

11. 高度認知症患者における栄養チューブ取り付け：言語病理専門医の信念および慣行パターン

出典：Am J Speech Lang Pathol. 2009 Aug;18(3):222-30. Epub 2008 Dec 23.

著者：Sharp HM, Shega JW.

所属：Western Michigan University, MI, USA.

要旨：地理的に層化した無作為抽出法で選択した言語病理専門医 1,050 名に質問票を郵送した。回答率は 57%で、質問票 326 通が選択基準に適合した。SLP の 56%が高度認知症および嚥下困難の患者に対して PEG を推奨した。

12. 終末の意思決定の覚悟に関する腎臓専門医の報告

出典：Clin J Am Soc Nephrol. 2006 Nov;1(6):1256-62. Epub 2006 Sep 13.

著者：Davison SN, Jhangri GS, Holley JL, Moss AH.

所属：Division of Nephrology and Immunology, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada. sara.davison@ualberta.ca

要旨：米国 Renal Physicians Association (RPA) およびカナダ腎臓学会に所属する腎臓専門医に対し、終末の意思決定の慣行に関するオンライン調査への参加を依頼した。回答者 360 名中合計 39%が終末の意思決定について十分準備ができていることを理解しており、先年には 46 歳超の患者 6 名以上が透析を中止した。透析の意思決定に関する RPA/アメリカ腎臓学会のガイドラインを認識している場合、高いレベルの自己決定の覚悟とは、独立した関連性を示していた。

13. 終末期患者の生命維持治療の中止や差し控えに関する日本の医師の態度や行動：インターネット調査の結果

出典：BMC Med Ethics. 2007 Jun 19;8:7.

著者：Bito S, Asai A.

所属：National Hospital Organization Tokyo Medical Center, 2-5-1, Higashigaoka, Meguro-ku, Tokyo 152-8902, Japan.

背景：日本の医師が、特定の臨床状況下で終末期や虚弱高齢者への医療介入の中止や差し控えについてどのように考え行動するかについての証拠はまだ不十分である。

方法：日本の医師の生命維持治療の中止や差し控えに関する意思決定と行動を分析するために、我々は、重度の脳卒中後の昏睡に陥った高齢者患者を含む 3 つのシナリオを提示する横断的 Web ベースのインターネット調査を実施した。ボランティアの医師は、メーリングリストや医学雑誌を介して調査のために募集された。回答者は、すなわち生命維持治療の中止/差し控え、経管栄養や人工呼吸器の導入/撤退の意思決定についての態度や行動に関する質問に答えた。

結果：分析した 304 人の回答者のうち、大半はこれらのシナリオの下で経管栄養は開始すべきであると感じていた。わずか 18%において、重症肺炎や呼吸不全患者に人工呼吸器が装着されるべきであると感じていた。半数以上の回答者は昏睡状態が 6 ヶ月を超えて延長するとき、経管栄養が撤回されるべきではないと感じていた。わずか 11%が実際に経管栄養を撤回したと答えた。残りの半分は同意しなかったのに対し、半分の回答者は、これらの患者における経管栄養は“延命治療”であると認識していた。臨床倫理コンサルテーションを求めている医師は経管栄養の中止を支持していました (95%CI、2.5 から 16.3、 $P < 0.001$ 、OR、6.4)。

結論：医師は、生命維持治療の差し控えより中止についてより否定的な態度を抱く傾向にあった。一方で、彼らは、低侵襲で長期間にわたる経管栄養や人工呼吸器の導入などの侵襲的な延命治療を差し控えることは支持している。態度と実際の行動との間で不一致が実証された。終末期のケアの適切な意思決定のために、医師は体系的な支援を必要とする場合がある。

14. ターミナル ケアにおける意思決定：末期認知症や末期癌を含んだ終末期シナリオにおけるフィンランドの医師の治療決定についての調査

出典：Palliat Med. 2002 May;16(3):195-204.

著者：Hinkka H, Kosunen E, Lammi EK, Metsänoja R, Puustelli A, Kellokumpu-Lehtinen P.

