

問5. 一般的に認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、以下ア～ケの臨床的状态はどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は一つ)

ケ 不十分なカロリー摂取総数

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	28	10.4	15	5.9
中程度に重要である	112	41.8	100	39.2
さほど重要でない	82	30.6	82	32.2
全く重要ではない	24	9.0	39	15.3
分からない	14	5.2	12	4.7
無回答	8	3.0	7	2.7
重要である(計)	140	52.2	115	45.1
重要ではない(計)	106	39.6	121	47.5

『不十分なカロリー摂取総数』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で10.4%、救急医で5.9%と、両者にあまり差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.090、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は1つ)

ア 命の尊厳・生命の崇高

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	147	54.9	133	52.2
中程度に重要である	76	28.4	75	29.4
さほど重要でない	15	5.6	28	11.0
全く重要ではない	8	3.0	6	2.4
分からない	15	5.6	6	2.4
無回答	7	2.6	7	2.7
重要である(計)	223	83.2	208	81.6
重要ではない(計)	23	8.6	34	13.3

認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで『命の尊厳・生命の崇高』をどれだけ重要だと考えるかきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で54.9%、救急医で52.2%と、ともに半数を超えておりほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.076、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。（それぞれ○は1つ）

イ 苦痛・苦しみの緩和

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	137	51.1	108	42.4
中程度に重要である	81	30.2	94	36.9
さほど重要でない	22	8.2	32	12.5
全く重要ではない	8	3.0	8	3.1
分からない	13	4.9	7	2.7
無回答	7	2.6	6	2.4
重要である(計)	218	81.3	202	79.2
重要ではない(計)	30	11.2	40	15.7

次に、『苦痛・苦しみの緩和』をどれだけ重要だと考えるかきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で51.1%、救急医で42.4%である。「中程度に重要である」を加えた『重要である(計)』は老年精神医の81.3%と、救急医の79.2%に、ほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.100、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。（それぞれ○は1つ）

ウ 科学的根拠に基づいた医療を実践すること

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	55	20.5	46	18.0
中程度に重要である	103	38.4	95	37.3
さほど重要でない	73	27.2	70	27.5
全く重要ではない	12	4.5	25	9.8
分からない	18	6.7	11	4.3
無回答	7	2.6	8	3.1
重要である(計)	158	59.0	141	55.3
重要ではない(計)	85	31.7	95	37.3

『科学的根拠に基づいた医療を実践すること』をどれだけ重要だと考えるかをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で20.5%、救急医で18.0%と、ほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.133、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は1つ)

エ 口褥瘡の発生

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	21	7.8	14	5.5
中程度に重要である	91	34.0	85	33.3
さほど重要でない	67	25.0	102	40.0
全く重要ではない	16	6.0	22	8.6
分からない	63	23.5	24	9.4
無回答	10	3.7	8	3.1
重要である(計)	112	41.8	99	38.8
重要ではない(計)	83	31.0	124	48.6

『口褥瘡の発生』をどれだけ重要だと考えるかをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で7.8%、救急医で5.5%とあまり差はみられないが、「さほど重要でない」は老年精神医の25.0%より救急医の40.0%が多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は1つ)

オ 主に本人の意向

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	152	56.7	122	47.8
中程度に重要である	62	23.1	75	29.4
さほど重要でない	19	7.1	28	11.0
全く重要ではない	5	1.9	8	3.1
分からない	23	8.6	15	5.9
無回答	7	2.6	7	2.7
重要である(計)	214	79.9	197	77.3
重要ではない(計)	24	9.0	36	14.1

『主に本人の意向』をどれだけ重要だと考えるかをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で56.7%、救急医で47.8%である。「中程度に重要である」を加えた『重要である(計)』は老年精神医の79.9%と、救急医の77.3%に、ほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.081、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は1つ)

カ 主に介護してきた家族の方の意向

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	139	51.9	115	45.1
中程度に重要である	113	42.2	119	46.7
さほど重要でない	3	1.1	10	3.9
全く重要ではない	3	1.1	1	0.4
分からない	4	1.5	5	2.0
無回答	6	2.2	5	2.0
重要である(計)	252	94.0	234	91.8
重要ではない(計)	6	2.2	11	4.3

『主に介護してきた家族の方の意向』をどれだけ重要だと考えるかきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で51.9%、救急医で45.1%である。「中程度に重要である」を加えた『重要である(計)』は老年精神医の94.0%と、救急医の91.8%に、ほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.135、自由度4であった。

問6. 認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、専門職として判断するうえで以下ア～キの課題をどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は1つ)

キ 主に介護してきた方以外の家族や親族の意向

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	26	9.7	25	9.8
中程度に重要である	119	44.4	79	31.0
さほど重要でない	90	33.6	108	42.4
全く重要ではない	17	6.3	27	10.6
分からない	9	3.4	10	3.9
無回答	7	2.6	6	2.4
重要である(計)	145	54.1	104	40.8
重要ではない(計)	107	39.9	135	52.9

