

# Sense of support and security with regional cancer care as a factor associated with preferred place of death: Results from a questionnaire survey of a general population in one region of Japan

Kyoko Hanari<sup>1</sup> Nanako Tamiya<sup>2</sup> Jun Hamano<sup>3</sup> Masayo Kashiwagi<sup>4</sup> Ai Oishi<sup>5</sup> Tomoko Ito<sup>2</sup>  
Thomas Mayers<sup>6</sup> Mari Saito<sup>7</sup> Eiichi Kashiwagi<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Services Research, Graduate School of Comprehensive Human Sciences Major in Medical Sciences University of Tsukuba  
<sup>2</sup> Health Services Research Faculty of Medicine University of Tsukuba <sup>3</sup> Division of Clinical Medicine, Faculty of Medicine University of Tsukuba  
<sup>4</sup> Gerontological Nursing Yokohama City University School of Medicine <sup>5</sup> Usher Institute of Population Health Sciences and Informatics The University of Edinburgh  
<sup>6</sup> Health Services Research Faculty of Medicine University of Tsukuba <sup>7</sup> Chemotherapy and Palliative Care Yokohama City University Medical Center  
<sup>8</sup> Pharmacy Odawara Municipal Hospital

## Background

For terminally ill cancer patients in Japan, dying at one's preferred place of death is a very important issue<sup>1</sup>. Furthermore, end-of-life care preferences that included preferred place of death were associated with patients' concepts of good-death<sup>1</sup>. However, the association between preferences of place of death with sense of support and security regarding cancer care is unclear.

## Objectives

The aims of this survey were

- 1) to investigate the preferred place of death
- 2) to examine the association between the sense of support and security and the selection of "home" as the preferred place of death

## Method

### ◆ Study design

A cross-sectional, anonymous questionnaire survey at a single setting, namely; Odawara City, Kanagawa Prefecture, Japan.

### ◆ Eligible persons

Participants who attended a public lecture on cancer treatment and care.

### ◆ Date of administration of questionnaire survey

October 1st 2016

### ◆ Questionnaire

The design was based on an extensive literature review.

It surveyed respondents about their preferred place of care and place of death.

It included a scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan.

### ◆ Ethical considerations

This study protocol was approved by the institutional review boards of Odawara Municipal Hospital, and we analyzed only subjects who submitted their agreement with this study.

### ◆ Statistical analysis

We performed a chi-square test to evaluate the significance of differences between two groups and multivariate logistic regression analysis.

All analyses were carried out using the statistical package Stata (StataCorp, USA).

### ◆ Financial support

This study was conducted as a part of "H28-iryuu-ippann-013" launched by the Ministry of Health, Labor, and Welfare in Japan.

A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan<sup>2</sup>.

This scale is made of 5 statements and uses a 7-point Likert scale. (1point: strongly disagree - 7points: strongly agree)

If I get cancer:

- (1) I would feel secure in receiving cancer treatment.
- (2) My pain would be well relieved.
- (3) Medical staff will adequately respond to my concerns and pain.
- (4) I would feel secure as a variety of medical care services are available.
- (5) I would feel secure in receiving care at home.

## Discussion

Same as in a previous study<sup>1</sup>, home is the most preferred place of death in this study. Our results showed that the choice of home as the preferred place of death was associated with a deep sense of security regarding cancer care in that region of Japan. Strengthened efforts to enhance the sense of security for care of cancer patients in the Odawara area may increase the percentage of the general population who choose home as their preferred place of death.

References  
1) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007;18:1539-47

2) Igarashi A, Miyashita M, Morita T, et al. A scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan: A potential new endpoint of cancer care. *J Pain Symptom Manage*. 2012 Feb;43(2):218-25.

## Results

Figure 1 Flow of participants

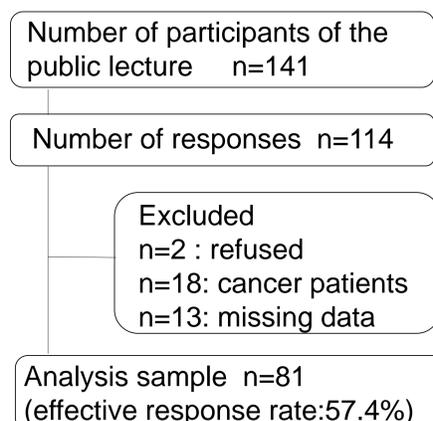
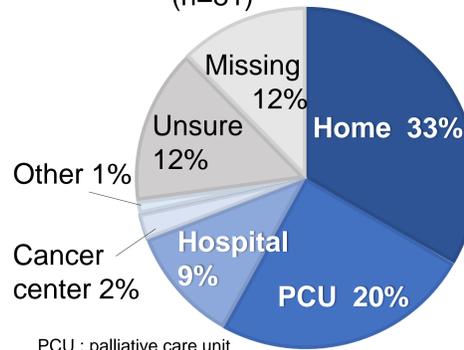


Table 1 Demographic background of respondents (n=81)

	Respondents %	n
Male	34.6	28
Female	65.4	53
<39years	18.5	15
40-49years	21.0	17
50-59years	28.4	23
60-69years	16.1	13
70-79years	12.3	10
>80years	3.7	3
General population	38.3	31
Medical staff	61.7	50
Having bereavement experience	32.1	26

Figure 2 Preferred place of death (n=81)



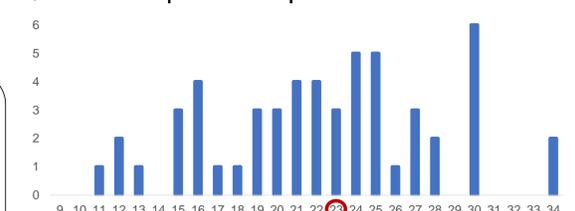
PCU : palliative care unit

The mean score of the scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in this region of Japan was **22.9 points** and median was 24 points.

Figure 3 Comparison of score\* [3a] Score of respondents who chose home as the preferred place of death



[3b] Score of respondents who chose other as the preferred place of death



\*Score of the scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan

Table 3 Determinants of choosing home as preferred place of death (Univariate analysis)

Independent variable	Home n=27		Other n=54		X <sup>2</sup> analysis P=
	%	n	%	n	
Male	39.3	11	60.7	17	P=0.409
Female	30.2	16	69.8	37	
≥60years	26.9	7	73.1	19	P=0.400
<60years	36.4	20	63.6	35	
General population	25.8	8	74.2	23	P=0.258
Medical staff	38.0	19	62.0	31	
Bereavement experience Have	34.6	9	65.4	17	P=0.866
Don't have	32.7	18	67.3	37	
Score* <23	18.2	6	81.2	27	P=0.016
≥23	43.8	21	56.2	27	
Preferred place of care Home	52.0	13	48.0	12	P=0.017
Other	25.0	14	75.0	42	

\* Score of the scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan

Table 4 Determinants of choosing home as preferred place of death (Multivariate analysis; adjusted for age, gender, medical staff)

Score*	Home n=27		Other n=54		Odds Ratio	95%CI*	P
	%	n	%	n			
<23	18.2	6	81.2	27	3.32	1.12-9.83	0.030
≥23	43.8	21	56.2	27			

\* Score of the scale for measuring feelings of support and security regarding cancer care in a region of Japan

# 自分自身の人生の最期を考える —その実態と促進要因—

市民公開講座参加者を対象とした意識調査より

羽成恭子<sup>1</sup> 斎藤真理<sup>2</sup>

- 1 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻  
ヘルスサービスリサーチ分野
- 2 横浜市立大学附属市民総合医療センター 緩和ケア部

1

## 背景

アドバンスケアプランニングの有益性が示されている

- ・事前指示書の作成率を上げる BMJ 2010;340
- ・医師や家族が患者の希望を理解する傾向が増える BMJ 2010;340
- ・人生の最終段階における入院を減少させる JAMA 2000;283
- ・自分の希望する場所で死亡する患者が増える JAMA 2000;283

2

## 背景

アドバンスケアプランニングのプロセス JAGS 2008;56

### Contemplation

自分の価値や将来の治療に関する希望を考える



### Discussion

家族や親しい人や医療者と話し合いをする



### Documentation

将来の希望について記載した文書を作成する

日本において、どのくらいの人  
が人生の最期について考えて  
いるかを調査した研究はない。

3

## 目的

以下を明らかにする

1. どのくらいの人か、自分自身の人生の最期について  
➢考えた経験があるのか  
➢考える必要性を感じているのか
2. 人生の最期について考えることを促進する要因は何か
3. 人生の最期について考える必要性を感じる理由は何か

4

## 方法①

### ◆研究デザイン

無記名式自記式アンケート調査研究

### ◆調査対象者

2016年10月1日 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

### ◆調査項目(基本属性)

年齢、性別、がんの有無、医療介護従事者かどうか、  
家族をがんで看取った経験の有無

5

## 方法②

### ◆調査項目(質問文)

自分の人生の最期について

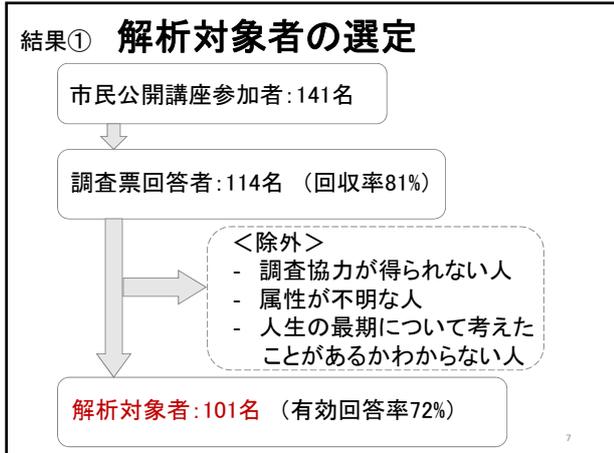
- ・考えた経験がありますか
- ・考えたきっかけは何ですか
- ・あらかじめ考えておく必要性を感じていますか
- ・なぜあらかじめ考えておく必要性を感じていますか

### ◆解析方法

カイニ乗検定、フィッシャーの直接確率法

「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 人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究 (H28-医療一般-013)」における研究として実施

6

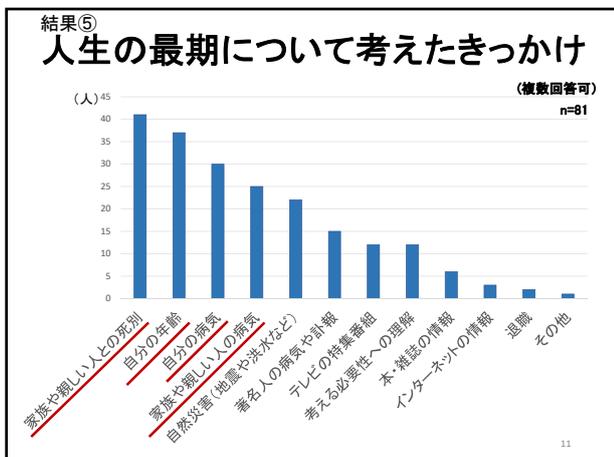
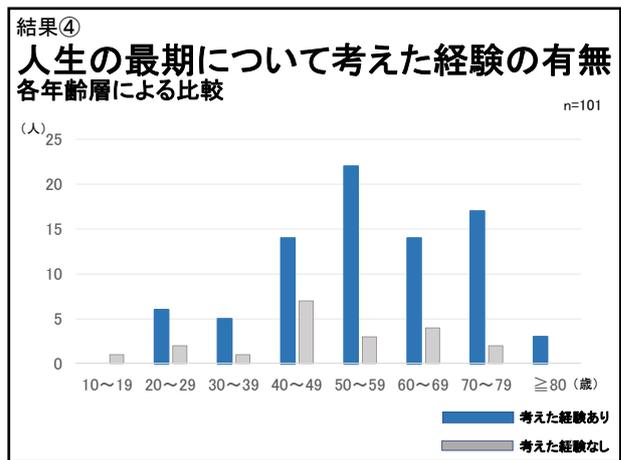
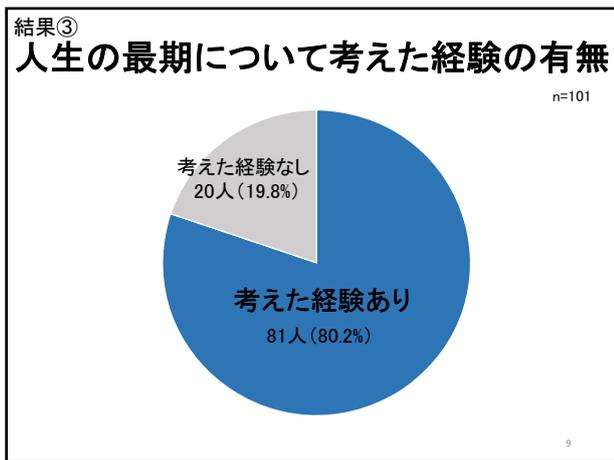