所属：Kangasala Health Center, Finland. hhinkka@sci.fi

目標：ターミナルケアにおける医師の意思決定の過程は複雑である。特に致命的状況下においては、医療・倫理・法・心理的な側面がすべて関与している。ここでは、終末期の意思決定と個人的背景因子の関連について調べた。

方法：アンケートは、外科医 300 人、内科医 300 人、保健センター実践医 (GPS) 500 人とフィンランドにおけるすべての腫瘍専門医 82 名に対して送られた。回答率は 62% であった。末期がん患者と認知症患者の各々 2 つのシナリオが提示された。社会人口統計学的要因、一般的な生活価値観や終末期ケアに対する態度が調べられた。

主な結果：全回答者のうち、がんの場合 (シナリオ 1) 17%、認知症の場合

(シナリオ 2) 43% において積極的治療が選択された。シナリオ 1 の治療決定に関してロジスティック回帰分析をしたところ、医師の年齢、専門科、配偶者の有無、自殺幫助や延命治療 (LST) の中止に対する態度からなるモデルが導かれた。シナリオ 2 における変数は、医師の年齢、医師自身が家族の中で重篤な疾患を経験したか、延命治療の中止に対する態度や事前指示書に対する意見などであった。

結論：医師の終末期の決定は個人的な背景因子によって大きく異なる。今回の知見によって、患者の願いに従った決定がなされるための事前のコミュニケーションの重要性が強調された。

15. 高齢者における QOL の認識と延命治療に対する選好

出典：Arch Intern Med. 1991 Mar;151(3):495-7.

著者：Uhlmann RF, Pearlman RA.

所属：Department of Medicine, University of Washington, Seattle.

要旨：我々は、高齢者において、QOL の認識と延命治療に対する選好が関連があるかについて調査した。参加者は、慢性疾患を有する高齢外来患者 (N = 258) とその主治医 (N = 105) である。患者と医師はそれぞれ別に、患者の QOL と心肺蘇生や患者へ対する機械的人工呼吸に対する選好についてのアンケートに答えた。医師は患者に比べて、全体的な QOL、物理的な快適性、移動性、抑うつ、不安、家族関係について明らかにより低く点数をつけた。患者のほぼすべて QOL に対する認識、患者の治療への選好ではなく、医師の認識と明らかに関連があった。患者の全体的 QOL における患者医師間の合意、治療の選好に関する合意と明らかに関連がなかった。我々は、一般的に、プライマリーケア医は高齢外来患者の QOL

について患者自身より低くみていると結論付けた。さらに、医師が行う患者の QOL 推計は、医師の延命治療に対する態度と明らかに関連があった。しかしながら、患者においては、QOL への認識と延命治療に対する選好の間に関連は認められなかった。

査読なし論文

16. 日本老年医学会調査 (2011 年)

要旨：この調査は厚生労働省によって指揮された、栄養に問題のある認知症患者やその家族に対してどのような選択肢が提供されたかを調べるものであり、かれらに対応する医師の困難を理解するため、人工栄養療法を中止した経験とその理由、認知症患者のシナリオを用いた倫理的法的問題のテスト、人工栄養療法の導入や差し控えに関する知識のテストを行った。匿名の郵送調査が 2010 年の 10 月から 11 月にかけて行われた。標本：日本老年医学会会員 (n=4506)、回答者は 1554 名 (回答率 34.7%) であった。

事前指示書と意思決定代理人に関する論文

査読あり論文

1. 認知症における事前指示書：妥当性と有効性に関する問題

出典：Int Psychogeriatr. 2010 Mar;22(2):201-8. Epub 2009 Aug 10.

著者：de Boer ME, Hertogh CM, Dröes RM, Jonker C, Eefsting JA.

所属：Department of Nursing Home Medicine, EMGO Institute for Health and Care Research, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands.