『主に介護してきた方以外の家族や親族の意向』をどれだけ重要だと考えるかきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で9.7%、救急医で9.8%である。「中程度に重要である」を加えた『重要である(計)』は老年精神医の54.1%が、救急医の40.8%より多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.019、自由度4であった。

問7. あなたは終末期の定義や延命治療の不開始、中止等に関する一律な判断基準についてどう考えますか。
(○は1つ)

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
詳細な基準を作るべきである	65	24.3	57	22.4
医療チームが家族等と検討	173	64.6	165	64.7
わからない	15	5.6	7	2.7
その他	12	4.5	24	9.4
無回答	3	1.1	2	0.8

終末期の定義や延命治療の不開始、中止等に関する一律な判断基準についてどのように考えるかをきいたところ、「詳細な基準を作るべきである」は老年精神医で 24.3%、救急医で 22.4%、「医療チームが家族等と検討」は老年精神医が 64.6%、救急医が 64.7%で、ほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.062、自由度3であった。

問8. あなたの施設や地域には、延命のための処置を開始しないことや処置を中止することを話し合えるような、倫理委員会やコンサルテーションチームはありますか。(○は1つ)

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
ある	65	24.3	83	32.5
ない	160	59.7	154	60.4
わからない	40	14.9	16	6.3
無回答	3	1.1	2	0.8

あなたの施設や地域には、延命のための処置を開始しないことや処置を中止することを話し合えるような、倫理委員会やコンサルテーションチームがあるかをきいたところ、「ある」は老年精神医の 24.3%より、救急医の 32.5%が多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.002、自由度2であった。

問9. あなたの施設では事前指示書を使用していますか。事前指示書とは、患者が治療の選択について自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかを自分で決め、さらに自分で判断できなくなった場合に備えて代わりに判断してもらう代理人を指名した書面をあらかじめ作成しておくことです。(○は1つ)

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
している	46	17.2	42	16.5
していない	219	81.7	208	81.6
無回答	3	1.1	5	2.0

あなたの施設では事前指示書を使用しているかをきいたところ、「している」は老年精神医の17.2%と、救急医の16.5%にほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.866、自由度1であった。

問10. 仮に事前指示書を用いる場合には、どのような時期に患者や家族に説明をするのが適切だと思いますか。(○はいくつでも)

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
治療困難な病気と診断されたとき	151	56.3	144	56.5
治療方針が大きく変わったとき	129	48.1	135	52.9
病気の進行が死期に迫っているとき	156	58.2	145	56.9
患者や家族から相談があったとき	145	54.1	132	51.8
その他	22	8.2	12	4.7
わからない	18	6.7	13	5.1
無回答	22	8.2	26	10.2
回答計	643	239.9	607	238.0

仮に事前指示書を用いる場合には、どのような時期に患者や家族に説明をするのが適切だと思うかをきいたところ、「病気の進行が死期に迫っているとき」(老年精神医58.2%：救急医56.9%)と「治療困難な病気と診断されたとき」(老年精神医56.3%：救急医56.5%)が、上位2項目となっているが、「患者や家族から相談があったとき」(老年精神医54.1%：救急医51.8%)や「治療方針が大きく変わったとき」(老年精神医48.1%：救急医52.9%)も僅差で続いている。老年精神医と救急医にはほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.588、自由度5であった。

2.3. 回答者の属性

最後に、あなたご自身のことについてお答えください。

1. 性別 (○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
男性	423	43.8	229	85.4	250	98.0
女性	524	54.2	35	13.1	5	2.0
無回答	19	2.0	4	1.5	-	-

回答者の性別は、国民では「男性」43.8%、「女性」54.2%となっている。

老年精神医では「男性」85.4%、「女性」13.1%。

救急医では「男性」98.0%、「女性」2.0%となっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度1。

国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度1。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度1であった。

2. 満年齢 (○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
20-29歳	89	9.2	-	-	2	0.8
30-39歳	150	15.5	23	8.6	3	1.2
40-49歳	123	12.7	95	35.4	84	32.9
50-59歳	151	15.6	99	36.9	97	38.0
60-69歳	216	22.4	25	9.3	37	14.5
70歳以上	216	22.4	22	8.2	32	12.5

国民の年齢区分は、「60歳代」と「70歳以上」が22.4%で最も多くなっている。

老年精神医では「50歳代」(36.9%)と「40歳代」(35.4%)で7割を占めている。

救急医でも「50歳代」(38.0%)と「40歳代」(32.9%)で7割となっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度5。

国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度5。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度5であった。

3. あなたが最後に卒業された学校はどちらですか。中退、在学中も卒業とお考えください。(○は1つ)

