

2) 親族がいても、同意能力がない (妻も認知症)

### 3.2.7. 成年後見人が独自の判断で医療同意ができるか否かについて

- 1) 独自の判断で同意できる場合 ⇒ 3.2.4-1) 医療同意にあまり困難が伴わないと思われるケース
- 2) セカンドオピニオンを必要とする場合 ⇒ 3.2.4-2) 医療同意の手続きを厳格に行う必要があると思われるケース

いずれにしろ、現行では判断基準が無く、今後整備 (論議) を進める必要がある。

### 3.2.8. 成年後見人による医療同意の手続きを行うための現実的な対策と課題

#### 対策案

- 1) 医療後見センターなどのような第三者機関を設置する。
- 2) 各病気について、セカンドオピニオンをもらえる医師を登録する。
- 3) セカンドオピニオンを求めるために必要なカルテ、レントゲン写真、主治医意見書等の書式を決め、それに沿って申請する。

#### 課題

- 1) 許可を与える制度: セカンドオピニオンをもって、家庭裁判所の許可を得るのか。それとも、医療後見センターで医師と法律関係者 (弁護士・裁判官) が協議して許可するのか。
- 2) 本人の意思の確認: 後見類型だからといって、必ずしもインフォームドコンセントができないとは限らない。本人の意思をどのように確認するか、本人自身の同意と成年後見人の同意との関係をどうするか、議論が必要である。

### 3.2.9. 緊急事態に対する対応策

セカンドオピニオンと家庭裁判所の許可の手続きを省き、かつ本人の権利を担保する手続き。

(考察) 通常、医療現場では、緊急時には患者の最善の利益を尊重して医療チームが医療の判断を行っていると考えられる。後見人等の制度を利用している患者に対しては、予め医療行為の内容について、特に事前指示の有無や人工呼吸器使用の是非等を入院時に相談しておくことが望ましいと考えられる。

<追記: 本稿 3.2. を執筆にあたり中山二基子氏のご助言を頂いたことを深謝いたします>

## 参考文献・資料

1. Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment, Paul S. Appelbaum, M.D. *New England Journal of Medicine*, 2007; 357:1834-1840.
2. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press, 1998.
3. 文献2 訳本. 治療に同意する能力を測定する. Thomas Grisso Paul S. Appelbaum 著、北村聡子、北村俊則訳、日本評論社 2000.
4. 成年後見制度における鑑定書作成の手引. 最高裁判所事務総局家庭局 平成 19 年 6 月
5. 成年後見関係事件の概況 平成 12 年 4 月～平成 13 年 3 月.
6. 成年後見関係事件の概況 平成 18 年 4 月～平成 19 年 3 月.

# 第 5 章

## 第5章

---

### 終末期医療ガイドライン研究班試案に関する大規模調査

国立保健医療科学院 児玉知子 林謙治

---

昨年度は4,911病院を対象とした全国調査により、終末期医療におけるインフォームドコンセントとケアの実態が明らかになった。さらに、本研究班試案「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン」について、288病院から詳細な意見が寄せられた。本年度は、試案に寄せられた各意見への賛否を調査した。

#### 1. 方法

昨年度、全国一般病院宛に研究班試案「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン」に対する自由記述回答が288病院から寄せられた。これらの意見を分類し、対象者を4分の1に絞って、各意見への賛否を調査した。方式はデルファイ法に準じた単回デルファイ法とし、回答は原則無記名とした。

**対象機関：**国内1,032病院

全国9,239病院（「2004年版病院総覧」記載）のうち、昨年度アンケート調査時に無作為抽出された4,911病院リストから、さらに4分の1を無作為抽出し、国内全てのがんセンターと大学付属病院、昨年度記名付き回答のあった病院を加え1,032病院とした。

**実施方法：**郵送によるアンケート調査

（病院長宛送付。記入は病院長もしくは終末期医療に関する担当者）

**実施期間：**平成19年11月～12月

**調査項目：**研究班試案「終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン」について寄せられた288病院の意見から、「目的」11項目、「適用対象」4項目、「終末期の判定」8項目、「患者の意思確認」18項目、「治療中止・差し控えの範囲」17項目、「治療中止・差し控えの除外事由規定」11項目の計69項目について、「はい」「いいえ」「わからない」から1つを選択回答とした。