### 結果② 解析対象者 属性

対象者 n(人) % n=101人

性別	男性	36	35.6
	女性	65	64.4
年齢	10-19	1	1.0
	20-29	8	7.9
	30-39	6	5.9
	40-49	21	20.8
	50-59	25	24.8
	60-69	18	17.8
	70-79	19	18.8
	≥80	3	3.0
医療介護関係者		54	53.5
がん患者		17	16.8
看取りの経験		34	33.7

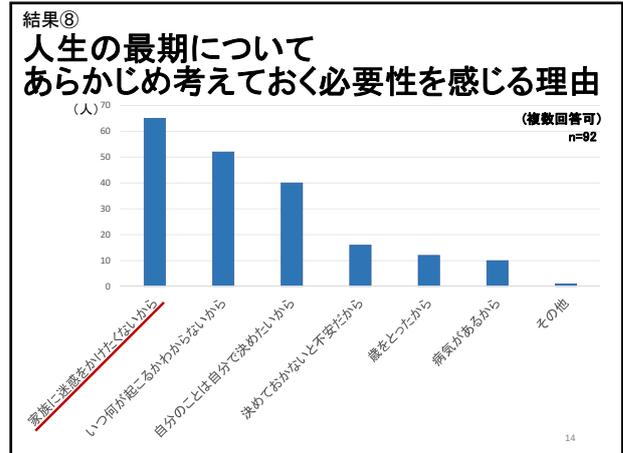
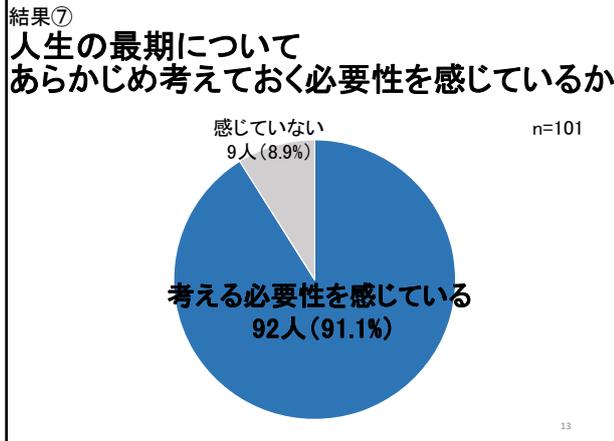
- ・女性の割合が多い
- ・40代以上が約85%
- ・医療介護関係者と市民の割合が半々



### 結果⑥ 人生の最期を考えた経験に関連ある因子 単変量解析結果

n=81

因子	考えた経験がある 人 %	考えた経験がない 人 %	X <sup>2</sup> 検定
性別	男性 27 75.0 女性 54 83.1	9 25.0 11 16.9	p=0.329
年齢	50歳以上 56 86.2 50歳未満 25 69.4	9 13.8 11 30.6	p=0.044
属性	市民 36 76.6 医療介護関係者 45 83.3	11 23.4 9 16.7	p=0.397
看取り経験	がん患者 15 88.2 がん罹患なし 66 78.6	2 11.8 18 21.4	p=0.294
看取り経験	あり 31 91.2 なし 50 74.6	3 8.8 17 25.4	p=0.039
予め最期について考えておく必要性を	感じている 77 83.7 感じていない 4 44.4	15 16.3 5 55.6	p=0.014



結果サマリー ①

- 約80%の人が人生の最期について考えたことがあると回答した
- 本・雑誌・インターネットの情報よりも、「自分の年齢」、「自分の病気」「家族や親しい人の死別」、「家族や親しい人の病気」といった自分自身の経験や体験が、人生の最期を考えるきっかけになっていた
- 年齢が50歳以上、看取り経験があることは、有意に人生の最期を考えるきっかけとなっていた

15

結果サマリー ②

- 約90%の人が人生の最期について考えておく必要性を感じていた
- あらかじめ人生の最期について考える理由として、「自分のことを自分で決めたい」と回答した人より、「家族に迷惑をかけたくない」と回答した人の方が多く、家族との関係性を重視していた。

16

考察①

80%を超える人が、自身の人生の最期について考えたことがあると回答した。

*Previous Study*  
約40%の日本人は、人生の最終段階における医療について家族と話し合いの機会をもったことがある  
終末期医療に関する意識調査等検討会 平成26年3月

自分自身の人生の最期について考えたことがあっても、家族と話し合いに至っていない可能性が考えられる。

17

考察②

本やインターネットなどの情報よりも、年齢を重ねることや看取りの経験といった、自分自身の経験や体験が、自身の人生の最期について考えることを促進する可能性がある。

*Previous Study*  
アメリカで1042人の市民を対象に行われた調査では、  
-年齢を重ねるほど人生の最期の準備をしている  
-配偶者に先立たれた人は、より人生の最期の準備をしている

Omega (Westport), 2010,60

18

### 考察③

自身の人生の最期を考える際には、自身のことを自分で決めることよりも、家族との関わりにより重点をおいている可能性がある。

#### Previous Study

日本の一般市民を対象としてgood deathの重要と考えられる要素を調査した研究において、

- 「家族の負担にならないこと」と回答したのは88～92%
- 「自分の将来を自分でコントロールしていくこと」と回答したのは57～67%であった。

Ann Oncol 2007;18

19

### 調査の限界

- 調査対象者の選択バイアスがある
- 1つの集団における横断研究である
- 解析対象者数が十分ではない
- 解析対象者の半数に医療介護関係者が含まれている

20

### 結語

- 80%を超える人が、人生の最終段階に関して考えた経験があった
- 自分自身の経験や体験が、人生の最終段階を考えることを促進する可能性がある
- 人生の最終段階を考える際には、自身のことを自分で決めることよりも、家族との関係性を重視している可能性がある

21

### 背景

- 人生の最終段階について議論することの重要性は示されているが、実際は議論に至らないこともある。

議論がなされているのは、がん患者の40%(JAMA 2008;300)・GOPD患者の15%(Chest 2012;142)・慢性腎不全患者の10%(Clin J Am Soc Nephrol 2010;5)と言われている

- 患者側の議論の障壁として
  - 人生の最終段階の議論をするほど具合が悪くない
  - 死について考えるより、今のままでいることに集中したい
 という気持ちがあることが指摘されている。

J Pain Symptom Manage 2016;52<sup>22</sup>

### 背景

#### 仮説

疾患のない時期から、あらかじめ人生の最期について考える機会があると、人生の最期における議論が増えるのではないか



まずは、現状の把握が必要。  
しかし、日本において、自身の人生の最期について考えたことのある人はどのくらいいるのかを市民を対象に把握した先行研究は認められない。

23

### 方法

研究デザイン	無記名式自記式アンケート調査研究	
対象	2016年10月1日 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	
調査項目	基本属性 ・年齢 ・性別 ・がんの有無 ・医療介護従事者か ・家族をがんで看取った経験の有無	自分の人生の最期に関して ・考えた経験の有無 ・考えたきっかけ ・あらかじめ考えておく必要性を感じるか (必要性を感じる場合はその理由)
解析方法	カイ二乗検定	

「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 人生の最終段階における医療のあり方に関する調査の手法開発及び分析に関する研究 (H28-医療-一般-013)」における研究として実施

## 方法② 倫理的配慮

▶小田原市立病院倫理委員会の承認のもとに調査を実施した

▶アンケート調査用紙には以下を記載

- ・調査の主旨
- ・調査に協力がなくても対象者個人に不利益が生じないこと
- ・答えにくい設問には回答をしなくてもよいこと

▶アンケート調査用紙には、アンケート調査に協力する意思があるかどうかを問う設問を設置

→「はい」を選択した参加者からは調査へのコンセンツが得られたとみなした

25

## 考察①

8割を超える人が、自身の人生の最期について考えたことがあると回答した。

### Previous Study

- ・約40%の日本人は、人生の最終段階における医療について家族と話し合いの機会をもったことがある

終末期医療に関する意識調査等検討会 平成26年3月

- ・患者の多くは、気持ちの準備ができてから、医療者と人生の最終段階の話し合いがしたいと考えている

BMJ open 2014;4

J Pain Symptom Manage 2007;34

**話し合いに至ってなくても、自身の人生の最期について考えたことがある人がいる**

26

# Factors associated with discussing with one's family on preferences for future medical treatment among older persons.

—Results from a national questionnaire survey among general population in Japan—

Kyoko Hanari<sup>1</sup>, Joshua Gallagher<sup>2</sup>, Nanako Tamiya<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Doctoral program in Clinical Sciences, Majors of Medical Sciences Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

<sup>2</sup> Doctoral Program in Human Care Science, Graduate School of Comprehensive Human Care Sciences, University of Tsukuba

<sup>3</sup> Health Services Research & Development Center, University of Tsukuba

<sup>4</sup> Department of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba



## Background

At least 40% acute inpatients<sup>1)</sup> and exceeds 90% among adults in intensive care units<sup>2)</sup> could not make their own medical decisions because of lost of mental capacity. Advance care planning (ACP) interventions increase concordance between preferences for care and delivered care<sup>3)</sup>. The process of advance care planning involves a stage of discussion<sup>4)</sup>. Since previous studies focused on documentation and especially patient-physician discussions, factors associated with discussing with the family among the general population are unclear.

### The process of advance care planning<sup>4)</sup>.



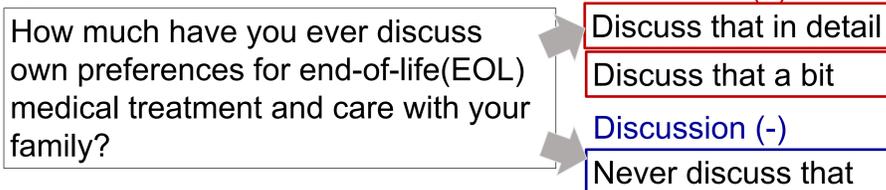
## Objectives

The aim of this study is to investigate factors associated with discussing with their family on preferences for one's future medical treatment. As older persons (age 65 or over) have a higher risk for life-threatening diseases, we focused on them.

## Method

- ◆ Study design: secondary analysis using data from "the survey of public attitude towards medical care at the end of life"<sup>5)</sup>, a population based, cross-sectional anonymous survey, conducted by Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare (MHLW) in December 2017.
- ◆ Source population: general population in Japan.
- ◆ Sampling selection: stratified two-stage random sampling method.
- ◆ Response rate: 16.2% (973/6000).
- ◆ Study samples: respondents of the survey aged 65 or older.

- ◆ We focused on the following question that was contained questionnaire.



- ◆ We performed a chi-square test or Fisher's exact test to evaluated the significance of differences between two groups and multivariate logistic regression analysis.

## Results

Figure 1. Flow of responses.

Number of responses n=973

Age 65 or over n=448

Excluded due to missing data. following listings were unclear  
 n=26: discuss about EOL medical treatment  
 n=20: experience of bereavement  
 n=6: presence of a family doctor  
 n=13: relatives living together  
 n=17: other listings

Analysis sample n=366

- Among respondents who chose discussion(+), 92.5% of respondents discussed with their family.
- "Diseases of family members" (54.3%) and "One's disease" (40.3%) were most common answers for what was trigger of discussions (multiple choice).
- Out of 186 respondents who chose discussion (+), 142 respondents had a family doctor. Only 59 respondents of this 142 respondents chose "the trigger of discussion was one's diseases".

Table 1. Determinants of discussions, Bivariate analysis (n=366).

	Discussion (+)	Discussion (-)	P value
Total	186 (50.8%)	180 (49.2%)	-
Male (58.7%)	96 (44.7%)	119 (55.3%)	0.005
High education level* (31.1%)	65 (57.0%)	49 (43.0%)	0.111
Having a family doctor (68.6%)	142 (56.6%)	109 (43.4%)	0.001
Living with at least with a family member			
spouse (68.3%)	128 (51.2%)	122 (48.8%)	0.831
son (26.5%)	41 (42.3%)	56 (57.7%)	0.049
daughter (13.7%)	18 (36.0%)	32 (64.0%)	0.032
Experience caring for others**			
at a hospital (26.8%)	65 (66.3%)	33 (33.7%)	0.000
at a nursing home (11.5%)	22 (52.4%)	20 (47.6%)	0.871
at a home (13.1%)	27 (56.3%)	21 (43.7%)	0.442
Having bereavement** (44.0%)	84 (52.2%)	77 (47.8%)	0.646

\* : include junior college, university and graduate school, \*\* : within the past 5 years

Table2. Determinants of discussions, Multivariable logistic analysis (n=366).