	国民	
	回答数	割合(%)
中学	144	14.9
高校	388	40.2
短期大学・高等専門学校・専門学校	200	20.7
大学・大学院	212	21.9
無回答	22	2.3

教育歴(国民のみ)については、「高校」が最も多く 40.2%となっている。

4. あなたの世帯全体の年間収入(税込み)は、およそどのくらいですか。次の中からあてはまるものに○をつけてください。(○は1つ)

	国民	
	回答数	割合(%)
100万円未満	35	3.6
100万円以上300万円未満	290	30.0
300万円以上500万円未満	309	32.0
500万円以上1000万円未満	221	22.9
1000万円以上	48	5.0
わからない	32	3.3
無回答	31	3.2

世帯年収(国民のみ)については、「300万円以上500万円未満」が最も多く 32.0%、次いで、「100万円以上300万円未満」が 30.0%となっている。

5. あなたは最近5年間に病気や怪我で入院しましたか。(○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
入院した	186	19.3	44	16.4	53	20.8
入院していない	758	78.5	221	82.5	202	79.2
無回答	22	2.3	3	1.1	-	-

最近5年間で病気や怪我で「入院した」は、国民で 19.3%となっている。

老年精神医で「入院した」は 16.4%、救急医での「入院した」は 20.8%となっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.256、自由度 1。

国民と救急医の間の検定はP値=0.701、自由度 1。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.221、自由度 1であった。

6. 身近なご家族で最近5年間に病気や怪我で入院した方はいましたか。

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
いる	569	58.9	174	64.9	156	61.2
いない	388	40.2	91	34.0	97	38.0
無回答	9	0.9	3	1.1	2	0.8

最近5年間に病気や怪我で入院した身近な家族が「いる」は、国民で58.9%となっている。老年精神医で「いる」は64.9%、救急医での「いる」は61.2%となっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.067、自由度1。

国民と救急医の間の検定はP値=0.525、自由度1。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.344、自由度1であった。

7. あなたは、最近5年間に身近な大切な人の死を経験しましたか。(○はいくつでも)

<input type="checkbox"/>	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
家族を亡くした	263	27.2	65	24.3	83	32.5
親戚を亡くした	430	44.5	93	34.7	90	35.3
友人を亡くした	153	15.8	55	20.5	55	21.6
経験していない	250	25.9	95	35.4	73	28.6
無回答	13	1.3	5	1.9	2	0.8
回答計	1109	114.8	313	116.8	303	118.8

最近5年間に身近な大切な人の死を経験したかをきいたところ「経験していない」は、国民で25.9%となっており、7割以上が経験している。

老年精神医で「経験していない」は35.4%、救急医での「経験していない」は28.6%となっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.002、自由度3。

国民と救急医の間の検定はP値=0.019、自由度3。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.169、自由度3であった。

8. このアンケートに要した時間をお答えください。(○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
5分以内	138	14.3	27	10.1	37	14.5
5～10分	427	44.2	116	43.3	120	47.1
10～15分	227	23.5	85	31.7	70	27.5
15～20分	112	11.6	23	8.6	17	6.7
20分以上	54	5.6	14	5.2	10	3.9
無回答	8	0.8	3	1.1	1	0.4

このアンケートの記入時間は、国民では「5～10分」が44.2%で最も多くなっている。
「5～10分」は老年精神医(43.3%)、救急医(47.1%)でも最も多くなっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.037、自由度4。

国民と救急医の間の検定はP値=0.118、自由度4。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.352、自由度4であった。

Ⅲ 資料

英文誌文献レビュー (Pub Med)

一般人口調査

査読あり論文

1. 終末期ケアや死ぬ場所に対する日本人の選好：人口ベースの全国調査

出典：J Pain Symptom Manage. 2011 Dec;42(6):882-92.

著者：Fukui S, Yoshiuchi K, Fujita J, Sawai M, Watanabe M.

所属：Department of Community Health Nursing, Graduate School of Nursing, The Japanese Red Cross University, Tokyo, Japan.

背景：日本人に望まれる終末期ケアの場所は、終末期に関連した経験、認識、および知識によって影響を受ける可能性がある。

目的：本研究の目的は、日本人に望まれている終末期ケアや最期を迎える場所について明らかにし、経験・認識・知識によってもたらされる終末期ケアの選好が選ばれる際に何が決定要因になっているか識別することである。

方法：40 から 79 歳の日本人 2000 名に対して横断的全国調査を行った。

結果：55% (N = 1042) が回答した。終末期ケアの場所に関して、一般住民の約 44% は自宅を選択し、15%は病院、19%は緩和ケア病棟、10%は公的老人ホーム、2%は民間老人ホーム、そして残りの 11 %は分からないと選択した。多項ロジスティック回帰分析によって、以下の要因は、ケアの場所に対する人々の選好に影響を及ぼすことが明らかになった。1) 「定期的に病院を訪れること」や「親族の在宅死の経験」などの経験、2) 「日々当然のように自分の死について考えていること」や「在宅緩和ケア費用は入院費用に比べて低く適切であるという認識」といった認識、3) 「在宅看護」や「保険を使用した、医師や看護師による 24 時間の在宅緩和システム」といった知識などの要因であった。これらの要因は、在宅を選好する場合と比べて、病院や緩和ケア病棟や公的老人ホームを選好する際に相関していた。