**結果：**対象1,032病院のうち392病院から回答があった（有効回答率38.0%）。

## 終末期がん患者の治療中止・差し控えに関するガイドライン（試案）

1. 目的：本試案は終末期にある患者の死の権利としてではなく、尊厳ある死にいたるプロセスを選択することにある。したがって、終末期患者のQOLをかんがみて、医療側および患者もしくは患者の家族にとってもっとも望ましいプロセスを選択するところに意義があり、治療中止・差し控えについては特に慎重に判断する必要がある。

2. 適用対象：終末期がん患者

\*なお、救急、難病、エイズ、遷延性植物状態（PVS）等の患者については終末期をめぐる論議のなかで、それぞれ個別の問題が存在するので別途検討するものとする。

3. 終末期の判定

客観的指標（緩和医療学会ガイドライン参照）もしくは複数の医師（専門科の異なる医師が望ましい）による反復判定により、余命3週間以内の判定がなされたとき

※客観的指標の例：

1. Palliative Prognostic Score (Pirovano M et al.: J. Pain and Symptom Management, 17(4) 231-239, 1999)
2. Palliative Prognostic Index (Morita T.: Support Care Cancer, 7, 128-133, 1999)

4. 患者の意思確認（下記のいずれかによる）

- 1) 本人の文書による事前指示（2年以内の文書であること）
- 2) 本人の口頭による意思表示：医療側は立会人のもとで記録方法を決定する
- 3) 家族による患者の意思推定と同意

配偶者、子、父母、孫祖父母及び同居の家族の承諾を得ること。また、喪主または祭祀主催者となるべきものが「遺族」の代表とする

※ 1) については本人の意思表示であることの裏付けが必要（筆跡、立会人等）

※ 3) の家族の範囲は脳死判定、臓器移植のガイドラインに準ずるものとする

## 5. 治療中止・差し控えの範囲

人工呼吸器、補液、栄養補給、輸血、人工心肺（人工臓器）、薬物などすべての治療行為を含む。

※「治療中止・差し控えの範囲」は平成7年横浜地裁（大学医師安楽死事件）の判決文のなかで尊厳死が認められた治療行為とする。

## 6. 治療中止・差し控えの除外事由規定

- 1) 患者の意思が確認できない場合（病状により直接的・間接的に確認ができない場合）
- 2) 認知症や知的障害があり、本人による判断が困難な場合および15歳未満の未成年者
- 3) 事故や自殺等外因が現在の病状に影響していると推定されるケース
- 4) 臨床治験該当者
- 5) 臓器移植予定の者
- 6) その他、治療の中止・差し控えを行う合理的理由が見出せない場合

## 1. 目的について

（本文）本試案は終末期にある患者の死の権利としてではなく、尊厳ある死にいたるプロセスを選択することにある。したがって、終末期患者のQOLをかんがみて、医療側および患者もしくは患者の家族にとってももっとも望ましいプロセスを選択するところに意義があり、治療中止・差し控えについては特に慎重に判断する必要がある。

「死の権利」の明文化することに関しては、賛成・反対意見の大差なく30数%であり、わからないとの回答が25%を占めた。「もっとも望ましいプロセス」については、患者・患者の家族に限ればよいとする意見への賛成は35%で、反対が42%と上回っており、患者とその家族だけがもっとも望ましいプロセスを選択することについて、医療従事者は疑問をもっているといえる。これは、患者や家族がもつ医療における情報の非対称性が1つの要因と考えられる。時として死を求める患者の希望を受け入れるかどうか、安楽死・自殺幇助の議論にもつながるものであり、医療従事者としては妥当な判断ともいえる。今回の質問では「もっとも望ましいプロセス」について、具体的な場面設定をしていないことから断定はできないが、このような要因が回答を左右したと推測される。

「治療中止・差し控え」について、治療中止ではなく、差し控えの姿勢をとるべきとの意見は47%、そうでないとする意見は31%であった。諸外国では治療の中止と差し控えは倫理的に差異がなく、同等に扱うべきとするのが主流となっているが、国内においては刑

法との関連で、現在でも同等とされていない。治療差し控えは治療中止のなかに含まれるのか、区別が必要とする意見が 65%であり、今後もこの区別についての議論は続くと考えられる。

## 2. 適用対象：終末期がん患者

(本文) なお、救急、難病、エイズ、遷延性植物状態 (PVS) 等の患者については終末期をめぐる論議のなかで、それぞれ個別の問題が存在するので別途検討するものとする。