背景：意思決定能力を失った患者において事前指示書は有用な道具と思われるかもしれないが、認知症におけるそれらの妥当性についてはよく議論されているわりに、実際の有効性についてはあまり知られていない。未治療や安楽死を支持している事前指示書に特に重点をおいて、認知症患者のケアを決定する際に事前指示書が貢献しているか評価する

方法：認知症における事前指示書の倫理的な議論に関した問題について要約し、認知症ケアの臨床現場における事前指示書の妥当性と有効性についての実証研究で知られたこととの関連をみる。

結果：倫理的な議論においては、認知症患者の現在の希望と事前指示書の希望が矛盾した場合に、どのように反応するかといったことに基本的に焦点が当てられている。(非常に限られた) 経験的データから、このようなケースでは、医療の意思決定において主となる要因は、患者の視点ではなく、医師の医学的判断や親戚の影響であることが示されている。認知症をもつ人々の事前指示書に関連した経験や希望についての洞察は、実証研究において完全に欠いていた。

結論：倫理と実践は 2 つの「異なった世界」であり、認知症の事前指示書の場合に、それらが接近してくる。それは明らかであり、しかしながら、実際に事前指示書を使用することは問題が残っており、事前安楽死時の事前指示書のすべて、それよりは少ない程度の無治療時の事前指示書において問題をはらんでいる。一般的には妥当と考えられていても、効果については限定的と思われる。認知症ケアに

おける事前指示書の（潜在的な）価値についてより実証した研究が勧められている。

2. コミュニケーション行為としての事前指示：無作為化比較試験

出典：Arch Intern Med. 2001 Feb 12;161(3):421-30.

著者：Ditto PH, Danks JH, Smucker WD, Bookwala J, Coppola KM, Dresser R, Fagerlin A, Gready RM, Houts RM, Lockhart LK, Zyzanski S.

所属：Department of Psychology and Social Behavior, 3340 Social Ecology II, University of California, Irvine, CA 92697-7085, USA.

背景：教育用の事前指示書は、代理人が患者の延命治療に対する意向を理解することを促進するという仮定に基づいて、終末期に患者の自己決定を維持するための手段として広く提唱されています。しかし、そういった教育が代理者の意思決定の精度を向上させるのに有効であるかどうかについて検討した研究はない。

参加者と方法：65歳以上であり自己指定の代理意思決定者（62%配偶者、29%子供たち）をもつ合計で401名の外来患者は、5つの実験条件のうち1つに無作為に割り付けられた。コントロール条件において、代理人は、患者が完成させた事前指示の助けがなくとも、9つの病気シナリオ下の4つの延命治療に対する患者の選好を予測した。コントロール条件と4つの介入条件の間で正確性を比較した。すなわち、代理人が、シナリオベースか価値ベースのいずれかの指示書を確認した後、また指示書の内容について議論をするかしないといった4つである。事前指示の補完によってえられる利点も、測定した。

結果：介入のいずれも、任意の病気シナリオまたは任意の治療のための代理人が代理に行う意思決定の精度を明らかに改善させなかった。議論への介入は、参加して勉強する前に事前指示を完成させていなかった患者における患者-代理人ペアを慰め、また代理人の理解を改善させた。

結論：我々の結果は、終末期における特定の患者の意向を尊重するための手段として教育用事前指示を提唱している現在の政策と法律に異議を唱えています。今後の研究では、代理人の意思決定を向上させる他の方法を探索し、事前のケア計画の有効性を評価する上で他の結果の価値を考慮する必要があります。

和文誌文献レビュー（医中誌）

一般人口調査

査読あり論文

1. 認知症高齢者の終末期医療に関する家族の意識調査 入院・外来患者について

著者：平澤秀人(平沢記念病院)，桐谷優子，秋山英恵，志摩佐登美，渋谷陽子，松島英介

出典：老年精神医学雑誌(0915-6305)18巻8号 Page884-891(2007.08)

要旨：認知症高齢者の終末期医療について入院患者(94例)と外来通院患者(193例)の家族に対して意識調査を行った。対象患者にはいわゆる周辺症状がみられ、認知症の程度は中等度～高度であった。これらのうち入院患者66例(70.2%)、外来患者97例(50.3%)の家族から回答が得られた。各設問において入院と外来で大きな差は認められず、終末期の急変時において積極的な延命処置を望まないとする回答が入院、外来とも90%以上であった。また、その判断が本人の意向とされる割合は入院、外来とも50%程度であった。がんやホスピスの患者を対象に行った調査に比べて本人の意向が少なかつたが、認知症では慢性の経過をとり終末期まで「死」に直面する機会が少ないためと思われた。しかし認知症は理解・判断能力が徐々に低下していくことを考えると早い時期に、「終末期医療」「延命処置」についてできれば本人も交えて話し合う必要がある。

