

厚生労働科学研究費補助金 (地域医療基盤開発推進研究事業)  
分担研究報告書

人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた文献レビューおよび予備調査

研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授 筑波大学 ヘルスサービス開発研究センター センター長
研究協力者	羽成恭子	筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻 博士課程
研究分担者	柏木聖代	東京医科歯科大学 教授
研究分担者	濱野淳	筑波大学医学医療系 講師
研究分担者	Thomas D. Mayers	筑波大学医学医療系 助教
研究分担者	堀田聰子	慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科 教授
研究協力者	Joshua Gallagher	筑波大学大学院人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻 修士課程
研究協力者	小竹理奈	筑波大学医学群医学類
研究協力者	宮田澄子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 客員研究員 介護老人保健施設 ごぎょうの里 施設長
研究協力者	柏木志保	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 客員研究員
研究協力者	川邊万希子	筑波大学大学院人間総合科学研究科ヒューマン・ケア科学専攻 博士課程
研究協力者	Bryan J. Mathis	筑波大学医学医療系 助教

研究要旨

「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票を作成するに先立ち、事前調査として、人生の最終段階の医療に関する国内外の文献レビュー、過去に実施された人生の最終段階における医療に関する意識調査の振り返り、および小規模のアンケート調査を予備調査として実施した。これらの研究結果から得られた知見を、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の調査票作成および、調査後分析へ反映させたので報告する。

調査票：一般国民票作成に関して

文献レビューからは、アドバンスケアプランニング（ACP）に関する研究は、単に事前指示書作成状況のみならず、そのコミュニケーションに重きが移行してきていることが分かった。これは ACP における 3 つの構成要素（考えること・話し合いを行うこと・書面の作成）のうち、考えることや話し合うことの重要性にも関心が広がっていることを示していると考えられた。ACP は個々人の価値観、人生のゴール、将来の医療ケアに関する好みを理解し共有することで、成人を支援するプロセスと定義されていることも加味すると、人生の最終段階における医療に関する意識調査において、話し合う前のステップである“自身で人生の最終段階について考えること”に関する質問項目が必要であると考え新設した。また、人生

の最終段階の医療に関する話し合いを進めるためのアプローチを追及するため、未だ話し合いを行っていないと回答する人に対しては、なぜ話し合いを行っていないのかの理由を尋ねると共に、話し合いを始めるタイミングやきっかけを探る質問を充実させた。加えて、人生の最終段階の医療に関する意思決定や事前指示書作成に関する質問では、これらに関して法的整備を整える諸外国を参考にした政策等を今後日本において検討していくことも考慮して、これまで同様、法的効力をもつことに関する国民の意見を尋ねた。

人生の最終段階に希望する療養場所に関しては、質問の設定によっては介護施設を選択する回答者の割合が増加していることを鑑み、経年変化をみるために今回も質問紙票に加えることとした。そしてこれまで、人生の最終段階に希望する療養場所と最期を迎える場所については区別して問われておらず、今回の質問紙では区別して尋ねることとした。なお、質問紙票を作成する際は、回答者が回答しにくくならないよう、倫理的配慮の必要が少ない項目・問い方を工夫した。

#### 調査票：医師票・看護師票・介護職員票および施設票作成に関して

医療介護提供者や施設長を対象とする調査票作成の際は、国のガイドラインに沿った体制等の整備が進んでいない施設に対してはその理由も検索し、整備状況の改善に寄与する検討が必要と考えた。また、これまでの調査対象に老人保健施設を含んでいなかったが、今後のニーズの把握のため、新たに調査対象に含めることとした。

#### 意識調査実施後に得られた結果を分析する際の留意点

意識調査実施後に得られた結果を分析する際には、5年毎に実施される「人生の最終段階における医療に関する意識調査」は、毎回質問項目が異なるものが含まれていることや、回答者の背景が異なっていることを考慮した上で、過去の同調査との比較を行う必要があると考えられた。また、ACP への関心や、実践に関しては、調査対象者の帰属性によって結果が異なる可能性を考慮した分析が必要である。また、過去の調査では、医療介護提供者において、人生の最終段階に提供を推奨する医療の種類に差があることが示唆されているが、人生の最終段階で国民が望む医療と医療介護提供者が提供を勧める医療に差があるかは不明瞭であり、今回の調査結果を踏まえて分析を検討する必要があると考えられた。

## A. 研究目的

人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票を作成するのに先立ち、文献レビューと予備調査を行ったので、これらを総括として報告する。

1. アドバンスケアプランニングに関する国内外文献レビューおよび「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」のレビュー
2. 海外の国民レベルの終末期医療に関する意識調査文献レビュー
3. 諸外国および地域における人生の最終段階

## に関連するガイドラインの収集と考察

4. 過去3回分の人生の最終段階における医療に関する意識調査結果のふりかえり
5. 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査

なお、いずれの調査も H28 年度分の研究報告として既に報告済みであり、詳細は各報告書を参照されたい。

これらの結果は、平成 29 年度に実施した人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票作成へ反映し、また、同調査から得られた結果を分析する際に参考とした。

## B. 研究方法 および C. 研究結果

(いずれも各研究ごと記載する)

### 1. アドバンスケアプランニングに関する国内外文献レビューおよび「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」のレビュー

#### 二

(羽成恭子・田宮菜奈子・濱野淳)

[研究方法]

アドバンスケアプランニング (以下 ACP) に関する国外文献に関しては、PubMed、を用い、ヒトを対象とした研究において、advance care planning OR advance care directive AND review AND Cochrane をキーワードとし、2017 年 5 月までに掲載された文献を検索した。また、Cochrane Library を用いて advance care planning OR advance care directive AND review をキーワードとし、2017 年 5 月までに Cochrane review として掲載された文献を検索した。検索された文献のうち、アドバンスケアプランニング・事前指示書作成に関するレビューを包含基準とし、がん以外の特定の疾患の患者を対象とした研究、研究対象者が医療者のみの研究、救急・ICU 領域における研究、介護施設のみにおける研究、経済効果に関する研究は除外した。一方国内の文献に関しては、医学中央雑誌を用いて、アドバンスケアプランニング AND 原著論文をキーワードとし、2017 年 5 月までに掲載された文献を検索した。検索された文献のうち、人を対象としたメタアナリシスもしくは RCT、準 RCT、比較試験を抽出し、その中で市民・外来患者を対象とした意識調査をレビューすることとした。

「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」のレビューは、公開されている同調査の結果や考察をレビューした。

[結果]

国外文献の概要は、表 1-①:“アドバンスケアプランニングに関する国外文献レビューに用いた文献概要”に記載した。Carmen H.M. Houben<sup>1</sup>らの

調査にて、1999～2005 年、2006～2012 年の期間は 1992～1998 年と比較して、単に事前指示書作成に焦点をあてた介入よりも、事前指示書作成も含めたコミュニケーションに焦点をあてた介入が有意に多いことが示された。また、ACP は成人における事前指示書の完成を増加させ、End-of-life (EOL) ケアの希望に関する患者と医療者の話し合いを増し、患者の希望と実際に受ける EOL ケアの一致をもたらすことが明らかとなった。しかし、どのような ACP アプローチがベストなのかはわからないとしている。一方 Elizabeth Weathers<sup>2</sup>らのレビューでは、多くの文献で ACP は患者の知識などを向上させる有益性が語られているが、その結果患者の症状マネジメントや EOL ケアの質がどう変わったかの効果を評価する比較試験は行われていないことを指摘した。Christine R Durbin<sup>3</sup>らは、文章と言語もしくは映像を加えた複合的教育アプローチが、単一のアプローチより有意に事前指示書作成率を増加させることを示した。Stephanie Johnson<sup>4</sup>らのレビューでは、がん患者においては 36～47%が現在もしくは今後のヘルスケアに関する意思決定に家族を含むことを望む一方で、34.4%においては自分自身で決めることを好むことを示した。Jolien J Gludemans<sup>5</sup>らは、プライマリケア提供者の実臨床における ACP の実態を調査した。ほとんどの医師が、終末期もしくは命に係わる疾患による苦痛がある患者に対して ACP を主導的に行っていると報告した。一方で健康な高齢者の回答では、プライマリケア提供者と ACP の話し合いをしたという人は 15%であったとの報告もあり、患者はプライマリケア提供者が報告するほど ACP を行っているとは思っていないことを示した。

国内文献の概要は、表 1-②:“アドバンスケアプランニングに関する国内文献レビューに用いた文献概要”に記載した。Nishie らの論文によると<sup>6</sup>、岡山県在住の 50 歳以上の一般市民 1000 名のうちリビングウィルへの関心がある人は全体の 77%

であった。島田らの論文によると<sup>7</sup>、終末期医療の希望に関する伝達状況は、会話も記録もある人が10.0%、会話のみある人が39.0%、会話も記録もない人が47.6%と、記録より会話による方法をとることが多いという結果であった。西岡らの論文によると<sup>8</sup>、後期高齢者（75歳以上）の63%、74歳以下の76%が終末期の医療やケアについて自己決定を望む結果となった。研究対象者は高齢者医療をテーマにした市民公開講座に参加した一般市民210名である。一方で、松井らの論文によると<sup>9</sup>、延命治療の意向について医師や家族に任せたいという非自己決定群が58.6～61.1%みられた。

J-HOPE 研究に関しては、5つの研究結果をレビューした。「本邦における End-of-Life (EOL) discussion の実態」<sup>10</sup>では、回答した遺族のうち80.6%で医療者と EOL discussion の場がもたれていた。そして、EOL discussion をもった場合、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なく、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されている。「療養場所の意思決定プロセスの実態および家族への影響について」<sup>11</sup>では、療養場所の意思決定において、家族の負担感を軽減するためには、早期から療養の場所を決めることや、家族の心情や価値観を共有するケアの必要性を示唆している。「心肺蘇生に関する望ましい意思決定の在り方について」<sup>12</sup>では、心肺蘇生に関する説明・相談の改善のためには、「プライバシーが保たれた場所で行う」「何回かに分けて、時間をかけて行う」「質問できる雰囲気をつくる」「心の準備に合わせて説明する」「気持ちや心配を尋ねる」「CPR の具体的な成功率を説明する」ことが有効であることが示唆されたと報告している。「意思決定における困難感について」<sup>13</sup>では、意思決定における家族の全体的な困難感は、患者や医師と家族の意見や希望の相違と関連があることが示唆されたとしている。「死を前提とした話

や行動をすることと遺族の後悔」<sup>14</sup>では、我が国では、家族が患者と死についての話をするより、死を前提とした行動を十分にとることが遺族の後悔の軽減に重要と考えられると述べている。

#### 〔考察〕

ACP は、2000 年頃より、単に事前指示書を記載するだけではなく、患者と家族や医療者がコミュニケーションをとりながら人生の最終段階における医療等を考えていくことに重きがおかれてきている。ACP は患者の希望と実際に提供される人生の最終段階のケアの一致をもたらしているが、具体的にどのようなアプローチがよいのかに関しては明らかにはなっていない。また、ACP が行われたことで、提供されたケアの質がどう変化するかに関しても、未だ確立されたエビデンスは認められない。

ACP や事前指示書への関心や、実際どの程度臨床の場で行われているかに関する報告は、国内外問わず各文献によって異なる。主に医療者側が ACP の主導を担う報告があるが、人生の最終段階における医療に関して、自分自身で決めたいと考えている人がいる一方で、家族や信頼する医療者が決定することを受け入れている人がいることも示された。これは、調査設定や調査対象者の帰属性が影響している可能性がある。人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票作成にあたっては、これらを踏まえた分析ができるような調査設計が必要であると考えられる。

J-HOPE 研究からは、EOL discussion をもった場合、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なく、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されており、何等かの話し合いを国民に促すことは、わが国においても意義あることであることが示唆された。また、我が国において人生の最終段階における医療のあり方について、より多くの国民の意見を収集するためには、JHOPE 研究の対象とされている専門的がん緩和

ケアサービスを利用した母集団に限らない患者・遺族群や一般市民に対して、倫理的配慮の必要が少ない項目を調査することが望ましいと考えられた。

## 2. 海外の国民レベルの終末期医療に関する意識調査文献レビュー

(Joshua Gallagher・羽成恭子・田宮菜奈子)

### [方法]

Medline で選択基準を以下のキーワードで検索した: 「government survey」 OR 「national survey」 OR 「NPO」 OR 「NGO」 OR 「department of health」 OR 「ministry of health」 OR 「national strategy」 OR 「government strategy」 OR 「government project」 OR 「national program」 OR 「national program」 OR 「public policy」 AND 「end-of-life」。また、「2015 QOD(Quality of Death 死の質)指数」<sup>15</sup>を参考に、終末期医療の先進的な対策を有する国を特定し、各国個別にその根拠となる文献を調べた。調査内容は類型分類ごとに分析を行った。

### [結果]

最終的に6つの文献をレビューした

(Table2)。「How to Have a Good Death.」<sup>16</sup>はイギリスで行われた調査でACPに関する内容を含む。主な結果としては、一般国民の34%が終末期医療の希望を他人に話した、3%がGP(一般医師)と終末期医療の希望を話したことはある、8%がリビングウィルを作成したと報告されている。「British Attitudes Survey」<sup>17</sup>はイギリス国民に、死ぬこと及びそれまでのプランについて話し合う事に対する意識調査である。この調査では一般国民の12%が死の話が不快であり、5%が事前指示書を作成した。また、一般国民の67%が自宅で死を迎えたいと答えている。「NCPD and Dying Matters Survey」<sup>18</sup>はイギリスの一般国民と医師を対象に行われた調査で、一般国民の場合、36%がACPを聞いたことはなく、51%が相手の終末期における希望を知らず、6%が事前