	OR	95%CI
Male	0.48	0.30-0.79
High education level*	1.50	0.91-2.48
Having a family doctor	2.63	1.60-4.33
Living with at least with a family member		
spouse	1.39	0.84-2.31
son	0.69	0.42-1.15
daughter	0.50	0.26-0.96
Experience caring for others**		
at a hospital**	2.73	1.58-4.71
at a nursing home**	0.89	0.43-1.83
at a home**	1.13	0.57-2.26
Having bereavement**	0.95	0.59-1.52

OR: odds ratio, 95%CI: 95% confidence interval, Hosmer-Lemeshow chi2(8)=7.96, Pro>chi2=0.4376  
 \* : include junior college, university and graduate school, \*\* : within the past 5 years

## Discussion

- Proportion of discussing own preferences for EOL medical treatment with their family was similar to previous Japanese study (49.0%)<sup>6)</sup>.
- This study leads to the suggestion that family doctors may play a key role in providing discussions about EOL medical treatment with their family.
- In our knowledge, this study was the first study that showed association an experience caring for others with discussion about EOL medical treatment with family in general population .
- When healthcare providers facilitate EOL discussions with patients who live with daughters, healthcare providers should consider playing a more active role in the discussion.

## Conclusion

Especially when caring for older persons, family doctors might facilitate discussions. Healthcare providers would need to know that a person with an experience caring for others, especially at a hospital, may be likely to want discussion about EOL medical treatment. Knowing which family member lives together with the patient is important when healthcare providers want to facilitate EOL discussions.

### References

- 1) Raymont V, et al: Prevalence of mental incapacity inmedical inpatients and associated risk factors: cross-sectional study. Lancet. 2004; 364:1421-1427
- 2) Cohen S, et al: Communication of end-of-life decisions in European intensive care units. Intensive Care Med. 2005; 31:1215-1221
- 3) Houben CHM, et al: Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. J Am Med Dir Assoc. 2014; 15:477-489
- 4) Rebecca L.Sudore, et al: Engagement in multiple steps of the advance care planning process: a descriptive study of diverse older adults. JAGS. 2008; 56:1006-1013,
- 5) 人生の最終段階における医療に関する意識調査 平成30年3月 [http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo\\_a\\_h29.pdf](http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf) (in Japanese)
- 6) Chiho Shimada, et al : Communicationwithimportantothersregardingtheirpreferencesforend-of-lifecare. NipponRonenIgakkaiZasshi.2015;52:79—85 (in Japanese)

I have no conflict of interest with regard to our presentation.

# Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on assumed diseases: Results from a national questionnaire survey of the general population in Japan

Kyoko Hanari<sup>1</sup>, Nanako Tamiya<sup>2,3</sup>, Thomas Mayers<sup>3</sup>, Megumi Inoue<sup>4</sup>, Joshua Gallagher<sup>5</sup>

1) Doctoral program in Clinical Sciences, Majors of Medical Sciences Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba; 2) Health Service Research & Development Center, University of Tsukuba; 3) Faculty of Medicine University of Tsukuba; 4) Department of Social Work, George Mason University; 5) Doctoral Program in Human Care Science, Graduate School of Comprehensive Human Care Sciences, University of Tsukuba

## Background

A previous study identified “home” as the preferred place for end-of-life (EOL) care for the general population of Japan. However, it remains unclear whether the preferred place for EOL care may differ by the type of disease.

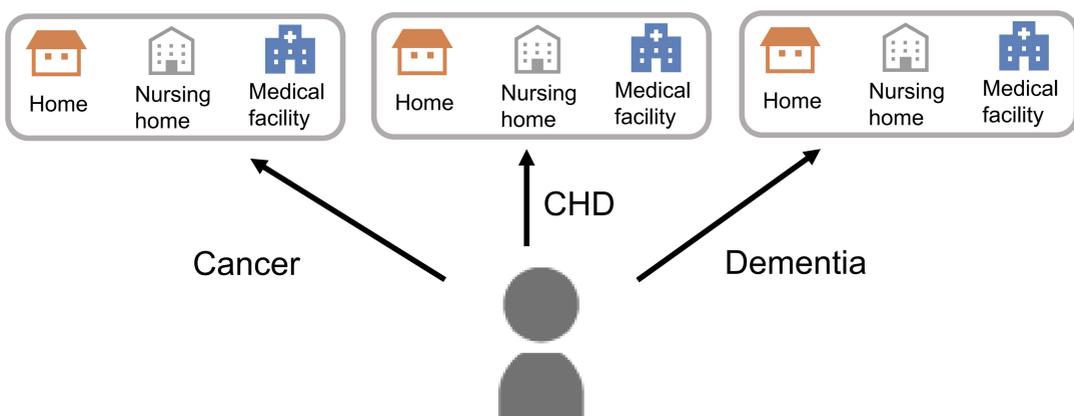
## Study aim

To investigate the difference of preferred place for EOL care by the disease assumed.

## Methods

- ◆ Study design: secondary analysis using data from “the survey of public attitude towards medical care at the end of life,” a population based, cross-sectional anonymous survey, conducted by the Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare (MHLW) in December 2017
- ◆ Source population: general population in Japan
- ◆ Sampling selection: stratified two-stage random sampling method
- ◆ Response rate: 16.2% (973/6000)
- ◆ Study samples: respondents of the survey
- ◆ Statistical analysis: chi-squared test, interaction test  
significance level  $P < 0.05$

- ◆ We focused on the following questions:  
“Where is your preferred place to receive care if you became terminally ill with following diseases?”  
Scenario 1: cancer  
Scenario 2: chronic heart disease (CHD)  
Scenario 3: dementia  
For each scenario, respondents selected one option from: home, nursing home, or medical facility



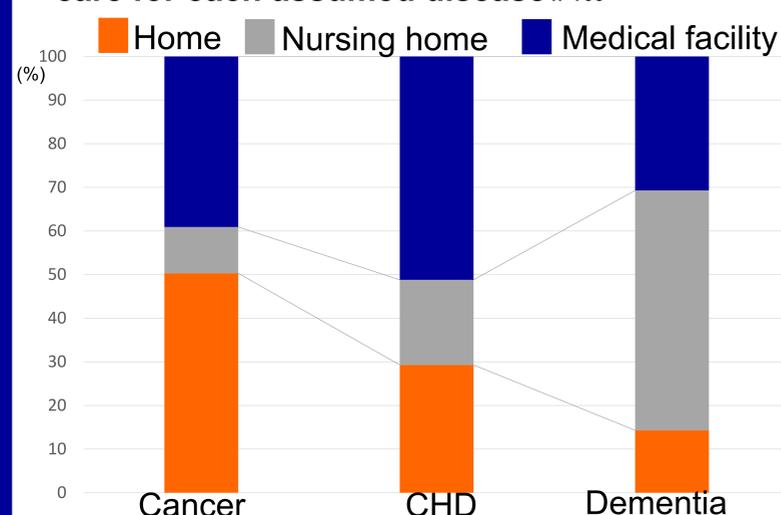
This research was supported by a grant-in-aid from the Ministry of Health, Labour and Welfare; Health and Labour Sciences Research Grant, Japan; Research on Regional Medicine (H28-iryuu-ippan-013)

## Discussion

**The findings of this study suggest that the preferred place to receive end-of-life care differs by the disease assumed.** Our study indicated the importance of personal factors such as sex, age, and previously experienced bereavement. We hypothesize that these results are due to associations between Japanese notions of a good end of life and feelings towards the particular disease. Especially, notions of “being free from physical and psychological distress” and “not being a burden to family members” are thought to be related to the preferred place to receive end-of-life care for Japanese.

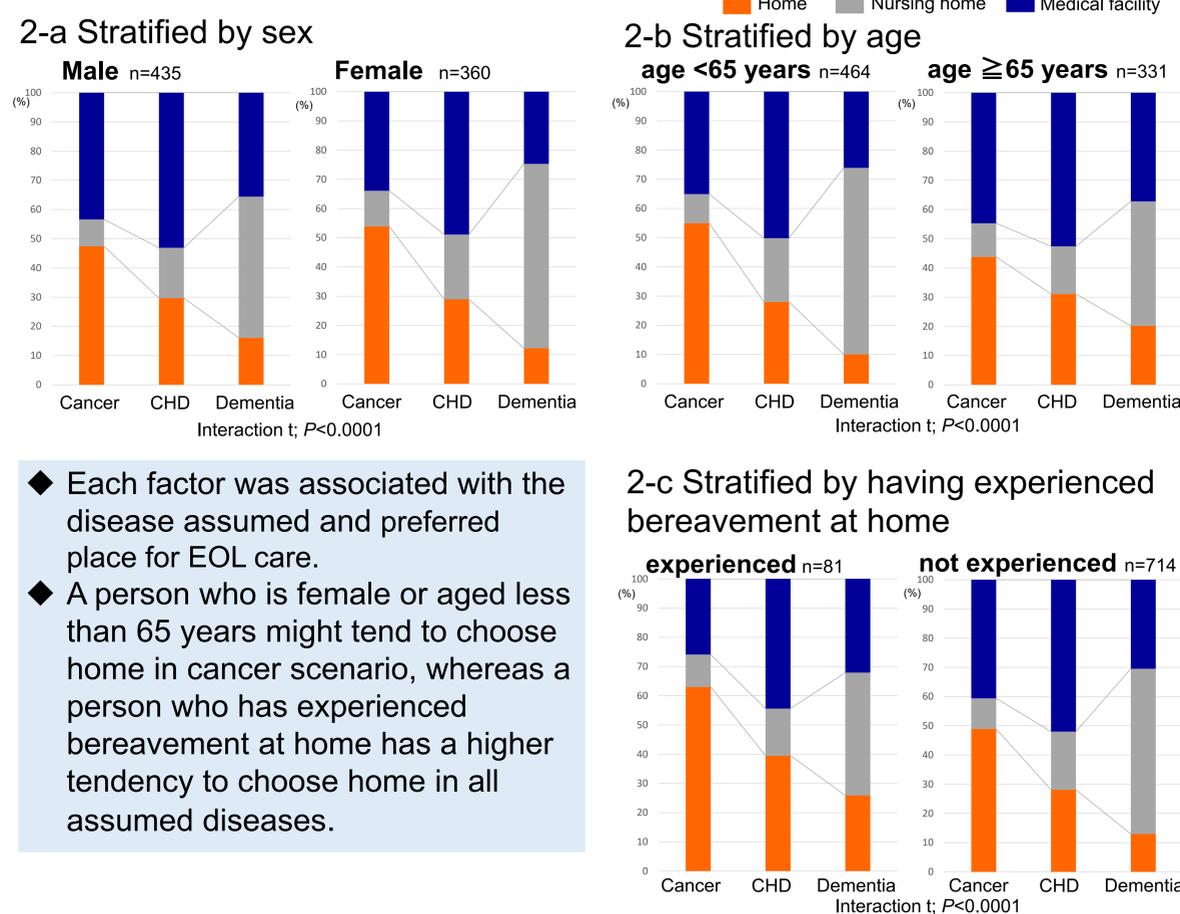
## Results

**Figure 1: Proportion of preferred place of care for each assumed disease** n=795



- ◆ Some respondents were excluded due to missing data; finally, data for 795 respondents were analyzed
- ◆ Preferred place for EOL care differed by the disease assumed (chi-squared test:  $P < 0.0001$ )

**Figure 2: Stratified analysis - Proportion of preferred place of care for each assumed diseases**



- ◆ Each factor was associated with the disease assumed and preferred place for EOL care.
- ◆ A person who is female or aged less than 65 years might tend to choose home in cancer scenario, whereas a person who has experienced bereavement at home has a higher tendency to choose home in all assumed diseases.

## Conclusion

**When we discuss end-of-life care with the general population, we need to have a more nuanced idea of persons preferred place to receive care, as it might vary according to the disease and other personal factors.**

# Current Practice on Advance Care Planning in Japan and Its Associated Factors: Significance of Training



Megumi Inoue, MSW, RN, PhD<sup>1</sup>; Kyoko Hanari, MD<sup>2</sup>;  
Joshua Gallagher, MPH<sup>3</sup>; Nanako Tamiya, MD, PhD<sup>4</sup>



1. Department of Social Work, George Mason University, Fairfax, USA; 2. Doctoral program, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba, Japan; 3. Doctoral Program in Human Care Science, Graduate School of Comprehensive Human Care Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba, Japan; 4. Faculty of Medicine University of Tsukuba, Tsukuba, Japan

## Objectives

To learn about health care professionals' current ACP practice status and their attitudes toward ACP in Japan

- To examine the current ACP practice among physicians and nurses and to analyze whether there is difference between these two groups
- To investigate factors that are promoting or hindering ACP practice

## Background

- Advance care planning (ACP) is the process of planning for future medical care in case one becomes incapable of making medical decisions due to illnesses or accidents.<sup>1</sup>
- Although awareness of the importance of thinking ahead about treatment preferences at the end-of-life is gradually increasing, the concept of ACP is less prevalent in Japan compared to Western countries.<sup>2</sup>
- According to a survey study among members of the general public in Japan, between ages 40 and 65, the proportion of those who agreed that it is desirable to express one's end-of-life treatment preferences orally was 73.7% and in writing was 60%. However, the proportion of respondents who actually have done so was 20.3% orally and 2.6% in writing.<sup>3</sup>
- One study has reported that 62.6% of physicians from palliative care units valued patient completion of an AD, but only 30.3% actually recommended patients do so in Japan. The study also pointed out that Japanese physicians' tend to prefer family-centered over patient-centered decision making in end-of-life and lower confidence in carrying out patients' wishes specified in an AD.<sup>4</sup>

## Methods

**Data:** The national survey data on perspectives toward medical care at the end-of-life collected by the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) in December 2017 and January 2018

**Study Sample:** A survey questionnaire was sent to 4,500 physicians and 6,000 nurses working in randomly selected institutions across Japan. The response rates were 23.1% for physicians and 30.9% for nurses.