疾患については「がんから始めるのはよい」「がん患者より救急や PVS のほうが難しい」とする意見が 60%以上を占めたが、20%前後は「わからない」としており、終末期患者を定義することへ難しさが伺われる。また、「終末期ガイドラインはすべての疾患を含めて1つがよい」とする意見には賛成 39%、反対 35%、わからない 23%となっており、医療従事者においても意見が分かれることが明らかになった。「疾病ごとに作るのではなく、健康レベルで決めたほうがよい」とする意見も同様に、賛成 32%、反対 26%、わからない 39%であった。欧米において、特にヨーロッパにおいては、**disease oriented** (疾病原因重視) であるよりは、**physical function oriented** (身体機能重視) であり、英国のように **life-threatening illness** (死に至る病態) を重視して、いかなる疾患へも (例えば心不全、腎不全、神経難病など) 対応できる状況になっている。

## 3. 客観的指標について

客観的指標 (緩和医療学会ガイドライン参照) もしくは複数の医師 (専門科の異なる医師が望ましい) による反復判定により、余命 3 週間以内の判定がなされたとき

判定については「余命判定は確率論的な問題であり、期間を設定するのは個々のケースについての判断に適切ではない」とする意見が 74%と多数であり、「チームによる判定が必要である」と考える医師が多い (79%)。また、余命判定についても「余命判定の意義は患者のその後の過ごし方として参考とするにとどめるべきである」67%、「科学的根拠が十分でない」65% (反対 11%、わからない 21%)、「余命 3 週程度では患者に意思決定能力が乏しい」53% (反対 16%、わからない 29%) であった。具体的に「複数の医師による反復判定ができるほど医師が確保できない」とする意見は 46%であり、反対意見の 36%を上回った。しかし、「余命判定は患者の死の権利を認めなければ意味がない」「余命判定は家族の求めに応じてすべきである」の意見には反対がいずれも多く (40%台)、賛成意見は 25%前後にとどまった。

#### 4. 患者の意思確認

1) 本人の文書による事前指示 (2年以内の文書であること)

2) 本人の口頭による意思表示: 医療側は立会人のもとで記録方法を決定する

3) 家族による患者の意思推定と同意

配偶者、子、父母、孫祖父母及び同居の家族の承諾を得ること。また、喪主または祭祀主催者となるべきものが「遺族」の代表とする

※ 1) については本人の意思表示であることの裏付けが必要(筆跡、立会人等)

※ 3) の家族の範囲は脳死判定、臓器移植のガイドラインに準ずるものとする

患者の意思確認において、圧倒的賛成意見を占めたのは、本人、家族それぞれ「元気な時と実際病気になった時の意思は異なる」という意見である(88%)。また、多数を占めた意見は「クレームをつけるのは本人より家族である」「本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか困難である」「立会人の選定が難しい」(いずれも80%前後)である。これらについては、今後も議論が進むと考えられるが、現実的には各種団体において、統一されたフォーマットを使用したり、入院時におしなべて確認をとるなどの措置がとられつつある。

意思確認については、「法律の裏づけがない意思確認は意味が無い」とする意見も49%と半数にみられている。この背景には、家族間で意見が異なる場合の意思決定に際して医療従事者の対応が困難となっていることが推察され、「遺族の代表はケース倍ケースである」73%、「意思確認の方法・時期の優先順位を決めるべきである」58%(反対18%、わからない21%)等の意見に象徴されていると思われる。「先に告知を希望するかどうか確認すべきである」74%と多数を占めているのは、日本におけるインフォームドコンセントが、現状では患者本人のコンセントを必須としていないことを示している。

「直前の意思確認が必要である」73%、「本人が積極的意思表示する以外は意思確認の必要はない」反対55%(賛成21%、わからない21%)、という意見は、医師が患者の事前指示や患者の意思決定が変わりうるものであることを前提に考えていることが示唆される。

今後の議論の課題としては、①立会人の選定、②本人が意思表示できず、家族もいない場合の対応、が考えられる。

#### 5. 治療中止・差し控えの範囲

人工呼吸器、補液、栄養補給、輸血、人工心肺(人工臓器)、薬物などすべての治療行為を含む。

※上記「治療中止・差し控えの範囲」は平成7年横浜地裁(大学医師安楽死事件)の判決文のなかで尊厳死が認められた治療行為に相当。

判決の医療範囲は「医療側の意見を入れておらず、不適當である」とする意見(41%)



には、わからない (33%)、反対意見 (22%) との差が大きくない。しかし、「法的根拠が必要である」78%、「すべて中止というのは実際的に困難である」80%、「段階的  
中止の方法もある」85%となっており、具体的な治療の中止については、法的裏付けも  
明確にしたうえでの実施が望まれている。