結論：今回の知見は、終末期ケアの場所に対する人々の様々な希望に沿って、日本の終末期ケアシステムをより効果的に発展させるための一助となる。

2. 終末の意思決定に対する態度の比較：オランダの一般大衆および医師に対する調査。

出典：Soc Sci Med. 2005 Oct;61(8):1723-32.

著者：Rietjens JA, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G.

所属：Department of Public Health, Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, P.O. Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands.

要旨：オランダの一般大衆の各種状況における異なる種類の終末の意思決定に関する態度を研究し、医師の態度との比較を行った。質問票をイギリスの一般大衆 1777 名に郵送した（回答率 78%）。一般開業医、高齢者養護施設の医師および臨床専門家を含むオランダの医師合計 391 名に直接聞き取りを行った（回答率 81%）。調査および聞き取りとも、異なる患者のケースの仮説を用い、積極的な

終末、終末期の鎮静および考えられる結論としてのモルヒネの増量による早期死亡に対する態度について質問した。ロジスティック回帰分析によって大衆と医師の態度の差、ならびに一般大衆の間にみられる態度と個人の特性との関連性を評価した。

3. 認知症における延命治療および安楽死に対する大衆の態度.

出典 : Int J Geriatr Psychiatry. 2007 Dec;22(12):1229-34.

著者 : Williams N, Dunford C, Knowles A, Warner J.

所属 : Department of Psychological Medicine, Imperial College London, UK.

要旨 : 英国における認知症の場合の安楽死および延命治療に対する一般大衆の見解を導出するための横断調査。多様なサンプリング・フレームを用い、ロンドンならびに英国南東部の駅、地下鉄の駅、ショッピング・センター、診療所を含む多様なソースから参加者を得た。調査を試みた一般大衆 1,024 名のうち、206 名 (20.1%) は拒否または質問票への記入が不可能であった。本調査への参加拒否のもっとも一般的な理由は、英語の能力不足 (28.6%)、知覚困難 (7.8%) および理由の告知なし (37.9%) であった。質問票に回答した 818 名中、142 名が送り先をスタンプを捺した封筒を受け取り、うち 49 名が郵送にて返送した。残りの 676 名はその場で質問票に記入し、合計で 725 が質問票に回答した (回答率 71%)。重度の認知症になった場合に心臓発作後の蘇生を希望する者は 40%未満で、ほぼ 4 分の 3 がそのままの死亡を希望し、ほぼ 60%が医師の補助による自死を希望した。回答者は自分よりもパートナーに対する延命治療をより希望する傾向があり、安楽死については反対の意思を示した。白人の回答者は、黒人およびアジア人の回答者と比較して、延命治療を拒否して安楽死に同意する傾向が顕著に高かった。

4. 日本における終末期の延命治療 : 一般大衆の見解は病院で死亡した患者の遺族の見解を反映しているか?

出典 : Health Policy. 2010 Dec;98(2-3):98-106. Epub 2010 Jun 17.

著者 : Ikegami N, Ikezaki S.

所属 : Department of Health Policy & Management, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku City, Tokyo 160-8582, Japan.

要旨 : 一般大衆と病院で死亡した患者の遺族の延命治療に対する見解を比較するため、日本の都市で 2 つの自己記入式アンケート調査を行った。一般大衆調査については 20 歳の住民 1000 名を層化抽出して質問票を郵送し、うち 419 名 (42%) から回答を得た。遺族への調査は、同都市の 6 つの病院で死亡した患者の遺族 427 名に質問票を郵送し、うち 205 名 (48%) から回答を得た。一般大衆調査では 44% が LST について家族と協議し、30%は医師が患者または家族と協議すると考えた。家族ががんに罹患した場合には 57%が LST を希望せず、衰弱状態の場合には 69%が希望しなかった。遺族の調査では 39%が LST について患者と協議し、回答者の 80%が医師に従う意思を示した。23%ががんの場合の LST を希望せず、39%が衰弱状態での LST を希望しなかった。

5. どこで死ぬことを希望するか：死に場所に関する高齢者の志向の相関性

出典：Soc Work Public Health. 2009 Nov-Dec;24(6):527-42.

著者：Iecovich E, Carmel S, Bachner YG.

所属：Master's Program in Gerontology, Ben-Gurion University of the Negev, Beer-Sheva, Israel.

