目的に本研究をおこなった。

B 研究方法

国立国際医療センター緩和ケア科にコンサルテーションがあったおおむね70歳以上の高齢者で、認知症または意識低下を有する患者を対象とした。死亡にいたる経過を、患者の決定プロセスが自然な形で形成されることを重視し、通常の診療の範囲を超えない時間の面接でプロセスレコードを作成し、検討した。

(倫理面での配慮)

院内倫理委員会の承認を得て、患者の代諾者から同意を得た。

C 研究結果

【症例1】

外陰部がん、心房細動、慢性腎不全を持った100歳女性である。夫は死別、子供7人おり、(長女74歳、長男72歳、次女69歳、次男67歳、三女65歳、三男63歳、四女59歳)長男夫婦が患者と同居し介護にあたっていた。意思決定のキーパーソンは長男であった。

X-1年7月 外陰部がんと診断され、放射線治療を他院で施行されていた。X年4月 不整性器出血にて当院救急外来受診され、以降当院婦人科外来経過観察となっていた。X年8月24日 体力低下にて婦人科入院となった。

入院時、外陰部には不整軟部組織と分葉状潰瘍が認められるのみで転移はなかった。出血もなかった。身体的問題点は、心拍数120~140/分の心房細動による心機能低下とそれに伴う慢性腎障害であった。これに対し、循環器科より、心拍数コントロールと輸液量のコントロールの指示がなされた。患者は、身の回りのことを理解し、指示し、希望を伝えることができていた。長い説明を理解することは困難であったが、日にち、場所、季節、単語の反復、文章を話すことはできていた。

8月27日 婦人科責任者から長男に、心不全状態にあり、急変の可能性があることを説明され、長男は「兄弟7人全員一致で、延命治療は望まない。本人もそう思っていると思う」と話した。患者は100歳と高齢であることから、外陰部がんの診断時、放射線治療は行わうが、終末期の心肺蘇生については行わないことが家族の間で暗黙の了解となっていたと長男は明らかにした。その結果、婦人科としては、心臓マッサージ、人工呼吸器の装着、昇圧剤は用いないこととなった。8月28日 長男、次男夫婦が来院した際、近医の緩和ケア病棟の外来受診を担当医から勧められた。患者には、直接延命治療や緩和ケア病棟について説明はなされていなかった。治療内容は、末梢静脈内留置針を置き、輸液、ジゴキシン、利尿剤の投与がされていた。腎機能はクレアチニン2.7あったが、入院後一ヶ月の9月下旬になると1

前後となった。この頃、「うるさい。」「水飲みたい。」などの感情や希望を口にすることはできたが、会話は困難になっていた。この1ヶ月間、この末梢静脈内留置針の自己抜去は6回に及んでいた。

この9月下旬、次第に不穏と表情の険しさが目立っていったことから、緩和ケア科にコンサルテーションがあった。日中も閉眼、痛み刺激や呼名で開眼することもあり、手で振り払うしぐさがあった。傾眠状態にあったが、外陰部の刺激で眉間の皺が深くなることから、外陰部の疼痛と判断し、フェンタニル貼付剤半面の貼付を開始した。開始時、痛み止めを始めることについて患者自身に説明したが、言葉の反復は困難で、頷きのみであった。しかし、貼付開始後、それを自ら剥がすことはなかった。表情は和らいだ。7回目の末梢点滴の自己抜去があり、婦人科担当医は長男に点滴の中止の判断を依頼した。このころ、7人兄弟の中で、治療について多様な意見が出始め、放射線治療を再検討すべきだと言う家族も出始めてきた。8月末に提案された緩和ケア病棟の家族による受診はなされていなかった。点滴の中止について、日々判断を迫られ、長男も次第に病院に来院しなくなっていった。

10月に入り、このような現状を見て緩和ケア科への転科を考慮することとなった。それに先立って、7人の兄弟全員に集まってもらうこととなった。この頃の身体状況は、心拍数は100~140/分が続き、尿量も200ml/以下であった。また、呼名反応なく、痛み刺激にしかめる様な表情をするのみであった。

10月4日面談。兄弟の中での予後推測は、在宅中患者を引き取り、ケアを続けていた長男夫婦がもっとも短く数日であった。もっとも長かった者は、放射線治療を再検討してほしいと以前婦人科に伝えていた四女で数ヶ月と見ていた。臨床的な病状変化は日単位になっており、タール便による貧血、心不全、心不全からくる腎不全などによる最期が予想されることを説明した。そして、点滴を中止するかしないかではなく、患者の苦痛がどのようにすれば最小限になるかという観点から治療方針を決定していきたいことを伝えた。もはや貧血に対する輸血、血圧低下に対する昇圧剤、利尿剤などは苦痛除去につながらないことを説明した後、現在の医療の目標は延命ではなく苦痛の緩和であることに、全員が一致した。それを受けて、死前ぜい鳴を呈する可能性があるため、気道内分泌物を診ながら点滴を減量していくこと、最期には点滴を入れない状況で看取っていくことになるであろうことを説明した。そして、緩和ケア科転科となった。

10月4~5日輸液量500ml、6~7日250ml、8日点滴中止した。この間表情は穏やかにて、常に誰か家族が付き添うことができていた。何度か開眼されることがあり、家族はコミュニケーションが再度取れた瞬間だったと感ずることができたと話した。11日死亡。

死亡後数週間して、長男夫婦は病院を訪ね、家族間でもめていた時、長男としてまとめられなくなったことに対し困惑していたこと、それが、一同に会した話し合いで方向性が見出せ、肩の荷が下りたと感じたこと、穏やかな最期を子供全員で見送れたこと、子供全員誰も後悔がなく感謝していること等話された。