治療行為については、「緩和ケアに必要な薬物は除外してはならない」75% (反対 10%、  
わからない 12%)、「透析、心臓ペースティングも入れるほうがよい」62% (反対 12%、わ  
からない 22%)、となっており、緩和ケアに必要な薬物は治療中止の対象とはならない  
こと、また透析や心臓ペースティングなども終末期の治療として論議すべきとする意見が過  
半数を占めている。「人工呼吸中止と薬物投与中止が特に問題となるので詳細規定が必要  
である」65% (反対 15%、わからない 17%) とする意見が多く、今後の検討課題と  
考えられる。

人工呼吸器については、「末期がんでは人工呼吸は一般に行われたい」74% (反対 10%、  
わからない 18%)、「終末期がんでは、人工呼吸、人工心肺は差し控えるべきである」  
69% (反対 11%、わからない 18%) であり、がん患者の末期については、一般的には  
人工呼吸器はあまり使用されない現実があると考えられる。

輸液、栄養補給については、「補液は差し控えるべきでない」への反対意見 46%が、  
賛成 28%を上回っており (わからない 23%)、ターミナルにおける補液が患者にとつ  
て侵襲となる可能性もあることについての認識が広まっていることが示唆された。また  
「輸液、栄養補給は医療チームと家族の話し合いに任せるべきである」62% (反対 19%、  
わからない 16%)、「点滴したくない認知症末期患者を縛ってまですることはできない」  
79% (反対 4%、わからない 15%)、と患者の人権を尊重した医療を重視している傾向  
がよみとれる。

また「“治療はいつか有用でなくなる” という社会認識が必要である」84%、とする  
意見が多数を占める一方、「QOL を維持するための医療の概念が普及しなければガイド  
ラインは悪用される」とする意見には、賛成 47%、反対 15%、わからない 35%であり、  
社会一般で懸念されている“医療側の一方的な治療中止” について、医療従事者側でも  
同様の懸念があるのかもしれない。

## 6. 治療中止・差し控えの除外事由規定

- |   |
|---|
| 1) 患者の意思が確認できない場合 (病状により直接的・間接的に確認ができない場合)  |
| 2) 認知症や知的障害があり、本人による判断が困難な場合および 15 歳未満の未成年者 |

- |                                   |
|-----------------------------------|
| 3) 事故や自殺等外因が現在の病状に影響していると推定されるケース |
| 4) 臨床治験該当者                        |
| 5) 臓器移植予定の者                       |
| 6) その他、治療の中止・差し控えを行う合理的理由が見出せない場合 |

除外事由規定については、病状に関するものでは、「末期がんではほとんど意思確認ができない」の意見には46%が反対であった。認知症患者については、「認知症でもさまざまな程度がある」53%（反対19%、わからない24%）という認識が主流である。しかし、「認知症患者に後見人や家族がいる場合は除外規定にいれなくてもよい」52%（反対18%、わからない28%）となっており、実際の現場ではがん末期の高齢者も多いと予想される。一方、「認知症が多いので除外するとガイドラインにならない」の意見には、賛成33%、反対35%、わからない29%で意見が分かれた。従って、ガイドラインにおいては、認知症患者を除外することなく、対応について適切に記述することが求められると考える。

また年齢について、「15歳未満の中学生でも意思判断できる場合がある」47%（反対23%、わからない27%）であり、ほぼ過半数の医師は15歳という年齢のみを意思決定の判断基準とはしていないことがわかる。

がん末期にあたり、「がん末期の臓器は移植する意味がない」46%（反対20%、わからない30%）とする意見がほぼ半数を占めた。

全体の除外規定項目として、「“本人が意思決定を撤回“の場合も除外項目に入れるべきである」84%とする意見が多く、その他に過半数を占めた意見は「臨床治験該当者は除外するのではなく、むしろ治験をやめるべきである」61%、「合理的理由の判断はケアチームが行うべきである」56%となっている。これらの意見には、反対意見よりむしろ「わからない」と回答する意見が25%前後を占め、判断の難しさを示している。

## まとめ

本調査で最も賛成意見が多かったのは、ガイドラインが「医療側も患者側にもわかりやすいガイドラインがよい」というものであった。終末期医療の専門職に対する詳細なガイドラインの整備が求められる一方で、患者の側にもわかりやすいガイドラインが求められていることは、昨今の医療にまつわるトラブルや訴訟件数の増加に関連しているかもしれない。その意味では、昨年5月に発表された厚生労働省の意思決定プロセスガイドラインは、一般国民にも分かりやすいガイドラインとなっており、ある程度満足のいく内容だったとも推察される。しかし、一方で「法律の裏付けが必要である」とする意見が70%を超えており、ガイドラインのみでは現状の医療現場には不十分であることも浮き彫りとなっ