要旨：イスラエルの高齢者 1138 名を対象に実施した縦断的調査からデータを得た。結果によると、回答者の大部分が自宅での死を志向していた。自宅での死を志向する回答者は、結婚状態、経済状態、生活上の取り決めおよび居住場所を例外として、それ以外の場所での死を志向する回答者と社会人口統計学的特性に差がなかった。死に場所に対する希望から、他者と生活し、家族を信頼し、頻繁に社会的接触を持つ者が自宅での死を希むことが示された。

6. 日本社会における事前指示書に対する見解：集団ベースアンケート調査

出典：BMC Med Ethics. 2003 Oct 31;4:E5.

著者：Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I.

所属：Department of Biomedical Ethics, School of Health Science and Nursing, The University of Tokyo Graduate School of Medicine, 7-3-1 Hongo, Bunkyo-ku, Tokyo 113-0033, Japan.

要旨：東京都のある行政区の住民登録に記載されている住民から 560 名を層化無作為抽出し、自己記入式質問票を郵送した (n = 165, 567)。AD に関する相関係数と特定の希望との関連性を評価した。質問票を送付した 560 名中、合計 425 名が調査に参加し、回答率は 75.9%であった。本研究の結果から以下のことが示された。1) 対応が必要とされる最も重要な項目は、終末期の治療に特定のもの、ならびに診断および予後の開示であった。2) 参加者の大部分は自分の指示を文書ではなく口頭で家族および医師に伝えることを適当と考えていた。3) AD の設定に法的措置の強い要求はない。4) 家族および医師が自分の指示を大ざっぱに解釈することは許容しうる。5) もっとも適当な代理人は家族、親類または配偶者と考えられる。多変量解析から、以下の 5 因子が希望に顕著に関連していることが認められた。1) 生前の意志に関する認知、2) AD 使用の経験、3) 終末治療に関する希望、4) 情報開示に関する希望、5) 遺書作成の意思。

査読なし論文

7. カリフォルニアにおける調査：カリフォルニアにおける終末期ケアに対する態度(2006年11月)

所属：Lake Research Partners, California Healthcare Foundation

要旨：前年に“愛する相手”を失った者、アフリカ系アメリカ人ならびに広東語および標準中国語を話す California 住民に対するオーバーサンプリングをともなう、18 歳以上の California 州住民 1778 名を対象とした州全域にわたるデジタル通話による無作為抽出電話調査。2006 年 3 月から 4 月にかけて実施。サンプリング誤差 +/- 4%。追加フォーカスグループを“愛する相手”を失った 4 エスニック集団に設定。延命治療、EoL ケア計画、ホスピスケアおよび疼痛管理について質問。

8. AARP Massachusetts 終末期調査 (2005 年 8 月)

所属 : AARP および Massachusetts Commission on End of Life Care.

要旨 : 2005 年 3 月に 50 歳以上 AARP メンバー 3000 名を対象にした郵送調査。1448 名が回答 (回答率 48%)。サンプリング誤差 +/-1.7%。結果は年齢によって補正。終末期に関する協議、終末期ケアに対する懸念、疼痛管理および事前ケア計画について質問。

9. マリ・キュリーがんセンターによる調査 : イングランド、ウェールズおよびスコットランドにおける終末期ケアに対する優先順位および志向”

出典 : 1. Report by the Comptroller and Auditor General, HC 1043 Session 2007-2008, 26 November 2008. 2. NHS Next Stage Review document published 2007

著者 : I. J. Higginson

所属 : National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, 2003.

要旨 : 方法に関する情報なし。

10. Norfolk および Waveney にて実施した調査 : 死を管理する方法および Norfolk 郡と Waveney で死ぬこと

出典 : Report of the Norfolk Health Overview and Scrutiny Committee in partnership with Norfolk and Waveney Cancer Network (2005)

要旨 : 一般大衆 1100 名を対象とした態度、予想および経験に関する調査。Council District Areas の各人口統計的構造を反映させた Citizens' Panel of Norfolk County Council and Waveney から得た郵送調査。回答数 524 (回答率 48%)。一般大衆の 46 名、専門家 65 名およびフォーカスグループ 5 群によって調査を施行。

11. ICM/Endemol/BBC Poll. 一般大衆および遺族サンプルの調査 (2005 年)

出典 : NHS Next Stage Review document published 2007

要旨 : (一般大衆調査) BBC 2 TV の終末期ケアに関する番組用に準備。参加者 1027 名 (男性 45%、女性 55%)。イングランド、スコットランドおよびウェールズの広い社会的混合。サンプリング法/調査法/回答率の特記なし。報告によると一般大衆のうち死に方の希望について話し合った経験のある者は 34%にとどまった。65 歳以上の層でも 51%にすぎなかった。一方、65 歳以上の 3 分の 2 が遺書を作成していた。

(遺族サンプル調査) 過去 5 年間に近い者の死による強い苦痛を経験した者 500 名 (男性 41%、女性 59%)。パートナー/配偶者 10%、その他の家族 80%、友人 10%。サンプリング法/調査法/回答率の特記なし。イングランド、スコットランドおよびウェールズにて実施。

方法的関心に関する小規模一般人口質問票研究

1. 延命治療に関する高齢者の志向：障害、予後および疼痛の役割

出典：Death Stud. 1999 Oct-Nov;23(7):617-34.