症例要約

本症例は、婦人科から心肺蘇生を行わないという方針がキーパーソンに確認をされていたが、7人の子供達に病状が正確に伝わらなかったことから、治療の希望が多様に出てきたことにより、キーパーソンがまとめきれなくなり負担が増えたものであった。加えて、終末期の輸液の中止の決定を家族に委ねられた結果、家族は判断が出来ないまま、また、あるものは治療に疑問を抱えたまま看取りに入ろうとしていた状況であった。子供全員への病状説明と点滴の継続が苦痛の増強に繋がることを説明し、医療者の判断で中止していく了解を得たことで、家族の負担が軽減できたと考えられた。延命治療を行わないことについては、100歳という年齢から、家族の間から異論はなかった。

【症例 2】

79 歳女性。膵がん、認知症。80 代の夫との 2 人暮らし。長男夫婦と孫 1 人は車で 30 分ほどの所に居住。次男は独身で、車で 30 分ほどの別の所に居住。

X-1 年 10 月、膵がんと消化器科にて診断され、外来で塩酸ゲムシタピンを継続投与されていた。X 年 2 月、疼痛コントロール目的にて入院となった。非ステロイド性抗炎症薬とフェンタニル貼付剤、緩下剤の投与にて症状は緩和されたが、表情が暗かった。Mini-Mental State Examination（以下、MMSE と略す）22/30 点、病名は伝えられていたが、「膵炎だったかしら」と話した。体が重く、食欲が出ないことに疑問を持っていたが、自ら病名を聞き返すことはなかった。夫は患者である妻の介護に協力的で、健康であった。春の庭を見せたいという夫の希望があり、まず、ベタメサゾン 2mg 経口にて開始し、やや食欲が戻ったところで外泊を試みた。「自宅でくつろぐことが出来た」と、表情が明るくなった。化粧をすることを勧め、食事量も安定していたところで患者の不安も軽減し、オピオイド投与していることから、貼付支援目的にて訪問看護を導入し、4 月 5 日、退院となった。

4 月 21 日、肺炎のため、再入院となった。急変の可能性が否定できないことから、心肺蘇生を行わないことを家族（夫、長男）に消化器科担当医より確認された。夫や長男と患者は、心肺蘇生に関して話し合うことはこの入院した後にはなかった。抗生剤投与にて肺炎所見は軽快したが、ベタメサゾン中止により疼痛緩和が困難となった。フェンタニル貼付剤をモルヒネ静注に、また、ケタミン、非ステロイド性抗炎症薬を併用し、疼痛緩和を図った。

5 月に入り、症状が緩和されると昔の話を懐かしそうにすることができるようになった。その中で、家族に ALS 患者がおり、孫がその介護に熱心にあたっていたこと、その介護を通して生きるということを考えていたこと、家族の存在が暖かくありがたいと感じられていることを話した。その時、人工呼吸器や心臓マッサージについて何か具体的に話し合ったことがあるか尋ねたが、記憶にないと答えた。

症状の増強はなかったが、衰弱は進んでいった。トイレに介助なく行くことはできなくなっていた。病名は患者にとって不明のままであったが、それを確認しようとはしなかった。次第に衰弱していく中において、不安を話すこともあったが、「皆がいてくれるから安心」と話の最後は笑顔であった。認知障害は変化なく続いたが、辛いことを忘れられるような場面もあった。意識の変容は認めなかった。

5 月中旬、帰るなら今を逃すと難しいとの説明が消化器科主治医からされた。夫は不安を訴えながらも、患者の帰りたいたいという言葉に同意した。静注薬を皮下注に、非ステロイド性抗炎症薬は坐薬に変更し、在宅療養支援診療所、訪問看護（前回のステーション）に依頼し、その翌日に退院前共同指導のため、在宅医、訪問看護師が病院を訪問し、病状説明、治療の内容の確認を共に施行することができた。患者に自宅に帰ることは不安かと尋ねると、「不安はあるが、とても嬉しい」と満面の笑みで集まった家族、医療者に伝えた。夫は、退院時に苦しませたくないが、退院することに迷いはなくなったと話した。5 月 31 日、退院。

6 月 2 日、下血にて救急車で緊急再入院となった。再度、心肺蘇生を行わないことの確認がなされた。この時の輸液は 500ml/日の末梢点滴のみであった。症状緩和は、在宅時から引き続き、皮下注射でモルヒネとケタミンが投与された。非ステロイド性抗炎症薬は下血があったが、症状緩和を優先するとの主治医の判断により、継続投与となった。強い症状の変化はなく、衰弱が進んで行った。傾眠が続くようになり、不安を訴えることは無かった。夫は長男、次男の支援を受けながら見守る事が出来ていた。6 日大量下血があり、血圧低下、7 日死亡した。

亡くなって約一ヶ月後、自宅に電話を入れた所、夫と話をすることができた。亡くなる直前に退院したことについて、介護がとても大変で不安だったが、患者が最期に自宅に帰ることを楽しみにしていた顔を思い出すと、これでよかったと感じると話された。

症例要約

認知症がある場合、自分の病状が理解できず、漠然とした不安のもと、退院ができない症例が多い。しかしながら、本症例は、家族関係が極めて良好であり、従来より患者が多く判断を夫に委ねており、良い方向にいていたこと、ALS の家族の介護を通して生死しについて家族間で話し合う機会を持っていたこと、症状が緩和されていたことなどから、在宅移行が可能となったと考えられた。

【症例 3】

72 歳女性。肝硬変、肝細胞癌、椎体圧迫骨折。夫は急性骨髄性白血病で死亡、38 歳の長男夫婦と 17 歳（男）15 歳（女）の孫の 5 人同居。次男はアメリカ在住。

X-3 年、他院にて肝細胞癌診断。X-2 年、ラジオ波治療目的にて来院され、治療を繰り返していた。X 年 4 月 4 日、疼痛増強を認め、入院となった。5 日、フェンタニル貼付剤 2.5mg 1/2 面貼付を用いてオピオイド導入後、10 日から 2.5mg 全面貼付となった。これ以前より、意識状態の波を認めていたが、11 日より質問に答えられなくなった。痛みについて問われると「あ・う〜ん。何か分からなくなって・・・」この認知変動については、肝不全によるもの、薬剤性（オピオイド）が考えられたが、認知の状態をはかる MMSE は 17/30 点であった。元来脳血管障害後の脳循環改善薬である塩酸イフェンプロジルは、神経障害性疼痛緩和に有効と報告されていることから、圧迫骨折による神経障害性疼痛と認知を改善する可能性を期待して 12 日より併用とし、オピオイド中止せず継続投与とした。