ている。

次に賛成意見が多かったのは、患者の意思決定について「元気なときと実際病気になった時の意思は異なる(本人)」87.5%、「元気なときと実際病気になった時の意思は異なる(家族)」87.5%、であり、本人・家族ともに終末期においては事前指示のあり方が問題となった。本人の意思決定に関しては、「クレームをつけるのは本人より家族である」83.4%、「本人の意思が家族と異なる場合どう対処するか困難である」80.6%、という意見が多数を占め、終末期における家族の問題が指摘されている。欧米諸国と日本では、インフォームドコンセントのあり方に開きがあるように、患者と家族との関係も異なっている。“家族が望むようにして下さい”という患者の意思決定もあるであろう。事前指示を文書にすることは、提示される側にとっては明確でよいが、治療中止・差し控えの除外事由規定に「本人が意思決定を撤回、の場合も除外項目に入れるべきである」83.7%と多いことから、実際には文書を残しておいても、本人もしくは家族が事前指示について意見を変更することが想定され、再確認が必要であることが認識されている。また「事前指示を2年以内に限る根拠が明確でない」73.0%とする意見が多数であり、疾患によっては比較的病状が落ち着いているものから、いつ急変するとも分からない状態まで様々であることを考慮すると、あえて期間設定を行う意味があるのか、設定するならどのくらいの期間が妥当であるか、検討課題である。「本人の文書による同意は日本の文化になじまない」の意見に対して、いいえ58.7%、という意見が半数を超えており、調査対象となった医療側の意見では、文書化は必ずしも日本の現状に即さないという認識は低い。しかし、これについては、患者側の意見収集をしつつ国民の広い理解を求める必要があると考える。

治療中止・差し控えについては「段階的中止の方法もある」84.9%、「“治療はいつか有用でなくなる”という社会的認識が必要である」83.7%、「すべて中止というのは実際的に困難である」79.8%、とする意見が多数を占めた。このことは、治療をする・しないの二元論でなく、“有効でない治療は徐々に控えるべき”という極めて現実的な選択肢といえる。そこには、治療を徐々に中止していくなかで、本人や家族にとって、終末期の医療が患者の生命の終わりを迎える準備期間となり、死が避けられないという事実を患者・家族が受け止め、心の準備をする貴重な時間として過ごせるようにという配慮が感じられる。

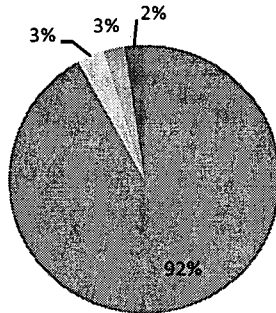
ここまで賛成意見が多数であるものに焦点をあてて考察してきたが、このような終末期の多様性のある医療において重要なことは、少数の反対意見にも考慮する、というスタンスであると考えられる。個人や組織の価値観が多様化している今日では、多数決の議論は個人の幸福に必ずしも繋がらず、一方的に不利益を被るものが出る可能性がある。特に疾患が特異的であり、他者にとって想像しにくいような病状や療養の場面においては、患者本人・個人の意見に、真摯に耳を傾ける姿勢が重要であろう。その意味においては、いかなるが

イドラインも完璧ではなく、患者の権利を尊重した医療倫理の確立こそが、確実な方法と考えられる。昨今、欧米諸国で医療倫理、臨床倫理が重要視されているのも、このような背景があるのであろう。今後も国内の終末期医療の質を向上させるために、患者、家族、医療者間で議論が重ねられていくことを望みたい。

# 1. 目的

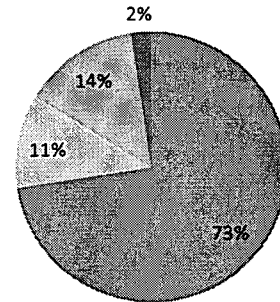
医療側も患者側にもわかりやすい  
ガイドラインがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



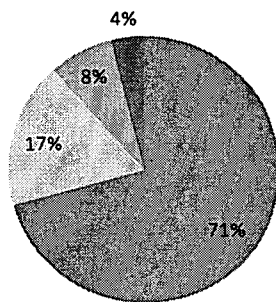
法的裏付けが必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