2. 高齢患者の終末期医療選択についての定性調査 (A Qualitative Exploration of Elderly Patients' Preferences for End-of-Life Care)

著者：Hattori Ayako(名古屋大学 医学系研究科老年科学)，Masuda Yuichiro, Fetters Michael D, Uemura Kazumasa, Mogi Nanaka, Kuzuya Masafumi, Iguchi Akihisa

出典：JMAJ: Japan Medical Association Journal(1346-8650)48巻8号 Page388-397(2005.08)

要旨：日本の高齢者の終末期医療に対する願望を明らかにし、介護者の理解を深めるために本調査を行った。大学病院入院中の高齢患者17名および関連の外来患者病院に通院中の高齢患者13名に対し、1)終末期医療に対する願望、2)自己の疾患の情報に対する願望、および3)死の意味について、面接形式で質問した。終末期医療に対する願望には、家族、健康状態、個人的経験、医師との関係、生と死の概念など種々の

因子が影響していた。これら因子に関連した願望は面接中に時々変化したが、「安らかな死」の願望には変化がなかった。緩和ケア従事者は、終末期医療に対する高齢者の願望が、彼ら自身の意思決定能力によって違い、意思決定の過程で変化する可能性があり、また家族の配慮が意思決定に強く影響するが、安らかな死の願望は堅固なものであることを理解するべきである。

3. 一般高齢者と入院高齢患者における終末期ケアの意向に関する比較調査

著者：松井美帆(米国)

出典：厚生指標(0452-6104)53巻1号 Page22-26(2006.01)

要旨：一般高齢者と入院高齢患者の終末期ケアに関する意識を比較することを目的に、老人クラブ会員である一般高齢者313名(平均年齢75.4±5.4歳)と大学病院内科病棟入院患者52名(同72.7±4.7歳)へ、「終末期の療養場所」「延命治療」「リビング・ウイル(書面による生前の意思表示)」に関するアンケート調査を実施した。その結果、終末期の療養場所の希望については、一般高齢者では自宅が44.6%と最も多かったのに対し、入院高齢患者では今まで治療を受けた病院が52.1%と最も多かった。延命治療の意向については、人工呼吸器、人工栄養で有意差が認められ、一般高齢者では「医師の判断に任す」が最も多かったのに対し、入院高齢患者では「希望しない」と回答した者が最も多かった。また、リビング・ウイルについては、一般高齢者では賛同する者が72.8%であったのに対し、入院高齢患者では賛同する者は55.8%で、有意差が認められた。

4. 入院高齢患者の終末期ケアに関する意向

著者：松井美帆(山口大学 医学部保健学科), 井上正規

出典：生命倫理(1343-4063)13巻1号 Page113-121(2003.09)

要旨：入院経験により医療の実情に多少とも理解があると考えられる入院高齢患者を対象に、アドバンス・ディレクティブに関する意向を明らかにした。65歳以上の入院患者で、病名が告知され、体力的に約30分の面接が可能なものとした。末期患者、認知障害を認めるもの、精神科受診中のものは除外した。構成的質問紙を用いて面接による聞き取り調査を行った。延命治療に関する意向は、6つの医療処置すべて全体では「希望しない」47.1~54.9%が最も多く、次いで「医師の判断に任す」、「家族の意向に任す」であった。アドバンス・ディレクティブを支持するものは全体の55.8%で、男性より女性に有意に多く、支持する理由で最も多いのは「家族が判断するため」51.7%であった。家族のアドバンス・ディレクティブの意向の是非については「従う」37%に対し、「内容による」55%が上回った。

5. アルツハイマー病の病名告知と終末期医療に関する介護家族の意識調査(原著論文)

著者：山下真理子(済生会中津病院 神経内科)，小林敏子，松本一生，藤野久美子

出典：老年精神医学雑誌(0915-6305)15巻4号 Page434-445(2004.04)