指示書を作成していた。一般医師の場合は、40%が他人に終末期における希望を伝え、6%が事前指示書を作成したと報告している。「Survey for Bereaved Family Members(VOICES)」<sup>19,20</sup>はイギリスの保健省によって実施された遺族調査である。79%の患者が自宅で死を迎えたかった、また、79%の遺族が患者の病状を知っていたと回答したと示された。「Community Attitudes to Palliative Care Issues」<sup>21</sup>はオーストラリアで実施された国民意識調査で、回答者の75%が「緩和ケア」の言葉を聞いたことはあり、46%が緩和ケアの行う所は自宅だと答えた。「Canadians' Views on Palliative Care」<sup>22</sup>はカナダで実施された国民に対する緩和ケアに関する意識調査である。55%がターミナルケアの言葉を聞いたことがあり、ACPに関しては、43%が終末期医療の希望を他人に話し、また、6%が事前指示書を作成したという結果が得られている。「人生の最終段階における医療に関する意識調査」<sup>23</sup>は日本で国民と医療介護提供者を対象とした意識調査で、一般国民の3%と医師の5%が意思表示の書面を作成していた。加えて、一般国民の49%と医師の58%が家族と話し合ったことはあると答えたと報告されている。

### [考察]

当該調査の結果、国民を対象とした終末期医療に関する意識調査は、イギリスで行われた研究が多かった。日本では一般国民の49%が人生の最終段階に関して家族と話し合ったことがあると回答したが、イギリスでは34%が終末期医療の希望を他人に伝えていると回答しており、イギリスにおいても話し合いが十分とは言えない可能性がある。なお、日本以外の全ての国において、患者のエンド・オブ・ライフの意思決定を管理する法的条件がすでにあることは、各国の調査内容が異なることや、結果が異なることに関連する一つの要因かもしれない。

### 3. 諸外国および地域における人生の最終段階に 関連するガイドラインの収集と考察

(Thomas D. Mayers・柏木志保・川邊万希子・Bryan J. Mathis・Joshua Gallagher・田宮菜奈子)

#### [方法]

諸外国および地域における人生の最終段階に関連するガイドラインの収集と考察を行った。ガイドラインはインターネットを使用して収集した。収集したガイドラインの、国名、ガイドライン名、出版社・協会、発行年、頁数、要点、人工的水分および栄養補給の関連頁、法令に関する情報、人工的水分および栄養補給の保留と中止の基準、URL、末期における意思決定での家族の役割を選定し表に示した。その上でガイドラインの傾向を特定し、それらの内容と構造を考察した。

#### [結果]

結果は表3：各ガイドラインの要点に示す。17の国及び地域により55のガイドラインが集められ、全てのガイドラインは2000年以降に発行され、その内33(60%)が2012年以降の発行であった。各ガイドラインは医療専門家、患者およびその家族、または両者を対象としており、対象となる読み手は多様であった。

38(70%)のガイドラインが法的問題や関連のある法律の情報を含んでいたが、7(12.7%)の日本のガイドラインの内それらの情報を含んでいたのは1つのみ(高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として、2012、日本老年医学会)であった。また、48(87%)のガイドラインが治療の保留と中止の情報を含んでいた。

47(86%)のガイドラインが質の高いEOLケアの提供には、多様な専門分家から構成されるチームケアの重要性を強調していた。

#### [考察]

近年発行されたガイドラインは社会的な要求に対応するかたちで作成、または更新されており、将来的に、ガイドラインの作成・改定には利用者

のフィードバックが重要であることが明らかとなった。

25頁以下の簡潔なガイドラインがある一方、医療専門家のための詳細なガイドラインも必要性であると考えられた。また、EOLケアには、患者とその家族を含む、全ての者を対象とした教育が必要になるので、多様なガイドラインの作成が必要である。特に治療の保留や中止など道徳上の問題が生じる可能性が高い場合には、多様なガイドラインの作成が必要となると考えられる。しかしそのようなガイドラインを整備しても、終末期には判断が難しい決断をする機会が少なくないので、一人に決断を任せるのではなく、多くの専門家から構成されるチームによる共同で意思決定を下すべきであることは、いくつかのガイドラインに明示してある通りと考えられた。

なお、法律に沿って作成された包括的なガイドラインの場合は、該当する法律の詳細についても記載すべきである。今回収集した大多数のガイドラインには、法律の情報が記載されていた。しかし、日本のガイドラインには直接的な法に関する情報の記載はなかったが、「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として」の巻末には「本ガイドラインの主張に賛同する法律家」が明記されていた。これらの法との関係は我が国の課題であろう。

### 4. 過去3回分の人生の最終段階における医療に 関する意識調査結果のふりかえり

(小竹理奈・羽成恭子・宮田澄子・田宮菜奈子)

#### [方法]

平成4年以降、約5年おきに実施されている意識調査のうち、直近3回の調査、「終末期医療に関する調査」(2003年2月実施)、「終末期医療に関する調査—命を支える医療を目指して—」(2008年3月実施)、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2013年3月実施)に関し

て比較調査を行い、調査対象、調査内容、調査結果の違いを検討した。

#### [結果]

2017年に実施する以前の直近3回の意識調査<sup>24-26</sup>の調査対象者、フェイスシート項目、調査項目、回収結果等についての概要は表4-①に、直近3回の意識調査で同じ質問、あるいは同系統の質問をしているものの結果は表4-②に示す。やや文言は変更されているが、3年間ほぼ同様な質問は、末期状態の患者に対する医療の在り方・療養場所、リビングウィル/意思表示の書面と患者の意思の確認方法の2項目に関する質問であった。療養場所に関する選択項目では、2013年から「病院」「自宅」や「老人ホーム」「介護療養型医療施設」といった表記から「居宅」「医療機関」「介護施設」の3つの選択肢のみに変わっている。なお、2013年からは、病院、診療所、介護老人福祉施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況の実態調査を目的として、施設長調査が加わった。

治る見込みがなく死期が迫っている場合の療養場所では一般国民では3回とも医療機関もしくは自宅での療養を望むものが多く、介護施設を選択するものは少なかった。リビングウィルもしくは意思表示の書面の作成に関しては賛成するものが3回いずれにおいても全対象者において過半数を超え、増加傾向にあった。代理人による意思表示に関しては賛成であるものが3回いずれとも全対象者において過半数を超えていた。終末期医療における治療方針について医療福祉従事者間で意見の相違が起こったことがあるかに関しては、平成15年に看護師で過半数が「ある」と答えていたものの、平成25年までに全職種において「ある」との回答は減少傾向にあり、平成25年には全対象者において「ない」と答えたものが過半数を超えていた。

#### [考察]

調査票は毎年、種々工夫された結果、これらの調査間での質問の削除や変更（視点の変更、想定条

件の変更等）が多かった。また、これら3つの意識調査における限界は、いずれも全体での回収率が50.7%、46.0%、36.7%と低く、さらに平成20年、平成25年の調査では一般国民の回答者のうち60歳以上の占める割合が38.0%、45.9%と高く、調査結果はこれを加味して解釈する必要がある。

末期状態の患者に対する医療のあり方に関して、様々な状態で検討が行われているが、全対象者において、末期状態のどの場合でも人工呼吸器といった生命維持のための特別な治療を望まないもしくは中止を選ぶものが多く、末期状態における積極的な延命医療を選択しない傾向にあることがうかがえる。また、医療介護提供者は、担当患者へ勧める医療において、胃ろう・中心静脈栄養などの治療の中止を考えるものは多いものの、水分点滴の治療になると中止を考えることを選択するものは少なかった。

末期状態での療養場所に関しては、介護施設の需要の増加がうかがえる。

なお次回調査では、施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況が進んでいない理由も検索し、整備状況の改善に寄与する検討が必要と考える。また、これまでの調査では老人保健施設を含んでいなかったが、今後のニーズの把握は重要であろう。

#### 5. 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査

(羽成恭子・田宮菜奈子・濱野淳・柏木聖代)

#### [方法]

調査対象は、2016年10月1日に開催された第7回小田原市立病院市民公開講座「がんを知ろう！早期発見から治療まで」の参加者とし、無記名式自記式アンケート調査を実施した。質問項目、a)自分の人生の最期について考えた経験があるか、b)自分の人生の最期についてあらかじめ考えておく必要性を感じているか、c)がん医療に対する安心感尺度(6項目から成り、それぞれが7点のLikert

scale をもつ)<sup>27</sup>、d) 病気は治る見込みがなく死期がせまっている (6 か月程度あるいはそれより短い期間を想定) 際に、どこで最期を迎えたいか等に関して、関連する要因を検討した。

#### 【結果】

小田原市立病院市民公開講座への参加者 114 名から回答を得た (回収率 81%)。欠損データを除いた 101 名を解析対象とし (有効回答率 71.6%、男性 35.6%、60 歳以上 39.6%、医療介護関係者 53.5%)、自分の人生の最期について考えたことがあると答えたのは 81 名 (80.2%) であった。単変量解析の結果 (Table5-①) を踏まえ多変量解析を行うと、50 歳以上 ( $p=0.020$ )、あらかじめ自分の最期について考えておく必要性を感じている場合 ( $p=0.008$ ) に有意に自分の人生の最期について考えたことがあるという結果を得た (Table5-②)。自分の人生の最期について考えた経験のある人 81 名における考えるきっかけは、“家族や親しい人が亡くなる“が 41 名 (50.6%) で最も多かった。次いで”自分の年齢“が 37 名 (43.4%)、”自分の病気“30 名 (37.0%)、”自然災害 (地震や洪水など) “22 名 (27.2%) が続いた。

また、同質問紙調査において死期が迫っている時に、最期を迎える場所として自宅を選択する人はどのくらいいるのか、また、地域のがん医療に対する安心感は自宅を選択することに関連があるかを分析した。欠損値のある回答者を除いた 96 名を解析したところ (有効回答率 68.1%)、病気は治る見込みがなく死期がせまっている想定において、33 人 (34.4%) が自宅で最期を迎えたいと回答した。解析対象者全員における地域のがん医療に対する安心感尺度平均値は 26.7 点、中央値 27 点であった。多変量解析の結果、地域のがん医療に対する安心感尺度が 29 点以上 ( $p=0.042$ ) で有意に最期を迎える場所として自宅を選択することが示された (Table5-③)。

#### 【考察】

今回の調査では、年齢が 50 歳以上となること

と、あらかじめ人生の最終段階について考える必要性を感じていることが、有意に自分の人生の最終段階について考える経験を促進する可能性が示された。人生の最終段階について考えた具体的なきっかけを探った質問結果も含めて考えると、自分自身の実感として死や年齢を意識することが、人生の最終段階について考えることを促進することにつながると解釈することができる。また、地域のがん医療に対する安心感が高いと、最期を迎える場所として自宅を選択することが示唆された。自宅で最期を迎えることを考える際に、地域で支える医療に関する不安を軽減することは、自宅で最期を迎えたいと希望する人を増やす可能性が考えられた。なお、この意識調査の最も大きな限界は、調査対象者の選択バイアスである。今回の結果を一般国民へ反映する際にはこの調査対象者の選択バイアスは念頭におく必要がある。

#### D. 考察

これら各調査から得られる考察のまとめ及び、それを踏まえた調査票作成にむけての方針

##### 調査票：一般国民票作成に関して

アドバンスケアプランニング (ACP) に関する研究は、単に事前指示書作成状況のみならず、そのコミュニケーションに重きが移行してきていることが分かった。これは ACP における 3 つの構成要素 (考えること・話し合いを行うこと・書面の作成) のうち、考えることや話し合うことの重要性にも関心が広がっていることを示していると思われた。ACP は個々人の価値観、人生のゴール、将来の医療ケアに関する好みを理解し共有することで、成人を支援するプロセスと定義されていることも加味すると、人生の最終段階における医療に関する意識調査において、話し合う前の

ステップである“自身で人生の最終段階について考えること”に関する質問項目が必要であると考  
え新設した。また、人生の最終段階の医療に関する話し合いを進めるためのアプローチを追及す  
るため、未だ話し合いを行っていないと回答する  
人に対しては、なぜ話し合いを行っていないのか  
の理由を尋ねると共に、話し合いを始めるタイミ  
ングやきっかけを探る質問の充実をはかった。加  
えて、人生の最終段階の医療に関する意思決定や  
事前指示書作成に関する質問では、これらに関し  
て法的整備を整える諸外国を参考にした政策等  
を今後日本において検討していくことも考慮し  
て、これまで同様、法的効力をもつことに関する  
国民の意見を尋ねた。人生の最終段階に希望する  
療養場所に関しては、質問の設定によっては介護  
施設を選択する回答者の割合が増加しているこ  
とを鑑み、経年変化をみるために今回も質問紙票  
に含めた。そしてこれまで、人生の最終段階に希  
望する最期を迎える場所については問われてお  
らず、今回の質問紙では区別して尋ねることとし  
た。なお、質問紙票を作成する際は、回答者が回  
答しにくくならないよう、倫理的配慮の必要が少  
ない項目・問い方を工夫した。

#### 調査票：医師票・看護師票・介護職員票および 施設票作成に関して

国のガイドラインに沿った体制等の整備が進  
んでいない施設に対してはその理由も検索し、整  
備状況の改善に寄与する検討が必要と考えた。ま  
た、これまでの調査対象に老人保健施設を含んで  
いなかったが、今後のニーズの把握のため、新た  
に調査対象に含めた。

#### 意識調査実施後に得られた結果を分析する際 の留意点

5年毎に実施される「人生の最終段階における  
医療に関する意識調査」は、毎回質問項目が異な  
るものが含まれていることや、回答者の背景が異

なっていることを考慮した上で、過去の同調査と  
の比較を行う必要があると考えられた。また、  
ACPへの関心や、実践に関しては、調査対象者の  
帰属性によって結果が異なる可能性を考慮した  
分析が必要である。

過去の調査では、医療介護提供者において、人  
生の最終段階に提供を推奨する医療の種類に差  
があることが示唆されているが、人生の最終段階  
で国民が望む医療と医療介護提供者が提供を勧  
める医療に差があるかは不明瞭であり、今回の調  
査結果を踏まえて分析を検討する。

### **E. 結論**

人生の最終段階における医療に関する意識調  
査の調査票を作成するに先立ち、事前調査を行っ  
た。これらの結果を調査票に反映し、調査後の分  
析の参考としていくこととなった。

### **F. 研究発表**

なし

### **G. 知的財産権の出願・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**

- 1) Carmen H.M. Houben, Martijn A. Spruit, Miriam T.J. Groenen: Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. JAMDA,2014; 15 477-489
- 2) Elizabeth Weathers, Ronan O’Caoimh, Nicola Cornally: Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. Maturitas,2016; 91 101-109.