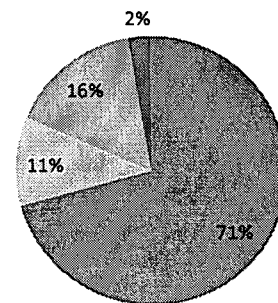
「尊厳ある死」について  
定義づけが必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



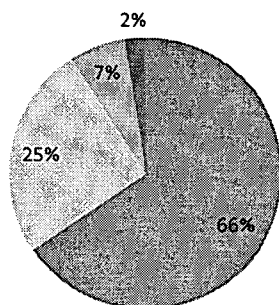
緩やかなガイドラインがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



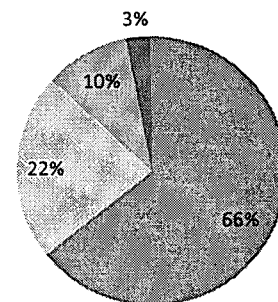
「尊厳ある死」の意味が不明瞭である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



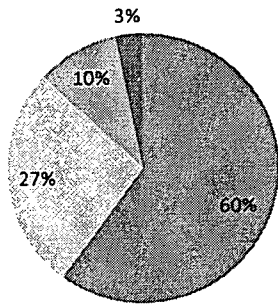
治療差し控えは治療中止のなかに含まれる  
のか、区別が必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



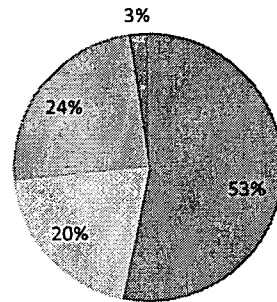
治療とケアの区別が必要である

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



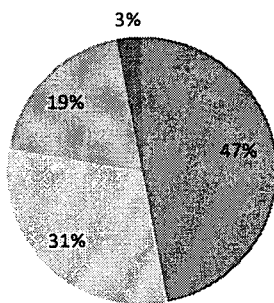
ガイドラインの一人歩きが懸念される

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



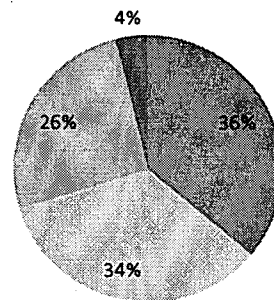
治療中止ではなく、差し控えの姿勢をとるべきである

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



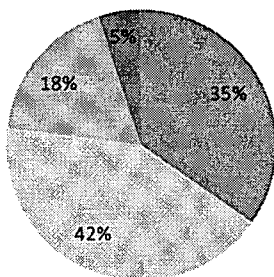
「死の権利」の否定を明文化することに疑問がある

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



「もっとも望ましいプロセス」は患者・患者の家族に限ればよい

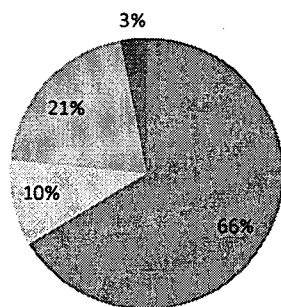
■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



## 2. 適用対象: 終末期がん患者

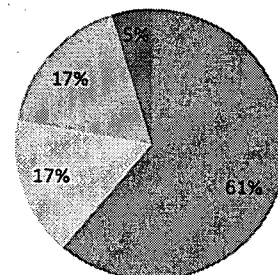
がん患者より救急やPVSのほうが難しい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



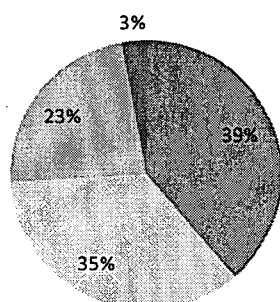
がんから始めるのはよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



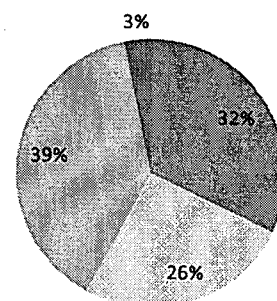
終末期ガイドラインはすべての疾患を含めて1つがよい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



疾病ごとに作るのではなく、健康レベルで決めたほうがよい

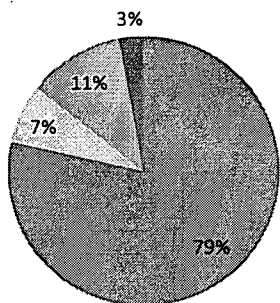
■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