13 日早朝、腰痛と下肢痛を訴えながら、「言わなければならないことがある。」と担当看護師に尊厳死協会に入っており、リビング・ウィルを持っていることを告げた。

14 日、下肢痛は消失していた。肝臓に一致した背部痛は残っているため、アセトアミノフェンの坐薬を屯用で併用していくことに患者の了解を得た。ライフレビューを目的にベッドサイドに座った。長男の嫁が同席した。患者と嫁の関係は良好であった。夫の死、かつて小学校の教師をしており教え子が中学になったとき自殺をしたこと、この 2 つの死から尊厳死を希望し、家族から同意をもらっていること、これ以上の治療を希望しないことを、涙を流しながら話された。この時、患者の同意の上、再度 MMSE を施行したところ 25/30 点であった。消化器科主治医に、このことを踏まえて今後の治療方針について患者・家族と話し合っしてほしいことを伝えた。アメリカ在住の次男の帰国がその翌日であったため、それを待つて、病状説明が家族になされた。

15 日、肺炎、右胸水貯留があり、タール便を認めており、門脈閉塞を伴う肝不全であることから、日単位であると判断された。心肺蘇生は行わないことの確認がなされた。

16 日、肺炎に対する抗生剤治療、点滴、胸水穿刺を担当医は検討したが、患者は希望しなかった。20 日、不穏あり、患者の希望にて鎮静を検討することとなった。ハロペリドール、ミタゾラムの持続皮下注射にて緩和を試みた。医療内容は、酸素投与と持続皮下注射、フェンタニル貼付剤の貼付のみであった。家族に囲まれて 21 日死亡。

臨終の時、家族は、患者の意向を尊重してくれた主治医に感謝していること、穏やかな最期でよかったと感じていることを話した。

症例要約

塩酸イフェンプロジルによる意識レベルの改善により、患者の意思が確認できた症例である。2 人の死を経験してきたことから、事前意思を家族に伝えることが出来ていた。また、良好な家族関係からその意思の尊重に海外に離れていた家族も異論はなかった。急性期病院の中で、患者は治療の選択を明確にしていたため、主治医も初めは戸惑いながらも最小限の治療の選択が可能であった。

D 考察

3 症例に共通する事項は

- ①良好な家族関係
- ②患者の事前意思の伝達
- ③症状が緩和されていたこと

であった。

事前意思の伝達は、症例 1 においては明確な患者自身からの事前指示はなかったが、高齢であることから心肺蘇生を行わないことに異論のある家族はいなかった。症例 2 においては、心肺蘇生に関する具体的な指示はなかったが、ALS の家族を巡って生きることなどを話あっていたことから、家族は患者の気持ちを押し量ることが出来、やはり家族内で一致していた。症例 3 では、事前指示書を持っていたが、急な意識状態の変化にそれを伝えることが困難であった。しかし、症状緩和によって、看護師に伝えることで明確になった。

症状緩和は、二つの効果をもたらせた。一つ目の効果は、平静な気持ちで意思を伝えることが出来たことである。症例 2 では具体的な蘇生に関する意思の伝達ではなかったが、落ち着いて ALS の家族の話や自宅に帰りたいという気持ち、家族に囲まれていることが嬉しいという気持ちを伝えている。症例 3 において、リビング・ウィルを思い出し提示することができたのは、症状緩和に至ったことがきっかけであった。二つ目の効果は、最期の時に、家族は穏やかに死に行く患者を見て、事前指示に従ったことを肯定的に捉えることができていることである。

3 症例とも医療依存度は低く、介護施設における看取りに繋がるものである。これを可能とするには、この共通事項 3 点は介護施設における看取りにも考慮される点と考えられる。ただし、本研究は、概ね 70 歳以上のがん患者、3 症例でのレコードであることから、様々な角度からさらに検討する必要があると思われる。

がん治療主科において、症状緩和や事前意思を表現させる援助をおこなう作業は困難な場合がある。それは、コミュニケーションや症状緩和の技術的な問題、ゆっくりと患者に関わる時間が確保できないといった理由が考えられる。前述の 3 点を重視する場合、PCT のサポートを従来の医療に併用していくことが有用ではないかと推測する。しかしながら、緩和ケア支援体制の検討は十分になされていない現状の中で、日本の医療において PCT の関わりがどのような位置づけにあるか検討する必要があると考えられた。

E 結論

本研究の 3 症例において、共通する事項は、①良好な家族関係、②患者の事前意思の伝達、③症状が緩和されていたことが、プロセスレコードから挙げられた。

F 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 第 12 回日本緩和医療学会総会 (07 年 6 月) 発表予定

G 知的財産の出願・登録状況

1. 特許所得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

2-急性期総合病院における医師と院内緩和ケアチームの継続的連携に関連する要因

A. 研究目的

平成 19 年度（2007 年度）に施行されたがん対策基本法では、早期からの緩和ケア導入や患者の QOL の維持向上について明記している。また、同時期に政府は、がん診療連携拠点病院の整備に関する指針の中で地域がん診療拠点病院を設置し、その指定要件の一つとして PCT の設置を義務付けた。その結果、今後 PCT の役割やその数は急速に増すと予想されている。

しかし、コンサルタントである PCT との連携は、主治医の考えに大きく左右されているところがある。そこで本研究の目的は、一般医師を対象に PCT との連携に対する考え方を調査し、がん治療と緩和ケアが継続的に行われるための関連要因を探ることとした。また、医療依存度が低い患者は、今後、介護施設での看取りも検討されていくものと思われ、一般医師の介護施設での看取りに対する意識や今後整備されるべき要因についても調査した。

