

表1 各国の死亡場所の内訳

国	地域	出典	対象	年	死亡数	死亡場所 <sup>1</sup>	
						医療機関 <sup>2</sup>	在宅
アジア	日本	統計 <sup>4</sup>	全死亡	2009	1,141,865	80.8%	12.4%
	台湾	論文 <sup>5</sup>	65歳以上	1995-2004	757,564	31.5%	60.6%
	韓国	論文 <sup>6</sup>	全死亡	1992-2001	2,402,259	30.1%	69.9%
	中国	論文 <sup>7</sup>	22州の郡または市の1/2	1998-2002	6,444	7.2%	88.7%
オセアニア	タイ	論文 <sup>8</sup>	全死亡	2005	11,984	38.8%	61.2%
	シンガポール	論文 <sup>9</sup>	65歳以上	2006	10,399	57.4%	31.3%
	オーストラリア	論文 <sup>10</sup>	無作為抽出9500世帯	2004-2005	1,920	60.4%	19.1%
南米	オーストラリア	論文 <sup>11</sup>	事故、外傷、妊娠、死因不明を除く	2005-2006	18,869	64.0%	36.0%
	ボツワナ	論文 <sup>12</sup>	全死亡	2003	83,672	45.0%	45.7%
北米	チリ	論文 <sup>13</sup>	全死亡	2003	83,672	42.2%	48.9%
	アメリカ	統計 <sup>14</sup>	全死亡	2005	2,452,506	45.3%	24.6%
	カナダ	統計 <sup>15</sup>	全死亡	2007	235,217	66.6%	33.3%
欧州	フランス	統計 <sup>16</sup>	60歳以上	2006	436,071	58.2%	26.2%
	イギリス	統計 <sup>17</sup>	全死亡	2009	491,348	65.5%	20.3%
	オランダ	論文 <sup>18</sup>	全死亡	2003	58,473	51.0%	15.5%
	ベルギー	論文 <sup>19</sup>	死因が慢性疾患による者	2006	77,366	28%	31%
	スウェーデン	論文 <sup>21</sup>	全死亡	2001	55,759	53.7%	24.3%
	スウェーデン	論文 <sup>22</sup>	全死亡	2002	95,064	63.0%	15.1%

1. 空欄はその国の出典に該当する項目がないことを示す。そのため各列の合計は必ずしも100%にはならない。

2. 病室、診療所の合計。またホスピスの項目が出典にない国では、ホスピスの死亡もここに含まれているものと推測される。

3. ナースングホーム、ケアホーム、RACFなど国によって名称は異なるが、障害者や高齢者のための療養施設等の合計。

4. 厚生労働省。人口動態統計 (Ministry of Health, Labour, and Welfare. Vital Statistics)

5. Lin HC, et al. Predictors associated with the place of death in a country with increasing hospital deaths. Palliative Medicine 20:455-461, 2006.

6. Yun YH, et al. Factors associated with place of death among the Chinese oldest old. The Journal of Applied Gerontology 26: 34-57, 2007.

7. Gu D, et al. Factors associated with place of death among the Chinese oldest old. Population Health Metrics 8:11, 2010.

8. Rao C, et al. Verifying causes of death in Thailand: rationale and methods for empirical investigation. Palliative Medicine 21:705-711, 2007.

9. Beng AKL, et al. Where the elderly die: the influence of socio-demographic factors and cause of death on people dying at home. Annals of the Academy of Medicine, Singapore 38:676-683, 2009.

10. Foreman LM, et al. Factors predictive of preferred place of death in the general population of South Australia. Palliative Medicine 20:447-453, 2006.

11. Lazby M, et al. Influences on place of death in Botswana. Palliative & Supportive Care 8:177-185, 2010.

12. Letiva HH & Leon KF. Cobertura de la atención de la enfermedad que causa la muerte y lugar de ocurrencia del deceso, en Chile y la sexta región, 1990-2003. [Medical coverage of the disease that causes death and place of death in the sixth region of Chile from 1990 to 2003] Revista Médica de Chile 135:1025-1033, 2007.

13. Centers for Disease Control and Prevention. GMWK309 Deaths by Place of Death, Age, Race, and Sex: United States, 1999-2005.

14. Statistics Canada. CANSIM-Table 102-0509 - Deaths in hospital and elsewhere, Canada, provinces and territories, annual.

15. Insee. Lieu de décès des personnes âgées selon le groupe d'âges atteints dans l'année.

16. Office for National Statistics. Mortality statistics Deaths registered in 2008, Review of the National Statistician on deaths in England and Wales, 2009.

17. Northern Ireland Statistics and Research Agency. Registrar General Annual Report 2009.

18. Houtteker D, et al. Place of death of older persons with dementia. A study in five European countries. Journal of the American Geriatrics Society 58:751-756, 2010.