要旨：アルツハイマー病(AD)患者の介護家族38人(女性28人、男性10人)を対象に、AD患者に対する病名告知の是非、ADの終末期医療内容について質問紙調査を施行した。ADの病名告知に関しては現時点の患者に対しては39%、患者が病初期であったならば74%の家族が患者への病名告知を希望、家族自身がADに罹患した場合は97%で告知を希望するという結果を得た。家族が患者のために希望する終末期医療は、経管栄養による延命29%、補液もせず自然経過にまかせるが26%が多かった。家族自身がADに罹患した場合には半数近くが補液もせず自然経過にまかせることを希望した。終末期医療について意志表明をしている患者は23%であり、87%の家族が意志表明をしておきたいと希望していた。痴呆高齢者の生活の質や尊厳ある終末を保障するため、病名告知や終末期医療に関する事前指示の検討が必要と考えられた。

6. 終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査

著者：松下哲(東京都老人医療センター)，稲松孝思，橋本肇，高橋龍太郎，高橋忠雄，森真由美，木田厚瑞，小沢利男

出典：日本老年医学会雑誌(0300-9173)36巻1号 Page45-51(1999.01)

要旨：対象562人、73.4歳±8.6歳(平均±標準偏差)、男女比1:1.7より回答を得た。終末期での病名告知は60%が希望し、余命日数の告知希望率は53%に減少した。早期がんで根治可能な場合の病名告知希望率は65%にとどまった。配偶者が終末期にある場合、配偶者への告知希望率は42%に低下した。終末場所の希望は自宅64%、病院24%であった。終末の医療では、自然の寿命に任せて欲しいは80%、延命医療に徹するは9.3%であった。自己決定不能状態になったときの水分栄養補給は経管栄養8.7%(胃ろう2.7%、経鼻管6.0%)、点滴39%、何もしないは42%で、痛みのケアは麻薬使用40%で、終末期の輸血30%、手術37%、酸素吸入56%、抗生物質投与37%、気管切開・人工呼吸器使用11%であった。

医療職に対する調査

査読あり論文

1. 【老年医学・高齢者医療の最先端】 終末期医療 終末期における人工的水分・栄養補給法に関する医師の意識変化 3つの国内調査の結果から(解説/特集)

著者：会田薫子(東京大学 大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター)

出典：医学のあゆみ(0039-2359)239 巻5号 Page564-568(2011. 10)

要旨：終末期医療において対応が難しい医療行為のなかでも、人工的水分・栄養補給法(AHN)に関する意思決定には、その他の医療行為以上の困難が伴っており、AHNに関する医療者の意識変化をとらえることは、終末期医療の諸課題に対応するために有用であると考えられる。そこで本稿では、著者らが実施した3つの国内調査の結果から、高齢者医療にかかわっている日本人臨床医が、高齢の終末期患者におけるAHNについてどのような意識を有しているかを探った。その結果、経年的にAHNの差し控えを“餓死”として強く反発する医師は少なくなる傾向がみられた。しかしAHNを行わずに看取ることには家族やスタッフ側の心理的負担が伴うため、看取る側の心理的負担軽減のために点滴を行うことを是とする医師が大多数であることが示された。

2. 安楽死・尊厳死に関する患者、医師、看護師の意識差

著者：平岡敬子(呉大学 社会情報学部福祉情報学科)，山内京子，生嶋美春，飯塚陽子，高田泉，武井功子，藤尾睦美，上野直子，西山志津子

出典：日本看護学会論文集：看護総合(1347-815X)34号 Page72-74(2003. 12)

要旨：安楽死・尊厳死に対する患者、医師、看護師の意識の差を明らかにすることを目的にアンケートを実施し、患者550名、医師1141名(うち、開業医833名、勤務医201名、医学生82名など)、看護師549名の計2240名より回答を得た(回収率56.7%)。その結果、安楽死については、患者は7割以上が肯定的で積極的な評価をしているのに対し、医師や看護師は慎重な態度をとっていることが示された。一方、尊厳死については、患者、医師、看護師のいずれも8割以上が「賛成」「どちらか」と賛成の肯定的な回答をしていた。また、安楽死に肯定的な回答をしていた者は、尊厳死についても肯定的な回答をしていた。医師は、キャリアが短いほど尊厳死に賛成する回答が多くなるのに対し、看護師は年齢が高くなるほど賛成する傾向があることが分かった。