- 3) Christine R. Durbin, Anne F. Fish, Jean A. Bachman, et al: Systematic review of educational interventions for improving advance directive completion. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42:3, 234-241
- 4) Stephanie Johnson, Phyllis Butow, Ian Kerridge: Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, 2016; 25 362-386.
- 5) Jolien J Glaudemans, Eric P Moll van Charante, Dick L Willems: Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Fam Pract*, 2015; 32 16-26.
- 6) Nishie Hiroyuki, Mizobuchi Satoshi, Suzuki Etsuji, et al: Living will interest and preferred end-of-life care and death locations among Japanese adults 50 and over: a population-based survey. *Acta Medica Okayama*, 2014; 68 巻 6 号 339-348.
- 7) 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子ら: 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景. *日本老年医学会雑誌* 2015; 52 巻 1 号 79-85.
- 8) 西岡弘晶, 荒井秀典: 終末期の医療およびケアに関する意識調査. *日本老年医学会雑誌* 2016; 53 巻 4 号 374-378.
- 9) 松井美帆, 森山美知子: 終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因. *生命倫理* 2004; 14 巻 1 号 65-74.
- 10) 山口崇. 終末期の話し合い (End-of-Life discussion) の実態と終末期の患者 quality of life・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (J-HOPE3) . 2016:50-54.
- 11) 荒尾 晴恵. 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける 家族の負担感に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 3 (J-HOPE3) . 2016:96-101.
- 12) 木澤義之. 心肺蘇生に関する望ましい意思決定のあり方に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3) . 2016:129-134.
- 13) 清水 恵. がん患者の家族が経験する意思決定における困難感 に関する研究. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3) . 2016:188-194.
- 14) 森 雅紀. 終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否か についての遺族の後悔. 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3) . 2016:182-187.
- 15) Economist Intelligence Unit. 2015 Quality of Death Index 情報源 : [/www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf](http://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf)
- 16) CM/Endemol/BBC Poll. Survey of general public. 2005. [www.icmresearch.com/endemol-for-bbc-how-to-have-a-good-death-general-public-survey-03-03-06](http://www.icmresearch.com/endemol-for-bbc-how-to-have-a-good-death-general-public-survey-03-03-06). 調査内容 : [www.cybermanual.com/search?q=how+to+have+a+good+death](http://www.cybermanual.com/search?q=how+to+have+a+good+death)
- 17) British Attitudes Survey 30. 2012 [www.bsa.natcen.ac.uk/media/38723/bsa30\\_full\\_report\\_final.pdf](http://www.bsa.natcen.ac.uk/media/38723/bsa30_full_report_final.pdf)
- 18) NCPC: DYING MATTERS SURVEY 2014 : [www.comresglobal.com/wp-content/themes/comres/poll/NCPC\\_Dying\\_Matters\\_Data\\_tables.pdf](http://www.comresglobal.com/wp-content/themes/comres/poll/NCPC_Dying_Matters_Data_tables.pdf)
- 19) Office of National Statistics, 2014. National Survey of Bereaved People (VOICES-SF) 2013. London: ONS. [Online] : [www.ons.gov.uk/ons/publications/re-reference-tables.html?edition=tcm%3A77-366284](http://www.ons.gov.uk/ons/publications/re-reference-tables.html?edition=tcm%3A77-366284)
- 20) Henry C. (2014) Challenges in End of life Care: What VOICES tells us. *EUROPEAN JOURNAL*

- OF PALLIATIVE CARE, 2014; 21(6)  
[www.eapcnet.eu/Portals/0/News%20and%20media/EAPC%20journals/EJPC%20comments/EJPC21\(6\)Henry\\_Comment.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/News%20and%20media/EAPC%20journals/EJPC%20comments/EJPC21(6)Henry_Comment.pdf)
- 21) Australian Department of Health. National Palliative Care Strategy.  
[www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/\\$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Palliative%20Care%20Strategy%202010%20Final%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Palliative%20Care%20Strategy%202010%20Final%20Report.pdf)
- 22) Palliative Care Matters, Ipsos Canada, (2016). Canadians' Views on Palliative Care: National Online Survey.  
[static1.squarespace.com/static/5755e91b044262d8f43cf6fa/t/57e2b1b3d2b8579de605c555/1474474421962/Palliative+Care+Matters+-+Ipsos+Report.pdf](http://static1.squarespace.com/static/5755e91b044262d8f43cf6fa/t/57e2b1b3d2b8579de605c555/1474474421962/Palliative+Care+Matters+-+Ipsos+Report.pdf)
- 23) 終末期医療に関する意識調査等検討会 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」 (2013)  
[mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf](http://mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf)
- 24) 終末期医療に関する調査等検討会報告書.平成 16 年 7 月  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>
- 25) 終末期医療のあり方に関する懇談会  
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>
- 26) 平成 24 年度人生の最終段階における医療に関する意識調査  
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002wehv.html>
- 27) Ayumi Igarashi, Mitsunori Miyashita, Tatsuya Morita , A Scale for Measuring Feelings of Support and Security Regarding Cancer Care in a Region of Japan: A Potential New Endpoint of Cancer Care. Journal of pain and symptom management, 2012;43 218-225
- 28) Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. BMJ,2010;340:c1345
- 29) Rebecca L.Sudore, Hillary D. Lum, John J.You, et al: Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. J Pain Symptom Management,2017; 53: 821-83

表1-① アドバンスケアプランニングに関する国外文献レビューに用いた文献概要

著者 (発行年)	タイトル	雑誌名	目的	方法	結果	結論
Elizabeth Weathers et al. (2016)	Advance care planning: A systematic review of randomized controlled trials conducted with older adults	Maturitas	高齢者(65歳以上)に行われたACPのRCTに焦点をあてたレビューを行うこと。特に、症状マネージメントやEOLケアの質やヘルスケアの利用をアウトカムとして調査したものに注目してレビューを行うことを目的とした。	システムティックレビュー、メタ解析。PubMed/MEDLINEにてACP・AODに類似するキーワードを用い、2015年1月以前までを調査対象期間として文献検索を行った。RCT・研究対象者が65歳以上、英語記載の文献を包含基準とした。ACPが提供されるのは、自宅やホスピス、介護施設、病院でも同様なこととした。	9本 (USA, Australia, Canada, UK) の文献が解析対象となり、7本は地域在住者対象であり、2本は介護施設対象であった。調査対象者の平均年齢は72.3-88.0歳。それぞれの研究における介入は、パンフレットやビデオによりACPに関する情報を提供したり、どこかのようACPを作成するかの情報が提供されたり、中にはEOLケアの希望を話し合うものもあった。ほとんどの介入目的は実際のEOLケア提供への影響よりも、代理意思決定の程度を改善することであった。介入した文献が含んでいたACP・EOL・話し合いに関する含み、パンフレットやビデオでの情報提供や実際の話し合いを行うと、AODの知識が向上することが示された文献が含まれた。	各調査の方法やアウトカムは様々であるためレビューとして結論を引出しにくいことは困難である。AODの有無性(患者の知識やヘルスケアのアウトカムを向上させること)は多くの文献で語られているにも関わらず、その効果を詳細するものは行われていない。現状では、患者の症状マネージメントやEOLケアの質などはアウトカムとして調査されていないので、明らかにすることにはできない。このレビューは、ACP介入による患者やヘルスケアへの効果を確立するRCTの必要性を明らかにした。
Garmen H. M. Houben et al. (2014)	Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis	JAMDA	成人患者へのACP介入の効果を調査する。Primary outcomeはACP介入により事前指示書完成はどの程度行われているか。Secondary outcomeは、ACP介入による希望と実際に提供されたケアの一致、ACP知識・EOLケアの満足度・意思決定時の対立・ヘルスケアの利用、症状をみる。	システムティックレビュー、メタ解析。PubMed/MEDLINE、Cochraneにて1966年～2013年9月までを期間とし、キーワード: ACP: advance directives; end-of-life; communicationなどを用いて検索。調査対象者が21歳未満と、精神科疾患におけるACPは除外したRCTを除外。RCTの介入は事前指示書完成に限った介入も含むACPのコミュニケーション、介入の2つに分類した。	56文献 (15:入院患者; 37:外来患者; 4:入院/外来患者両方) が解析対象となり、26:事前指示書介入と30:コミュニケーション介入であった。事前指示書完成に関しては、14文献のメタ解析の結果、比較群よりACPを行った群で事前指示書完成の傾向が増す (OR 3.26; 95% CI 2.00-5.32; P<.00001)。EOLケアに関する話し合いがなされたかに関しては、7文献がメタ解析され、ACPを行った群で、患者と医療者間におけるEOLの希望に関する話し合いがなされる傾向が高い (OR 2.82; 95% CI 2.09-3.79; P<.00001)。ACPを行った群の方が好みに一致したケアが受けられる傾向が強い (OR 4.06; 95% CI 1.20-18.08; P=.03)。これ以外の結果は定義や許差の変数が変動するためメタ解析はしていない。	ACPは成人における事前指示書の完成を増加させ、EOLケアの希望に関する患者と医療者の話し合いを増し、患者の希望と実際に受けられるEOLケアの一致をもたらす。また、患者らのコミュニケーションの質なども改善させる傾向があるが、ACPに関する知識、EOLケアへの希望、ヘルスケアへの満足感、意思決定時の対立、ヘルスケアの利用への影響に関しては未だ明確ではないため、今後これらアウトカムに示す研究が望まれる。また、ACPのどのような方法に特異的なケアに特異的なACPを実行する最良の方法に焦点をおいたさらなる研究が必要である。



表1-② アドバンスケアプランニングに関する国内文献レビューに用いた文献概要

著者名 (発行年)	タイトル	雑誌名	研究目的	研究対象者	調査法	結果
西岡ら (2016)	終末期の医療及びケアに関する意識調査	日本老年医学会雑誌	後期高齢者が終末期の医療やケアについてどのように考えているのか、その特徴を明らかにする。	高齢者医療をテーマにし、2005年3月)に参加した一般市民210名(回答率: 83.8%)	自記式無記名アンケート調査をその場それぞれに75歳以上、74歳以下の両者を比較検討する。	後期高齢者(75歳以上)の63%、74歳以下の76%が終末期の医療やケアについて自己決定を望む結果となり、どちらの群においても最多であった。終末期の栄養補給法については、終末期の治療方針を決めるのは誰が適切かについて「自分」を選択した人の場合は全体の54%、「家族」の場合は全体の35%が口取りだけを希望した。終末期に受けたくない医療行為は、75歳以上の方が選ぶ人の割合が少なく、心臓マッサージ(75歳以上: 17%、74歳以下: 31%)と化学療法(75歳以上: 27%、74歳以下: 42%)で有意差を認められた。高齢者本人の意思決定をサポートし、過剰医療にも過少医療にも注意を払う必要性が示唆された。
Nishieら (2014)	Living Will Interest and Preferred End-of-life Care and Death Locations among Japanese Adults 50 and over: A population-based Survey	Acta Medica Okayama	50歳以上の日本人のリビングウィルへの関心と希望する終末期医療と死亡場所の関連を明らかにする。	岡山県在住の50歳以上の郵便質問紙調査 一般市民1000名(回収率: 74%)	郵便質問紙調査	リビングウィルへの関心がある人は全体の77%で、病院よりも緩和ケア病棟を希望する人は全体の71%で、病院よりも緩和ケア病棟が見られた。一方で、病院よりも家を希望するということには関連が見られなかった。多くの日本人が在宅医療になじみがなく、在宅死は不可能だという意識が読み取られ、日本の緩和ケアシステムは患者の終末期の希望に見合うよう、在宅医療の促進や緩和ケア病棟などへのアクセスの向上が必要である。
島田ら (2015)	終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景	日本老年医学会雑誌	高齢患者の終末期医療に関する希望伝達の実況把握と関連要因を明らかにする。	高齢者急性期病棟の外来 通院患者968名(回収率: 外来患者全体の約23%に当たる)	自記式質問紙調査	終末期医療の希望に関する伝達状況は、会話も記録もある人が10.0%、会話のみある人が39.0%、両方ない人が47.6%と、記録より会話による方法をとることが多い。また、自分が終末期になった場合の代理決定者が決まっている方は51.1%いたが、決まっていなかったり、人工栄養を希望しないこと、死後医療の希望に関する会話の背景要因として、人工栄養を希望しないこと、死後の関心があること、死について考えることを回避しないことが示唆された。
松井ら (2004)	終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因	生命倫理	終末期ケアの啓発活動への高齢者の関心とその規定要因を明らかにする。	中国地方の老人クラブ会 員258名(回収率: 59.5%)	無記名留め置き自記式質問紙調査	医療保健専門家による終末期ケアに関する講演への関心が58.9%にみられ、規定要因の一つに年齢があり、前期高齢者との終末期ケアに関する話し合い、家族がかりつけ医の有無、家族や医療従事者との終末期ケアに関する話し合い、家族機能、手術経験などが関連していた。また、延命治療の意向について医師や家族に任せたいという非自己決定群が58.6~61.1%見られた。前期高齢者の世代からリビングウィルについて話し合っておくことが望まれ、終末期ケアに関する啓発活動の必要性が示唆された。