### 3. 終末期の判定

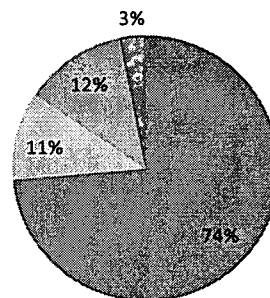
チームによる判定が必要である

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



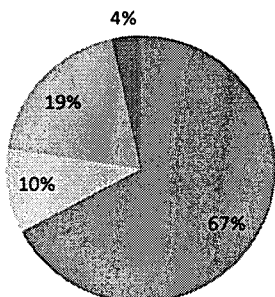
余命判定は確率論的な問題であり、期間を設定するのは個々のケースについての判断に適切ではない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



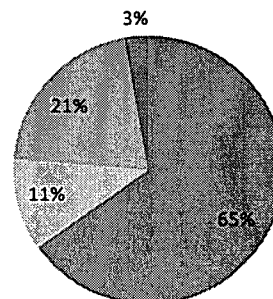
余命判定の意義は患者のその後の過ごし方として参考とするにとどめるべきである

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



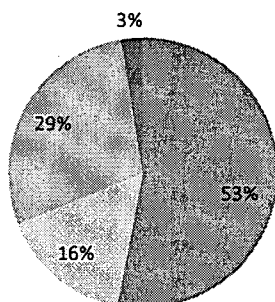
余命判定に科学的根拠が十分でない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



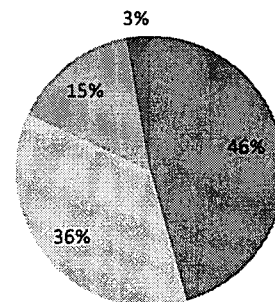
余命3週程度では患者に意思決定能力が乏しい

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



複数の医師による反復判定ができるほど医師が確保できない

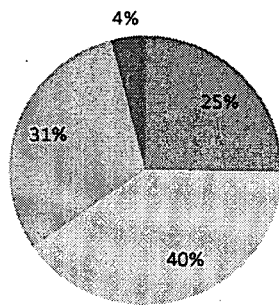
■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答





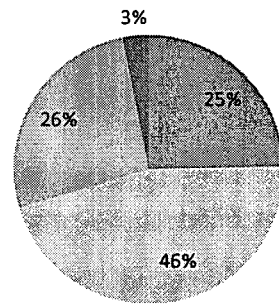
余命判定は患者の死の権利を認めなければ意味がない

■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



余命判定は家族の求めに応じてすべきである

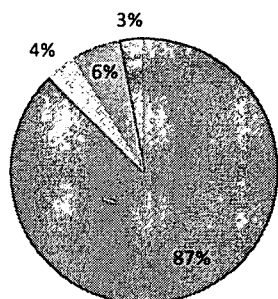
■ はい ■ いいえ ■ わからない ■ 無回答



## 4. 患者の意思確認

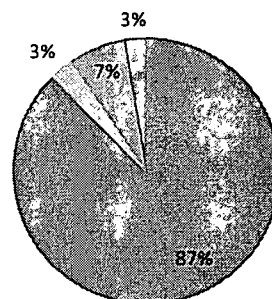
元気な時と実際病気になった時の意思は異なる(家族)

■はい ■いいえ ■わからない □無回答



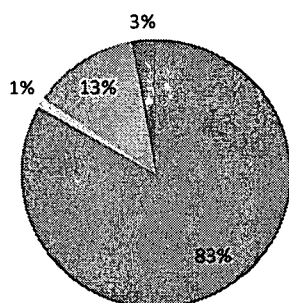
元気な時と実際病気になった時の意思は異なる(本人)