B. 研究方法

1 調査対象

都市部の急性期総合病院一施設(925 床 30 診療科)に勤務する、研修医を含めた全常勤的医師のうち、実際に主科として診療を行っていない放射線診断部医師と病理医は除外した 339 名を対象とした。

2 調査方法

この調査は匿名性の質問用紙を使った横断研究である。

自記式質問用紙を使用し封筒を添えて各科医長から配布し、厳封にて回収した。

調査期間は 2007 年 2 月 2 日から 2 月 9 日であった。

3 調査内容

アウトカムを「PCT との継続的連携に対する考え方」とし、その選択肢を

- ①利用せずに自分たちだけで最期まで診たい
- ②自分たちを中心に連携して最期まで診たい
- ③PCT を中心に連携して最期まで診たい
- ④PCT に任せたい

の 4 項目とした。

独立変数として、医師の基本的属性（年齢・医師経験年数・職位・専門科）、がん患者やがん終末期患者を診た経験頻度、患者や家族とのコミュニケーションの傾向、死への関心度（死生観尺度）、近親者の死別体験・緩和ケアや在宅（訪問）診療に関する知識・教育および経験を調べた。

質問項目と回答の略語を【表 1】に示す。

4 分析方法

アウトカムの「PCT との継続的連携に対する考え方」と各項目との関連を、離散量に関しては χ^2 検定と Fisher の直接確率検定を用い単変量解析をした。また、連続量に関しては、Wilcoxon の順位和検定を用いて両側検定を行い P 値を示した。次に、単純解析で有意な関連があったものを多重ロジスティック回帰分析し、オッズ比（OR）と 95% 信頼区間（95% CI）を算出し「緩和ケアとの継続的連携

に対する考え方」に影響する有意な項目を導き出した。P 値はすべて両側検定で $P < 0.05$ を有意とした。統計解析にはSAS (Windows Version, Release8.02, SAS Inc.)を用いた。

5 倫理的配慮

本研究は、筑波大学倫理委員会の承認を得ている。

C. 結果

1 調査の回収状況

対象となった339名のうち、175名(回収率51.6%)より回答を得た。このうち、1年間でがん患者を受け持たなかった18名と、この質問にたいして無回答であった2名を除く、155名を最終的な分析対象者とした(図1)。

2 医師の基本属性

回答者は、男98(68%)・女46(32%)、研修医37(26%)・レジデント39(27%)・指導医以上67(47%)、年齢35.6(25-65)歳(平均(レンジ);以下同じ)、医師経験年数10.1(1-40)年、受け持ち全患者おけるがん患者の割合2.4(0.01-10)割、がん終末期患者の割合1.6(0-10)割であった。詳細は【表2】に示す。

3 PCTとの継続的連携について

「PCTとの継続的連携に対する考え方」に対し、「利用せずに自分たちだけで最期まで診たい」とした医師は1名(0.6%)、「自分たちを中心に連携して最期まで診たい」82名(52.9%)、「PCTを中心に連携して最期まで診たい」42名(27.1%)、「PCTに任せたい」20名(12.9%)、「わからない・無回答」10名(6.5%)だった。

そこで、『自分たちを中心に』もしくは『PCTを中心に』連携して最期まで診たい」と「PCTに任せたい」の2群に分け単純比較した結果を【表3】と【表4】に示す。単純比較では、PCTと「連携して最期まで診たい」か「任せたい」かは、性別、職位、ラダー、年齢、経験年数、療養場所の話し合い(家)、死亡場所の話し合い(患)(家)、死に際の身体的変化の話(患)(家)、緩和関心、に関連があった。

次に、それら有意に出たものを多重ロジスティック回帰分析した結果【表5】、「連携して最期まで診たい」とした医師は「任せたい」とした医師よりも、ラダーを聞いたことがある(OR=4.5 95% CI=1.07~21.70)ことが分かった。

4 一般医師の介護施設での看取りに対する意識や今後整備されるべき要因

特別養護老人ホームで高齢者を最後まで看取ることについて、医師の考えを【表1】の最下段に示す。結果は、「行ふべきだ、どちらかといえば行ふべきだ」が118名(83.1%)、「どちらかといえば行ふべきではない、行ふべきではない」は10名(7.0%)であった。また、医師の自由記載【別添2】より、特別養護老人ホームで看取りを可能にするために今後整備されるべき課題として、マンパワーの充足、本人や家族の理解、疼痛コントロール等が行える緩和ケアの充足などが挙げられた。

D. 考察

この研究により、医師の PCT との連携意識が緩和ケア教育と関連があることが分析的に明らかになった。

緩和ケアは、がん患者やその家族の QOL 向上のために早期からの提供が求められており、がん治療を行う急性期総合病院での PCT のニーズは急速に高まっている。しかし、緩和ケア専門医となるシステムが体系化されていない現在、医学部教育はもちろん、臨床での緩和ケア指導者も不足しており、対策が急務である。また、一般医師に対しても基礎的な緩和ケア教育が不可欠であり、この研究によりその必要性が示唆された。また、一般医師の多くは、特別養護老人ホームでの看取りに対し「行うべき」という考えを持っており、それを可能にするために今後整備されるべき課題の一つに緩和ケアの充足を挙げていた。

E. 結論

PCT との連携について、約 8 割の医師が継続的に連携したいと回答していた。そして、WHO 除痛ラダーを「聞いたことのある医師」の方が「聞いたことのない医師」よりも、4.5 倍 PCT と継続的に連携していることが分かった。

今後は、一般医師が PCT と継続して連携していくために、専門的に緩和ケアサービスを提供する医師だけではなく、一般医師（または学生）にも WHO 除痛ラダーを含む、基礎的な緩和ケア教育が必要であると示唆された。また、どの時点で、どのように緩和ケア教育を取り入れるのがより有効か、そして、複数施設を対象とした調査を行うことが課題である。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 投稿中
2. 学会発表 第 66 回日本公衆衛生学会総会 第 7 分科会にて口演