**Dependent Variable:** ACP practice - a nominal variable with the following three categories: those who engage their patients/clients in ACP in their practice, those who are considering engaging patients/clients in ACP in the future, and those who currently do not engage patients/clients in ACP nor plan to do so (reference group)

**Independent Variables:**

- Completion of training designed for supporting patients' self-determination at the end-of-life
- Years of practice
- Involvement in care for patients who are approaching death
- Facility type
- Interaction term between training and years of practice

**Analytic Strategy:**

- Descriptive statistics
- Chi-square analysis
- Multinomial regression

## Results

Table 1. Respondent Characteristics (n=2,493)

	Physician (n=916)		Nurse (n=1,577)	
	n (%)	M (SD)	n (%)	M (SD)
ACP practice				
Engaging in ACP	263 (28.7)		435 (27.6)	
Currently not engaging in ACP but considering	213 (23.3)		250 (15.9)	
Currently not engaging in ACP nor considering	440 (48.0)		892 (56.5)	
Completion of training				
Having completed	214 (23.4)		335 (21.2)	
Not yet completed	702 (76.6)		1,242 (78.8)	
Years in practice		6.11 (2.23)		5.44 (1.95)
Caring for dying patient				
Rarely	20 (22.1)		265 (16.8)	
One death/year	117 (12.8)		249 (15.8)	
One death/six month	218 (23.8)		574 (36.4)	
At least one death/month	378 (41.3)		489 (31.0)	
Facility type				
Hospital	612 (66.8)		755 (47.9)	
Other than hospital	304 (33.2)		822 (52.1)	

## Results, cont'd

- Only 214 physicians (23.4%) and 335 nurses (21.2%) had completed such training.
- Chi-square analysis revealed that among those who were not practicing ACP with patients, physicians were more likely than nurses to be considering engaging patients/clients in ACP in the future ( $\chi^2=24.977$ ,  $p<0.001$ ).

Table 2. Factors Associated with ACP Practice (n=2,493)

	Physicians (n=916)		Nurses (n=1,577)	
	Engaging in ACP (n=263)	Considering ACP (n=213)	Engaging in ACP (n=435)	Considering ACP (n=250)
	Vs. Not engaging nor considering (n=440)		Vs. Not engaging nor considering (n=892)	
	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)
Training completed	4.03* (1.27-12.84)	1.62 (0.46-5.76)	1.67 (0.70-3.99)	1.43 (0.47-4.37)
Years of practice	1.02 (0.93-1.12)	0.97 (0.89-1.06)	0.89** (0.82-0.96)	0.97 (0.90-1.05)
Training*Years of practice	1.04 (0.86-1.24)	1.07 (0.88-1.30)	1.22* (1.04-1.42)	1.07 (0.88-1.29)
Caring for dying patient	1.88*** (1.54-2.30)	1.23* (1.03-1.47)	1.90*** (1.65-2.19)	1.20* (1.04-1.38)
Work in hospital	1.01 (0.64-1.61)	1.47 (0.94-2.29)	0.60*** (0.46-0.79)	1.10 (0.82-1.48)

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

- Physicians who have completed training were approximately 4.0 times more likely to answer that they were engaging patients/clients in ACP than that they were not engaging in ACP nor considering it (OR=4.03,  $p<0.05$ ).
- For both physicians and nurses, more frequent levels of involvement in caring for dying patients were associated with the higher likelihood of engaging in ACP with patients/clients (physicians: OR=1.88,  $p<0.001$ ; nurses: OR=1.90,  $p<0.001$ ) or considering doing so (physicians: OR=1.23,  $p<0.05$ ; nurses: OR=1.20,  $p<0.05$ ).
- Nurses who had more years of practice experience (OR=0.89,  $p<0.01$ ) and who work in a hospital setting (OR=0.60,  $p<0.001$ ) were less likely to answer that they were engaging in ACP than answer that they were not engaging in ACP nor considering it.
- The interaction of completion of training and years of practice was significant for nurses (OR=1.22,  $p<0.05$ ).

## Discussions

- Among those who answered that they were currently not engaging in ACP, physicians were more likely to be considering engaging patients/clients in ACP in the future than nurses. This might reflect on the fact that both patients and physicians were repeatedly reported to prefer physician-centered interactions or to value patient-physician information sharing in healthcare decision making in Japan than their counterparts in the United States.<sup>5-7</sup>
- The positive effects of the training on ACP practice were found. This is consistent with previous findings in the United States.<sup>8-9</sup>
- Since patient autonomy is respected through the process of ACP, it is recommended that the training specifically incorporates the language of ACP and provides an opportunity to all healthcare professionals to acquire knowledge about ACP and skills to carry out ACP conversations with patients/clients.
- The lack of potentially influential variables, such as respondents' gender, age, and own end-of-life care preferences, in the analyses was a major limitation of the study.

## References

- Emanuel, L. L., von Gunten, C. F., & Ferris, F. D. (2000). Advance care planning. *Archives of Family Medicine*, 9, 1181-1187.
- Ono, H. (2013). Kanjya no jikoketteikenn no kokusaihihaku to wagakuni heno shisa [International comparison of patient self-determination and implications for Japan]. *Japanese Society for the Political Economy of Health and Health Care*, 30(1), 28-43.
- Miyata, H., Shiraishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patients' preferences. *BMC Medical Ethics*, 7:E11.
- Nakazawa, K., Kizawa, Y., Maeno, T., Takayashiki, A., Abe, Y., Hamano, J., & Maeno, T. (2014). Palliative care physicians' practices and attitudes regarding advance care planning in palliative care units in Japan: A nationwide survey. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 31(7), 699-709.
- Alden, D. L., Friend, J. M., Lee, A. Y., de Vries, M., Osawa, R., & Chen, Q. (2015). Culture and medical decision making: Healthcare consumer perspectives in Japan and the United States. *Health Psychology*, 34(12), 1133-1144.
- Ito, M., Tanida, N., & Turale, S. (2010). Perceptions of Japanese patients and their family about medical treatment decisions. *Nursing and Health Sciences*, 12, 314-321.
- Sekimoto, M., Asai, A., Ohnishi, M., Nishigaki, E., Fukui, T., Shimbo, T., & Imanaka, Y. (2004). Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Family Practice*, 5(1).
- Berns, S. H., Camargo, M., Meier, D. E., & Yuen, J. K. (2017). Goals of care ambulatory resident education: Training residents in advance care planning conversations in the outpatient setting. *Journal of Palliative Medicine*, 20(12), 1345-1351.
- Detering, K., Silvester, W., Corke, C., Milnes, S., Fullam, R., Lewis, V., & Renton, J. (2014). Teaching general practitioners and doctors-in-training to discuss advance care planning: Evaluation of a brief multimodality education programme. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 4(3), 313-321.

## Correspondence

Megumi Inoue, Assistant Professor, Department of Social Work, George Mason University  
4400 University Drive MS 1F8, Fairfax, VA 22181  
Phone: +1 703 993-2737  
Email: minoue2@gmu.edu



**GSA 2018**  
**ANNUAL SCIENTIFIC MEETING**  
The Purposes of Longer Lives

NOVEMBER 14-18, 2018 | BOSTON, MASSACHUSETTS



**National questionnaire survey on Advance Care Planning in Japan**

Kyoko Hanari, MD  
Majors of Medical Science, Graduate School of Comprehensive Human Sciences  
University of Tsukuba, Japan

November 17, 2018

I have no commercial relationships to disclose.





**Japanese movement of advance care planning (ACP)**

The Japanese government is promoting the rapid adoption of ACP  
The government gave "home" the status of a recognized place for receiving end of life care

The Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare (MHLW)

- Developed "Guidelines for the Decision-Making Process for End-of-Life Medical Care" in 2007. (Guidelines updated in 2018)
- Started ACP training for healthcare providers in 2016
- Have been considering using an original Japanese term for ACP
- Published materials related to ACP for the general population

ACP : advance care planning

**Current Status of advance care planning among the general populations**

Japan : adults aged 20 years and older  
US : adults aged 18 years and older

Topic	Japan	US
Discussion	42% <sup>1</sup>	49% <sup>2</sup>
Documentation	3% <sup>1</sup>	26% <sup>2</sup>

<sup>1</sup>: Report of The Survey of Public Attitudes Towards Medical Care at the End of life (conducted by Japanese MHLW in 2013)  
<sup>2</sup>: Rao JK, Am J Prev Med. 2014

**CONTENTS**

- Introduction of a national questionnaire survey on ACP in Japan
- Secondary studies based of the national questionnaire survey
  - Study 1 Factors associated with discussion about preferences for future medical treatment among the general population
  - Study 2 Practice of offering ACP and its associated factors among physicians and nurses
  - Study 3 Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on the disease among the general population
- Summary
- Conclusion

Introduction of a national questionnaire survey on ACP in Japan

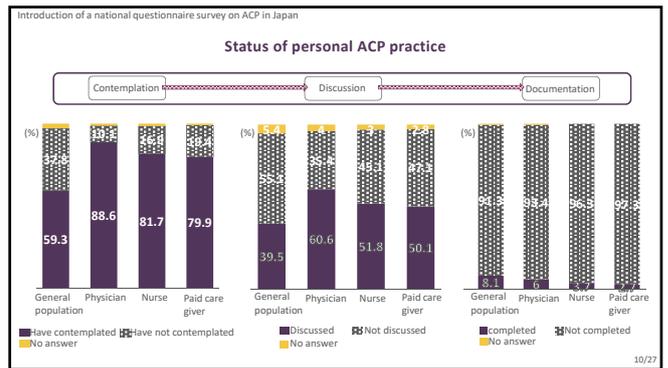
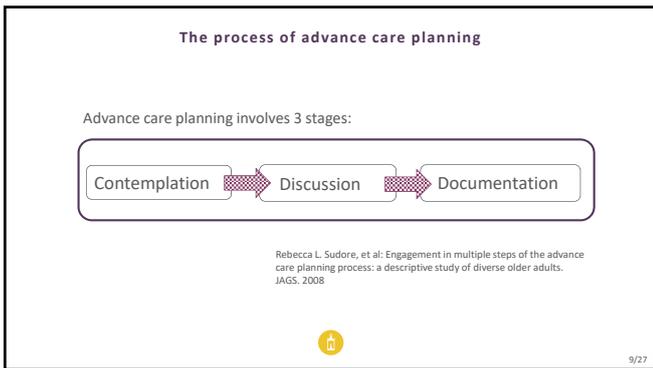
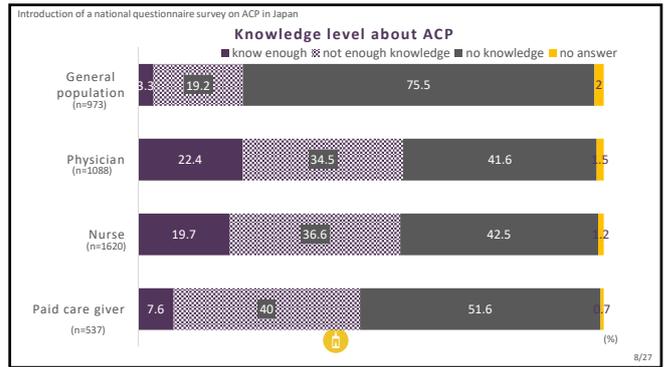
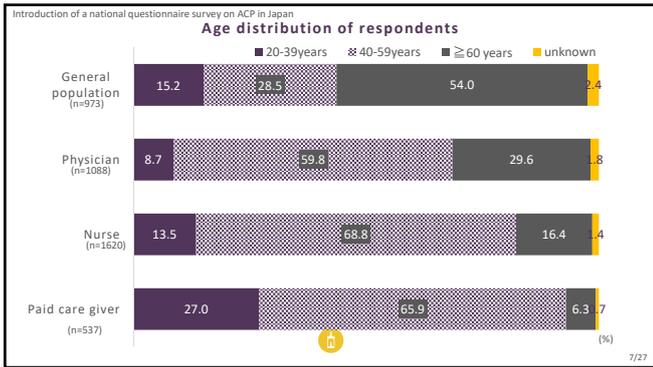
**National questionnaire survey on ACP in Japan**

Every 5 years, the Japanese Ministry of Health, Labor, and Welfare (MHLW) conducted a national questionnaire survey named "The Survey of Public Attitudes Towards Medical Care at the End of life." The last survey was conducted in December 2017.