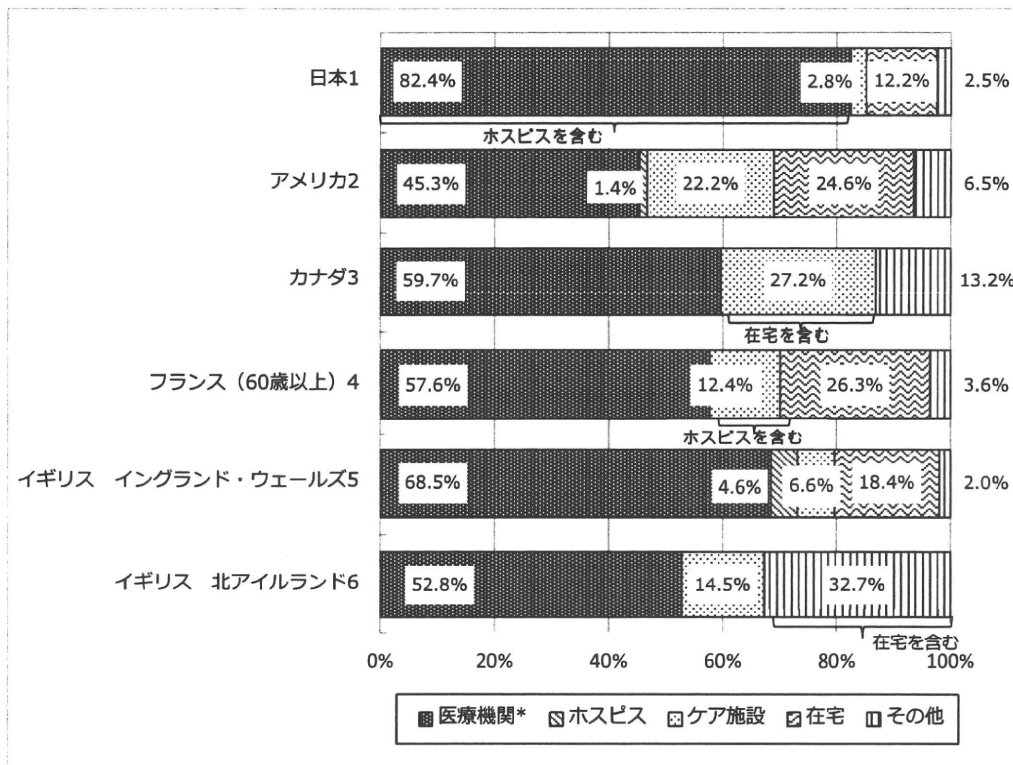
19. van der Velden LFFJ, et al. Dying from cancer or other chronic diseases in the Netherlands: ten-year trends derived from death certificate data. BMC Palliative Care 8:4, 2009.

20. Cohen J, et al. Dying at home or in an institution Using death certificates to explore the factors associated with place of death. Health Policy 78: 319-329, 2006.

21. Houtteker D, et al. Determinants of place of death in the Brussels metropolitan region. Journal of Pain and Symptom Management 37:996-1005, 2009.

22. Cohen J, et al. Population-based study of dying in hospital in six European countries. Palliative Medicine 22:702-710, 2008.

図1 死亡統計に基づく死亡場所の分布 (2005年全国統計)



1 厚生労働省, 人口動態統計.

2 Centers for Disease Control and Prevention. GMWK309 Deaths by Place of Death, Age, Race, and Sex: United States, 1999-2005.

3 Statistics Canada. CANSIM-Table 102-0509 - Deaths in hospital and elsewhere, Canada, provinces and territories, annual.

4 Insee. Lieu de décès des personnes âgées selon le groupe d'âges atteints dans l'année.

5 Office for National Statistics. Mortality statistics Deaths registered in 2005, Review of the National Statistician on deaths in England and Wales, 2005.

6 Northern Ireland Statistics and Research Agency. Registrar General Annual Report 2005.

\* 病院・診療所。ホスピスの項目が出典にない国では、ホスピスでの死亡もここに含まれているものと推測

表2 調査対象施設の基本属性

基本属性	施設A	施設B	施設C	施設D	施設E
八地方区分	北海道	北海道	関東	四国	四国
入所定員	79	100	50	50	50
前年度の死亡退所者数	14	5	0	20	10
医師数	1	1	1	2	3
看護職員数	11	7	3	5	6
介護職員数	59	46	26	22	23
調査対象職員数	50	53	5	75	72
回収数	26	50	2	46	33
回収率	52.0%	94.3%	40.0%	61.3%	45.8%

基本属性は平成22年10月時点の介護サービス情報

表3 冊子の項目一覧

章	本調査で用いた改訂版冊子 (2010年、介護老人福祉施設5カ所)	プレ調査で用いた翻訳版冊子！ (2009年、介護老人福祉施設3カ所)
自然な進行	終末期に至るプロセス	これらの疾患をもつ人が、終末期に至る過程はどのようなものになるでしょうか？
	利用者が食べたり飲んだりできなくなったとき	患者さんが食べたり飲んだりできなくなったときに、ケア提供者はどうしたらよいのでしょうか？
	利用者が肺炎にかかったとき	ケア提供チームは患者さんが肺炎を患ったときにどうしたらよいですか？
	医療機関への入院が必要なとき	このような患者さんにはどのようなときに入院しなければなりませんか？
	心肺蘇生法	医師は常に心肺蘇生法（心臓が再び鼓動するための手順）を実行しなければなりませんか？
	医療的なことを誰が決めるのか	誰が終末期の医療的な決定をするのでしょうか、医師でしょうか患者さんの代理人（代理判断者）でしょうか？
	利用者が自分で判断できないとき、代理になって判断する人（ご家族など）の役割	意思決定の過程における患者さんの代理人（代理判断者）の役割は何でしょうか？
	話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき	衝突や疑義のあるときはどうしたらよいのでしょうか？
	治療をしないことと、何もしないこととの違い	治療的な治療を受けないことに決めたら、それは患者さんに何もしないということになるのでしょうか？
	(削除)	このような状況で、延命治療を撤回するあるいは提供しないという決定に、宗教当局は合意するものでしょうか？
症状の緩和	利用者の意思を尊重することと、安楽死との違い	安楽死は選択肢のひとつとして受け入れられるべきでしょうか？
	終末期にもっともしばしばみられる症状	終末期にもっともしばしばみられる症状はどのようなものですか？
	呼吸の問題	ケア提供チームは呼吸の問題にどう対処すればよいでしょうか？
	利用者が感染症にかかったときの、抗生物質の投与	患者さんが感染症にかかったとき、抗生物質の投与はどうしたらよいでしょうか？
	利用者の呼吸が苦しそうなどときの分泌物のコントロール	分泌物で呼吸困難になりゼーゼーと息をしている（喘鳴）ときはどう分泌物をコントロールしたらよいですか？
	酸素の吸入	酸素を吸入させることに効果はありますか？
	自分で意思表示ができない人の痛みのサイン	自分で意思表示できない人の痛みの兆候は何ですか？
	(削除)	痛みはどのようにして緩和できますか？
	(削除)	モルヒネで患者さんが亡くなることはありませんか？
	不安や興奮の緩和	不安や興奮は緩和できますか？
旅立ちのとき	その他の薬の投与	前述した以外の薬を投与したり、血圧、体温、血糖値などの測定は必要になりますか？
	食べたり飲んだりできなくなった利用者の感じ方	もう飲んだり食べたりできなくなった患者さんはどう感じているのですか？
	静脈注射や点滴	静脈注射や点滴は役に立ちますか？
	チューブによる栄養補給（経管栄養）をしないことと、中止することの違い	すでに栄養補給のチューブが入っている人には何をしますか？
	飲んだり食べたりできなくなった利用者のその後	もう飲んだり食べたりできなくなった人はどれくらい生きるのでしょうか？
	旅立ちの準備	(原稿にはこの項目はない)
	利用者の意識がなくなったときの接し方	意識がなくなったとみられるときにはどのように接したらよいでしょうか？
	旅立ちを迎える	最期のときはどんなふうになるのですか？
	利用者を送った方の気持ち	患者さんが亡くなった後はどうなるのでしょうか？