H. 知的財産の出願・登録状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献 なし

別添 1 がん治療と緩和ケアのあり方について、その他、自由意見

別添 2 特別養護老人ホームが看取りを含めた終末期ケアを行うためには何が必要か、その他自由意見

別添1 がん治療と緩和ケアのあり方について、その他、自由意見

- ◆現時点で私自身が癌とあまりかかわっていないのでよくわかりません。どんなことをしているかの情報公開、一般大衆への宣伝活動が重要ではないでしょうか。
- ◆これからは緩和ケアチーム自体が、もっと診療に関わらなければならないと思います。時々、コンサルト側と主治医チームの温度差を感じる事があります。(コンサルトの答えが現場の臨床にそぐわないetc.)
- ◆麻薬の使い方について、上司との考え方にまだ閉鎖がある様に思われる。もっと積極的に使用したいと思っているが。
- ◆患者が生にかかわる科と緩和ケア科が円満に患者の為に仕事出来たらいいと思う。
- ◆緩和ケア病棟、医師の数は増えた方がいいと思う。早期から、メンタル面も含め介入する必要があると思う。
- ◆癌治療の早期から緩和ケア科のスタッフにも介入していたから。
- ◆とにかく患者と話をしっかり長時間できる体制が大切。
- ◆すぐに転院できる体制が必要です。
- ◆社会のニーズに医療がおいついていない。
- ◆ネガティブな言葉(ex. 紹介されたらもうすぐ死ぬ！？オピオイドは意識をおとる、呼吸を止める)で語られる事の多い緩和ケアが、ポジティブな視点から話をされる様になると良いと思います。(ex. 病気の初めから早い時期や症状を乗り越えられる方法)
- ◆資源を多く要する。
- ◆患者自身の状態、希望は優先されず家族の意向が強く反映されている事が残念。
- ◆Drのmental checkも必要。
- ◆身近な人間が亡くなった事を考えると大変重要な問題であると考えています。
- ◆癌患者にとって、「癌治療」と「緩和ケア」には意識的にかなりギャップがあるように思います。Hospital でコーディネートできるシステムが必要であると思います。
- ◆その人本人の自由更生自立をめざす。
- ◆癌治療中に癌痛が生じたら、緩和ケア科と共に治療するのがBest。
- ◆緩和ケア科へのconsultはどの疾患の患者さんにおいても痛みが発生した時点から行うべきだと思います。なので、とくに緩和ケアとターミナル(終末期)が結びつけられる事はあまりイメージ的にしっくりこない感じです。
- ◆こちらも同様、多種のチームワークで対応する。
- ◆卒業前後のDoctorへの教育。家族への教育。
- ◆自分自身は循環器内科専攻であった為、緩和ケア、Pt 治療はほぼ皆無であるが、terminal な心不全等は同様の処方であろう。いかに対話を本人、家族とするかが最も重要と考えます。
- ◆とても大切な事とは思いますが、医療スタッフが介入しすぎるのはいかがでしょうか。“人間ら

しさ”ってそもそも何なのでしょう。人それぞれで考え方が違うのであればもっとfamily等の協力が必要だと思います。

- ◆ 予後に関わらず、疼痛、苦痛だけは除去すべき。
- ◆ 以前勤めていた病院ではターミナルの方は他院に送っていたので、今、ターミナル医療について勉強中です。アドバイス等ありましたらぜひ色々教えて頂きたいです。
- ◆ 癌だけが特別ではない。
- ◆ 日本人の宗教観が欧米と異なっている。国民の合意を得るには困難と思う。
- ◆ ・緩和ケアのマニュアル作り ・各科への教育。
- ◆ 主科と緩和ケア科の関係が難しいと思う。緩和ケアがコンサルトのみであるとあまりに無責任と感ずることもある。
- ◆ 緩和ケアは職種(専門医)・病棟ともに院内で独立した科として機能すべきです。
- ◆ 1. 緩和ケアが終末期医療であるという認識を改め、初期より疼痛、苦痛緩和という形で協力体制をとるべき。 2. 終末期専門の病棟をあえて作る必要はないが、対応できるスタッフ(看護師)の数を増やして欲しい。(癌患者数に応じ増員して欲しい。)

別添2 特別養護老人ホームが看取りを含めた終末期ケアを行うためには何が必要か、その他、自由意見

- ◆ 医師・看護師をもう少し増やして、少なくとも看護師は24時間体制にしないと無理ではないか。
- ◆ 本人・周囲の理解。
- ◆ 患者及び家族の理解。
- ◆ 人手。
- ◆ 医療スタッフのマンパワー。
- ◆ 本人・家族が老人ホームで亡くなる事を納得すること。
- ◆ 家族・本人の理解。医療情報提供の充実をはかるべきである。
- ◆ 家族の了解。
- ◆ 終末期ケアができるスタッフを雇う。その際、給与にも反映させるような配慮が必要。
- ◆ 上記、職員配置では、医療従事者の人数が少なすぎる。
- ◆ 十分な人員確保。
- ◆ 家族の理解。
- ◆ 緩和ケアチームサポート
- ◆ 病院へ搬送せず看取ることにつき、具体的にしっかり説明のできるスタッフの配置、ホームの医師を含めたスタッフの意思の確認、意識統一、人員増員。内で看取るケアを行う事