**Survey design**

A population based, cross-sectional anonymous mailing questionnaire survey

Source population	Sampling design	Response rate
General population	Stratified two-stage random sampling method	16.2% (973/6000)
Physician	Random sampling	24.2% (1088/4500)
Nurse	Random sampling	27.0% (1620/6000)
Paid care giver	Random sampling	26.9% (537/2000)
Director of medical institution	Random sampling	} 30.3% (1517/5000)
Director of nursing home	Random sampling	



### CONTENTS

- Introduction of a national questionnaire survey on ACP in Japan
- Secondary studies based of the national questionnaire survey
  - Study 1** Factors associated with discussion about preferences for future medical treatment among the general population
  - Study 2** Practice of offering ACP and its associated factors among physicians and nurses
  - Study 3** Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on the disease among the general population
- Summary
- Conclusion

11/27

### Study 1

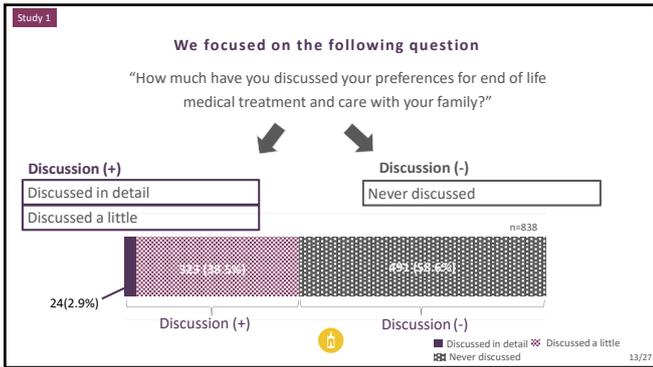
#### Factors associated with discussion about preferences for future medical treatment among the general population

**Study aim**  
To investigate the factors associated with patients discussing with their family about preferences for their future medical treatment.

**Analysis sample**  
After excluding samples with missing data, final analysis sample was 838.

**Statistical analysis**  
Multivariate logistic regression analysis

12/27



**Study 1**

**Determinants of discussions - Multivariable logistic analysis**

	All respondents n=838	Respondents age over 65 n=366		Respondents age under 65 n=472	
	n(%)	OR	95%CI	OR	95%CI
Male	466 (55.6)	0.40	0.30-0.55	0.46	0.28-0.75
Age (continuous variable)		1.28	1.14-1.43		
High education level*	464 (55.4)	1.51	1.07-2.11	1.46	0.88-2.42
Having a family doctor	356 (42.5)	1.37	0.97-1.94	2.57	1.55-4.25
Living with at least with a family member					
spouse	563 (67.2)	1.55	1.11-2.17	1.47	0.88-2.46
son	256 (30.6)	0.62	0.45-0.86	0.70	0.42-1.17
daughter	208 (24.8)	0.83	0.57-1.19	0.48	0.25-0.93
Experience caring for others**					
at a hospital	213 (25.4)	1.84	1.27-2.67	2.67	1.53-4.66
at a nursing home	109 (13.0)	1.36	0.83-2.23	1.09	0.50-2.36
at a home	102 (12.2)	1.21	0.75-1.95	0.97	0.47-1.97
Having bereavement**					
at a hospital	241 (28.8)	1.02	0.71-1.47	1.06	0.62-1.82
at a nursing home	92 (11.0)	0.76	0.45-1.29	0.52	0.22-1.19
at a home	88 (10.5)	1.36	0.83-2.23	1.42	0.72-2.80

OR: odds ratio, 95%CI: 95% confidence interval  
 \* include junior college, university and graduate school. \*\* within the past 5 years

14/27

**Study 1**

**Discussion**

In discussions of preferred medical treatment and care at the end of life:

- Men might be need to be more assertive in facilitating such interactions with their healthcare provider
- Family doctors may play a key role, especially among elderly people
- A person with an experience caring for others, especially at a hospital, is more likely to engage in discussion about end of life medical treatment
- Knowing which family member lives together with the patient is important

15/27

**Study 2**

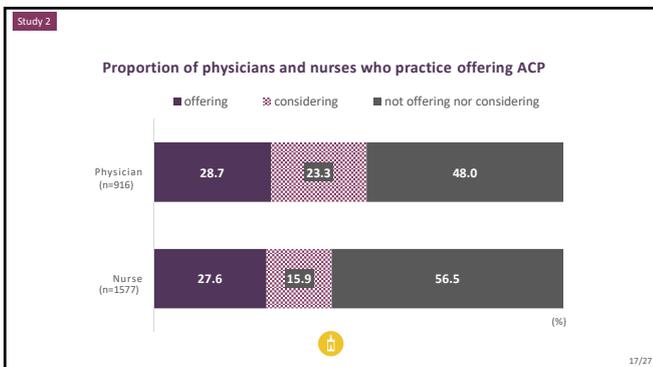
**Practice of offering ACP and its associated factors among physicians and nurses**

**Study aim**  
 To examine the current practice of offering ACP among physicians and nurses, and investigate factors that are promote or hinder that practice.

**Analysis sample**  
 After excluding samples with missing data, the final analysis included 916 physicians and 1577 nurses.

**Statistical analysis**  
 Multinomial logistic regression analysis

16/27



**Study 2**

**Factors associated with ACP practice in physicians and nurses**

	Physicians (n=916)		Nurses (n=1,577)	
	Engaging in ACP (n=263)	Considering ACP (n=213)	Engaging in ACP (n=435)	Considering ACP (n=250)
	Vs. Not engaging nor considering (n=440)		Vs. Not engaging nor considering (n=892)	
	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)	Odds ratio (95%CI)
Training completed	4.03* (1.27-12.84)	1.62 (0.46-5.76)	1.67 (0.70-3.99)	1.43 (0.47-4.37)
Years of practice	1.02 (0.93-1.12)	0.97 (0.89-1.06)	0.89** (0.82-0.96)	0.97 (0.90-1.05)
Training Years of practice	1.04 (0.86-1.24)	1.07 (0.88-1.30)	1.22* (1.04-1.42)	1.07 (0.88-1.29)
Caring for dying patient	1.88*** (1.54-2.30)	1.23* (1.03-1.47)	1.90*** (1.65-2.19)	1.20* (1.04-1.38)
Work in hospital	1.01	1.47	0.60***	1.10

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001

18/27

### Discussion

- Previous studies from Japan have reported that both patients and physicians prefer physician-centered interactions or value patient-physician interdependent decision making. This may reflect physicians' willingness to consider engaging patients in ACP in the future than nurses.
- The negative impact of nurses' increased years of practice experience might be due to nursing education on assisting patients and their families facing end-of-life issues. Such education has gained recognition and related curricula have been developed relatively recently in Japan.
- The main effect of training for physicians and the interaction between training and years of practice experience for nurses were significant, which indicates the importance of training.



### Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on the disease among the general population

#### Study aim

To investigate the difference of preferred place for end-of-life care by the disease.

#### Analysis sample

After excluding samples with missing data, the final analysis sample was 795.

#### Statistical analysis

Chi-squared test and Cohen kappa coefficient

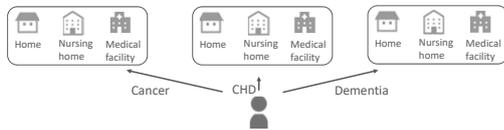


### We focused on the following questions

"Where is your preferred place to receive care if you became terminally ill with following disease?"

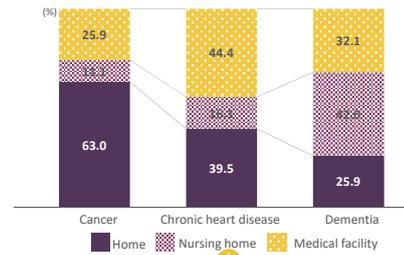
- Scenario 1: cancer
- Scenario 2: chronic heart disease (CHD)
- Scenario 3: dementia

For each scenario, respondents selected one option from: home, nursing home, or medical facility



### Proportions of preferred place to receive medical care at the end of life

n=838



(chi-squared test: P<.0001)  
(κ=.3522 : P<.0001)

### Discussion

- The preferred place to receive end-of-life care can differ by the disease assumed.
- We hypothesize that these results are due to associations between Japanese notions of a good end of life and feelings towards the particular disease. Especially, notions of "being free from physical and psychological distress" and "not being a burden to family members" are thought to be related to the preferred place to receive end-of-life care for Japanese.
- When we discuss end-of-life care with the general population, we need to have a more nuanced idea of a person's preferred place to receive care, as it might vary according to the disease factors.



### CONTENTS

- Introduction of a national questionnaire survey on ACP in Japan
- Secondary studies based of the national questionnaire survey

Study 1 Factors associated with discussion about preferences for future medical treatment among the general population

Study 2 Practice of offering ACP and its associated factors among physicians and nurses

Study 3 Differences of preferred place to receive end-of-life care depending on the disease among the general population

- Summary
- Conclusion



### Summary of these studies

- In Japan, approximately 20% of the general population and about half of all healthcare providers know about ACP.
- When healthcare providers want to facilitate end of life discussions, knowing the patient's characteristics (sex, if he/she has a family doctor, family members, and experience caring for others) is important.
- Under 30% of both physicians and nurses practice ACP.
- Completion of training and increasing experiences of caring for dying patients might lead to more engagement in ACP practice.
- When we discuss end-of-life care with the general population, we need to have a more nuanced idea of a person's preferred place to receive care, as it might vary according to the disease factors.

25/27

### Conclusion

- The journey toward ACP has only just begun in Japan.
- Much more effort is needed to actualize the practice in ACP among the general population.
- Further research into ACP in the Japanese context is needed.



26/27

**GSA 2018**  
**ANNUAL SCIENTIFIC MEETING**  
The Purposes of Longer Lives

NOVEMBER 14-18, 2018 | BOSTON, MASSACHUSETTS

**THE GERONTOLOGICAL SOCIETY OF AMERICA**

**THANK YOU**

[www.geron.org/gsa2018](http://www.geron.org/gsa2018)

# 人生の最終段階での医療・療養方針の決定に関する状況

## —病院と介護保険施設での比較—

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 老人保健施設ごぎょうの里  
小竹理奈 筑波大学医学群医学類  
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  
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

### 目的

- 人生の最終段階における医療・ケアについて、事前に繰り返し話し合う取り組み（アドバンスケアプランニング（ACP））は、導入が始まった段階である。医療や介護・福祉領域等の様々な分野で、よりよく生きるためにACPは重要な課題となっている。
- 平成29年厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」の研究協力者として施設長票を許可をえて二次解析

### 病院 vs 介護保険施設

人生の最終段階における医療や療養方針の決定に関する下記の比較

プロセス

施設状況

ACPの実践

### 方法

- 対象施設長・病院1500人、介護老人福祉施設1000人、介護老人保健施設1000人
- 郵送配布し、施設名を匿名化し郵送回収
- 分析Statistix15、 $\chi^2$ 検定で  $p < 0.05$  を有意差ありとした。
- 調査票は右下方に掲示。
- 倫理的配慮として、データの二次利用は、筑波大学倫理審査委員会の審査・承認後に実施した。

実際の質問紙

#### ACPについて（今回調査での定義）

今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスの事である。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアにかかわる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACPの話し合いには次のような内容が含まれる。  
-患者本人の気がかりや意向・患者の価値観や目標・病状や予後の理解・医療や療養に関する意向や選好、その提供体制等

## 結果

表1: 調査数と回収率

施設	対象施設数	回収数	回収率
病院	1,500	406	27.1%
介護保険老人福祉施設	1,000	406	40.6%
介護老人保健施設	1,000	367	36.7%

表2 話し合うためのプロセス: 病院と介護保険施設の比較（単解析分析）

調査質問番号	質問内容と選択肢	回答	病院 n(%)	介護保険施設 $\chi^2$ 検定 p値
問1: 話し合いは十分か	患者や家族等と施設関係者（医師、看護師、介護職員等）が集まって十分な話し合いをしているか	十分行われている	131(32.9)	385(50.1) <0.001
	一応行われている	224(56.3)	325(42.3)	
	ほとんど行われていない	27(6.8)	38(4.9)	
問2: 患者・家族等との話し合いはいつ行っているか*	病状が進行し死が近づいているとき	行ったことはない	110(3.3)	11(1.4)
	機会がない	15(3.8)	10(1.3)	
	治療困難な病状と診断されたとき	yes	254(63.8)	423(54.7) 0.003
問3: 治療方針が大きく変わったとき	yes	144(36.2)	350(45.3)	
	no	224(56.3)	421(54.5)	
	no	174(43.7)	352(45.5)	
問4: 患者・家族等との話し合いはいつ行っているか*	病状が進行し死が近づいているとき	yes	316(79.4)	622(80.5) 0.664
	no	82(20.6)	151(19.5)	
	患者や家族等から医療について相談があった	yes	192(48.2%)	403(52.1%) 0.207
問5: 病状と関係なく施設利用が開始	yes	206(51.8%)	370(47.9%)	
	no	107(26.8)	35(4.5%) <0.001	
	no	291(73.1)	419(54.2)	
問6: 患者・家族等に説明時に施設独自に作成した資料を使用	yes	78(19.7)	322(42.0) <0.001	
	no	319(80.4)	44(58.0)	
	患者・家族等に説明する資料は準備していない	yes	270(68.1)	355(46.3) <0.001
no	127(32.0)	412(53.7)		