1. プレ調査では他国との比較検証性を保つため、原稿に忠実な翻訳を作成した



表4 調査回答者の属性

	N	平均	SD	中央値	範囲
年齢 (年)	156	34.3	11.8	31	18-60
高齢者ケアの経験年数	155	5.7	4.3	5	0-22
過去1年間で看取りに関わった利用者の人数	151	3.2	8.4	0	0-70

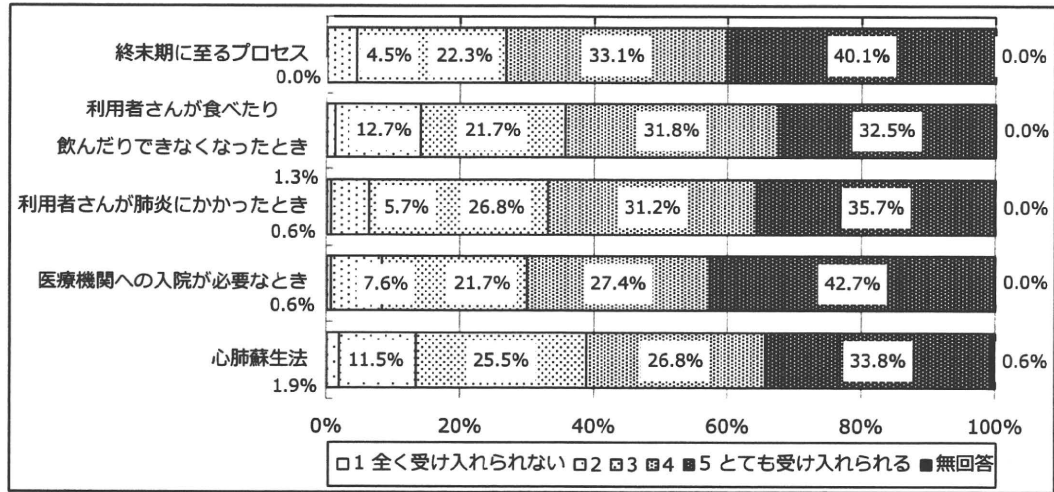
N, 回答数

SD, 標準偏差

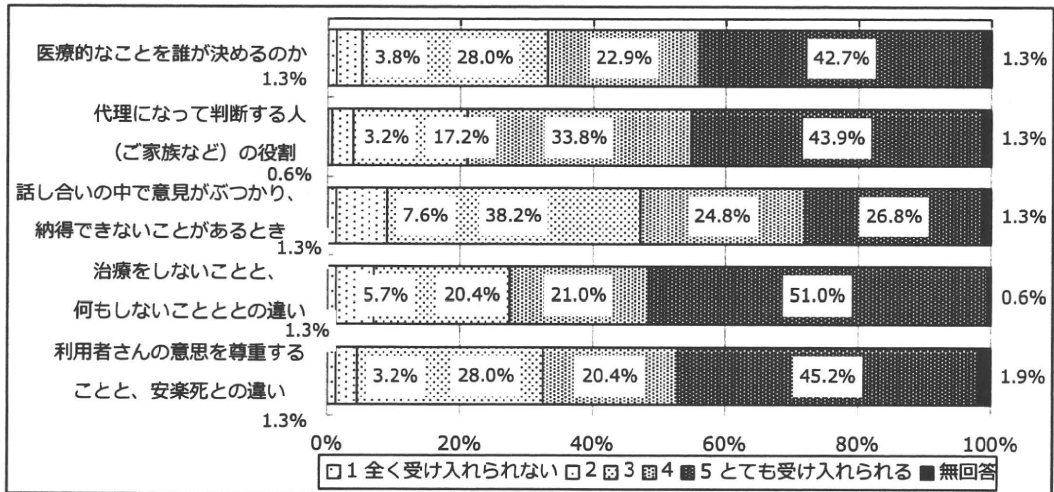
		N	割合
性別	女性	118	75.2%
	男性	38	24.2%
	無回答	1	0.6%
職種	医師	0	0.0%
	看護師	8	5.1%
	准看護師	12	7.6%
	介護福祉士	71	45.2%
	ホームヘルパー1級	4	2.5%
	ホームヘルパー2級	38	24.2%
	その他	24	15.3%
	無回答	3	1.9%