- ◆患者及びその家族の自立(漠然としてますが)
- ◆点滴、DNRをとれるスタッフ。
- ◆家族との関係を含めて患者心理をできるだけつかむことでしょうか。
- ◆医師の増員。
- ◆職員の教育、患者家族の理解。
- ◆スタッフの数、質の確保、施設の開放、近隣住民や外部の人とのコミュニケーション。
- ◆疼痛コントロール
- ◆家族の理解が必要。
- ◆実績
- ◆財源を確保する必要があるかと思いますが、現実的には厳しいでしょうか。
- ◆老人ホームの終末期ケアチームをサポートするシステム(孤立化や燃えつきを防止する為にも)
- ◆家族、友人が訪れやすくするシステム。
- ◆医療のアクセス(往診診療)
- ◆自由に薬を用いる事ができる。
- ◆日頃よりかかりつけ医を作り、往診などの形で関わってもらい、方針を固めておくこと。
- ◆家族への十分な説明。どういう様に治療をして、どういう時に看取るのか、という線引きが難しい。
- ◆宗教家(各種)、哲学者、お酒・タバコ自由。
- ◆家族の理解。スタッフの人数。
- ◆今の職員配置では、全ての患者に緩和ケアサービスが行き届くのか疑問です。本人・家族が死を迎えるにあたって納得できるに必要なスタッフ数は揃えられたら良いと思います。又、特養で出来るサービスを本人・家族が理解することも必要だと思います。
- ◆やはりスタッフ、患者、家族がホームで最期をみる、その際、偶発的なトラブル時も含めて高濃度な治療を行うという意志が統一されることである。
- ◆国民の認識の改善。
- ◆終末期と本人の望む「死にかた」をできればと思う、いかが！
- ◆スタッフ(知識のある)医師のサポート制度の充実。
- ◆理解ある家庭医との連携。
- ◆適切な能力を持った医師の診察がいつでもうけられる事。
- ◆死ぬことは悪いことではなく人生の一部ととらえる考え方。(死はどうしても避けなければならないものではなく)
- ◆家族の理解。
- ◆・多少の延命よりも、苦痛の緩和や尊厳の保持を優先するという医療者、患者、家族も含めた共通のコンセンサス ・おそらくスタッフの増員が必要。
- ◆DNRに対する国民の認識と法的措置。

- ◆人員確保、疼痛コントロール。
- ◆緩和ケアの充実、勤務医(専門医)の充実。
- ◆医師や看護sideの受け入れ体制、やる気でしよう。
- ◆家族との対話が重要で、終末期のケースをtalkしていく事をもっと必要とする。
- ◆スタッフの充実(質・量共に)
- ◆病院・診療所との協力体制。
- ◆スタッフの教育。
- ◆教育の場。
- ◆本人・家族に対する医学的・精神的なサポート、十分な説明。
- ◆ホーム職員と家族の病識の向上。病院との役割の違い、自身の責任。
- ◆在宅医療、訪問医療との連携、familyの理解、教育。
- ◆スタッフの数、社会全体でもっと考えていくべき。制度、法整備が全く足りない。
- ◆家族、及び周囲の人達の合意が必要。
- ◆人としての「尊厳」の尊重、思いやり、疼痛除去。
- ◆本人の死生観、宗教観を含めたスピリチュアルケア。
- ◆職員増員。
- ◆・スタッフの充実 ・経済面の支援
- ◆職員権及びその為に経済的基盤。
- ◆職員の数、医療費。
- ◆家族本人がそこを新たな“自宅”と思える環境を作ること。家族のアクセスをし易くすること。
- ◆家族の協力が必要。家族が医療行為、管理体制について施設に不信感がある場合は終末期ケアは不可能。
- ◆家族の理解。法整備・制度整備。
- ◆家族の理解。
- ◆施設のスタッフ数(マンパワー)、人を幸せにしたいという意志・善意。本人(あるいは家族)の希望、チーム、良い人間関係。
- ◆特老医師の臨床能力(リファーした後の濃厚治療の要否の判断を含む)の底上げ。
- ◆マニュアル・教育。
- ◆わからない。
- ◆ホーム入所時にホームで看取りを行なうことについて本人よりI. C. を得ること。非常勤医師が入居者100人に対して3名以上配置されていること。
- ◆24時間、365日の診療体制、(協力病院orクリニックで往診してくれる所を確保する。)
- ◆医師の増員。
- ◆緩和ケアに強い医師の確保。

表1. 質問項目と略語

Outcome	
質問項目	略語
PCTとの継続的連携に対する考え方	
自分達を中心にPCTを利用して最期まで診たい+PCTを中心に自分たちも関わっていきたい	連携する
PCTに任せたい	任せる
Exposure	
質問項目	略語
基本的属性	
性別	性別
年齢	年齢
医師としての経験年数	経験年数
麻薬免許を持っていますか	麻薬免許
あなたの受け持ち患者のうち、がん患者は約何割いましたか。入院・外来・コンサルテーションを問いません。	がん患者割合
がん患者のうち、終末期患者は約何割いましたか。	がん終末期患者割合
医師のコミュニケーションについて	
楽観的に(1点)⇔悲観的に(7点)で回答	
病状について、どのように説明しますか(患者へ)	病状説明(患)
病状について、どのように説明しますか(家族へ)	病状説明(家)
予後について、予測期間と比べどのように説明しますか(患者へ)	予後説明(患)
予後について、予測期間と比べどのように説明しますか(家族へ)	予後説明(家)
当てはまらない(1点)⇔当てはまる(7点)で回答	
療養場所の話し合いをする(患者へ)	療養場所話し合い(患)
療養場所の話し合いをする(家族へ)	療養場所話し合い(家)
死亡場所の話し合いをする(患者へ)	死亡場所話し合い(患)
死亡場所の話し合いをする(家族へ)	死亡場所話し合い(家)
死の間際で起こりうる症状や身体の変化について話す(患者へ)	死に際話し合い(患)
死の間際で起こりうる症状や身体の変化について話す(家族へ)	死に際話し合い(家)
DNRについて話し合いをする(患者へ)	DNRの話し合い(患)
DNRについて話し合いをする(家族へ)	DNRの話し合い(家)
患者が価値を置いていることや、大切に想う人が誰か分かる	価値
がん患者が死ぬと、医師として責任を果たせなかったと感じる	責任
普段から看護師ら他スタッフとのやりとりで、ストレスを感じる人が多い	ストレス
緩和ケアに関心がある	緩和関心
緩和ケア=死、というイメージがある	緩和イメージ
人は物質的存在だけではなく、魂のような霊的なものも存在すると思う	スピリチュアル