Table 2 海外の国民レベルの終末期医療に関する意識調査の基本情報

番号	調査の名前	団体	年	国	ACP の法律	対象者	サンプル	回収率	調査方法	ドメイン
参考	人生の最終段階における医療に関する意識調査	厚生労働省	2003-2013年	日本	ない	一般国民	一般国民:2179人 と医師:921人と護 士:1434人と施設 介護職員:880人 と施設長1488人	一般国民: 43.6%、医師: 27.9%	郵送	コミュニケーションと意思 決定
1	BBC: How to die a good death?	英国放送協会	2005年	英国	国家	一般国民と遺族	一般国民:1027人 と遺族:500人	不明	面談	認識・コミュニケーション・意 思決定
2	British Attitudes Survey	Dying Matters	2012年	英国	国家	一般国民	一般国民: 2446人	不明	郵送	認識・コミュニケーション
3	Dying Matters Survey	Dying matters	2014年	英国	国家	一般国民と一般 医療者	一般国民:2055と 一般医療者:1003	不明	インターネット	認識・コミュニケーション
4	National Survey of Bereaved People (VOICES)	英国保健省	2012-2016年	英国	国家	遺族	遺族:49000人	2011 (45%), 2013(46%), 2014 (43%), 2015 (43%)	郵送	コミュニケーション
5	Community Attitudes to Palliative Care Issues	オーストラリア保健省	2003年	オーストラリア	各州	一般国民	一般国民: 764人	不明	面談	認識
6	Canadians' Views on Palliative Care	Palliative Care Matters	2016年	カナダ	各州	一般国民	一般国民: 1540人	不明	インターネット	認識・コミュニケーション

Table2 海外の国民レベルの終末期医療に関する意識調査の基本情報（続き）

番号	認識	コミュニケーション	意思決定	その他	政策反映
参考	なし	一般国民:49%が延命治療の継続に関して、家族と話あったこととはある。医師:58%が家族と話あったこととはある。	一般国民:自分で判断できなくなった場合には、88%が他人に決めてほしいと答えた。医師:91%が他人に決めてほしいと答えた。	一般国民:3%が意思表示の書面を作成した。医師:5% 意思表示の書面を作成した。	不明
1	死ぬ可能性が高いなら78%がそれを知りたい。	一般国民:34%が終末期医療の希望を他人に話した。3%がGP(一般医者)と終末期医療の希望を話したことはある。	一般国民:1%が自分のエンド・オブ・ライフ・ケアを決めるのが一番大事なことと答えた。遺族・心肺蘇生の決定には、患者のみ関与:4%、家族のみ:17%、患者と家族:10%。	一般国民:47%が自宅で死を迎えたい。8%がリビング・ウィルを作成した。法律があれば71%が死にゆく患者に安楽死を提供することに賛成である。	不明
2	死ぬ可能性が高いなら85%がそれを知りたい。	12%が死の話が不快である。	なし	67%が自宅で死を迎えたい。5%が事前指示書を作成した。	不明
3	一般国民:36%がアドバイス・ケア・プランニングの言葉を知りたい。	一般国民:51%が相手の終末期における望みを知らない。一般医者:40%が他人に終末期における希望を伝えた。	なし	一般国民:72%が自宅で死を迎えたい。6%が事前指示書を作成した。一般医者:8%が事前指示書を作成した。	不明
4	なし	(2015)79%の遺族が患者の病状を知っていた。	なし	(2015)遺族によると82%の患者が自宅で死を迎えたかった。実際に亡くなった患者の23%が自宅で死を迎えた。75%が患者のエンド・オブ・ライフ・ケアの質は良いと答えた。	Liverpool Care Pathway の評価および各地域のケアの質の向上
5	75%が「緩和ケア」の言葉を聞いたこととはある。46%が緩和ケアは自宅で行うとは思われる。	なし	なし	緩和ケアに対する認識には、37%がは自分の経験、19%がメディアから学んだ。	意識が低い子集団を対象とした教育プログラム
6	55%がターミナルケアの言葉を聞いたこととはある。アドバイス・ケア・プランニングは36%である。	43%が終末期医療の希望を他人に話した。(35%が家族に話した)。	なし	6%が事前指示書を作成した。緩和ケアに対する認識には、37%がは家族、32%がメディア、27%が友達から学んだ。	不明

表3 各ガイドラインの要点

Country 国	Guideline ガイドライン	Focus (general) 要点	法令に 関する 情報	人工的 水および 栄養補給 の保留 と中止 の基準	末期に おける 意思決 定での 家族の 役割
Australia オーストラリア	Good Medical Practice: a Guide of Conduct for Doctors in Australia	Good medical practice (the code) describes what is expected of all doctors registered to practise medicine in Australia. It sets out the principles that characterise good medical practice and makes explicit the standards of ethical and professional conduct expected of doctors by their professional peers and the community.	0	0	0
Australia オーストラリア	National Consensus Statement: Essential Elements for Safe and High-Quality End-of-Life Care	Pg. 2: The purpose of this National Consensus Statement: essential elements for safe and high-quality end-of-life care (the Consensus Statement) is to describe the elements that are essential for delivering safe and high-quality end-of-life care in Australia. The Consensus Statement sets out suggested practice for the provision of end-of-life care in settings where acute care is provided.	0	0	0
Canada カナダ	A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice Revised and Condensed Edition: 2013	Pg. 2: The model can be used to: <ul style="list-style-type: none"> <li>guide care provided for individuals and families by both primary and expert caregivers</li> <li>integrate hospice palliative care into chronic disease management</li> <li>guide the development and management of hospice palliative care organizations</li> <li>develop professional core competencies, comprehensive curricula and examinations</li> <li>develop accreditation and minimum licensure standards</li> <li>allow organizations to compare their practices to nationally accepted norms of practice</li> <li>promote laws, regulations and policies that facilitate hospice palliative care</li> <li>develop funding and service delivery strategies that ensure Canadians have access to hospice palliative care when needed.</li> </ul>	X	0	0
Canada カナダ	A Model to Guide Hospice Palliative Care: Based on National Principles and Norms of Practice	To ensure that all Canadians have access to consistent, high quality care that can relieve suffering and improve quality of life, Canada needs a more standardized approach to hospice palliative care. With this kind of approach, individual caregivers and organizations will be more consistent and effective at identifying patient and family issues, the care required to manage each issue, and the resources and functions needed to develop and manage hospice palliative care organizations.	0	0	X
Europe ヨーロッパ	Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations	P. 7: This guide presents, in an informative, summarised form, the principles that can be applied to the decision-making process regarding medical treatment in specific end-of-life situations. The intention is for these principles to be applied regardless of the distinct legal framework in each state. The guide is aimed primarily at the health-care professionals concerned, but it is also a potential source of information and a basis for discussion for patients, their family and close friends, all those providing support, and associations dealing with end-of-life situations. Some elements in this guide could also serve as material for many current debates on end-of-life issues.	X	0	0
Europe ヨーロッパ	ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients	P. 1: These evidence-based guidelines were developed to translate current best evidence and expert opinion into recommendations for multi-disciplinary teams responsible for identification, prevention, and treatment of reversible elements of malnutrition in adult cancer patients.	X	0	X
Germany ドイツ	Evidenced-based Guideline: Palliative care for patients with incurable cancer	P. 16: The main aim of this guideline is the improvement of symptom control in palliative care for patients with incurable cancer and their families. Improving the quality of care is to be achieved by: <ol style="list-style-type: none"> <li>providing palliative care services in both a timely manner and in accordance with the affected persons' needs (chapter Palliative care services),</li> <li>treating the common symptoms according to current scientific evidence and clinical expertise (chapter Breathlessness, Pain, Depression, Constipation),</li> <li>enabling conversations with patients and their families to be held and treatment goals to be set together (chapter Communication),</li> <li>ensuring that support in the dying phase can be appropriately and optimally given (chapter The dying phase).</li> </ol>	0	0	0

Hong Kong 香港	Palliative Care: Setting the Scene for the future; A position paper of Hong Kong College of Physicians Interventions and providing palliative care towards the end-of-life in India	This paper aims to review and project the role of palliative medicine from the professional and service planning perspectives in Hong Kong. Taking references from the global development of palliative medicine as a subspecialty and palliative care service  This position statement aims to minimize inappropriate treatment and optimize palliative care for terminally ill patients in Indian intensive care units by standardizing the process of forgoing life support. It also defines the ethical standards of the physician-patient relationship in the context of critical care practice in India.	本稿の目的は、香港における緩和医療の国際的な発展を参考としながら、再考察・企画することである。	X	X	X
India インド	Guidelines for end-of-life and palliative care in Indian intensive care units: ISCCM consensus Ethical Position	This guideline aims to develop an ethical framework and practical procedure for limiting inappropriate therapeutic interventions to improve the quality of care of the dying in the intensive care unit through a professional consensus process	このガイドラインは、集中治療室における終末期ケアの質を向上させるため、不適切な治療的介入を制限するための倫理的枠組みと実践的手順を、専門的な同意プロセスを通じて、開発することを目的としています。	O	O	O
India インド	End of Life Care Policy for the Dying: Consensus Position Statement of Indian Association of Palliative Care	This position statement aims to develop an End of Life Care (EOLC) Policy for patients who are dying with an advanced life limiting illness and to improve the quality of care of the dying by limiting unnecessary therapeutic medical interventions, providing access to trained palliative care providers, ensuring availability of essential medications for pain and symptom control and improving awareness of EOLC issues through education initiatives.	この声明は、高度な生命を脅かす病気で死に至っている患者のためのエンド・オブ・ライフ・ケア (EOLC) 方針を策定すること、また、不必要な治療的医療的介入を制限すること、訓練された緩和ケア提供者へのアクセスを提供すること、疼痛および症状管理に不可欠な薬物療法の利用を確実にすること、教育イニシアチブを通じてEOLC問題の意識を向上させることにより、死のケアの質を改善することを目的としています。	O	X	O
Ireland アイルランド	Palliative Care for the Person with Dementia: Guidance Document 7: Ethical Decision Making	The aim of this guidance document is to provide caregivers of people with dementia, regardless of care setting, with a framework to support ethical decision making for people living with dementia at the end of life.	このガイダンス文書の目的は、終末期に認知症を患っている人々のために倫理的意思決定を支援する枠組みを、認知症の人々の介護者に、介護の環境に関係なくを提供することです。	O	O	O
Ireland アイルランド	Care for the Person with Dementia: Management of hydration and nutrition	P.6: The aim of this guidance document is to provide evidence-based guidance for healthcare workers on best practice in relation to the assessment and management of hydration and nutrition for a person with dementia throughout their dementia journey. This in turn will support healthcare professionals in their decision-making and communication with the person with dementia and their families/caregivers.	P.6: このガイダンス文書の目的は、認知症の人の暮らしの中での水分補給・栄養摂取のアセスメントやケアマネジメントに関して、医療従事者に対する科学的根拠に基づいた指針を提供することです。これは逆に、意思決定や認知症の人やその家族や介護者とのコミュニケーションの際、医療専門家をサポートします。	O	O	O
Ireland アイルランド	Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioner	P.7: In this edition of the Guide, the Medical Council has sought to clarify a number of specific areas, including consent, confidentiality, end of life care, provision of information to the public, prescribing practices and referral of patients. Increased emphasis in recent years on patient safety has also influenced the expansion of guidance on adverse events and open communication with patients.	P.7: 本ガイドのこの版では、医療審議会 (the Medical Council) は、同意、機密保持、終末期ケア、一般住民への情報提供、患者への処方、患者紹介を含むいくつかの特定の分野を明確にしようとしています。近年、患者の安全性に重点が置かれていることは、有害事象の指導の拡大や患者とのコミュニケーションにも影響を与えています。	O	O	O
Japan 日本	Decision-making in the Care of the Elderly Focusing on Indications for Artificial Hydration and Nutrition (AHN) (in Japanese)	The guideline aims to support appropriate usage of AHN for professional people who works on the site	ガイドラインは、現場で働く専門家のためのAHNの適切な使用をサポートすることを目指しています。	X	O	O
Japan 日本	Guideline of Parenteral and Enteral Nutrition (in Japanese)	It aims to indicate clinical based proposal for nutrition treatment	それは栄養治療のための臨床に基づき提案を示すことを目指しています。	X	X	O
Japan 日本	Guideline of Decision-making process in the End-of-life care (in Japanese)	It focuses on the way of end-of-life care, and decision-making process of end-of-life care	それは、終末期ケアの方法、および終末期ケアの意思決定プロセスに焦点を当てています。	X	X	O
Japan 日本	救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～	救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、救急・集中治療における終末期の定義を示し、その定義を考慮したうえで患者、患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると考える。集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～を作成した。		X	O	O