図2 冊子で記述されている各項目の内容に対する受け入れ度の分布

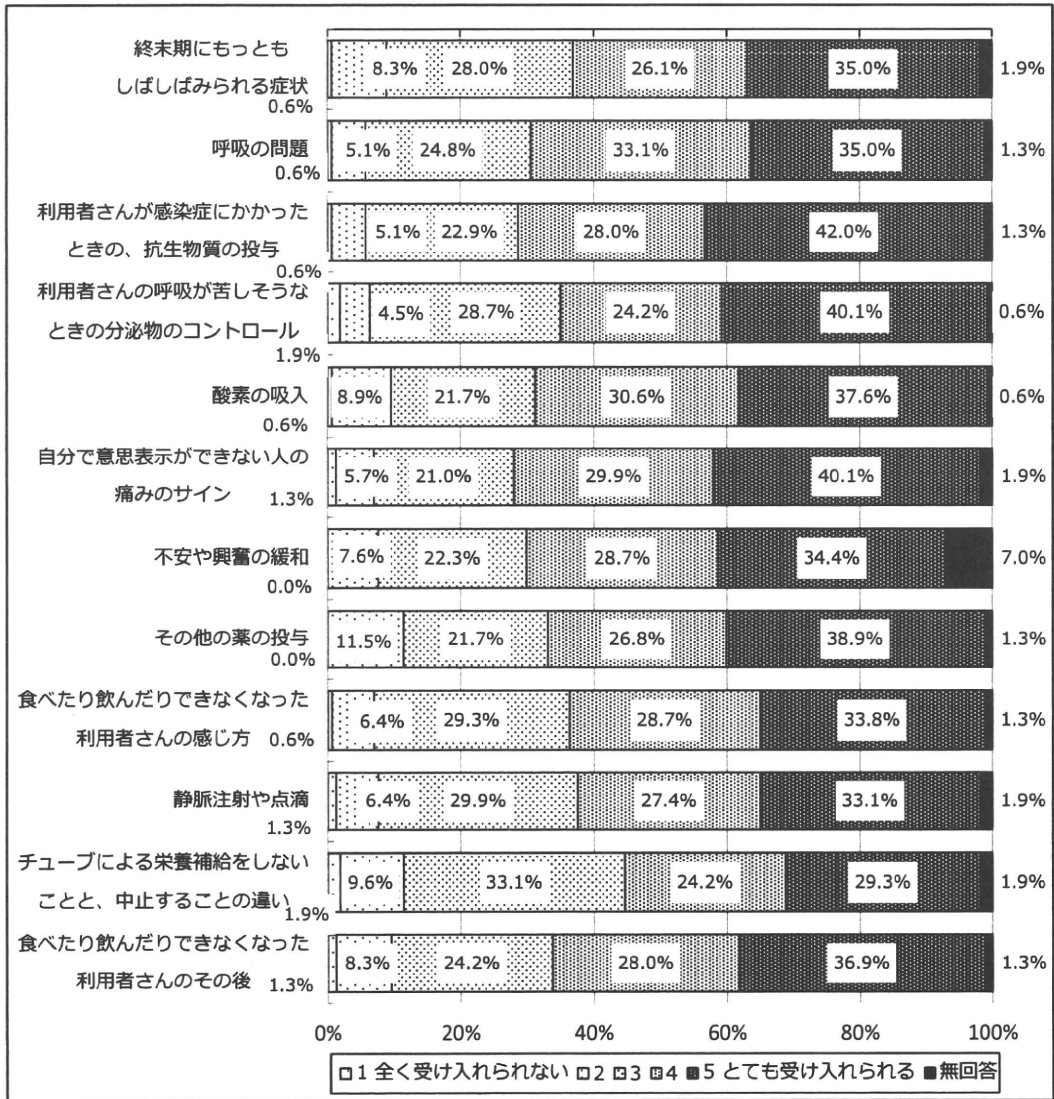
<自然な進行>



<終末期についての意思決定>



<症状の緩和>



<旅立ちのとき・旅立ちの後>

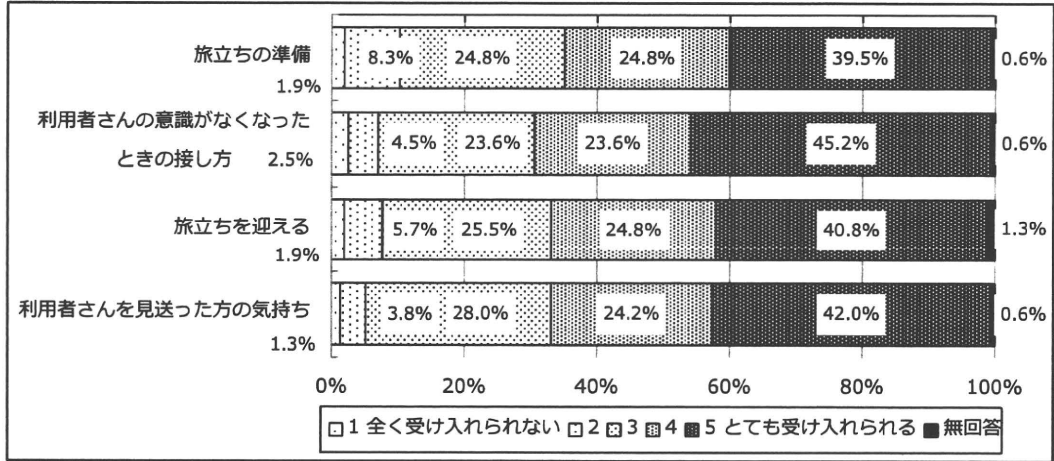
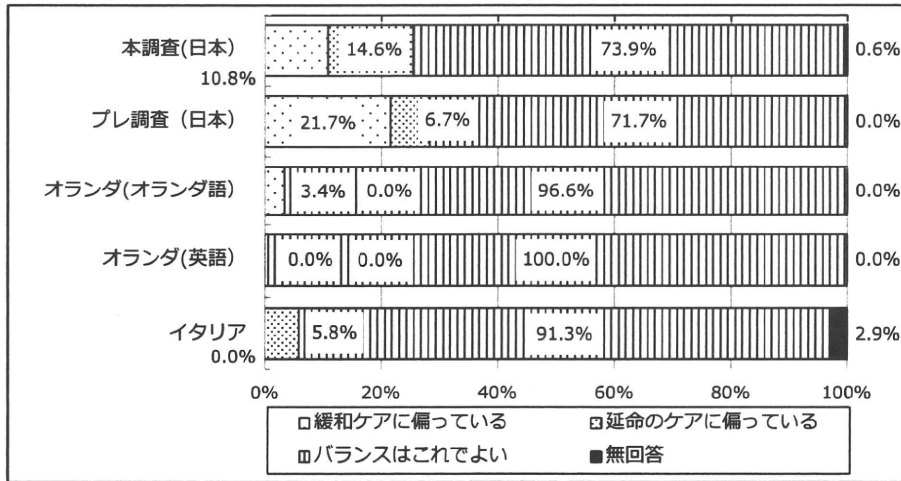


表5 冊子で記述されている各項目の内容に対する受け入れ度：プレ調査（日本）との平均の比較

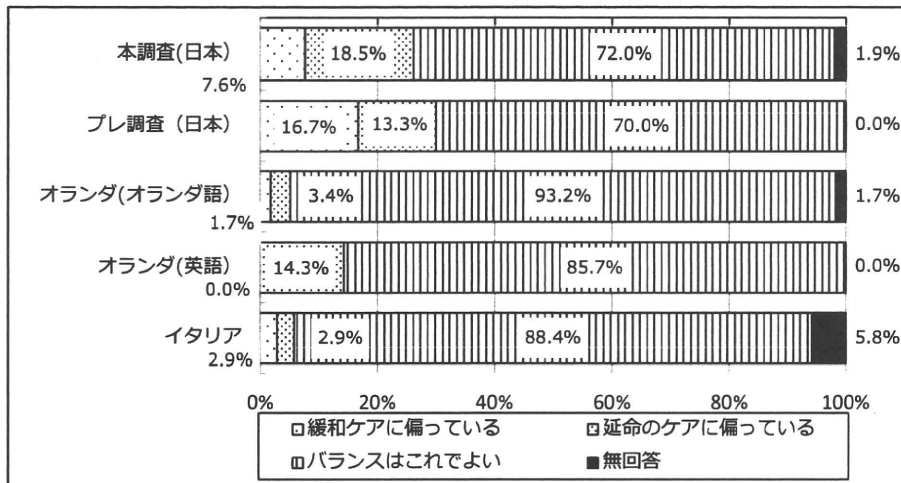
章	項目	本調査			プレ調査(日本)		
		N	平均	SD	N	平均	SD
自然な進行	終末期に至るプロセス	157	4.09	0.89	60	3.90	0.77
	利用者が食べたり飲んだりできなくなったとき	157	3.82	1.07	59	3.83	0.81
	利用者が肺炎にかかったとき	157	3.96	0.96	59	3.56	0.99
	医療機関への入院が必要なとき	157	4.04	1.01	60	3.52	0.93
	心肺蘇生法	156	3.79	1.09	60	3.28	1.06
	医療的なことを誰が決めるのか	155	4.03	1.00	59	3.86	0.88
	利用者が自分で判断できないとき、代理になって判断する人（ご家族など）の役割	155	4.19	0.88	59	3.86	0.75
	話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき	155	3.69	1.00	58	3.72	0.89
	治療をしないことと、何もしないこととの違い	156	4.15	1.02	59	3.61	0.95