PCTコンサルテーションについて	
PCTへコンサルテーションを依頼したことがありますか。	コンサルテーション
コンサルテーションを依頼したきっかけは何ですか。(5つ以内を選択)	
疼痛コントロール 疼痛以外の諸症状(嘔気・嘔吐・全身倦怠感・咳嗽など)のコントロール 不安・せん妄・幻覚の対応 全体的なアセスメント 患者や家族へ今後の緩和ケアやホスピスを教育 患者の希望によって 家族の希望によって 看護師からの相談、もしくは、促しによって 上司の助言があったから 同僚または他の医師(上司以外の医師)の助言があったから 精神科に依頼する前に助言を得るため ホスピス・緩和ケア病棟への転院支援 上記以外の転院支援 在宅退院支援 その他	疼痛コントロール 症状コントロール 不安・せん妄 全体アセスメント ホスピス教育 患者希望 家族希望 看護師促し 上司助言 他医師助言 精神科依頼前 ホスピス転院支援 他院転院支援 在宅支援 その他
ホスピスについて	
緩和ケア病棟(ホスピス)へ転院になった患者はいましたか	ホスピス転院の有無
緩和ケア病棟(ホスピス)へ転院になった患者数(2006.1/1～12/31)	ホスピス患者数
どのような理由で転院になりましたか。患者が複数いた場合は、一番最近の患者についてお答えください。(複数回答可)	
患者本人の希望が強かったから 家族の希望が強かったから 在院日数上必要だったから 上司の助言があったから 同僚または他の医師(上司以外の医師)の助言があったから 受け持ち看護師らに相談を受けたから 担当医であるあなたが必要性を感じたから その他 上記回答の中で、最も大きな理由を一つだけ選んで番号を記入してください。	患者希望 家族希望 在院日数 上司助言 他医師助言 看護師相談 自分が必要と感じた その他 ホスピス転院の最大の理由

WHO式3段階除痛ラダーについて	
「WHO式3段階除痛ラダー」を聞いたことがありますか。	ラダー
どこで聞きましたか。(複数回答可)	
大学医学教育 卒後研修 関連学会や研修会 関連論文や専門書 緩和ケアコンサルテーションの時 その他	医学教育 卒後研修 学会や研修会 論文や専門書 コンサル時 その他
「WHO式3段階除痛ラダー」を臨床で取り入れることはありますか。	ラダー取り入れ
訪問診療実習や訪問看護ステーション実習について	
訪問診療実習や訪問看護ステーション実習を行ったことがありますか。	訪問実習
どのようなきっかけで行いましたか。(複数回答可)	
大学医学教育 卒後研修 自ら依頼して その他	医学教育 卒後研修 自ら依頼 その他
訪問診療・在宅医療について	
医師になってから訪問診療・在宅医療を行ったことがありますか	訪問診療
身近な人の死の経験について	
あなたが生まれてこれまで、仕事以外で、身近な方(ご家族・ご親戚・ご友人)の死に関わった経験がありますか。死因は問いません。	身近な死
死への関心度について	
死への関心度(死生観尺度合計点:各項目1点~7点、4項目)	死への関心度
特別養護老人ホームについて	
今後、特別養護老人ホームで高齢者を最期まで看取ることをどう思いますか。がん以外の老衰等を含みます。	特養看取り

表2. 医師の基本属性(n=155)

離散量							
	n	(%)	欠損				
性別			11				
男	98	(68.1)					
女	46	(31.9)					
合計	144	(100.0)					
麻薬免許			11				
あり	119	(82.6)					
なし	25	(17.4)					
合計	144	(100.0)					
職位			12				
研修医 ¹	37	(25.9)					
レジデント ²	39	(27.3)					
指導医以上 ³	67	(46.9)					
合計	143	(100.0)					
診療科 ⁴			2				
血液内科	1	(0.7)					
膠原病内科	4	(2.8)					
循環器科	3	(2.1)					
神経内科	5	(3.5)					
精神科	3	(2.1)					
腎臓科	1	(0.7)					
泌尿器科	4	(2.8)					
内分泌代謝科	9	(6.3)					
呼吸器内科	8	(5.6)					
呼吸器外科	2	(1.4)					
消化器内科	19	(13.2)					
外科	11	(7.6)					
心臓血管外科	1	(0.7)					
整形外科	4	(2.8)					
脳神経外科	0	(0.0)					
小児科	5	(3.5)					
産婦人科	10	(6.9)					
形成外科	2	(1.4)					
皮膚科	3	(2.1)					
耳鼻咽喉科	6	(4.2)					
眼科	3	(2.1)					
歯科・口腔外科	7	(4.9)					
緩和ケア科	1	(0.7)					
麻酔科	2	(1.4)					
リハビリテーション科	2	(1.4)					
感染症科	8	(5.6)					
救急部	5	(3.5)					
総合診療科	3	(2.1)					
その他	2	(1.4)					
合計	133	(100.0)					
連続量							
	N	Mean	Std	R	Min	Max	欠損
年齢	155	35.6	9.7	40.0	25	65	0
医師経験年数	154	10.1	9.6	39.0	1	40	1
がん患者割合	155	2.4	2.4	10.0	0.01	10.00	0
がん終末期患者割合	154	1.6	2.0	10.0	0.00	10.00	1

¹: 研修医は、おおむね医師免許取得後1~2年目

²: レジデントは、おおむね医師免許取得後3~5年目

³: 指導医以上は、おおむね医師免許取得後6年目以上

⁴: 診療科は、レジデントと指導医以上に質問。複数回答可。ここでの回答は、認定専門医という意味ではない。

表3. 「PCTとの継続的連携に対する考え方」と各項目の単変量解析(離散量)