3. 高齢者終末期医療 高齢者は何処へ行くのか 終末期医療に対する認識

著者：浅井幹一(藤田保健衛生大学 医学部一般内科), 佐藤芳, 天野瑞枝

出典：日本老年医学会雑誌(0300-9173)45 巻 4 号 Page391-394(2008.07)

要旨：医師および医学生、看護師、介護職に対して、終末期医療に対する意識をアンケートにより調査し比較検討した。有効回答数は 902 で、回答率は 65.2%であった。延命治療に関しては医師が最も否定的であるが、終末期医療における説明について医師は十分であると感じても、他職種からみると不十分と感じられることが少なくなかった。リビングウィルの取り扱いについては、法律を制定すべきとする考えが多かった。看取は、施設での終末期の看取りに賛成するものが多いが、介護職では施設の方針や体制によるとする意見が多く見られた。在宅終末期医療については、かつて在宅で看取りを行った経験や、在宅療養支援診療所の届出をしていることが促進する因子として挙げた。介護職は、終末期医療に対する意識が他職種と少し異なっている可能性に留意する必要がある。

4. 患者、家族および医療従事者に対する「高齢者の終末期医療」についての意識調査

著者：水川真二郎(杏林大学 医学部高齢医学)

出典：日本老年医学会雑誌(0300-9173)45 巻 1 号 Page50-58(2008.01)

要旨：患者、家族および医療従事者に対する「高齢者の終末期医療」についての意識調査を行った。対象は 65 歳以上の高齢患者 148 名(平均 78 歳)、患者を直接介護している家族 76 名(平均 61 歳)、医師 105 名(平均 54 歳)、看護師 784 名(平均 29 歳)、介護職員 193 名(平均 42 歳)の計 1306 名であった。1)「高齢者の終末期」とは「生命予後の危機」との回答が医師 75%、看護師 91%、介護職員 73%に対して家族 52%、患者 61%と有意に少なかった。「日常生活動作の低下」との回答がそれぞれ 23%、8%、24%に対して 45%、36%と有意に多かった。2)「高齢者の終末期医療」で重要な要素は「鎮痛・苦痛除去」「死に対する不安の解除」「友人・家族とのコミュニケーション」「尊厳を持った扱い」との回答が各群で多かったが、「信条・習慣への配慮」との回答は医療群に比し患者・家族群で有意に少なかった。また、「在宅死」についても同様に患者・家族群で有意に少なかった。

5. 【緩和医療における輸液】 終末期がん患者への輸液療法:現状と課題 医師の考え方と態度に関する全国調査から

著者：志真泰夫(国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟)，森田達也，安達勇

出典：緩和医療学(1345-5575)6巻2号 Page99-106(2004.04)

要旨：2000年12月に行った全国調査の結果を紹介し、それにもとづいて終末期がん患者に対する輸液療法の現状と問題点について考察した。消化管閉塞を伴う進行胃癌の仮想症例で、50%は1000ml/日の輸液を選択し、24%は1500ml/日以上を輸液を選択した。悪液質を伴う進行肺癌では、58%が1000ml/日、26%は500ml/日以下、または「輸液しないこと」を選択した。輸液療法に積極的な医師の特徴は、生理的な栄養・水分必要量を重視する、輸液は症状緩和に効果的である、輸液は必要最低限のケアである、であった。

平成23年度地域医療基盤開発推進事業

「終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究」

終末期医療についての意向と実態に 関する全国調査

宛名のご本人の方がご記入ください

<調査票への回答方法>

- それぞれの質問について、最もあてはまる番号を選んで○をおつけください。
- ご回答は、質問の順番に従って、できるだけ最後までお願いします。

ご記入頂きました調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、2週間以内にご投函くださいますようお願いいたします。

なお、調査結果はすべて統計的に処理され、個人情報明らかにされることは一切ありません。

平成23年10月

研究代表者 慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学 教授 池上 直己

【問い合わせ先】

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室

専任講師 吉村 公雄(よしむら きみお)