Japan 日本	高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として 消化器内視鏡ガイドライン	高齢者ケアの現場において、関係者たちを悩ませる典型的な問題の一つに、何らかの理由で飲食できなくなったり、人工的水分・栄養補給法を導入するかどうかが重要な点がある。このような状況において、現場の医療・介護・福祉従事者がANH導入をめぐって適切な対応ができるように支援することを目的として、ここにガイドラインを策定する。 本書の目的は、消化器内視鏡診察における技術と知識、および情報開示に必要な諸事の達成目標の標準化である。	0	0	0
Japan 日本	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。	X	0	0
Japan 日本	終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン	このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。	X	0	0
Netherlands オランダ	Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life	P. 4.: In 2011 the Royal Dutch Medical Association (KNMG) ascertained in its position paper entitled "The role of the physician in the voluntary termination of life" that physicians must be better trained to provide guidance to patients who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. It is expected that care providers will increasingly face this situation. This guide issued by the KNMG and the V&VN Dutch Nurses' Association will help physicians, nurses and carers in preparing these patients for and guiding them through the process, and in initiating or continuing palliative care.	0	0	0
New Zealand ニュージーランド	Good Medical Practice	Pg. 4.: "Good Medical Practice" およびその他の評議会の声明に詳述されている基準は、一般市民および専門家が、資格を持つ医師が、公衆および職業を通じて、これを満たすことを期待しているものです。	0	X	0
Norway ノルウェー	Decision-making processes in the limitation of life prolonging treatment	P. 6.: The aim is for the guide to provide a framework for such decision-making processes and support professional care-givers, the patient and next of kin. Because the guide is aimed at the health service as a whole, the need may arise for more detailed guides within certain clinical fields or institutions (1-3).	0	0	0
Norway ノルウェー	Guidelines for palliative sedation at the end of life 2014	P. 1.: These guidelines apply in situations where the patient cannot be helped unless his or her consciousness is reduced to a level at which communication with the patient is greatly reduced or has ceased. This will encompass a small number of patients in situations that can be designated as "extreme".	X	0	0
Singapore シンガポール	National Guidelines for Palliative Care and Interpretation Guide	It aims to articulate a vision for high quality palliative care. The guidelines cover four domains, namely patient care, family and caregiver support, staff and volunteer management, and safe care. It is envisioned that the guidelines will promote a whole-of-sector approach for continuous quality improvement in palliative care, so that all who suffer from life-limiting illnesses may live their last days in peace, comfort and dignity.	0	X	0
South Africa 南アフリカ	Guidelines for the Withholding and Withdrawal of Assistance guide: Amyotrophic lateral sclerosis	P. 1.: The guidance which follows is intended to provide an ethical framework of good practice for health care practitioners in circumstances where they are faced with making a decision on whether to withhold or withdraw life-prolonging treatment.	0	0	0
Spain スペイン	Guide for shared action for the care of persons affected by lateral amyotrophic sclerosis in the SSPA plan of attention to persons affected by rare diseases in Andalusia June 2012	The Assistance Guide and the development of a Reference Unit for care of people affected by Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), which is presented, are part of the Plan for Care of Persons Affected by Rare Diseases, in response to the task of continuous improvement of Quality and to respond to the needs and demands expressed by ALS patients, their relatives and caregivers, as well as the needs detected by the professionals involved in the care of these people.	0	0	0
Spain スペイン	Document of aid to the decision making in the management of patients with advanced dementia	To perform a systematic literature review on the effectiveness of therapeutic interventions in patients with advanced dementia, and from there, after a discussion by a group of experts of the evidence found, assess the advantages and Disadvantages of each therapeutic measure and draw conclusions for daily practice in the least biased way possible	0	0	0
		P. 4.: 2011年、オランダ医科学会 (KNMG) は、「生命の自発的解消における医師の役割」と題したポジションペーパーで、医師が、人生の終わりを早めるために意識的に飲食をしないように選択した患者を指導するために、より良い訓練を受けなければならないということを確証した。ケア提供者はまずまずこのような状況に直面することが予想されます。 KNMGとV&VNオランダの看護師協会が発行したこのガイドは、これらの患者に準備させ、その過程を通して彼らを指導し、緩和ケアを開始または継続している医師、看護師および介護者を支援します。	0	0	0
		Pg. 4.: 「Good Medical Practice」 およびその他の評議会の声明に詳述されている基準は、一般市民および専門家が、資格を持つ医師が、公衆および職業を通じて、これを満たすことを期待しているものです。	0	X	0
		P. 6.: 目的は、ガイドがそのような意思決定プロセスの枠組みを提供し、専門的な介護者、患者、そして親類を支援することです。なぜなら、このガイドは保健サービス全体を対象としているため、特定の臨床分野または施設内の、より詳細なガイドが必要になる場合があるからです。	0	0	0
		P. 1.: これらのガイドラインは、患者の意識が彼らとのコミュニケーションが大幅に減少または停止したレベルにまで低下しない限り、患者が助けられない状況で適用されます。これは「極端な」状態に指定できる状況にある少数の患者を包含しています。	X	0	0
		それは、高品質な緩和ケアのビジョンを明確にすることを目指しています。ガイドラインには、患者ケア、家族と介護者のサポート、スタッフとボランティアの管理、安全なケアの4つの領域が含まれています。このガイドラインは、緩和ケアにおける継続的な品質改善のためのセクター全体のアプローチを促進し、生命を脅かす病気に苦しんでいるすべての人々が平和、快適さ、そして尊厳の中で最後の日に生きることが目指すものと想定されています。	0	X	0
		P. 1.: 以下のガイドラインは、延命治療を保留または撤回するかどうかの決定に直面した状況において、医療従事者によってグッドプラクティスのような倫理的枠組みを提供することを意図しています。	0	0	0
		「The Assistance Guide」 および、提示されている筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の影響を受けた人々のケアのための参照単位の開発は、質の継続的改善に応じた、ALS患者、その親族および介護者によって示されたニーズおよび要求、ならびにこれらの人々のケアに関する専門家に委ねられて検出されたニーズに対応するための「The Plan For Care of Persons Affected by Rare Diseases (希少疾病の被害者のケア計画)」の一部である。	0	0	0
		進行型認知症の患者およびその中から治療的介入の有効性に関する体系的な文献レビューを行うには、発見された証拠を連ねた専門家が検討した後、各治療法の利点と欠点を評価し、可能な限り、最小限の偏りの中で、日々の診療について結論を導きます。	0	0	0

Switzerland スイス	End of Life Care	P 5: The purpose of these guidelines is to indicate the tasks, possibilities and limitations associated with the care of patients who are approaching the end of their life. The principal aims are to alleviate suffering and to ensure the best possible quality of life for the patient and support for his family members. Pg 7: This guidance identifies a number of challenges in ensuring that patients receive such care, and provides a framework to support you in addressing the issues in a way that meets the needs of individual patients. Pg 9: This document summarises the mechanism of oral feeding, its assessment and the modification of food and liquid to facilitate maintenance of oral nutrition. The metabolic needs of patients are described as well as the consequences of cessation of intake of nutrition. The routes for artificial nutrition and hydration are described including their risks, benefits and complications. Pg 3: This guideline responds to a need for an evidence-based guideline for the clinical care of the dying adult throughout the NHS. It is focused on care needed when a person is judged by the multi-professional clinical team to be within a few (2 to 3) days of death. Pg 1: This note summarises the main points from some other BMA publications dealing in detail with aspects of end-of-life decisions. These include withdrawing and withholding life-prolonging medical treatment (3rd edition 2007), Advance decisions and proxy decision-making in medical treatment and research (2007) and The ethics of caring for older people (2009). In addition, some of the BMA's general guidance on the law relating to incapacitated adults and the role of advocates may be relevant to end-of-life decisions and can be found on the BMA website.	0	0	0	0	P 5: このガイドラインの目的は、人生の終わりに近づいている患者のケアに関連する仕事、可能性および限界を示すことです。主な目的は、苦しみを軽減し、患者の最良の生活の質を保証し、家族のための支援を図ることです。 Pg 7: このガイドラインは、患者がそのようなケアを受けられることを保証する上で多くの課題を特定し、個々の患者のニーズを満たす方法で問題に取り組みするためのサポートを提供するフレームワークを提供しています。 Pg 9: この文書は、経口摂食のメカニズム、そのアセスメント、および経口栄養の維持を容易にする食べ物・飲み物の改善についてを要約しています。患者の代謝ニーズが、栄養摂取の停止の結果と同様に記載されています。人工栄養と水分補給のルートが、リスク、便益、合併症を含めて記載されています。 Pg 3: このガイドラインは、NHS (National Health Service (国民保健サービス)) を通じて、終末期の成人の臨床ケアのための科学的根拠に基づいたガイドラインの必要性に対応しています。これは、多職種臨床チームによって死亡の教日 (2~3) 以内にあると判断された場合に必要となるケアに焦点を当てています。
UK イギリス	Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making		0	0	0	0	Pg 7: このガイドラインは、患者がそのようなケアを受けられることを保証する上で多くの課題を特定し、個々の患者のニーズを満たす方法で問題に取り組みするためのサポートを提供するフレームワークを提供しています。
UK イギリス	Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life		0	0	0	0	Pg 9: この文書は、経口摂食のメカニズム、そのアセスメント、および経口栄養の維持を容易にする食べ物・飲み物の改善についてを要約しています。患者の代謝ニーズが、栄養摂取の停止の結果と同様に記載されています。人工栄養と水分補給のルートが、リスク、便益、合併症を含めて記載されています。
UK イギリス	Care of dying adults in the last days of life		X	X	X	X	Pg 3: このガイドラインは、NHS (National Health Service (国民保健サービス)) を通じて、終末期の成人の臨床ケアのための科学的根拠に基づいたガイドラインの必要性に対応しています。これは、多職種臨床チームによって死亡の教日 (2~3) 以内にあると判断された場合に必要となるケアに焦点を当てています。
UK イギリス	End-of-life decisions: Views of the BMA		0	0	0	0	Pg 1: このノートではほかのBMAの刊行物寿命末期の決定の詳細についての主なポイントをとまめています。延命治療の撤回と保留 (2007年3版)、治療や研究において事前意思決定と代理意思決定 (2007)、および高齢者ケアの倫理 (2009) が含まれます。さらに、いくつかのBMAの意思決定能力の失われた大人と終末期の決定に関連する可能性のある代弁者の役割に関連する一般的な法律についてのガイドラインはBMAのウェブサイトで見つけることができます。
UK イギリス	Advance decisions and proxy decision-making in medical treatment and research: Guidance from the BMA's Medical Ethics Department		0	0	0	0	Pg 3: このガイドラインは、個人が後の治療を事前に決定を行うことや、精神的に決断をできない人が代理人を通して意思決定をする法律や倫理の問題をカバーしています。
UK イギリス	Prolonged disorders of consciousness National clinical guidelines		0	0	0	0	Pg 13: このガイドラインは以下の内容をカバーしています。 1 栄養状態および最小意識状態の診断のための定義および基準 2 評価、診断およびモニタリング 3 急性期から長期にわたるマネジメント (慢性期) へのケアパス 4 倫理的および医学的法的問題 5 終末期の意思決定とケア 6 サービスの組織と職権
UK イギリス	Serious Medical Treatment Decisions: Best Practice Guidance for IMCs: PEG Feeds		0	0	0	0	Pg 3: このガイドラインはPEG供給チューブと呼ばれる経皮内視鏡的胃経チューブに関するSMT決定について説明しています。なお、ここでは患者は治療への同意をしたり、差し控えたりする能力はありません。
UK イギリス	Ethics and clinically assisted nutrition or hydration approaching the end of life (Decision Tree)		0	0	0	0	ウエブサイトから: BAPEN会議/臨床栄養の卓越した提供2012年12月3日-英国国内の栄養失調にさらされている人たちのケアのレベルを向上させるBAPENの継続的な責任を果たす一環として、BAPENは革新的なDecision Treesの方策を導入しました。このDecision Treesはその分野の専門家により設計され、BAPEN評議会のメンバーによって査読が行われ、栄養失調のリスクとその影響を受ける人々のケアを支援するための実用的で効果的なツールを提供します。(http://www.bapen.org.uk/media-centre/press-releases/293-bapen-unveils-its-decision-trees)
UK イギリス	Nutrition and Hydration in End of Life Care		X	0	0	0	終末期ケアにおける栄養と水分に関するガイドラインです。
UK イギリス	Nutritional Advice in Common Clinical Situations	Good practice guide paper	0	0	0	0	素晴らしいガイド論文です。