\*複数回答

表3 施設状況: 病院と介護保険施設の比較（単解析分析）

調査質問番号	質問内容と選択肢	回答	病院 n(%)	介護保険施設 n(%)	$\chi^2$ 検定 p値
問3	施設方針として用いている	yes	85(21.5)	330(42.9) <0.001	
	既存の事前指示の利用	用いていることもある	111(28.1)	112(14.6)	
	用いていない	199(50.4)	327(42.5)		
問5	倫理委員会やコンサルテーションチーム等があるか	yes	137(34.4)	89(9.0) <0.001	
	no	261(65.6)	701(91.0)		
問8	職員の人々の最終段階の意思決定支援にかかわる研修に参加	yes	150(38.3)	338(45.2) 0.025	
	no	242(61.7)	410(54.8)		
問9: 本人・家族等と話し合った情報、多職種関係者で共有している	記録に残して共有	yes	298(75.1)	685(86.3) <0.001	
	no	95(24.0)	108(13.8)		
	日々のミーティングで共有	yes	134(33.0)	338(43.7) <0.001	
問10: 人生の最終段階について共有していない	no	272(67.0)	435(56.3)		
	yes	68(17.1)	43(5.6)		
	特に定めていない	no	329(82.9)	728(94.4) <0.001	
問13	担当医師やケアチーム配置	yes	3(0.8)	33(4.3) 0.001	
	特に配置はないが大丈夫	no	394(99.2)	738(95.7)	
問13	患者等が望む場所での医療・療養を実現するための支援を行っているか	yes	105(26.7)	223(29.6)	
	no	157(40.0)	384(52.3)		
	どちらとも言えない	22(5.6)	28(3.7) <0.001		

表4 ACPの実践

調査質問番号	質問内容	回答	病院 n(%)	介護保険施設 n(%)	$\chi^2$ 検定 p値
問13	人生の最終段階の患者・家族等に対してACPの実践をしているか	yes	97(24.7)	276(36.3) <0.001	
	no	295(75.3)	484(63.7)		

## 考察・まとめ

- 人生の最終段階における医療や療養方針の決定に関する話し合いのプロセスは、介護保険施設でより多くのアプローチが行われていた。介護保険施設では、2006年<sup>1)</sup>2009年<sup>2)</sup>の介護報酬改定で看取りの算定要件に決定のプロセスが含まれたことが影響した可能性がある。
- 倫理委員会・コンサルテーションチーム設置や専門職の配置は病院が多く、厚生労働省の「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」<sup>3)</sup>での推奨の影響が考えられる。介護保険施設の看取り加算要件では、倫理委員会・コンサルテーションチーム等の設置は問われていない。
- 施設状況で研修参加や情報共有は介護保険施設で進んでおり、介護保険施設でのガイドライン<sup>4)</sup><sup>5)</sup>が影響していたと考えられる。医療分野でのACPの導入は2016年からの開始されたばかりで<sup>6)</sup>、病院で患者や家族の意思をどのように多職種で共有するかは、課題である。
- 今回の調査では、ACPの実践は2群比較で有意に介護保険施設で多かった。しかし、介護保険施設でも今回の定義にあるACPのレベルには4割程度しか到達せず、医療分野および介護・福祉分野ともに、質の高いACPを行うには更なる取り組みが必要である。

#### 参考文献 資料

- 平成18年介護報酬改定概要 看取り介護加算（介護福祉施設）  
[https://www.mhlw.go.jp/shingij/2008/11/dv/s1121-10c\\_0002.pdf](https://www.mhlw.go.jp/shingij/2008/11/dv/s1121-10c_0002.pdf)
- 平成21年介護報酬改定概要（ターミナルケア加算 介護老人保健施設）  
<https://www.mhlw.go.jp/bunya/se/katsuhogo/fukusijnzai/kakuho02/d/04.pdf>
- 人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン  
[https://square.um.in.ac.jp/endorlife/shiryo/pdf/shiryo01/3\\_2.pdf](https://square.um.in.ac.jp/endorlife/shiryo/pdf/shiryo01/3_2.pdf)
- 看取り介護指針・説明支援ツール 全国老人福祉施設協会  
<https://www.roushkyo.or.jp/contents/research/other/detai/224>
- 介護老人保健施設における看取りのガイドライン  
<https://www.roken.or.jp/wp/wp-content/upbads/2012/.../teminaldoc>
- 人生の最終段階における医療体制整備事業  
<https://square.um.in.ac.jp/endorlife/shiryo/shiryo.htm>

謝辞 データ分析にあたり、筑波大学理工学群社会学類 佐々木健佑さんのご協力に感謝いたします。

日本公衆衛生学会 COI開示  
所属 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野・介護老人保健施設ごぎょうの里  
演題発表に関連し、開示すべきCOI関係の企業などはありません。

# Attitudes towards end-of-life care of elderly critical patient with poor neurological prognosis

Japan Association for International Health  
Disclosure of Conflict of Interest  
Institution : Doctoral program in Clinical Sciences, Majors of Medical Sciences, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba  
Name : Isao Nagata  
I have no COI with regard to our presentation.

P3-7

## among medical workers who engage in emergency care and intensive care

Isao Nagata<sup>1</sup>, Toshikazu Abe<sup>2,3</sup>, Masatoshi Uchida<sup>1</sup>, Nanako Tamiya<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Doctoral program in Clinical Sciences, Majors of Medical Sciences, Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

<sup>2</sup> Health Services Research & Development Center, University of Tsukuba <sup>3</sup> Department of Health Services Research, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

### Introduction

- Elderly critical patients have increased with an aging society.
- End-of-life care for such patients is an important problem in intensive care and emergency care.
- The guideline for end-of-life care on intensive care and emergency care – suggestion from three societies – , which describes the process of continuing, withholding or withdrawing end-of-life care in the intensive care and emergency care setting, was announced in 2014.
- The current condition after announcement of the guideline is not clear among medical workers who engage in emergency care and intensive care.

### Objectives

- To investigate the attitudes towards end-of-life care of elderly critical patient with poor neurological prognosis among medical workers who engage in emergency care and intensive care.

### Methods

- Observational study by using questionnaire
- Study population : medical workers who engage in emergency care and intensive care
- Anonymous questionnaire survey through internet
  - used mailing list of Japanese Society of Education for Physicians and Trainees in Intensive Care
- Survey term : For two weeks (May in 2017)

### Results

- The number of samples with valid responses : 172.

		Total	Physicians	medical staffs except physicians
Job	Emergency doctor	Physicians	42/94 (44.7%)	-
	Intensivist	94/171 (55%)	27/94 (28.7%)	-
	Nurse	Medical staffs	-	67/77 (87.0%)
	pharmacist	except physicians	-	4/77 (5.2%)
	others	77/171 (45%)	25/94 (26.6%)	6/77 (7.8%)
Gender	male	112/172 (65.1%)	80/94 (85.1%)	32/78 (41.0%)
Experience for critical patients (year)	<=5	30/161 (18.6%)	20/84 (23.8%)	10/77 (13.0%)
	6-10	66/161 (41.0%)	36/84 (42.9%)	30/77 (39.0%)
	11-15	35/161 (21.8%)	10/84 (11.9%)	25/77 (32.4%)
	16-20	19/161 (11.8%)	10/84 (11.9%)	9/77 (11.7%)
	21=<	11/161 (6.8%)	8/84 (9.5%)	3/77 (3.9%)

- Which guidelines on end-of-life care do you know? (top three answers)

	Total n=171	Physicians n=93	medical staffs except physicians n=78
The guideline on end-of-life care for intensive care and emergency care – suggestion from three societies –	151 (88.3%)	84 (90.3%)	67 (85.9%)
The guideline on the decision making process for end of life care ( by Ministry of Health, Labour and Welfare)	85 (49.7%)	48 (51.6%)	37 (47.4%)
The guideline on end-of-life care (by Japanese medical association)	48 (28.1%)	27 (29.0%)	21 (26.9%)
Know no guidelines	14 (8.2%)	6 (6.5%)	8 (10.3%)

#### Case Scenario 1

A 70-year-old man was resuscitated from cardiac pulmonary arrest and admitted to the intensive care unit. 72 hours later, his level of consciousness was E1VTM2/GCS, and his head computed tomography showed findings of hypoxic encephalopathy. It is expected that his best possible outcome was persistent vegetable state. He has no family and no advance directive.

#### Case Scenario 2

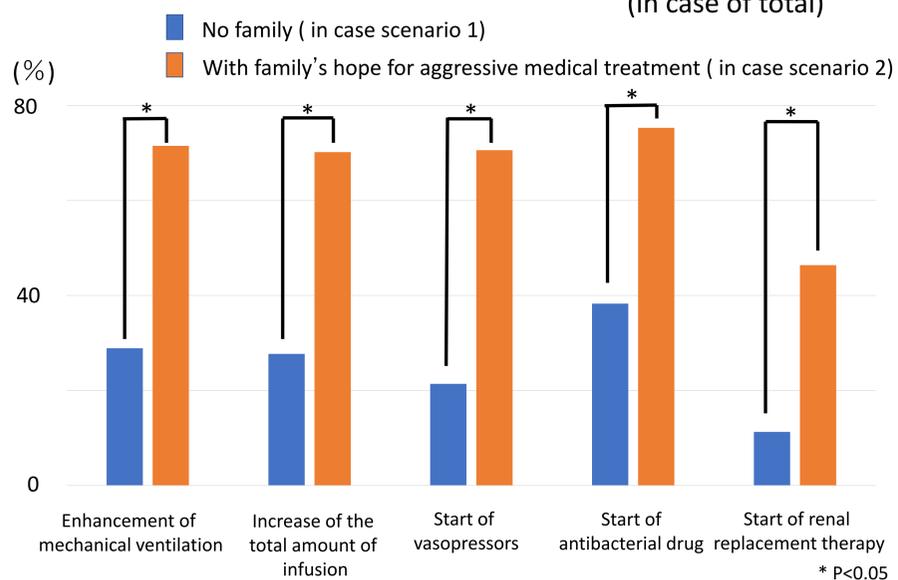
A case scenario was same as scenario 1 except his family situation. In case scenario 2, he has his family (wife & child), and his family hopes aggressive medical treatments for his disease. However, he has no advance directive.

- What do you think about life-sustaining treatment limitation for this patient? (in case scenario1)

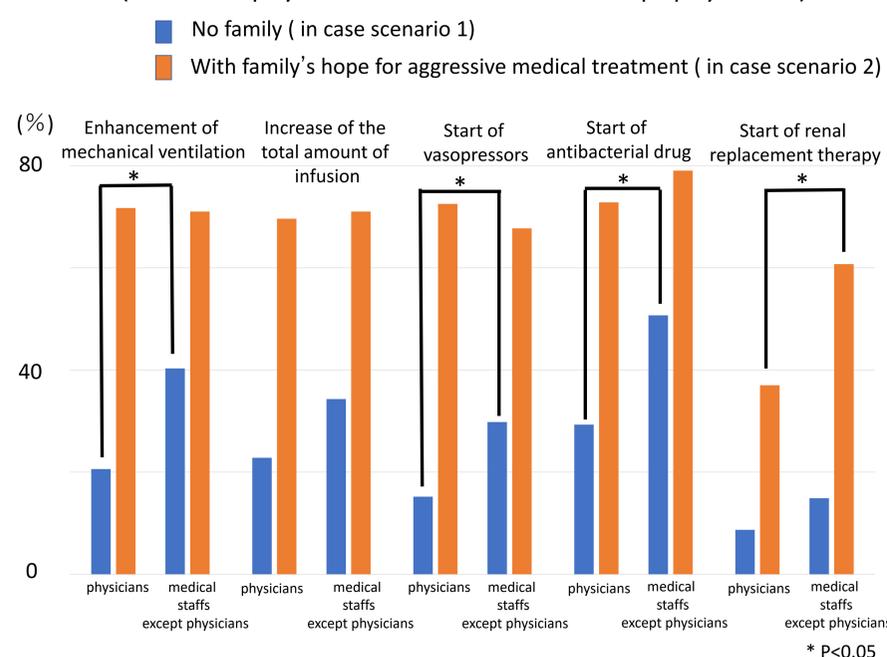
	total (n=159)	physicians (n=92)	medical staffs except physicians (n=67)
No limitation for life-sustaining treatment	21 (13.2%)	12 (13.0%)	9 (13.4%)
DNAR order	28 (17.6%)	11 (12.0%)	17 (25.4%)
Withhold & DNAR orders	74 (46.5%)	48 (52.2%)	26 (38.8%)
Withdraw & DNAR orders	36 (22.7%)	21 (22.8%)	15 (22.4%)

No, Limitation (about 13%)  
Yes, Any Limitation (about 87%)

- If the patient became septic shock during hospitalization (in case of total)



- If the patient became septic shock during hospitalization (in case of physicians & medical staffs except physicians)



### Discussion

- In comparison with previous studies<sup>1-3</sup>,
  - Recognition of the guideline on end-of-life care is higher.
  - Physicians tended to consider any life-sustaining treatment limitation for an critical patient with poor neurological prognosis. In addition, they tended to withhold start of treatments for a newly diagnosed complication.
- Recognition of the guideline might change the practice on end-of-life care.
- Patient's end-of-life care depended on the family's hope even in the same medical situation.
- Medical workers are likely to integrate family's hope into decision-making if they know it. It is important that they listen to family's hope and discuss well about end-of-life care with family.
- There were some differences in attitudes towards end-of-life care between physicians and medical staffs except physicians.
- Consensus-building about end-of-life care among medical teams needs to be facilitated.