	利用者の意思を尊重することと、安楽死との違い	154	4.07	1.00	59	3.58	0.97
症状の緩和	終末期にもっともしばしばみられる症状	154	3.88	1.02	60	3.73	0.82
	呼吸の問題	155	3.98	0.94	59	3.56	0.99
	利用者が感染症にかかったときの、抗生物質の投与	155	4.07	0.96	60	3.87	0.79
	利用者の呼吸が苦しそうときの分泌物のコントロール	156	3.97	1.02	60	3.75	0.95
	酸素の吸入	156	3.96	1.01	60	3.55	1.14
	自分で意思表示ができない人の痛みのサイン	154	4.04	0.99	60	3.87	0.91
	不安や興奮の緩和	146	3.97	0.97	59	3.73	1.01
	その他の薬の投与	155	3.94	1.04	60	3.92	0.94
	食べたり飲んだりできなくなった利用者の感じ方	155	3.90	0.97	60	3.60	0.98
	静脈注射や点滴	154	3.86	1.00	60	3.32	0.83
旅立ちのとき	チューブによる栄養補給（経管栄養）をしないことと、中止することの違い	154	3.71	1.06	59	3.49	0.97
	食べたり飲んだりできなくなった利用者のその後	155	3.92	1.04	60	3.95	1.00
	旅立ちの準備	156	3.92	1.07			
	利用者の意識がなくなったときの接し方	156	4.05	1.05	60	4.00	0.86
旅立ちの後	旅立ちを迎える	155	3.98	1.04	60	3.90	0.86
	利用者さんを見送った方の気持ち	156	4.03	0.99	60	3.63	0.80