著者：Coppola KM, Bookwala J, Ditto PH, Lockhart LK, Danks JH, Smucker WD.

所属：Brown University, Rhode Island, USA. kcoppola@monmouth.edu

要旨：延命治療に関する高齢者の志向は、健康状態および治療によって異なることが知られている。4組の健康状態シナリオに対し、50名の高齢者が4種類の延命治療に対する志向を示した。全体として以下の場合に延命治療に対する志向は低くなる：(a) 認知障害対身体障害、(b) 予後の機会がないと説明された場合対きわめてわずかな回復/改善の機会がある場合、(c) 苦痛がある場合。これらの所見は事前指示書に延命治療に関する志向を記録する方法に関する含意を有している。

2. 延命治療への志向の妥当性：将来の治療計画の意味

出典：Ann Intern Med. 1997 Oct 1;127(7):509-17.

著者：Patrick DL, Pearlman RA, Starks HE, Cain KC, Cole WG, Uhlmann RF.

所属：Department of Health Services, University of Washington, Seattle 98195-7660, USA.

要旨：生命を脅かす病気が発生する前に確立された治療への志向は実際の決定と異なる場合がある。その理由として、志向が変化すること、または将来の志向と結果とのつながりに対する不十分な理解があげられる。

(目的) 将来の治療への志向の妥当性をみるために、健康状態を点数付けさせたものとの一致をみることで評価する。

(デザイン) 多様な健康状態にある7つのコホート調査。家庭と病院における面談は、ベースライン時と6ヶ月、18ヶ月、30ヶ月時であった。

(設定) 広範囲シアトル地域。

(参加者) 慢性疾患、末期がん、AIDSの患者、または脳卒中生存者、またはナーシングホーム居住者であり、年齢は問わず大人。

(測定) 6つの治療への志向と5つの健康度合(7段階)との間の一致についてロジスティック回帰分析を行い、健康度合が1変化すると治療拒否のオッズ比が上がるように評価された。死よりもひどい状態では治療が拒否され、死よりも良い状態であれば治療は受け入れられるなどのよく考えられた志向においては一致をみた。不一致の理由については面談の最後で尋ねた。

(結果) 将来の治療を拒絶する確率、健康状態の評価につよく関連していた。すべての治療において、オッズ比は1.7から1.9 ($P < 0.001$)であった。患者が不一致した志向を示した場合、一貫した説明を受けたり、健康状態の評価を変えたり、合致させるために治療への志向を変えたりした。

(結論) 将来の延命治療に対する選好は収束的妥当性が高いことが示された。多くの人では、治療の志向は一貫した信念に基づいている。治療の志向と健康度合の間での一致や不一致によって、臨床医は患者の価値観や思考について探求する機会が与えられている。

3. 特別養護老人ホームの住民における、延命治療の利用に関する選好や医療についての委任状実施の決定

出典 : Arch Intern Med. 1991 Feb;151(2):289-94.

著者 : Cohen-Mansfield J, Rabinovich BA, Lipson S, Fein A, Gerber B, Weisman S, Pawlson LG.

所属 : Research Institute of the Hebrew Home of Greater Washington, Rockville, Md 20852.

要旨 : 103 人の特別養護老人ホームの居住者に対して、委任状を実行する機会が提供される間に行われる医療を決定する代理人を誰にしたいかについてインタビューを行った。彼らはまた、将来の認知機能が3段階のレベルにおかれた下での4種類の延命治療の使用に関する選好についても質問紙調査を受けた。彼らの選好に影響を与える因子、延命治療に関係する過去の体験、宗教的信念、個人的価値観などについても検討した。参加者は、将来の医療提供における意思決定代理人として、自分の息子や娘を選択する傾向がみられた。彼らの延命治療の利用に関する選好は、明確で一貫した傾向を示した。参加者の間でばらつきがあったものの、一般的には未治療を選択していた。将来の認知機能が低下した際には治療を選択する傾向はより少なくなっていたし、一時的治療というよりむしろ永続的な延命治療については辞退する傾向にあった。

医師に対する調査

査読あり論文

1. 高度認知症における経管栄養法 : 医師の知見に関する探究調査

出典 : Care Manag J. 2006 Summer;7(2):79-85.

著者 : Vitale CA, Hiner T, Ury WA, Berkman CS, Ahronheim JC.

所属 : St. Vincent's Hospital Manhattan, New York, NY 10011, USA.