### Conclusion

- Most medical workers engaging in emergency care and intensive care considered any life-sustaining treatment limitation for an elderly critical patient with poor neurological prognosis. Also, they considered to withhold start of treatments for a newly diagnosed complication.
- Consensus-building about end-of-life care among medical teams and well discussion between medical workers and patient's family needs to be facilitated.

#### Definition of words :

Do not attempt resuscitation (DNAR) : Do not perform cardiopulmonary resuscitation followed decision making of the patient and his/her surrogate

Withhold : Do not start and add life-sustaining treatments

Withdraw : Stop life-sustaining treatments which have already been performed

#### Reference :

1) A brief survey for end-of-life. 2012 Japanese Society of Physicians and Trainees in Intensive Care (JSEPTIC)

2) JAMA Intern Med. 2015;175:363-371 3) Arch Intern Med. 2005;165:1970-75

## 集中治療、救急医療に関わる 医療従事者の終末期医療に 対する意識調査

永田 功<sup>1,2</sup>、阿部 智一<sup>3,4,5</sup>、内田 雅俊<sup>1</sup>、田宮 菜奈子<sup>3</sup>

1. 筑波大学大学院人間総合科学研究科 2. 横浜市立みなと赤十字病院集中治療部  
3. 筑波大学ヘルスサービス開発センター 4. 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野  
5. 順天堂大学医学部付属順天堂医院総合診療科

1



### 第46回日本集中治療医学学会学術集会 COI 状態の開示

発表者名： 永田 功

① 役員・顧問	有	・	(	)	
② 株保有	有	・	無	(	)
③ 特許権使用料など	有	・	無	(	)
④ 講演料など	有	・	無	(	)
⑤ 原稿料など	有	・	無	(	)
⑥ 研究費	有	・	無	(	)
⑦ 奨学金付金 (奨励寄付金)	有	・	無	(	)
⑧ 寄附講座所属	有	・	無	(	)
⑨ その他報酬	有	・	無	(	)

2

### 背景

- 集中治療や救急医療において終末期医療は避けて通れぬ問題
- 終末期医療に関するガイドラインの整備は進んでいる  
2014年: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- が発表
- 2014年のガイドライン発表以降、集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する意識調査はなく、現状は不明

### 目的

- 集中治療・救急医療に関わる医療従事者の終末期医療に対する現状、考えを明らかにする

3

### 方法

- アンケート調査による観察研究
- 研究対象: 集中治療・救急医療に関わる医療従事者
- 特定非営利活動法人日本集中治療教育研究会のメーリングリストを利用し、インターネット上の無記名アンケート調査を施行
- アンケート調査期間: 2週間 (2017年5月)

4

### アンケート内容 (医師向けと医師以外の医療従事者向けのアンケートを作成)

- 回答者の属性
- 終末期医療のガイドラインの認知度
- 2つの症例を提示:  
高齢者の心停止後低酸素性脳症、かつ中枢神経予後不良症例を提示  
症例1: 家族不在、本人の意思を記した文書なし、推定意思不明  
症例2: 本人の意思を記した文書なし、推定意思不明であるが、家族がいて、積極的治療を希望
- Withhold, Withdrawを行う上での問題点
- 現行の本人の意思を記す文書の問題点

5

### 結果

アンケート回答人数: 195人、研究同意十有効回答人数: 172人  
(医師94人、医師以外の医療従事者78人)

回答者の属性:		全体 (%)	医師 (%)	医師以外の医療従事者 (%)
職種	救急医	医師	44.7	-
	集中治療医	医師	28.7	-
	看護師	医師以外の医療従事者	-	87.0
	薬剤師	医師以外の医療従事者	-	5.2
	その他	医師以外の医療従事者	26.6	7.8
性別	男性	65.1	85.1	41.0
	<=5年	18.6	23.8	13.0
重症患者対応の経験年数	6-10年	41.0	42.9	39.0
	11-15年	21.8	11.9	32.4
	16-20年	11.8	11.9	11.7
	21年=>	6.8	9.5	3.9

終末期医療に対するガイドラインの認知度:

	全体 (%)
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-(2014年)	88.3
厚生労働省：人生の最終段階における(終末期)医療の決定プロセスに関するガイドライン(2007年) ※2015年終末期から名称変更	49.7
日本医師会：終末期医療に関するガイドライン(2007年)	28.1
どのガイドラインも知らない	8.2

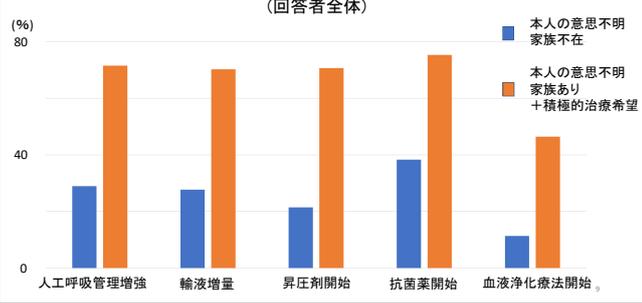
7

心停止後低酸素性脳症で中枢神経予後不良の高齢患者の症例提示  
(なお、家族不在、本人の意思を記した文書はなく、推定意思不明という設定)

	全体 (%)		
治療制限するか?	治療制限はしない	13.3	治療制限なし
	DNARが妥当と考える	17.7	
	WithholdとDNARが妥当と考える	46.8	何かしらの治療制限あり
	WithdrawとDNARが妥当と考える	22.2	

8

心停止後低酸素性脳症で中枢神経予後不良の高齢患者が入院中に敗血症性ショックになった場合の対応についての考え  
(回答者全体)



Withhold、Withdrawを行う上での問題点

	全体 (%)
<b>法的サポート</b> 法的サポートが不十分であること	71.7
<b>医療従事者側</b> 医療従事者間で意見の統一が図れないこと	57.9
<b>医療従事者側</b> 医療従事者がWithholdやWithdrawの適応や方法になれていないこと	54.1
<b>医療従事者側</b> 医療従事者の終末期医療に関するガイドラインの認知度が不十分であること	49.7
<b>患者家族側</b> 患者や患者家族のWithhold、Withdrawの適応や方法への認知度が低いこと	54.1
<b>患者家族側</b> 患者や患者家族の意思を記した文書がないこと	50.9

10

現行の本人の意思を記す文書の問題点

	全体 (%)
<b>患者家族側</b> 意思を記した文書があっても事前に家族が知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対すること	63.5
<b>法的サポート</b> 法的サポートがないこと	59.8
<b>文書の形式</b> 統一された書式がないこと	55.4
<b>文書の形式</b> 処置(例えば、気管挿管、人工呼吸管理、経腸栄養)に関して細く記載されていないこと	50.3

11

考察

以前の研究と比較すると

- ・終末期医療に対するガイドラインの認知度は高い<sup>1)</sup>
- ・心停止後低酸素性脳症患者に対し何かしらの治療制限を考え、更なる状態悪化時には新たな介入はしない傾向<sup>2,3)</sup>

→終末期医療に関するガイドラインの整備と普及が終末期医療に対する考えに変化をもたらした可能性が示唆

1) 単アンケート：終末期医療 JSEPTIC臨床研究委員会 (2012)  
2) JAMA Intern Med. 2015;175:363-371 3) Arch Intern Med. 2005;165:1970-75

- Withhold、Withdrawの施行、現行の本人の意思を記す文書に関して改善可能な問題あり

→医療従事者が終末期医療に関するガイドラインに習熟する、  
医療従事者間でよく話し合っ、合意形成を作る、  
患者家族で終末期についてよく話し合い、意思を共有する  
ことなどから始めることが可能

13

## 結論

- 終末期医療に関するガイドラインの認知度は高かった
- 心停止蘇生後予後不良症例では患者や家族の希望がなければ、治療制限を考え、新たな合併症に対し介入しない傾向を認めた
- Withhold、Withdrawの施行、現行の本人の意思を記す文書に関して改善可能な問題があることがわかった

14

郵便番号  
住所  
病院名  
番号

一般国民票

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査

「ご記入に際してのお願い」

- (1) 宛名の方ご本人がお答えください。
- (2) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- (3) 一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。
- (4) お答えは、あてはまる番号に○印をつけてください。

「調査票回収について」

ご記入いただきました調査票は、12月29日（金）までに返信用封筒にてご投函

〒100-0031 東京都千代田区霞が関1-2-2

< 調査主体 > 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室

〒100-0031 東京都千代田区霞が関1-2-2

< 調査実施機関 > 株式会社 オノフ

【人生の最終段階における医療・療養についてお尋ねします】

あなたが末期のがん、もしくは重い病気により、治る見込みがなく、あなたの死が近い場合を想像して、受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養についてお尋ねします。

問1 あなたは、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがありますか。(○は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問2 あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのどのくらい話し合ったことがありますか。(○は1つ)

※ 「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 2. 一応話し合っている |
| 3. 話し合ったことはない |              |

(問2で「1. 詳しく話し合っている」「2. 一応話し合っている」と回答の方にお尋ねします。)

問2-1 どなたと話し合いましたか。(複数回答可)

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 家族・親族 | 3. 医療介護関係者 |
| 2. 友人・知人 | 4. その他( )  |

(問2で「3 話し合ったことはない」と回答の方にお尋ねします。)

問2-2 これまで話し合ったことはない理由は、何ですか。(複数回答可)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 話し合いたくないから                |
| 2. 話し合う必要性を感じていないから          |
| 3. 話し合うきっかけがなかったから           |
| 4. 知識が無いため、何を話し合っているかわからないから |
| 5. その他( )                    |

問3 もし、ご家族等や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合う時期があるとする、いつ頃が良い年齢だと思いますか。(話し合ったことがある方は、いつ頃でしたか。)  
(○は1つ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 20歳未満  | 6. 年齢は関係ない |
| 2. 20-39歳 | 7. その他( )  |
| 3. 40-59歳 | 8. わからない   |
| 4. 60-69歳 |            |
| 5. 70歳以上  |            |

問4 もし、ご家族等や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合うきっかけがあるとすると、どのような出来事だと思いますか。(話し合ったことがある方は、何がきっかけでしたか。)(複数回答可)

- |   |
|---|
| 1. 誕生日                                  |
| 2. 結婚                                   |
| 3. 妊娠・出産(配偶者の場合も含む)                     |
| 4. 自分の病気                                |
| 5. 退職                                   |
| 6. 還暦                                   |
| 7. ご家族等の病気や死                            |
| 8. 人生の最終段階についてメディア(新聞・テレビ・ラジオ等)から情報を得た時 |
| 9. 医療や介護関係者による説明や相談の機会を得た時              |
| 10. その他( )                              |

問5 あなたの死が近い場合の受けたい医療・療養や、受けたくない医療・療養について、どのような情報源から情報を得たいと思いますか。(複数回答可)

- |            |                   |
|------------|-------------------|
| 1. 新聞      | 7. 研修会や講演会        |
| 2. 雑誌      | 8. 医療機関・介護施設      |
| 3. 書籍      | 9. 自治体(都道府県・市区町村) |
| 4. テレビ     | 10. その他( )        |
| 5. ラジオ     |                   |
| 6. インターネット |                   |

問6 あなたの死が近い場合の受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養を考えるために、どのような情報を得たいと思いますか。(複数回答可)

1. 人生の最終段階の心身の状態の変化
2. 人生の最終段階に受けられる医療の内容
3. 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報
4. 人生の最終段階に受けた医療や療養の場所に関する体験談
5. 人生の最終段階における、自分の意思の伝え方や残し方
6. 人生の最終段階の相談・サポート体制
7. その他( )
8. 知りたくない

問7 あなたは、自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくな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