図3 冊子が提供する情報のバランス

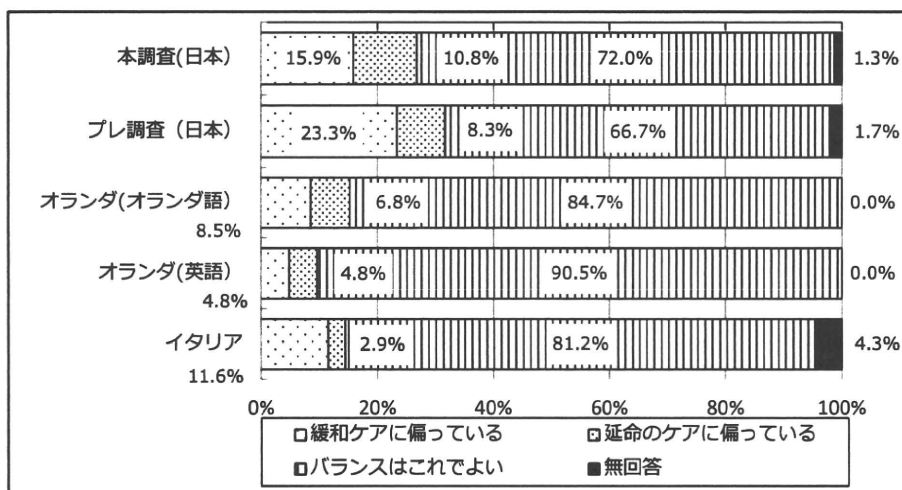
<医療機関への入院が必要なとき>



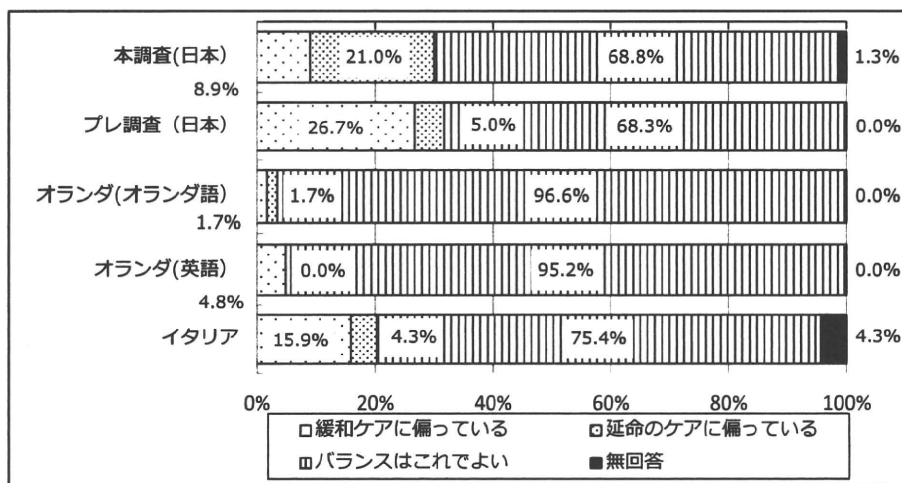
<心肺蘇生法>



<利用者さんが感染症にかかったときの、抗生物質の投与>



<静脈注射や点滴>





<チューブによる栄養補給（経管栄養）をしないことと、中止することの違い>

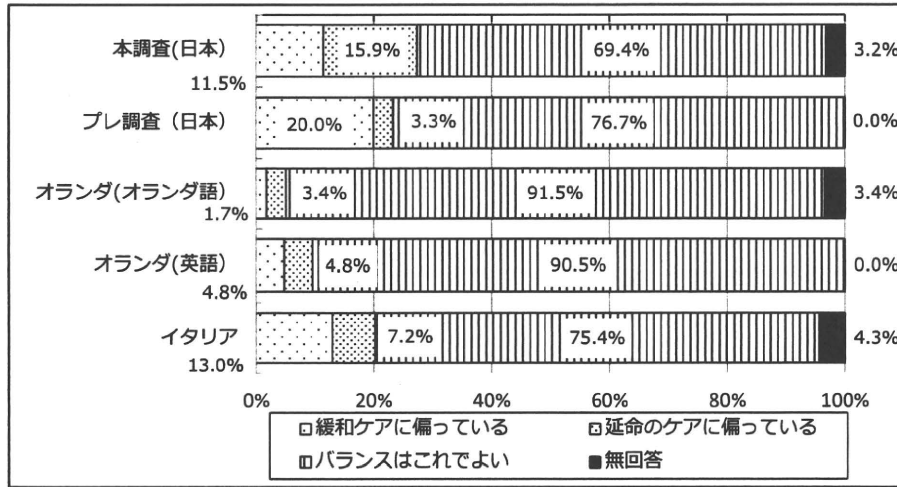


表5 冊子の全般的な有用性

	本調査	プレ調査				
	日本	日本	オランダ (オランダ語)	オランダ (英語)	イタリア (医師)	イタリア (看護職員)
N	155	60	58	21	28	39
平均	7.05	6.37	8.02	7.52	7.79	7.92
SD	2.01	1.93	1.00	1.40	1.03	1.63