要旨 : 本研究は、高度認知症における経管栄養法に関する医師の知見の評価を行い、老人病学における証明または他の医師の特性が医師の知見に関連しているか否かを探究するための郵送調査であった。経管栄養法に関する知見を評価するため、参加者に対し、一般的に引用されているがエビデンスに基づくものではない高度認知症における経管栄養法の徴候（反復性誤嚥性肺、異常嚥下の評価、異常な栄養パラメータ、不快な死亡の回避など含む）の重要度の採点を依頼した。高度認知症における経管栄養法に関する医師の知見と現在のエビデンスとの間に矛盾が認められ、高度認知症患者のより良い終末期ケアを究極的に提供するため、家庭医教育の改善の必要が示された。

2. 終末期ケアにおける死の早期化 : 医師の調査

出典 : Soc Sci Med. 2009 Dec;69(11):1659-66. Epub 2009 Oct 17.

著者 : Seale C.

所属 : Queen Mary University of London, Centre for Health Sciences, 2 Newark Street, London E1 2AT, UK.

要旨 : 患者 2923 名の治療を報告した英国の医師 3733 名に対する全国調査。結果から

死亡が報告された者のうち 8.5%で“終末の意思決定”（治療の提供、中止または保留）を行う時間がなかった。その他に 55.2%が死期を早めないという決定が推定されたと報告され、28.9%が死期を早めることを期待する決定をしたと報告された。その他 7.4%でいくぶん死期を早める意思を持っている状態での死亡が報告された。患者またはその他の者が死期を早める要求をした場合、医師は死期を早めることが期待される、または少なくともその意思があることを報告する傾向が強かった。医師は通常は同僚、親類および可能な場合には患者と協議を通して決定を行っていた。特に集中治療専門家は死期を早める意思の程度を報告し、またこれらの決定について協議する能力のない患者を有している傾向が強かった。緩和医療専門家は、患者から死期を早める要求を受けることの高い頻度が報告されているにも関わらず、終末を期待、または部分的には意図する決定を報告する傾向が最も小さかった。

3. 延命治療の抑制または中止に関する医師の決定

出典：Arch Intern Med. 2006 Mar 13;166(5):560-4.

Erratum in Arch Intern Med. 2006 Aug 14-28;166(15):1641.

著者：Farber NJ, Simpson P, Salam T, Collier VU, Weiner J, Boyer EG.

所属：Department of Medicine, Christiana Care Health System, Wilmington, Delaware 19899, USA.

要旨：一般医および分科専門一般医 1000 名を対象とした延命治療の保留または中止に関する調査。仮定の症例 32 例を含めた。一般医 1000 名中、407 名 (41%) が調査票に記入し、返送した。回答者の多数 (51%) が全 32 例のシナリオについて保留または中止の意思を示し、49%が少なくとも 1 例のシナリオについて保留または中止を考えなかった。結論として高い割合の一般医が延命治療の保留または中止について一部の患者の意思を遵守しない可能性を示した。臨床シナリオおよび治療の種類は、このような治療の保留または中止に関する一般医の決定に影響を及ぼした。

4. オランダにおける認知症患者における人工的栄養および水分補給の開始：頻度、患者の特性および意思決定プロセス

出典：Aging Clin Exp Res. 2007 Feb;19(1):26-33.

著者：van Wigcheren PT, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HR, Ooms ME, Ribbe MW, van der Wal G.

所属：Institute for Research in Extramural Medicine, Department of Public and Occupational Health, VU University Medical Centre, Amsterdam, The Netherlands.

要旨：認知症患者の多くが水分および栄養の経口摂取が不十分となり、人工的栄養および水分補給 (ANH) を開始するか否かの決定を行う必要が生じる。本研究では、オランダにおける高齢者養護施設の認知症患者における ANH の頻度を検査する。オランダのすべての高齢者養護施設医師 (NHPs) (n=1054) に質問票を郵送した。回答率は 77%であった。NHPs のうち 39%が 1 年間の研究期間中に ANH を開始し、大部分が皮下投与法によるものであった。オランダの総患者数から算出すると、高齢者養護施設の認知症患者における発生頻度は 100 患者年あたり 3.4 であった。

5. 高齢者養護施設の認知症患者における終末の意思決定に関する医師、看護師および縁者の態度

出典 : Patient Educ Couns. 2006 Jun;61(3):372-80. Epub 2005 Jun 21.

著者 : Rurup ML, Onwuteaka-Philipsen BD, Pasman HR, Ribbe MW, van der Wal G.

所属 : VU University Medical Center, Institute for Research in Extramural Medicine, Department of Public and Occupational Health, van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam, The Netherlands.

要旨 : 人工的栄養および水分補給 (ANH)、事前指示書、死期の早期化、自己決定および安楽死ならびに高齢者養護施設の方針に関する宣言 15 例が、認知症患者から意思、看護師および係累に示された。一般的に、医師、看護師および係累は、高齢者養護施設の認知症患者の終末の意思決定に関して多くの面で同意した。しかし、一部は意思決定と異なる結果を示した。

6. 高度認知症における栄養チューブ取り付けの実施を制限する障壁

出典 : J Palliat Med. 2003 Dec;6(6):885-93.