UK イギリス	Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition	Pg 5: This guideline aims to help healthcare professionals correctly identify people in hospital and the community who need nutrition support, and enable them to choose and deliver the most appropriate nutrition support at the most appropriate time.	このガイドラインは医療従事者が栄養サポートを必要とする病院の患者や地域の入ひとを正しく識別し、適切な時期に適切な栄養サポートを選択して提供できることを目的としています。	0	0	X
UK イギリス	Nutrition support for adults: oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition	Pg 28: The objective of these guidelines is therefore to improve the practice of nutrition support by providing guidance to assist all healthcare professionals to correctly identify patients in hospital or the community who require nutritional intervention, and to help them choose and deliver the most appropriate form of nutrition support at the appropriate time.	Pg28: これらのガイドラインの目的はガイドランスを提供することですすべての医療従事者に病院内や地域内にいる栄養サポートの介入が必要な患者を的確に識別し、適切な時期に彼らに最も適切な栄養サポートの形を選び、栄養サポートの実施を改善することです。	0	0	0
UK イギリス	NICE Pathways: Nutrition support in adults	Pg 1: NICE Pathways bring together all NICE guidance, quality standards and other NICE information on a specific topic.	Pg1-NICE PathwaysはNICEガイドランス、品質基準及び特定のトピックに関するその他のNICE情報をまとめたものです。	0	0	X
UK イギリス	Reference guide to consent for examination or treatment: Second edition	Pg 2: This booklet provides a guide to English law concerning consent to physical examination or treatment. This second edition provides an update on legislation relating to obtaining valid consent - the Human Tissue Act 2004, the Mental Capacity Act 2005 and recent legal cases - and provides references where appropriate.	Pg2: この冊子は身体検査または治療への同意に関する英国法のガイドを提供しています。この第2版では、2004年のHuman Tissue Act、2005年のMental Capacity Act および最近の法的事例の取得に関する法律の最新情報を提供し、必要に応じて参考文献も提供しています。	0	0	0
UK イギリス	Withholding and Withdrawing Life-Prolonging Treatments: Good Practice in Decision Making	This guidance develops the advice in Good Medical Practice (2006). It sets out the standards of practice expected of doctors when they consider whether to withhold or withdraw life-prolonging treatments.	このガイドランスはGood Medical Practice (2006) のアドバイザーを作成します。医師の延命治療を保留するか、撤回するかを検討する際の実施の基準を定めています。	0	0	0
UK イギリス	Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment: Guidance for decision making THIRD EDITION (Book)	In this document, the BMA seeks to provide a coherent and comprehensive set of principles which apply to all decisions to withhold or withdraw life-prolonging treatment. It is hoped that this general guidance will stimulate the development of accessible local policies and guidelines as part of a wider network of safeguards for doctors and patients.	この文章では、BMAは生涯にわたる治療の保留または撤回の意思決定の適用において一貫した、包括的な一組の方針を提供することを目指しています。この一般的なガイドランスはアクセス可能な地域の政策と医師と患者のためのより広範囲な安全対策のつながりの発展を促進することを期待されます。	0	0	X
USA アメリカ合衆国	End of Life: Helping with comfort and care	Addressed to the caretaker or relative of a dying person. Provides guidance in areas of physical comfort, mental/emotional needs, spiritual issues and practical tasks. Written for laymen in simple terms. Provides counseling on legal decisions and the differences between palliative and hospice care.	死にゆく患者の後身人または親戚に対応しています。身体的な快適さ、精神的/感情的なニーズ、精神上的な問題、実践的な課題についての指導を提供します。一般の方向けに平易な言葉で書かれています。法的な決定や緩和ケアとホスピスの相違に関するカウンセリングを提供しています。	0	0	0
USA アメリカ合衆国	Health Care Guideline: Palliative Care for Adults	Pg 10: This guideline will assist primary and specialty care providers in identifying and caring for adult patients with a serious (potentially life-limiting, life-threatening or chronic, progressive) illness who may benefit from palliative care. This guideline is appropriate for patients who still desire curative or life-prolonging treatments, or patients who are best served by active end-of-life management. It will outline key considerations for creating a plan of care to meet patient, family and other caregivers' needs throughout the continuum of care.	Pg10: このガイドラインは重大な病氣（生命を脅かす可能性のある病、生命を脅かす可能性のある成人患者をケアする主要な及び特殊なケアを支援します。このガイドラインはまだ治療や延命治療を望む患者あるいは、能動的な寿命末期ケアマネジメントによってケアされるのが最善な患者にふさわしいです。ガイドラインには一連のケアから患者、その家族、介護者のニーズに対応したケアプランの作成に関する重要な考慮事項を説明しています。	0	0	0
USA アメリカ合衆国	The IAHPC Manual of Palliative Care: 3rd Edition	The IAHPC is conscious of the fact that in many countries palliative care textbooks and practice manuals are expensive or difficult to obtain. With this in mind, the authors have updated the 3rd edition of the IAHPC Manual of Palliative Care which is offered for free to the global palliative care community. The IAHPC offers this Manual in the hope that doctors and nurses world-wide will find the information in it helpful. It will feel free to download whatever parts of it they want, and will make its existence known to colleagues also seeking to improve their skills so as to offer better care to their terminally ill patients.	IAHPCは多くの国で緩和ケアの教科書と実務マニュアルは高価であるか、入手が困難である事実を懸念しています。この点を念頭に置いて、筆者らはグローバル緩和ケアコミュニティに無料で提供するIAHPC緩和ケアマニュアルの第3版を更新しました。IAHPCはこのマニュアルを提供することで世界中の医師や看護師が設立した情報を見つけ出し、必要な部分を自由にダウンロードし、同僚たちにも知らせてもらうことで技術が向上し、また、より良いケアを末期患者に提供できることを期待しています。	X	0	0
USA アメリカ合衆国	HPNA Position Statement: Artificial Nutrition and Hydration in Advanced Illness	This guideline clarifies that a lack of desire for nutrition is a normal part of the prognosis of advanced illnesses and that artificial nutrition/hydration was originally developed only for acute, short-term support as a bridge for recovery or to prolong life in very specific situations. Further defines ANH terms and then issues direct positions on ANH.	このガイドラインは栄養への欲求の欠如は進行した病氣においては予測できる正常な反応であり、人工的な栄養補給、水分補給は元々、深刻場合、特殊な状況の回復のための橋渡しとして短期的な支援のためのみ開発されたものであることを明らかにしています。さらに、ANHの用語を定義し、ANHの率直な見解を示します。	0	0	0

USA アメリカ合衆国	NHPC Information Pamphlet: Artificial Nutrition (Food) and Hydration (Fluids) at the End of Life	This guideline is a summary information sheet to family members informing them of the normal changes in appetite and thirst in dying patients. It also provides a reference to a legal basis in refusing ANH and states that, in cases of ambiguity, the ANH will be continued.	X	0	X
USA アメリカ合衆国	Academy of Nutrition and Dietetics Practice Paper: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration	This is a total guideline in legal, issues and various situations in which ANH withdrawal might be approached by registered dietitians and includes skill focus area, collaborative guideline and exact duties of the dietitian on the medical decision team for end-of-life care. Several case studies with patients in different stages of illness and how a dietitian would act as an advocate for nutritive issues and serve to translate confusing medical decisions into plain language.	0	0	0
USA アメリカ合衆国	Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Third Edition	This document serves as a landmark collection of recommended standards for palliative/hospice care. It covers: structure, physical, psychological aspects, social aspects, spiritual aspects and cultural aspects of palliative care. It also covers the ethical and legal aspects of such care. Each section contains multiple criteria of care that must be taken into account along with the clinical implications of enacting these standards. No specific medical advice (such as drug dosages or calories per day) is given but general criteria and plans of action are listed.	0	X	0
USA アメリカ合衆国	Health Care Guideline: Palliative Care for Adults	This document is a mechanistic guideline that provides a flowchart of palliative care decision making as well as providing concrete recommendations based on a decision matrix and scoring rubric. Social, physical, mental and ethical standards of care are considered. A Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) scoring system is introduced as an objective measuring tool for weighing evidence to direct palliative care. Pg. 5 and 6: Recommendations are by topic, such as in actively dying patients or early intervention and recommendations are scored by quality of evidence (low or high) as well as strength level (weak or strong) and all relevant references are provided.	0	0	0
USA アメリカ合衆国	Chapter 5: Opinions on Caring for Patients at the End of Life	Instructions to physicians on the multiple healthcare aspects of End of Life care, including: advance care planning, advance directives, withholding life-sustaining treatment, do-not-resuscitate orders, medically ineffective interventions, sedation to unconsciousness and euthanasia. Nutrition is discussed within a total context of end-of-life concerns.	X	0	0

このガイドラインは、死にゆく患者の正常な食欲と喉の渇きの変化を知らせる患者の家族向けの情報の要約シートです。また、ANHを拒否するための法的な根拠も提供し、曖昧な場合にはANHを継続すると述べています。

これは法律問題および登録栄養士によるANHの撤回が近づく可能性のもとにおいて起こりうる様々な状況における総合的なガイドラインであり、スキル重視分野、共同ガイドライン、終末期ケアのための医学的な意思決定チームの栄養士の正確な義務が含まれています。病気の様々な段階にある患者を対象としたいくつかのケーススタディで栄養士は栄養問題の代弁者としてどのよう行動するべきか、また複雑な医学的な判断をどのようにして平易な言葉に置き換えるか示しています。

この文書は、緩和的/ホスピスケアのための推奨基準の目的印的なコレクションとして機能します。緩和ケアの構造、身体的側面、心理的側面、精神的側面、文化的側面をカバーしています。また、ケアの倫理的および法的側面もカバーしています。各セクションには、これらの基準を制定する臨床的意味とともに、考慮すべき複数のケア基準が含まれています。具体的な医学的なアドバイス（投薬や1日あたりのカロリーなど）は含まれていませんが、一般的な基準と行動計画などが掲載されています。

この文書は、緩和ケア意思決定のプロローチャートを提供するとともに、決定マトリックスと採点規格に基づいた具体的な推奨事項を提供する機械的ガイドラインです。社会的、身体的、精神的、倫理基準が検討されています。推奨の格付け評価、開発および評価 (GRADE) 採点システムは、緩和ケアを指示するために計量証拠を客観的に測るためのツールとして導入されました。Pg. 5 and 6: 推奨事項は事項ごとに分かれます。死にゆく患者または早期介入と勧告は証拠の質（低いあるいは高い）により採点されるのと同様に強弱のレベル（弱または強）とすべての関連文獻も提供されます。

医師への人生の最終段階についての複数の医療面に関する指導には：アドバンス・ケア・プランニング、事前指示書、延命治療の差し控え、蘇生拒否指示、医学的に効果のない介入、無意識への鎮静処置、安楽死が含まれます。栄養は人生の最終段階の懸念という全体的な状況の中で議論されます。

表4 -① 3回の調査の概要・相違点

検討会名	終末期医療に関する調査等検討会 (H14-H16)	終末期医療のあり方に関する懇談会 (H20-H22)	終末期医療に関する意識調査等検討会 (H24-H26)									
調査名	終末期医療に関する調査	終末期医療に関する調査 -いのちを支える医療を目指して-	人生の最終段階における医療に関する意識調査									
調査実施時期	平成15年2月	平成20年3月	平成25年3月									
調査対象者	一般国民・医師・看護職員・介護施設職員	一般国民・医師・看護師・介護職員	一般国民・医師・看護師・介護職員・ <b>施設長</b>									
フェイスシート項目	1)性別 2)年齢 3)学歴 4)職業(診療場・診療科・病床数) 5)入院歴 6)死別の経験	1)性別 2)年齢 3)学歴 4)職業(診療場・診療科・病床数) 5)入院歴 6)死別の経験	1)性別 2)年齢 4)婚姻状況 5)同居人の有無・詳細 6)学歴 7)年収 7)入院歴 8)死別の経験 9)診療科									
調査項目 赤字は前回から変更・追加した項目	(1)終末期医療に対する関心 (2)病名や病気の見通しについての説明 (3)治療方針の決定 (4)痛みを伴う末期状態の患者に対する医療の在り方 (5)持続的植物状態の患者に対する医療の在り方 (6)リビング・ウィルと患者の意思の確認方法 (7)終末期医療に対する悩み、疑問 (8)終末期における療養の場所 (痛みを伴う末期状態の患者、高齢者) (9)癌疼痛治療法とその説明 (10)終末期医療体制の充実	①終末期医療に対する関心 ②病名や病気の見通しについての説明 ③治療方針の決定 ④死期が迫っている患者に対する医療のあり方 ⑤遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方 ⑥脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方 ⑦リビング・ウィルと患者の意思の確認方法 ⑧終末期医療に対する悩み、疑問 ⑨終末期における療養の場所 <死期が迫っている患者> <脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者> ⑩がん疼痛治療法とその説明 ⑪終末期医療体制の充実	①終末期医療について ・家族との話し合いの有無、受けたい治療等を記載した書面について ・方針の決定について(自分で決定できない場合の決定方法等) ②末期がん、慢性的重い心臓病、認知症が進行した状態、交通外傷後の植物状態における治療場所、希望する治療について ③終末期医療への対応・意見 (医師、看護師、介護職員向け) ・治療方針の話し合いの状況 ・終末期の定義、延命医療の不開始、中止等に関する判断基準について ④終末期医療に係る施設の体制・倫理委員会の設置、事前指示書の使用について等 (施設長向け)									
調査票URL	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html</a>	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html</a>	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002wehv.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200002wehv.html</a>									
調査変更箇所		1)延命医療の是非やケアのあり方について、「死期が迫った場合」、「遷延性意識障害」、「脳血管障害や認知症」の状態に分けて質問した。 2)さらに、それぞれの状態について「自分になった場合」、「家族になった場合」、「担当している患者(入所者)になった場合」に分けて質問した。 3)具体的な延命医療の中止の時期や内容等の質問を加えた。 4)年代別、延命医療について家族との話し合いの有無別のクロス集計を行った。 5)前回は心肺蘇生措置を「どうすべきか」という客観的な意見を質問したのに対し、今回は「自分ならどうするか」と質問した。	1)延命医療の選択肢として、「開始(人生の最終段階において受けたい医療、受けたくない医療)」も含めた質問に変更した 2)「延命治療」の希望について、個別の医療行為ごとにその受療の希望に関する質問に変更した。 3)家族の意向についての質問を削除し、本人の意向のみとした。 4)家族等から治療の選択について替わって判断してもらいたいと頼まれた場合、引き受けるかという設問を追加した。 5)緩和ケア病棟を「病院」の中に入れて調査した。									
回収結果												
対象者	対象施設	調査人数	回収数	回収率	対象施設	調査人数	回収数	回収率	対象施設	調査人数	回収数	回収率
一般国民		5,000	2,581	51.6		5,000	2,527	50.5		5,000	2,179	43.6
医師	計	3,147	1,363	43.3	計	3,201	1,121	35.0	計	3,300	921	27.9
	病院	2,000	792	39.6	病院	2,000	648	32.4	病院	2,200	550	25.0
	診療所	1,034	425	41.1	診療所	1,081	368	34.0	診療所	1,100	370	33.6
	緩和ケア	113	78	69.0	緩和ケア	120	75	62.5	不明		1	
看護職員	不明		68		不明		30					
	計	3,647	1,791	49.1	計	4,201	1,817	43.3	計	4,300	1,434	33.3
	病院	2,000	986	49.3	病院	2,000	854	42.7	病院	2,200	627	28.5
	診療所	1,034	347	32.1	診療所	1,081	310	28.7	診療所	1,100	306	27.8
	緩和ケア	113	83	73.5	緩和ケア	120	89	74.2	訪問看護ステーション	500	283	56.6
介護職員	訪問看護ステーション	500	314	62.8	訪問看護ステーション	500	303	60.6	介護老人福祉施設	500	217	43.4
	不明		61		介護老人福祉施設	500	242	48.4	不明		1	
	計	2,000	1,253	62.7	計	2,000	1,155	57.8	計	2,000	880	44.0
施設長	介護老人福祉施設	2,000	1,253	62.7	介護老人福祉施設	2,000	1,155	57.8	介護老人福祉施設 看護師票配布あり	500	213	42.6
									介護老人福祉施設 看護師票配布なし	1,500	666	44.4
									不明		1	
									計	4,200	1,488	35.4
総計									病院	1,100	296	26.9
									診療所	1,100	262	23.8
									介護老人福祉施設 看護師票配布あり	500	233	46.6
									介護老人福祉施設 看護師票配布なし	1,500	696	46.4
									不明		1	
総計		13,794	6,988	50.7		14,402	6,620	46.0		18,800	6,902	36.7