図4 認知症における緩和ケアの教育への、職員のニーズ

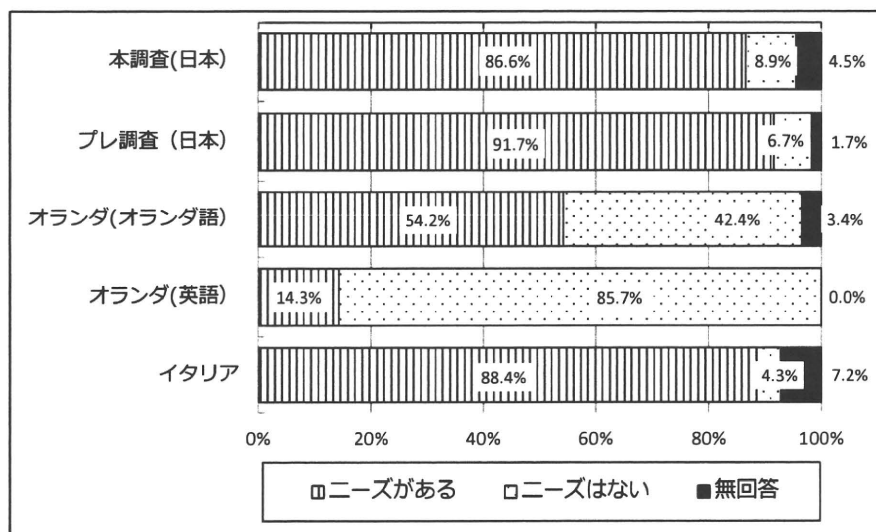
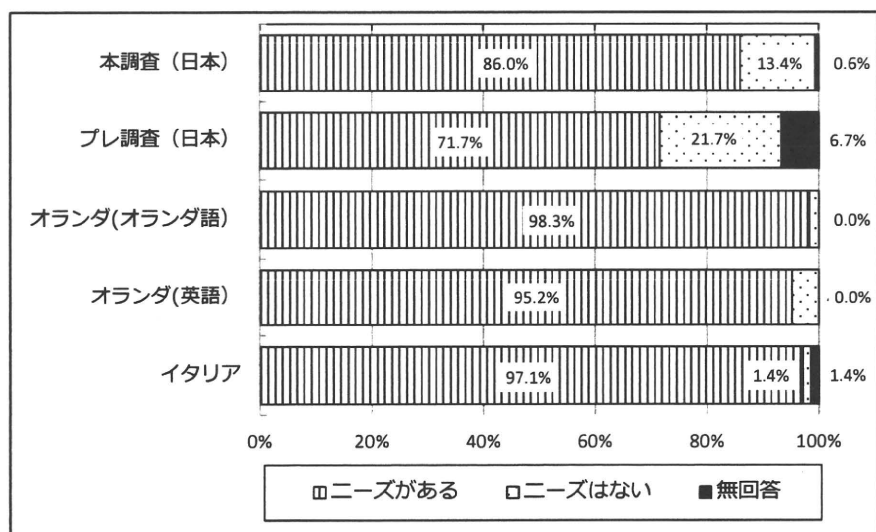


図5 認知症における緩和ケアの情報を提供する冊子への、利用者家族のニーズ



## 「認知症をもつ高齢者の終末期における医療やケア」( 翻訳 )

### 【職員アンケート】

このアンケートは、海外で使われている、看取りに関する冊子「**認知症をもつ高齢者の終末期における医療やケア**」(翻訳)について、感想をお尋ねするものです。

もしこの冊子が、介護施設での利用者さんの看取りを考えておられる職員やご家族に提供されたら役に立つかどうか、率直な感想をお聞かせいただきたいと考えています。冊子に書かれている内容に同意できるのかも教えていただければと思います。

アンケートへのご協力は任意となっております。回答しない場合も不利益はありません。調査に一旦同意した場合でも、その場で回答を拒否することができます。調査の主旨をご理解のうえ、ご協力をくださいますよう、お願い申し上げます。

#### 【調査にあたってのお願い】

冊子の最初の3ページは、この冊子の趣旨の説明です。4ページ目から、26項目の内容が述べられています。1項目ずつ順番に、読んでみたその場の感覚で受け入れられると思う度合いを、アンケート用紙の1-1.の回答欄へご記入ください。アンケート用紙のその後の質問では、冊子全体の感想や回答者ご自身のことについておうかがいいたします。アンケート用紙にはお名前を書かずにご回答ください。

ご回答いただいたアンケート用紙は、返信用封筒に入れて、〇月〇日(金)までにポストにご投函ください。アンケートの御礼として薄謝ではありますが、図書カード1,000円の謝礼を進呈させていただきます。

皆様にいただいた感想をもとに、介護施設に入居される方やご家族の皆様のためになるよう、この冊子をより良いものにしていきたいと思っております。ご協力のほど、よろしくお願い申し上げます。

本アンケートの実施についてご不明な点などがございましたら、下記までご連絡ください。

医療経済研究機構 担当:中西、中島

電話:03-3506-8529 FAX:03-3506-8528

(誠に勝手ながら、お電話は、月曜日～金曜日の10時～17時にお願いします。)