著者 : Shega JW, Hougham GW, Stocking CB, Cox-Hayley D, Sachs GA.

所属 : Department of Medicine, Section of 老人病学, The University of Chicago, Chicago, Illinois 60637, USA.

要旨 : 米国医師会マスターファイルから無作為抽出した医師 500 名に対する高度認知症における PEG チューブに関する医師の知見、信念および自己申告による習慣に関する郵送調査。適格参加者 416 名中 195 名が調査票に記入した (回答率 46.9%)。有意な数の医師が、高度認知症において PEG チューブが以下のベネフィットを有していると感じていた : 嚥下性肺炎の減少 (76.4%) ならびに圧迫潰瘍治療 (74.6%)、生存率 (61.4%) 栄養状態 (93.7%) および機能状態 (27.1%) の改善。大部分の医師が PEG を受けた患者の 30 日死亡率を過小評価し、半数以上の医師が高度認知症における PEG チューブが標準的治療法であると信じていた。

7. 延命治療使用における医師および看護師の志向

出典 : Nurs Ethics. 2007 Sep;14(5):665-74.

著者 : Carmel S, Werner P, Ziedenberg H.

所属 : Center for Multidisciplinary Research in Aging, Faculty of Health Sciences, Ben Gurion University of the Negev, Beer Sheva, Israel.

要旨 : イスラエルの総合病院に勤務する医師および看護師が、3 例の重度健康状態 (転移性がん、精神病および寝たきり/失禁) における LST 使用に関する志向に関連する構造的質問票に記入した。また参加者には、患者の意思、QOL、信仰および現行法など、志向に影響する要因についても質問した。医師および看護師とも、その他の 2 健康状態と比較して、転移性がん患者に対して LST を使用する傾向が低いことを示した。

8. 医師の信仰および終末期ケアに対する態度と行動

出典 : Mt Sinai J Med. 2004 Oct;71(5):335-43.

著者 : Wenger NS, Carmel S.

所属 : UCLA Division of General Internal Medicine and Health Services Research, 911 Broxton Plaza, Suite #309, Los Angeles, CA 90095-1736, USA.

要旨 : 宗教的特徴を有するイスラエルの 4 病院におけるユダヤ系医師 443 名を対象とした、終末に関する内容および治療慣行に関する態度および患者との意思疎通を質問する横断調査。

9. 患者、家族、医師およびその他の医療提供者による終末において重要と考えられる要素

出典 : JAMA. 2000 Nov 15;284(19):2476-82.

著者 : Steinhauser KE, Christakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA.

所属 : Veterans Affairs Medical Center (152), 508 Fulton St, Durham, NC 27705, USA.

要旨 : 重度疾病患者 (n = 340)、最近遺族となった家族 (n = 332)、医師 (n = 361) およびその他の医療提供者 (看護師、ソーシャルワーカー、牧師およびホスピスのボランティア、n = 429) を対象に 1999 年 3 月に実施した横断的層化無作為抽出全国調査。主要評価項目 : 終末におけるクオリティに関する 44 項目の重要性 (5 ポイント尺度) ならびに主要 9 項目の順位の 4 グループ間の比較。

10. 欧州の医師、看護師および家族の終末の意思決に関する態度 : ETHICATT 研究

出典 Intensive Care Med. 2007 Jan;33(1):104-10. Epub 2006 Oct 26.

著者 : Sprung CL, Carmel S, Sjokvist P, Baras M, Cohen SL, Maia P, Beishuizen A, Nalos D, Novak I, Svantesson M, Benbenishty J, Henderson B; ETHICATT Study Group.

所属 : General Intensive Care Unit, Department of Anesthesiology and Critical Care Medicine, Hadassah Hebrew University Medical Center, PO Box 12000, 91120, Jerusalem, Israel.

要旨 : 欧州 6 カ国における ICU に勤務する医師および看護師、ICU の患者ならびに ICU 患者の家族による質問票への回答について、QOL および人生の価値、ICU 治療、自発的安楽死および治療場所に関する比較を行った。質問票を 4,389 名に送付し、1,899 名 (43%) の回答を得た。患者 (51%) および家族 (63%) と比較して、医師 (88%) および看護師 (87%) は自身の意思決定において QOL をより重要と考えていた。末期症状と診断された場合、医療専門家は ICU への移動ならびに CPR および人工呼吸装置の使用を好まない (それぞれ 21%、8%、10%) 傾向が患者および家族より高かった (それぞれ 58%、49%、44%)。余命が短い末期症状の場合、自宅またはホスピスで過ごすことを好む傾向は患者 (58%) および家族 (48%) よりも多くの医師 (79%) および看護師 (61%) で高かった。