■はい ■いいえ ■わからない □無回答



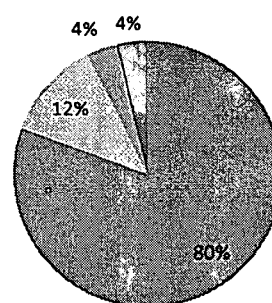
クレームをつけるのは本人より家族である

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



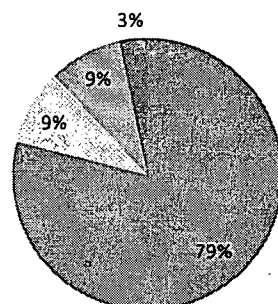
本人の意思が家族と異なる場合  
どう対処するか困難である

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



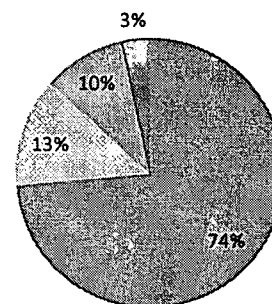
立会人の選定が難しい

■はい ■いいえ ■わからない ■無回答



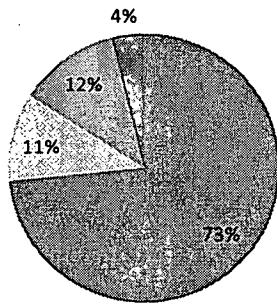
本人が意思表示できず、家族もいない場合  
どうするかわからない

■はい ■いいえ ■わからない □無回答



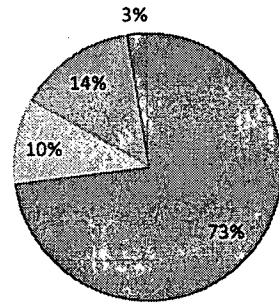
先に告知を希望するかどうかを  
確認すべきである

■はい □いいえ ■わからない □無回答



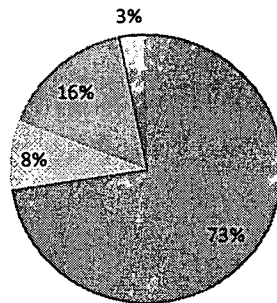
事前指示を2年以内に限る根拠が  
明確でない

■はい □いいえ ■わからない □無回答



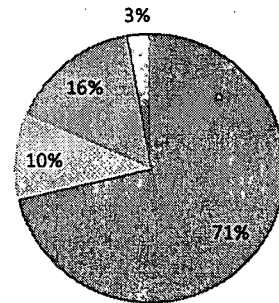
遺族の代表はケースバイケースである

■はい □いいえ ■わからない □無回答



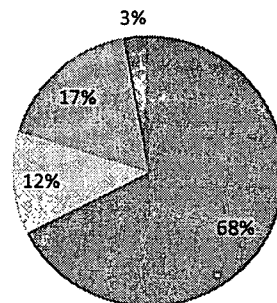
直前の意思確認が必要である

■はい □いいえ ■わからない □無回答



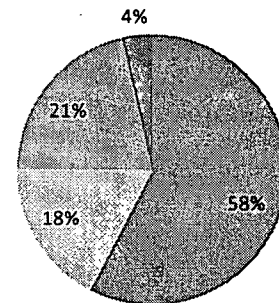
キーパーソンの決定は家族の承諾が  
必要である

■はい □いいえ ■わからない □無回答



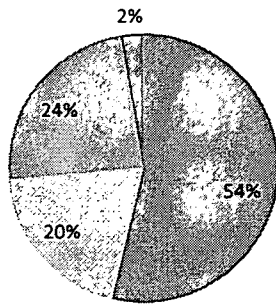
意思確認の方法・時期の優先順位を  
決めるべきである

■はい □いいえ ■わからない □無回答



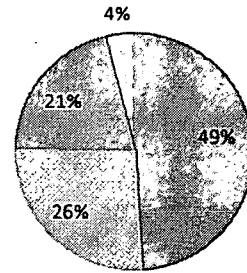
家族以外の法定代理人も認めるべきである

■ はい   ■ いいえ   ■ わからない   ■ 無回答



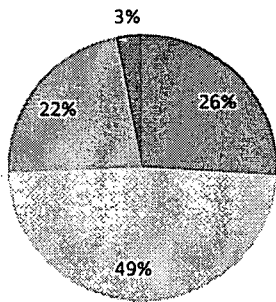
法律の裏づけがない意思確認は意味がない

□ はい   □ いいえ   □ わからない   □ 無回答



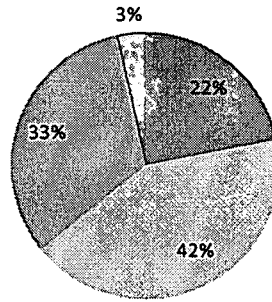
家族による本人の推定意思は取り入れるべきではない

■ はい   ■ いいえ   ■ わからない   ■ 無回答



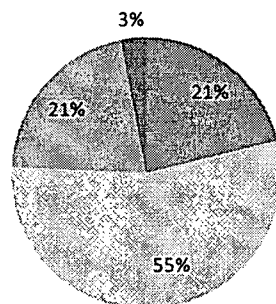
カルテに法的根拠があるので、カルテ記載で十分である

■ はい   ■ いいえ   ■ わからない   ■ 無回答



本人が積極的意思表示する以外は意思確認の必要はない

■ はい   ■ いいえ   ■ わからない   ■ 無回答



本人の文書による同意は日本の文化になじまない

■ はい   ■ いいえ   ■ わからない   ■ 無回答