住所:港区西新橋1-5-11第11東洋海事ビル2階

# 「認知症をもつ高齢者の終末期における医療やケア」( 翻訳 )

## 【職員アンケート】

### 1. 冊子の感想についておうかがいします。

1-1. 冊子に書いてあるそれぞれの内容の説明について、自分は受け入れられると思ったかどうか、もっとも当てはまる番号にひとつ〇をつけてください。

全く受け入れられない

とても受け入れられる

	1	2	3	4	5
<b>自然な進行</b>					
①終末期に至るプロセス	1	2	3	4	5
②利用者さんが食べたり飲んだりできなくなったとき	1	2	3	4	5
③利用者さんが肺炎にかかったとき	1	2	3	4	5
④医療機関への入院が必要なとき	1	2	3	4	5
⑤心肺蘇生法	1	2	3	4	5
<b>終末期についての意志決定</b>					
①医療的なことを誰が決めるのか	1	2	3	4	5
②利用者さんが自分で判断できないとき、代理になって判断する人(ご家族)などの役割	1	2	3	4	5
③話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき	1	2	3	4	5
④治療をしないことと、何もしないこととの違い	1	2	3	4	5
⑤利用者さんの意思を尊重することと、安楽死との違い	1	2	3	4	5
<b>症状の緩和</b>					
①終末期にもっともしばしばみられる症状	1	2	3	4	5
②呼吸の問題	1	2	3	4	5
③利用者さんが感染症にかかったときの、抗生物質の投与	1	2	3	4	5
④利用者さんの呼吸が苦しそうなときの分泌物のコントロール	1	2	3	4	5
⑤酸素の吸入	1	2	3	4	5
⑥自分で意思表示ができない人の痛みのサイン	1	2	3	4	5
⑦不安や興奮の緩和	1	2	3	4	5
⑧その他の薬の投与	1	2	3	4	5
⑨食べたり飲んだりできなくなった利用者さんの感じ方	1	2	3	4	5
⑩静脈注射や点滴	1	2	3	4	5
⑪チューブによる栄養補給(経管栄養)をしないことと、中止することの違い	1	2	3	4	5
⑫食べたり飲んだりできなくなった利用者さんのその後	1	2	3	4	5
<b>旅立ちのとき</b>					
①旅立ちの準備	1	2	3	4	5
②利用者さんの意識がなくなったときの接し方	1	2	3	4	5
③旅立ちを迎える	1	2	3	4	5
<b>旅立ちの後</b>					
①利用者さんを見送った方の気持ち	1	2	3	4	5

## 「認知症をもつ高齢者の終末期における医療やケア」( 翻訳 )

### 【職員アンケート】

1-2. とくに慎重に考えなければならないと思われる以下の問題について、冊子の書き方は偏りがあると感じましたか。(ひとつに○)

	緩和ケア(※) に偏っている	延命のケアに 偏っている	バランスは これでよい
自然な進行④ 医療機関への入院が必要なとき (p.7)	1	2	3
自然な進行⑤ 心肺蘇生法 (p.8)	1	2	3
症状の緩和③ 利用者さんが感染症にかかったときの、抗 生物質の投与 (p.12)	1	2	3
症状の緩和⑩ 静脈注射や点滴 (p.15)	1	2	3
症状の緩和⑪ チューブによる栄養補給(経管栄養)をし ないことと、中止することの違い (p.16)	1	2	3

※緩和ケア：利用者さんの痛みや苦痛を和らげ、日々を快適に過ごすことを優先するケア。「常に快適なケア、ときに治療」を行う

1-3. 全体として、あなたが考える、ご家族にとってこの冊子が役に立つ程度を0から10点で評価するとしたら何点ですか。もっとも当てはまる数字ひとつに○をつけてください。

全く役に立たない	非常に役に立つ
0	10

### 2. 緩和ケアの考え方について


2-1. あなたは、認知症をもつ利用者さんの緩和ケアについて、教育を受けたいと思いますか。(ひとつに○)

1. はい(どのような領域について教育を受けたいか：)	)
2. いいえ(理由：)	)

2-2. 日本で一般的に、認知症をもつ高齢者のご家族の方は、緩和ケアについて情報を提供する冊子などを必要としていると思いますか。(ひとつに○)

1. はい	2. いいえ
-------	--------





認知症をもつ高齢者の  
終末期における医療やケア



## 自然な進行

- ①終末期に至るプロセス
- ②利用者さんが食べたり飲んだりできなくなったとき
- ③利用者さんが肺炎にかかったとき
- ④医療機関への入院が必要なとき
- ⑤心肺蘇生法

## 終末期についての意思決定

- ①医療的なことを誰が決めるのか
- ②利用者さんが自分で判断できないとき、代理になって判断する人（ご家族など）の役割
- ③話し合いの中で意見がぶつかり、納得できないことがあるとき
- ④治療をしないことと、何もしないこととの違い
- ⑤利用者さんの意思を尊重することと、安楽死との違い

## 症状の緩和

- ①終末期にもっともしばしばみられる症状
- ②呼吸の問題
- ③利用者さんが感染症にかかったときの、抗生物質の投与
- ④利用者さんの呼吸が苦しそうなときの分泌物のコントロール
- ⑤酸素の吸入
- ⑥自分で意思表示ができない人の痛みのサイン
- ⑦不安や興奮の緩和
- ⑧その他の薬の投与
- ⑨食べたり飲んだりできなくなった利用者さんの感じ方
- ⑩静脈注射や点滴
- ⑪チューブによる栄養補給（経管栄養）をしないことと、中止することの違い
- ⑫食べたり飲んだりできなくなった利用者さんのその後

## 旅立ちのとき

- ①旅立ちの準備
- ②利用者さんの意識がなくなったときの接し方
- ③旅立ちを迎える

## 旅立ちの後

- ①利用者さんを見送った方の気持ち

## この冊子の使い方

---

この冊子は、高齢者ご本人やご家族、医療従事者や介護職員の方に、終末期の医療やケアについて考えるための資料として海外の職員向けガイドを翻訳・作成したものです。

この冊子を参考資料としてお使いいただける場面を次のように想定しています。

- 早い段階から高齢者ご本人とご家族とで、終末期についての学びや話し合い
- 介護施設やその他の高齢者のための施設で、職員同士の勉強会・研修会
- 認知症をもつ高齢者へのケアに関心がある医療従事者のための勉強会・研修会
- 民生委員など、地域で高齢者を支える方への情報提供