調査報告書	<a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html</a>	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000v23.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000v23.html</a>	<a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000042968.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000042968.html</a>
調査項目	(※国＝一般国民、医＝医師、看＝看護師、介＝介護施設職員として以下省略した。)		
(1) 終末期医療に対する関心	<ul style="list-style-type: none"> <li>終末期医療については、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員の多くが、「非常に関心がある」、「まあ関心がある」と回答しており、(国:80%、医:92%、看:95%、介:93%)、いずれも高い関心を持っている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>終末期医療に対する関心は高い(国:79.5% 医:89.9% 看:96.1% 介:96.3%)が、延命治療について家族で話し合ったことがある者は半数程度(国:43.8% 医:50.4% 看:61.6% 介:46.7%)であり、十分に話し合ったことがある者は少ない(国:4.3% 医:7.3% 看:6.1% 介:3.3%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「終末期医療に関心があるか」といった質問は削除された。</li> <li>自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族と話し合いについて、一般国民では、「全く話し合ったことがない」と回答した者の割合が高かった。(一般国民:55.9%)</li> </ul>
(2) 病名や病気の見通しについての説明	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分が治る見込みがない病気に罹患した場合、病名や病気の見通しについて知りたいと回答した者の多くは、<b>担当医師から直接説明を聞きたいと考えている</b>(国:92%、医:98%、看:98%、介:96%)</li> <li>過半数の看護職員は担当している患者に対して、まず、「患者本人に説明する」「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」と回答している(医47%、看76%、介30%)、医師、介護施設職員の過半数は、まず、「家族に説明する」と回答している(医51%、看21%、介68%)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療福祉従事者のうち、担当している患者(入所者)が治る見込みがない病気に罹患した場合、病名や病気の見通しを誰に説明するかという問いに対して、「<b>患者本人に説明する</b>」、「<b>患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する</b>」と回答した者の割合は、<b>前回調査に比べて、医師では増加し、看護・介護職員では減少していた</b>(医:47→65%、看:76%→37%、介:30%→19%)</li> </ul>	この項目は削除された。
(3) 治療方針の決定	<ul style="list-style-type: none"> <li>治療方針の決定に当たって、「患者本人の意見を聞く」と回答した者(医14%、看17%、介6%)よりも、「患者本人の状況を見て誰にするか(意見を聞くか)を判断する」と回答した者が多くなっている。(医:57%、看:71%、介:57%)</li> <li>事前に患者本人の意思が確認できない場合、患者本人の代わりに、家族や後見人が治療方針などを決定するという考え方には、過半数の者が「それでよい」、または「そうせざるを得ない」と回答しており、肯定的である(国:57%、医:67%、看:62%、介:60%)。代理人としては配偶者を上げる者が多い(国:63%、医:73%、看:66%、介:63%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>前回調査に比べて、医師では「<b>患者(入所者)本人の意見を聞く</b>」と回答した者が増加し(14%→19%)、「<b>家族の意見を聞く</b>」と回答した者が減少したが(28%→22%)、<b>看護・介護職員では「家族の意見を聞く」と回答した者が増加した</b>(看:11%→20%、介:36%→42%)</li> <li>事前に患者本人の意思が確認できない場合、患者本人の代わりに、家族や後見人が治療方針などを決定するという考え方には、一般国民及び医療福祉従事者ともに「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かった。(国:58%、医:72%、看:65%、介:61%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「治療方針の決定にあたって誰の意見を聞くか」といった質問は削除された。</li> <li>自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分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、「賛成である」と回答した者の割合がもっとも高かった。(国:62.8% 医:68.3% 看:74.2% 介:76.1%)</li> <li>家族等から、治療の選択について替わって判断してもらいたいとあらかじめ頼まれた場合、引き受けるかどうかについて、「引き受ける」と回答した者の割合がもっとも高かった(国:57.7% 医:81% 看:64.9% 介:63.6%)。次いで「わからない」という回答が多かった。</li> </ul>
(4) 末期状態の患者に対する医療の在り方	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分が痛みを伴う末期状態(死期が6か月程度よりも短い期間)の患者になった場合には、単なる延命医療について、「やめたほうがよい」、または「やめるべきである」と回答した者が多い。(国:74%、医:82%、看:87%、介:83%)</li> <li>死期が迫っている場合に、単なる延命医療を中止することに肯定的である者の多くは、延命医療を中止するときに、「<b>痛みを和らげること</b>」に重点をおく方法を選択し(一般67%、医86%、看86%、介74%)、次に医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法が選ばれている。(国:24.5% 医:13% 看:14% 介:21%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病態ごとに異なるものの、治る見込みがないと診断された場合、延命医療に対して消極的である(74%～94%)。一方、自分自身の延命医療に比べて、自分の家族には延命医療を望む傾向がある(9%～60%)</li> <li>死期が迫っている場合、<b>延命医療を中止して自然に死期を迎えさせるような医療・ケアを望む者が前回より増加</b>(国:24.5%→28.3%)しており、<b>苦痛を和らげること</b>に重点を置く医療・ケアを望む者が減少している。(国:52% 医:71% 看:71% 60.5%)</li> <li>延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、延命医療に対して消極的な傾向がみられる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合、自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療を希望する者が最も多かった。(国:74% 医:87% 看:90.5% 介:88%)</li> <li>過去の調査では一般国民に対してのみ質問しており、また詳細な状況設定をしていない(別添①)ため、直接比較することはできない(「(5)それぞれの病状での療養の場所」でも同様)</li> </ul>
(5) それぞれの病状での療養の場所	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、一般国民は、病院、次いで老人ホーム、自宅で療養することを希望している(各々38%、25%、23%)。また、医師・看護師は、自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望しており(各々49%・41%、23%・27%)、介護施設職員は自宅、次いで介護老人福祉施設で療養することを希望している(各々38%、26%)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、<b>一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多く、前回より増加し(38%→44%)、「老人ホーム」と回答した者は前回より減少した</b>。(25%→15%) <b>医療福祉従事者は「自宅」と回答した者の割合が最も多かったが、前回の調査と比べて医師・看護師では減少し、介護職員は増加していた</b>。(医:49%→41% 看:41%→38% 介:38%→40%) <b>介護職員では、介護老人福祉施設を希望する割合が減少している</b>。(26%→18%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>希望する療養場所については、一般国民において、居宅を希望する割合は、「末期がんであるが、症状が健康なときと同様に保たれている場合」を除いて10～37%であり、医療機関や介護施設が多かった。</li> <li>希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にもかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57～78%が望んでいなかった。</li> </ul>

<p>(6)リビング・ウィルと患者の意思の確認方法</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リビング・ウィルの考え方に「賛成する」と回答した者は、過半数となっている(国:59%、医:75%、看:75%、介:76%)しかしながら、書面による本人の意思表示という方法について、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」とする国民は、半数を下回っている(国:37%、医:48%、看:44%、介:38%)</li> <li>書面で尋ねる時期については意見が分かれている。</li> <li>リビング・ウィルについて「患者の意思の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない」「賛成できない」と回答した者の多くは、家族の中で意見がまとまらない場合、意思表示の書面がない時、延命医療の中止の判断については、「配偶者など最も身近な人の意見に従って欲しい」と回答している(国:62%、医:44%、看:54%、介:53%)。医師においては「全員一致しなければ、延命医療が継続されてもやむを得ない」と回答する者が比較的多い(国:6%、医:24%、看:12%、介:12%)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方に賛成する者の割合(国61.9% 医:79.9% 看:82.5% 介:81.6%)は前回よりも増加している。また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、リビング・ウィルに賛成する者の割合(71.7%~85.2%)が多い。</li> <li>一方、前回に比べて、「患者の意思の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない」と回答した者の割合は医師以外で減少した(国:25%→22% 看:14%→9% 介:11%→7%)</li> <li>リビング・ウィルの法制化について、一般国民は法制化に否定的な意見が半数を超える(62.4%)一方、医師と看護職員は意見が二分している(各々44.6%、53.2%)</li> <li>前回に比べて、医師で「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」と回答した者の割合が増加した。(48%→54%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>意思表示の書面をあらかじめ作成しておくことについて、「賛成である」と回答した者の割合が高かった。(国:69.7% 医:73.4% 看:84.7% 介:83.8%)</li> <li>前回の調査と比較して、意思表示の書面(別添②)を作成することについて賛成する者の割合が、一般国民は高くなり(61.9%→69.7%)、医師は低くなっている(79.9%→73.4%)。</li> <li>前問で、書面の作成に賛成と回答した者のうち、実際に書面を作成している人は少なかった。(国:3.2% 医:5.0% 看:3.5% 介:3.5%)</li> <li>書面で尋ねる時期に関する質問は削除された。</li> <li>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、あるいは受けたくないかなどを記載した書面に従って治療方針を決定することを法律で定めることについて、「定めなくてもよい」「定めるべきではない」という意見が多かった。特に医師は他職種等よりもこれらの回答の割合が高かった。(国:53.2% 医:71.3%)</li> <li>前回の調査ではリビングウィルの取扱いについて尋ねている(別添③)が、法制化に積極的な者は減少傾向が見られる。(国:34%→28% 医:54%→20% 看:44%→25% 介:37%→22%)</li> </ul>
<p>(7)終末期医療に対する悩み、疑問</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>終末期医療について、医師、看護職員、介護施設職員の多くが、悩みや疑問を「頻繁に感じる」「たまに感じる」を選択している(医:86%、看:91%、介84%)</li> <li>医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、治療方針の意見の相違が起こったことがあるかという問いに対して、意見の相違が起こったことがあると回答した者の割合は、看護で過半数を超える。(医:36% 看:52% 介:32%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>延命医療に関して、51~67%の者が医師と患者の間で十分な話し合いが行われていないと考えている。</li> <li>終末期医療に対して、悩みや疑問を感じたことがある医療福祉従事者は、前回に比べて減少しているものの80%を超える。(医:84% 看:88% 介:84%)</li> <li>医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、治療方針の意見の相違が起こったことがあるかという問いに対して、意見の相違が起こったことがあると回答した者の割合は、医師・介護職員は医:36%→34%、介:32%→31%であったが、看護職員は52%→48%であり、前回に比べると、やや減少している傾向が見られた。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の調査と比較して、いずれの職種でも治療方針に関して医療職種間で意見の相違が「ある」と回答した者は減少傾向が見られる。(医:34%→15% 看:48%→30% 介:31%→17%)</li> </ul>
<p>(8)終末期医療体制の充実</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「WHO方式癌疼痛治療法」について、内容を知っている医師、看護職員の割合は、(医:43%、看:20%)で、介護施設職員の69%が、そのような治療法があることを知らないという状況である。</li> <li>適切な終末期医療の普及のために今後充実していくべき点として、医師、看護職員、介護施設職員は、共通して、「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「緩和ケア病棟の設置と拡充」、「患者、家族への相談体制の充実」、「医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実」を挙げている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療福祉従事者の間で、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準については、「詳細な基準を作るべき」という意見(38~44%)と「一律な基準ではなく医療・ケアチームが十分に検討して方針を決定すればよい」という意見(35~39%)で二分している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかどうかについて、「ガイドラインを知らない」と回答した者がもっとも多かった。(医:33.8% 看:41.4% 介:50.2%)</li> <li>前回の調査と比べて、質問の選択肢が変わっている(別添④)ため厳密な比較はできないが、終末期医療の定義や判断基準について詳細な基準を示すことを求める意見が減少している。(医:39%→6% 看:38%→6% 介:35%→7%)</li> </ul>
<p>(9)終末期医療に係る施設の体制・倫理委員会の設置等</p>			<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、介護老人福祉施設で「行っている」との回答がもっとも高かった。(病院:28.4% 診療所:7.3% 福祉施設:56.3%)</li> </ul>

表4-② 3回の調査での共通部分の比較表

(以下、一般国民を「一般」、看護師を「看護」、介護職員を「介護」と省略する)