住所：〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

TEL：03-3353-1211(ext 62711)

FAX：03-3225-4828 (月～金：9：00～17：00)

E-mail：kyoshimu@hpm.med.keio.ac.jp

＜終末期医療についてのご対応やご意見をお尋ねします＞

問 1. あなたは、終末期における延命医療について、ご家族と話し合ったことがありますか。(○は1つ)

- 1 十分に話し合っている
- 2 話し合ったことがある
- 3 全く話し合ったことがない

問 2. あなたは、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などを記載した書面を、あらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。(○は1つ)

- 1 賛成である
- 2 反対である
- 3 わからない

→ (「1. 賛成である」をお選びの方) → (問3へ)
(補問) 実際に書面を作成していますか。(○は1つ)

- 1 作成している
- 2 作成していない

問 3. あなたは、治療の選択について自分で判断できなくなった場合には、誰に医師と相談して決めてもらいたいですか。(○は1つ)

- 1 家族・親戚、親しい友人のうち、自分のことを一番よく分かっている一人の方が代表して医師と相談して決めてほしい
- 2 家族・親戚、親しい友人達が集まって話し合い、医師と相談して決めてほしい
- 3 関ってもらえそうな家族、親戚、親しい友人はいない/思いつかない
- 4 わからない

問 4. あなたは、どのような治療を受けたいか自分で判断できなくなった場合に備えて、家族・親戚、親しい友人の中から、あなたに代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについてどう思いますか。(○は1つ)

- 1 賛成である
- 2 反対である
- 3 わからない

問 5. 前の問4とは逆に、家族・親戚、親しい友人から、治療の内容について代わって判断してもらいたいと頼まれた場合、引き受けますか。(○は1つ)

- 1 引き受ける
- 2 引き受けようとは思わない
- 3 わからない

[ここから先の質問では、あなたご自身が回復の難しい状態になった場合の、治療に関するご希望を伺います。]

問 6. もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような治療を希望しますか。

—あなたのご病状—

末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくい、呼吸が苦しいといった状態です。しかし、痛みはなく、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、さらに状態は徐々に悪化して死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 6-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

1 病院	2 介護施設	3 在宅
------	--------	------

問 6-2. 下記ア～クの治療を望みますか。(○は1つ)

	望む	望まない	わからない
ア 抗がん剤や放射線による治療	1	2	3
イ 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	1	2	3
ウ 口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴	1	2	3
エ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること(中心静脈栄養)	1	2	3
オ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること(経鼻栄養)	1	2	3
カ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること(胃ろう)	1	2	3
キ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)	1	2	3
ク 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)	1	2	3

問 7. もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような治療を希望しますか。

—あなたのご病状—
 慢性の重い心臓病が進行して悪化し、今は食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態です。しかし、意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

—医師の見解—
 「回復の見込みはなく、徐々に悪化して死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 7-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

1 病院	2 介護施設	3 在宅
------	--------	------

問 7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(○は1つ)

	望む	望まない	わからない
ア 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	1	2	3
イ 口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴	1	2	3
ウ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること(中心静脈栄養)	1	2	3
エ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること(経鼻栄養)	1	2	3
オ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること(胃ろう)	1	2	3
カ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)	1	2	3
キ 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)	1	2	3

問 8. もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような治療を希望しますか。

—あなたのご病状—

認知症が進行して悪化し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態にまで衰弱が進んでいます。

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 8-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

1 病院	2 介護施設	3 在宅
------	--------	------

問 8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(○は1つ)

	望む	望まない	わからない
ア 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	1	2	3
イ 口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴	1	2	3
ウ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること(中心静脈栄養)	1	2	3
エ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること(経鼻栄養)	1	2	3
オ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること(胃ろう)	1	2	3
カ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)	1	2	3
キ 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)	1	2	3

問 9. もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような治療を希望しますか。

—あなたのご病状—

交通事故で強く頭を打ち、既に半年間以上意識がなく、管から栄養をとっている状態ですが、衰弱が進んでいます。

—医師の見解—

「回復の見込みはほぼなく、いずれ肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 9-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