	連携する			任せる			合計			χ^2 乗値		Fisher	
	N	(%)		N	(%)		N	(%)		欠損	値	p 値	検定 両側 p 値
性別										11	5.14	0.023	0.036
	男	80 (64.5)		18 (90.0)		98 (68.1)							
	女	44 (35.5)		2 (10.0)		46 (31.9)							
	合計	124 (100.0)		20 (100.0)		144 (100.0)							
麻薬免許										11	2.47	0.116	0.200
	あり	100 (80.6)		19 (95.0)		119 (82.6)							
	なし	24 (19.4)		1 (5.0)		25 (17.4)							
	合計	124 (100.0)		20 (100.0)		144 (100.0)							
職位										12	8.16	0.017	0.006
	研修医	37 (30.1)		0 (0.0)		37 (25.9)							
	レジデント	32 (26.0)		7 (35.0)		39 (27.3)							
	指導医以上	54 (43.9)		13 (65.0)		67 (46.9)							
	合計	123 (100.0)		20 (100.0)		143 (100.0)							
コンサルテーション										11	2.19	0.139	0.1528
	あり	99 (79.8)		13 (65.0)		112 (77.8)							
	なし	25 (20.2)		7 (35.0)		32 (22.2)							
	合計	124 (100.0)		20 (100.0)		144 (100.0)							
コンサルテーション依頼理由													
	疼痛コントロール	93 (93.9)		13 (100.0)		106 (94.6)							
	症状コントロール	51 (51.5)		6 (46.2)		57 (50.9)							
	不安・せん妄	31 (31.3)		2 (15.4)		33 (29.5)							
	全体アセスメント	36 (36.4)		3 (23.1)		39 (34.8)							
	ホスピス教育	10 (10.1)		0 (0.0)		10 (8.9)							
	患者希望	7 (7.1)		1 (7.7)		8 (7.1)							
	家族希望	5 (5.1)		1 (7.7)		6 (5.4)							
	看護師促し	11 (11.1)		2 (15.4)		13 (11.6)							
	上司助言	19 (19.2)		3 (23.1)		22 (19.6)							
	他医師助言	7 (7.1)		0 (0.0)		7 (6.3)							
	精神科依頼前	2 (2.0)		1 (7.7)		3 (2.7)							
	ホスピス転院支援	18 (18.2)		4 (30.8)		22 (19.6)							
	他院転院支援	0 (0.0)		0 (0.0)		0 (0.0)							
	在宅支援	10 (10.1)		2 (15.4)		12 (10.7)							
	その他	0 (0.0)		0 (0.0)		0 (0.0)							
	合計	99 (100.0)		13 (100.0)		112 (100.0)							
ホスピス転院										13	0.28	0.594	0.616
	いた	44 (35.8)		8 (42.1)		52 (36.6)							
	いなかった	79 (64.2)		11 (57.9)		90 (63.4)							
	合計	123 (100.0)		19 (100.0)		142 (100.0)							
ホスピス転院理由													
	患者希望	25 (56.8)		2 (25.0)		27 (51.9)							
	家族希望	18 (40.9)		4 (50.0)		22 (42.3)							
	在院日数	12 (27.3)		1 (12.5)		13 (25.0)							
	上司助言	7 (15.9)		1 (12.5)		8 (15.4)							
	他医師助言	5 (11.4)		0 (0.0)		5 (9.6)							
	看護師相談	5 (11.4)		1 (12.5)		6 (11.5)							
	自分が必要と感じた	23 (52.3)		3 (37.5)		26 (50.0)							
	その他	1 (2.3)		0 (0.0)		1 (1.9)							
	合計	44 (100.0)		8 (100.0)		52 (100.0)							

ラダー						11	21.66	<.0001	<.0001
	聞いたことがある	99 (79.8)	6 (30.0)	105 (72.9)					
	聞いたことがない	25 (20.2)	14 (70.0)	39 (27.1)					
	合計	124 (100.0)	20 (100.0)	144 (100.0)					
どこで聞いたか									
	医学教育	43 (43.4)	3 (50.0)	46 (43.8)					
	卒後研修	34 (34.3)	5 (83.3)	39 (37.1)					
	学会や研修会	8 (8.1)	1 (16.7)	9 (8.6)					
	論文や専門書	23 (23.2)	2 (33.3)	25 (23.8)					
	コンサル時	25 (25.3)	2 (33.3)	27 (25.7)					
	その他	5 (5.1)	0 (0.0)	5 (4.8)					
	合計	99 (100.0)	6 (100.0)	105 (100.0)					
訪問実習						11	3.97	0.046	0.052
	行ったことがある	54 (43.5)	4 (20.0)	58 (40.3)					
	行ったことがない	70 (56.5)	16 (80.0)	86 (59.7)					
	合計	124 (100.0)	20 (100.0)	144 (100.0)					
どのようなきっかけで行ったか									
	医学教育	28 (51.9)	2 (50.0)	30 (51.7)					
	卒後研修	28 (51.9)	2 (50.0)	30 (51.7)					
	自ら依頼	4 (7.4)	0 (0.0)	4 (6.9)					
	その他	2 (3.7)	0 (0.0)	2 (3.4)					
	合計	54 (100.0)	4 (100.0)	58 (100.0)					
訪問診療						12	0.00	0.989	1
	行ったことがある	49 (39.8)	8 (40.0)	57 (39.9)					
	行ったことがない	74 (60.2)	12 (60.0)	86 (60.1)					
	合計	123 (100.0)	20 (100.0)	143 (100.0)					
身近な死						13	0.01	0.930	1
	経験あり	109 (89.3)	18 (90.0)	127 (89.4)					
	経験なし	13 (10.7)	2 (10.0)	15 (10.6)					
	合計	122 (100.0)	20 (100.0)	142 (100.0)					
特養看取り									
	行うべきだ	48 (39.3)	9 (45.0)	57 (40.1)					
	どちらかといえば行うべきだ	52 (42.6)	9 (45.0)	61 (43.0)					
	どちらでもない	13 (10.7)	1 (5.0)	14 (9.9)					
	どちらかといえば行うべきではな	9 (7.4)	1 (5.0)	10 (7.0)					
	行うべきではない	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)					
	合計	122 (100.0)	20 (100.0)	142 (100.0)					