	H15「終末期医療に関する調査」	H20「終末期医療に関する調査—いのちを支える医療を目指して—」	H25「人生の最終段階における医療に関する意識調査」
	<b>i) 末期状態の患者に対する医療の在り方</b>		
	<b>自分自身が（全対象者回答）</b>		
	<p><b>痛みを伴い、治る見込みがなく、非常に死期が迫っている（1か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「心肺蘇生措置はやめたほうがよい」「心肺蘇生措置はやめるべきである」合わせて、一般70.1%、医師89.5%、看護90.9%、介護79.3%</p>	<p><b>突然重い病気や不慮の事故などで適切な医療の継続にもかかわらず治る見込みがなく死が間近に迫っている（数日あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「心肺蘇生措置は望まない」「どちらかというと心肺蘇生措置は望まない」合わせて、一般73.7%、医師93.3%、看護93.9%、介護86.3%</p>	<p><b>交通事故により心肺停止となったが蘇生したものの、2週間経過後も意識はなく機関から管を入れてつけている人工呼吸器がないと呼吸ができず、太い血管に点滴の管が入っている場合</b></p> <p>「状態が悪くなるのに対応して薬の量や呼吸補助のための機械設定を増やすなどの更なる治療」を望まない 一般79.7%、医師83.4%、看護88.1%、介護88.5% 「現在の治療を継続すること」を望まない 一般68.2%、医師65.8%、看護73.2%、介護70.3%</p>
H30(案)問5	<p><b>痛みを伴い、治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「単なる延命医療はやめたほうがよい/やめるべきである」と答えたものの（一般74.0%、医師82.4%、看護86.5%、介護82.8%）のうち、 延命医療を中止するとき「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」 一般58.9%、医師83.5%、看護83.0%、介護74.8% 「延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法」 一般24.5%、医師13.3%、看護14.1%、介護21.1%</p>	<p><b>治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「延命治療を望まない/どちらかというと望まない」と答えたもの（一般71.0%、医師84.3%、看護88.3%、介護81.1%）のうち、 望む医療・ケア方法として「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点を置く方法」 一般52.0%、医師71.0%、看護71.0%、介護60.5% 「延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法」 一般28.3%、医師18.4%、看護16.6%、介護28.9%</p>	<p><b>末期がんや診断されたが少し疲れやすいものの食事もよくとれ痛みも少なく意識や判断力も正常な場合</b></p> <p>「自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療」 一般73.8%、医師86.6%、看護90.5%、介護88.1%</p> <p><b>末期がんや診断され、状態は悪化し食事もとりにくく呼吸が苦しいが、痛みはなく意識、判断力は正常な場合</b></p> <p>「心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置」を望まない 一般68.8%、医師90.4%、看護93.7%、介護78.9%</p>
	<p><b>持続的植物状態で治る見込みがないと診断された場合</b></p> <p>「単なる延命医療はやめたほうがよい/やめるべきである」と答えたものの（一般79.6%、医師84.6%、看護87.0%、介護83.9%）のうち、 延命医療を中止するとき、「人工呼吸器、生命の維持のために特別に用いられる治療は中止してよいが、それ以外の治療（床ずれの手当や点滴等）は続ける」 一般52.8%、医師61.5%、看護71.0%、介護65.2% 「一切の治療は中止してよい」 一般28.2%、医師21.8%、看護14.1%、介護18.0%</p>	<p><b>遷延性意識障害で治る見込みがないと判断された場合</b></p> <p>「延命治療を望まない/どちらかというと望まない」と答えたもの（一般78.7%、医師88.3%、看護92.0%、介護89.0%）のうち、 望む治療の中止は「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」 一般39.7%、医師42.1%、看護46.5%、介護42.8% 「胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止」 一般14.3%、医師25.8%、看護21.4%、介護25.7% 「点滴等の水分補給など、一切の治療を中止してほしい」 一般17.7%、医師19.5%、看護18.6%、介護15.9%</p>	<p><b>交通事故で強く頭を打ち、すでに半年間以上意識がなく管から栄養を取っている状態であるが、衰弱が進んでいる場合</b></p> <p>「肺炎にもかかった場合、抗生剤を呑んだり点滴したりすること」を望まない 一般60.1%、医師57.1%、看護57.1%、介護58.2% 「呼吸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」を望まない 一般76.0%、医師88.7%、看護93.4%、介護87.0% 「心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置」を望まない 一般78.1%、医師90.9%、看護94.6%、介護85.1%</p>
	<b>担当患者（入所者）が（医療福祉従事者のみ回答）</b>		
	<p><b>痛みを伴い、治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「単なる延命医療はやめたほうがよい/やめるべきである」と答えたもの（医師72.2%、看護74.8%、介護70.3%）のうち、 延命医療を中止するとき「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」 医師85.8%、看護86.0%、介護74.0% 「延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法」 医師12.1%、看護12.1%、介護23.3%</p>	<p><b>治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「延命治療は中止すべきである/どちらかというと中止したほうがよい」と答えたもの（医師71.8%、看護62.3%、介護58.7%）のうち、 治療の中止は「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」を考慮 医師64.7%、看護66.3%、介護55.3% 「胃ろうや中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止」を考慮 医師25.1%、看護26.4%、介護34.0% 「点滴等の水分補給など、一切の治療を中止」を考慮 医師5.4%、看護3.4%、介護3.8%</p>	<p><b>末期がんや診断され、状態は悪化し食事もとりにくく呼吸が苦しいが、痛みはなく意識、判断力は正常な場合</b></p> <p>「呼吸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」をすすめない 医師81.0%、看護76.2%、介護61.5% 「口から十分な栄養をとれなくなった場合、中心静脈栄養」をすすめない 医師60.8%、看護52.2%、介護57.0% 「口から十分な栄養をとれなくなった場合、胃ろう」をすすめない 医師74.4%、看護71.3%、介護60.0% 「口から水を飲めなくなった場合の点滴」をすすめない 医師13.9%、看護17.2%、介護15.5%</p>
H30(案)医師票問11-4	<p><b>ii) それぞれの病状での療養の場所</b></p> <p><b>自分自身が（全対象者回答）</b></p> <p><b>痛みを伴い、治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」 一般26.7% 「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」一般21.6% 「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」 一般21.6%</p>	<p><b>治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」 一般29.4% 「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」一般18.4% 「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」 一般23.0%</p>	<p><b>末期がんや診断されたが少し疲れやすいものの食事はよくとれ、痛みもなく意識や判断力も正常な場合</b></p> <p>「居宅」一般71.7%、医師87.7%、看護92.0%、介護85.7%</p> <p><b>末期がんや診断され、状態は悪化し食事もとりにくく呼吸が苦しいが、痛みはなく意識、判断力は正常な場合</b></p> <p>「居宅」一般37.4%、医師57.5%、看護66.6%、介護58.6% 「医療機関」一般47.3%、医師31.4%、看護24.8%、介護28.3%</p>
H30(案)問7・8	<p><b>高齢となり脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、治る見込みのない状態になった場合</b></p> <p>一般：「病院」38.2%、「老人ホーム」24.8%、「自宅」22.7%</p> <p>医療福祉者： 「自宅」医師48.9%、看護41.2%、介護38.0% 「介護療養型医療施設、又は長期療養を目的とした病院」 医師23.4%、看護27.3%、介護18.4% 「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」 医師7.0%、看護13.7%、介護26.1%</p>	<p><b>高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合</b></p> <p>一般：「病院」44.3%、「老人ホーム」15.2%、「自宅」22.4%</p> <p>医療福祉者： 「自宅」医師40.6%、看護38.0%、介護39.7% 「介護療養型医療施設、又は長期療養を目的とした病院」 医師28.0%、看護24.8%、介護16.1% 「介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）」 医師6.1%、看護11.6%、介護17.6%</p>	<p><b>認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔がわからず、食事や着替えなど身の回りのことに手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合</b></p> <p>「居宅」一般11.8%、医師23.7%、看護13.2%、介護16.6% 「医療機関」一般26.8%、医師9.6%、看護7.7%、介護8.1% 「介護施設」一般59.2%、医師64.6%、看護76.9%、介護74.2%</p>
	<b>担当患者（入所者）が（医療福祉従事者のみ回答）</b>		
	<p><b>痛みを伴い、治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院を薦める」 医師33.2%、看護47.7%、介護24.7% 「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院を薦める」医師32.9%、看護19.9%、介護12.2% 「なるべく早く緩和ケア病棟に入院を薦める」 医師12.8%、看護12.6%、介護26.0% 「老人ホームに入所を薦める」 医師0.0%、看護0.1%、介護0.3%</p>	<p><b>治る見込みがなく、死期が迫っている（6か月あるいはそれ以下）場合</b></p> <p>「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院を薦める」 医師36.8%、看護44.1%、介護15.1% 「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院を薦める」医師32.2%、看護20.0%、介護6.4% 「なるべく早く緩和ケア病棟に入院を薦める」 医師9.8%、看護8.5%、介護11.9% 「老人ホームに入所を薦める」 医師0.1%、看護0.3%、介護31.3%</p>	<p><b>末期がんや診断され、状態は悪化し食事もとりにくく呼吸が苦しいが、痛みはなく意識、判断力は正常な場合</b></p> <p>「居宅」をすすめる 医師53.1%、看護61.7%、介護29.2% 「医療機関」をすすめる 医師34.9%、看護26.4%、介護29.7% 「介護施設」をすすめる 医師9.8%、看護8.5%、介護39.4%</p>
H30(案)医師票問11-3			<p><b>慢性的な重い心臓病が進行して悪化し、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だが、意識や判断力は正常な場合</b></p> <p>「居宅」一般23.5%、医師52.0%、看護46.1%、介護41.6% 「医療機関」一般39.5%、医師23.7%、看護26.4%、介護16.9% 「介護施設」一般34.9%、医師22.1%、看護25.9%、介護39.9%</p>

表4-② 3回の調査での共通部分の比較表（続き）

iii) リビング・ウィルと患者の意思の確認方法		
	<b>リビング・ウィルの考え方について</b>	<b>どのような治療を受けたいか、受けたくないかの書面をあらかじめ作成しておくことについて</b>
	「賛成する」一般59.1%、医師75.3%、看護75.2%、介護75.7%	「賛成である」一般69.7%、医師73.4%、看護84.7%、介護83.8%
	「賛成する」一般61.9%、医師79.9%、看護82.5%、介護81.6%	
	<b>書面による本人の意思表示という方法の扱われ方</b>	
	<b>リビング・ウィルの考え方に「賛成である」と答えたものうち、</b>	<b>意思表示の書面に「賛成である」と答えたものうち、</b>
	「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」	「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」
	一般60.3%、医師50.7%、看護54.2%、介護59.0%	「意思表示の書面に従った治療を行うことを法律に「定めてほしい」
	「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」	一般28.1%、医師20.4%、看護25.3%、22.3%
	「その時の状況による」	「定めなくてもよい」
	一般37.2%、医師47.7%、看護43.6%、介護38.3%	一般44.7%、医師49.7%、看護47.7%、介護47.9%
	「その時の状況による」	
	一般33.6%、医師54.1%、看護44.0%、介護36.6%	
	<b>本人の意思確認ができない場合の代理人による意思表示という考え方に賛成するか</b>	<b>代理人をあらかじめ決めておくことについて</b>
H30(案) 問3	「それでよいと思う」「そうせざるを得ないと思う」	「賛成である」
	合わせて、一般57.2%、医師66.8%、看護62.0%、介護59.9%	一般62.8%、医師68.3%、看護74.2%、介護76.1%
	「その時の状況による」	
	「それでよいと思う」「そうせざるを得ないと思う」	
	合わせて、一般58.1%、医師71.9%、看護64.7%、介護61.2%	
	「その時の状況による」	
	「自分が終末期に明確な意思表示が示せない場合、治療方針の決定についてどのようにしてほしいか	<b>治療の選択について自分で判断できなくなった場合に治療方針をだれに決めてもらいたいか</b>
H30(案) 問2	「配偶者」一般63.3%、医師72.7%、看護66.0%、介護62.8%	「家族等のうち、自分のことをよく分かっている一人の方」
	「子供」一般13.2%、医師6.9%、看護8.8%、介護16.6%	一般34.0%、医師50.3%、看護42.1%、介護41.4%
		「家族等が集まって話し合った結果」
		一般44.6%、医師33.6%、看護44.4%、介護46.8%
	「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい（従うべき）」（カッコ内は医療従事者の回答選択肢）	
	一般77.0%、医師67.2%、看護80.4%、介護75.7%	
	<b>iv) 終末期医療に対する悩み、疑問（医療福祉従事者のみ回答）</b>	
	<b>終末期医療において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起こったことがあるか</b>	
H30(案) 医師票 問7	「ある」医師36.2%、看護52.3%、介護32.2%	「ある」医師14.7%、看護30.4%、介護17.4%
	「ない」医師57.4%、看護43.4%、介護65.1%	「ない」医師62.0%、看護52.4%、介護74.9%
		「死が間近な患者（入所者）に関わっていない」
		医師22.4%、看護16.2%、介護6.6%

Table5-① 自分の人生の最期について考えた経験があることに関連する要因（単解析） n=101（人）

		考えた経験あり n=81		考えた経験なし n=20		X <sup>2</sup> analysis P=
		%	n	%	n	
性別	男性	75.0	27	25.0	9	P=0.329
	女性	83.1	54	16.9	11	
がんの有無	一般市民	76.6	36	23.4	11	P=0.397
	医療介護従事者	83.3	45	16.7	9	
がんの有無	がん患者	88.2	15	11.8	2	P=0.362
	非がん患者	78.6	66	21.4	18	
住所地	小田原市	83.1	59	16.9	12	P=0.260
	小田原市以外	73.3	22	26.7	8	
年齢（歳）	≥50	86.2	56	13.8	9	P=0.044
	<50	69.4	25	30.6	11	
看取り経験	あり	91.2	31	8.8	3	P=0.049
	なし	74.6	50	25.4	17	
予め最期について考えておく必要性を感じているか	いる	83.7	77	16.3	15	P=0.005
	いない	44.4	4	55.6	5	

Table5-② 自分の人生の最期について考えた経験があることに関連する要因（多重ロジスティック解析） n=101（人）

		考えた経験あり n=81		考えた経験なし n=20		Odds Ratio	95%CI*	P
		%	n	%	n			
年齢（歳）	≥50	86.2		13.8	9	3.69	1.23-11.1	0.020
	<50		56	30.6	11			
		69.4	25					
予め最期について考えておく必要性を感じているか	いる	83.7	77	16.3	15	8.22	1.73-39.1	0.008
	いない	44.4	4	55.6	5			

\*CI: confidence interval

Table 5-③ 最期を迎える場所として自宅を選択することに関連する要因（多重ロジスティック解析） n=96（人）

	最期を自宅で迎えることを希望 (n=33)		自宅ではない場所を希望 (n=63)		Odds Ratio	95%CI*	P
	%	n	%	n			
地域のがん医療に対する安心感尺度	<29点	25.9	15	74.1	43	2.49	1.03-5.99
	≥29点	47.4	18	52.6	20		

\*CI: confidence interval

年齢・性別・医療介護提供者かどうかで調整