1 病院	2 介護施設	3 在宅
------	--------	------

問 9-2. 下記ア～ウの治療を望みますか。(○は1つ)

	望む	望まない	わからない
ア 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること	1	2	3
イ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)	1	2	3
ウ 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)	1	2	3

<フェイスシート>

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）

1 男性	2 女性
------	------

2. 満年齢（○は1つ）

1 20-24 歳	2 25-29 歳	3 30-34 歳
4 35-39 歳	5 40-44 歳	6 45-49 歳
7 50-54 歳	8 55-59 歳	9 60-64 歳
10 65-69 歳	11 70-74 歳	12 75 歳以上

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）

1 中学（小学校・高等小学校を含む）
2 高校（旧制中学を含む）
3 短期大学・高等専門学校・専門学校（高卒後3年以内の教育）
4 大学・大学院

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）

1 100万円未満（月額8万円未満）
2 100万円以上～300万円未満（月額8万円～25万円未満）
3 300万円以上～500万円未満（月額25万円～42万円未満）
4 500万円以上～1,000万円未満（月額42万円～83万円未満）
5 1,000万円以上（月額83万円以上）
6 わからない

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）

1 入院した	2 入院していない
--------	-----------

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。

1 いる

2 いない

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)

1 家族を亡くした

2 親戚を亡くした

3 友人を亡くした

4 経験していない

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)

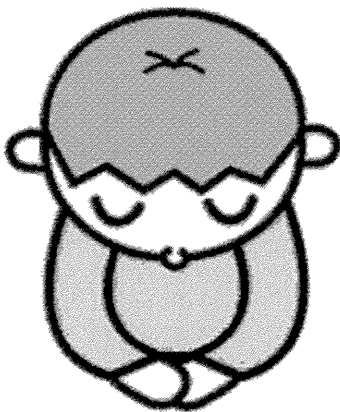
1 5分以内

2 5分～10分

3 10分～15分

4 15分～20分

5 20分以上



長い間ご協力
くださいまして、
ありがとうございました。

平成23年度地域医療基盤開発推進事業
「終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究」

医師向け調査

宛名のご本人の方がご記入ください

＜調査票への回答方法＞

- それぞれの質問について、最もあてはまる番号を選んで○をおつけください。
- ご回答は、質問の順番に従って、できるだけ最後までお願いします。

ご記入頂きました調査票は、同封の返信用封筒(切手不要)に入れ、2週間以内にご投函くださいますようお願いいたします。

なお、調査結果はすべて統計的に処理され、個人情報明らかにされることは一切ありません。

平成23年10月

研究代表者 慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学 教授 池上 直己

【問い合わせ先】

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室

専任講師 吉村 公雄 (よしむら きみお)

住所：〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

TEL：03-3353-1211(ext 62711)

FAX：03-3225-4828 (月～金：9：00～17：00)

E-mail：kyoshimu@hpm.med.keio.ac.jp

2部構成になっております。第1部では、終末期医療に関して医療職としてのご対応やご意見を伺います。

＜終末期医療へのご対応やご意見をお尋ねします＞

問1. あなたの担当される患者でお亡くなりになる方はおよそ何名くらいですか。
(○は1つ)

- 1 1ヶ月に1名以上
- 2 半年に1名程度
- 3 1年に1名程度
- 4 亡くなることはまずない

問2. あなたの勤務している病棟や施設では、死が間近い患者の治療方針について、医師や看護・介護職員等の関係者が集まって十分な話し合いが行われていますか。(○は1つ)

- 1 十分行われている
- 2 一応行われている
- 3 ほとんど行われていない
- 4 死が間近い患者に関っていない

問3. 死が間近い患者の治療方針について、医師や看護・介護職員等の間に意見の相違がおこったことがありますか。(○は1つ)

- 1 ある
- 2 ない
- 3 死が間近い患者に関っていない

問4. 患者(利用者)が亡くなった後、家族の悲しみに対して施設として対応する体制は整備されていますか。(○は1つ)

- 1 はい
- 2 いいえ
- 3 わからない