→(問7で「1. 賛成である」と回答の方にお尋ねします。)

問7-1 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8 あなたは、意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたいか、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に定めてほしいと思いますか。(○は1つ)

1. 定めてほしい
2. 定めなくてもよい
3. 定めるべきでない
4. わからない

問9 自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々を選定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

(問9で「1. 賛成である」と回答の方にお尋ねします。)

問9-1 実際に選定していますか。(○は1つ)

- 1. 選定している
- 2. 選定していない

(問9-1で「1. 選定している」と回答の方にお尋ねします。)

問9-2 選定された人は、あなたの希望について、どの程度知っていると思いますか。  
(○は1つ)

- 1. 十分に知っていると思う
- 2. 知っていると思う
- 3. よく知らないと思う

問10 あなたは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、知っていますか。  
(○は1つ)

- 1. よく知っている
- 2. 聞いたことはあるがよく知らない
- 3. 知らない

問11 人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療・療養を受けるためには、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング<ACP>)が重要と言われています。このような話し合いを進めることについて、あなたはどう思いますか。(○は1つ)

- 1. 賛成である
- 2. 反対である
- 3. わからない

問12 どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うことはなんですか。(複数回答可)

1. 信頼できる医師、看護師、介護職員などにみてもらうこと
2. 自分がなじみのある場所にいること
3. 家族等との十分な時間を過ごせること
4. 自分らしくいられること
5. 人間としての尊厳を保てること
6. 体や心の苦痛なく過ごせること
7. 不安がないこと
8. 家族等の負担にならないこと
9. 可能な限り長生きすること
10. 積極的な医療を続けられること
11. 経済的な負担が少ないこと
12. どんなことでも相談できる窓口があること
13. その他( )

【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医療に関するご希望を伺います。3つの異なる状態を示すので、それぞれについてお答えください。】

※病状による変化は参考資料をご参照ください。

問13 もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

—あなたの病状—

末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、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。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問13-1 どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅

→ 問13-3

問13-2 どこで最期を迎えることを希望しますか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅 → 問13-4

→ 問13-3

→(問13-1、問13-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。)  
問13-3 なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がないから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

→(問13-2で「3自宅」をお選びの方にお尋ねします。)  
問13-4 なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなったときにすぐ入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

問13-5 下記のア～キの医療を望みますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 望む	2 望まない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(ア) 副作用はあるものの、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療	1	2	3
(イ) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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14 もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

—あなたの病状—  
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。

—医療上の判断—  
「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問14-1 どこで過ごしながらか医療・療養を受けたいですか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅

└─▶ 問14-3

問14-2 どこで最期を迎えることを希望しますか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅 ─▶ 問14-4

└─▶ 問14-3

→(問14-1、問14-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。)

問14-3 なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がないから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

→(問14-2で「3自宅」をお選びの方にお尋ねします。)

問14-4 なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなった時にすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなった時にすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

問14-5 下記のア～キの医療を望みますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 望む	2 望まない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(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) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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15 もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

—あなたの病状—  
 認知症が進行し、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で、かなり衰弱が進んできました。

—医療上の判断—  
 「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問15-1 どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅

└─▶ 問15-3

問15-2 どこで最期を迎えることを希望しますか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅      ─▶ 問15-4

└─▶ 問15-3

→(問15-1、問15-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。)

問15-3 なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいないから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がいないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

→(問15-2で「3. 自宅」をお選びの方にお尋ねします。)

問15-4 なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

問15-5 下記のア～キの医療を望みますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 望む	2 望まない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(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) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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

【フェースシート】

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	3. その他
-------	-------	--------

(2) 満年齢(○は1つ)

1. 20-24歳	5. 40-44歳	9. 60-64歳	13. 80-84歳
2. 25-29歳	6. 45-49歳	10. 65-69歳	14. 85歳以上
3. 30-34歳	7. 50-54歳	11. 70-74歳	
4. 35-39歳	8. 55-59歳	12. 75-79歳	

(3) 同居している方はいらっしゃいますか。(○は1つ)

<input checked="" type="checkbox"/> 1. いる	2. いない
---	--------

→((3)で「1. いる」と回答の方にお尋ねします。)

(3)-1 同居しているのはどなたですか。あてはまる回答全てに○をつけてください。

1. 夫又は妻	4. 娘	7. 兄弟姉妹	10. その他
2. 父母	5. 息子の妻	8. 孫	
3. 息子	6. 娘の夫	9. その他の親族	

(4) 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

(5) あなたには、信頼しているかかりつけ医がいますか？(○は1つ)

1. いる	2. いない
-------	--------

(6) あなたは、身近で大切な人の病気やけがによる介護を、最近5年間に経験しましたか。  
(複数回答可)

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1. 入院で経験した   | 3. 在宅療養で経験した |
| 2. 施設入所で経験した | 4. 経験していない   |

(7) あなたは、身近で大切な人の死を最近5年間に経験しましたか。(複数回答可)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 病院で経験をした | 3. 在宅で経験をした |
| 2. 施設で経験をした | 4. 経験していない  |

→ ((7)で「1. 病院で経験をした」「2. 施設で経験をした」「3. 在宅で経験をした」と回答の方にお尋ねします。)

(7)－1 大切な人の死において、心残りがありますか。(○は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

→ ((7)－1で「1. ある」と回答の方にお尋ねします)

(7)－2 どうしていたら心残りがなかったと思いますか。(複数回答可)

- |   |
|---|
| 1. あらかじめ身近で大切な人と人生の最終段階について話し合えていたら     |
| 2. もっと早く医療や介護関係者等と人生の最終段階について話し合いをしていたら |
| 3. 信頼できる医療や介護関係者等と出会えていたら               |
| 4. 同じ医師に継続して診療してもらえていたら                 |
| 5. 大切な人の苦痛がもっと緩和されていたら                  |
| 6. 望んだ場所で療養できていたら                       |
| 7. 望んだ場所で最期を迎えていたら                      |
| 8. その他( )                               |

回答は以上になります。

—  
ご協力ありがとうございました。  
—

郵便番号  
住所  
病院名  
番号

一般国民票

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査

「ご記入に際してのお願い」

- (1) 宛名の方ご本人がお答えください。
- (2) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- (3) 一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。
- (4) お答えは、あてはまる番号に○印をつけてください。

「調査票回収についてお願い」

ご記入いただきました調査票は、12月29日（金）までに返信用封筒にてご投函

〒100-0031 東京都千代田区霞が関1-2-2

< 調査主体 > 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室

〒100-0031 東京都千代田区霞が関1-2-2

< 調査実施機関 > 株式会社 オノフ

【人生の最終段階における医療・療養についてお尋ねします】

あなたが末期のがん、もしくは重い病気により、治る見込みがなく、あなたの死が近い場合を想像して、受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養についてお尋ねします。

問1 あなたは、人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがありますか。(○は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

問2 あなたの死が近い場合に受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養について、ご家族等や医療介護関係者とのどのくらい話し合ったことがありますか。(○は1つ)

※ 「ご家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 詳しく話し合っている | 2. 一応話し合っている |
| 3. 話し合ったことはない |              |

(問2で「1. 詳しく話し合っている」「2. 一応話し合っている」と回答の方にお尋ねします。)

問2-1 どなたと話し合いましたか。(複数回答可)

- |          |            |
|----------|------------|
| 1. 家族・親族 | 3. 医療介護関係者 |
| 2. 友人・知人 | 4. その他( )  |

(問2で「3 話し合ったことはない」と回答の方にお尋ねします。)

問2-2 これまで話し合ったことはない理由は、何ですか。(複数回答可)

- |                              |
|------------------------------|
| 1. 話し合いたくないから                |
| 2. 話し合う必要性を感じていないから          |
| 3. 話し合うきっかけがなかったから           |
| 4. 知識が無いため、何を話し合っているかわからないから |
| 5. その他( )                    |

問3 もし、ご家族等や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合う時期があるとする、いつ頃が良い年齢だと思いますか。(話し合ったことがある方は、いつ頃でしたか。)  
(○は1つ)

- |           |            |
|-----------|------------|
| 1. 20歳未満  | 6. 年齢は関係ない |
| 2. 20-39歳 | 7. その他( )  |
| 3. 40-59歳 | 8. わからない   |
| 4. 60-69歳 |            |
| 5. 70歳以上  |            |

問4 もし、ご家族等や医療介護関係者等の方と医療・療養について話し合うきっかけがあるとすると、どのような出来事だと思いますか。(話し合ったことがある方は、何がきっかけでしたか。)(複数回答可)

- |   |
|---|
| 1. 誕生日                                  |
| 2. 結婚                                   |
| 3. 妊娠・出産(配偶者の場合も含む)                     |
| 4. 自分の病気                                |
| 5. 退職                                   |
| 6. 還暦                                   |
| 7. ご家族等の病気や死                            |
| 8. 人生の最終段階についてメディア(新聞・テレビ・ラジオ等)から情報を得た時 |
| 9. 医療や介護関係者による説明や相談の機会を得た時              |
| 10. その他( )                              |

問5 あなたの死が近い場合の受けたい医療・療養や、受けたくない医療・療養について、どのような情報源から情報を得たいと思いますか。(複数回答可)

- |            |                   |
|------------|-------------------|
| 1. 新聞      | 7. 研修会や講演会        |
| 2. 雑誌      | 8. 医療機関・介護施設      |
| 3. 書籍      | 9. 自治体(都道府県・市区町村) |
| 4. テレビ     | 10. その他( )        |
| 5. ラジオ     |                   |
| 6. インターネット |                   |

問6 あなたの死が近い場合の受けたい医療・療養や受けたくない医療・療養を考えるために、どのような情報を得たいと思いますか。(複数回答可)

1. 人生の最終段階の心身の状態の変化
2. 人生の最終段階に受けられる医療の内容
3. 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報
4. 人生の最終段階に受けた医療や療養の場所に関する体験談
5. 人生の最終段階における、自分の意思の伝え方や残し方
6. 人生の最終段階の相談・サポート体制
7. その他( )
8. 知りたくない

問7 あなたは、自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくな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

→(問7で「1. 賛成である」と回答の方にお尋ねします。)

問7-1 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8 あなたは、意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたいか、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に定めてほしいと思いますか。(○は1つ)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 定めてほしい   | 3. 定めるべきでない |
| 2. 定めなくてもよい | 4. わからない    |

問9 自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々を選定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

(問9で「1. 賛成である」と回答の方にお尋ねします。)

問9-1 実際に選定していますか。(○は1つ)

- 1. 選定している
- 2. 選定していない

(問9-1で「1. 選定している」と回答の方にお尋ねします。)

問9-2 選定された人は、あなたの希望について、どの程度知っていると思いますか。  
(○は1つ)

- 1. 十分に知っていると思う
- 2. 知っていると思う
- 3. よく知らないと思う

問10 あなたは、アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について、知っていますか。  
(○は1つ)

- 1. よく知っている
- 2. 聞いたことはあるがよく知らない
- 3. 知らない

問11 人生の最終段階の医療・療養について、あなたの意思に沿った医療・療養を受けるためには、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング<ACP>)が重要と言われています。このような話し合いを進めることについて、あなたはどう思いますか。(○は1つ)

- 1. 賛成である
- 2. 反対である
- 3. わからない

問12 どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うことはなんですか。(複数回答可)

1. 信頼できる医師、看護師、介護職員などにみてもらうこと
2. 自分がなじみのある場所にいること
3. 家族等との十分な時間を過ごせること
4. 自分らしくいられること
5. 人間としての尊厳を保てること
6. 体や心の苦痛なく過ごせること
7. 不安がないこと
8. 家族等の負担にならないこと
9. 可能な限り長生きすること
10. 積極的な医療を続けられること
11. 経済的な負担が少ないこと
12. どんなことでも相談できる窓口があること
13. その他( )

【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医療に関するご希望を伺います。3つの異なる状態を示すので、それぞれについてお答えください。】

※病状による変化は参考資料をご参照ください。

問13 もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

—あなたの病状—

末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、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。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問13-1 どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅

→ 問13-3

問13-2 どこで最期を迎えることを希望しますか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅 → 問13-4

→ 問13-3

→(問13-1、問13-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。)  
問13-3 なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいないから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

→(問13-2で「3自宅」をお選びの方にお尋ねします。)

問13-4 なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

問13-5 下記のア～キの医療を望みますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 望む	2 望まない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(ア) 副作用はあるものの、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療	1	2	3
(イ) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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14 もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

—あなたの病状—

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。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問14-1 どこで過ごしながらか医療・療養を受けたいですか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅

→ 問14-3

問14-2 どこで最期を迎えることを希望しますか。(○は1つ)

1. 医療機関      2. 介護施設      3. 自宅 → 問14-4

→ 問14-3

→(問14-1、問14-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。)

問14-3 なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がないから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

→(問14-2で「3自宅」をお選びの方にお尋ねします。)

問14-4 なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなった時にすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなった時にすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

問14-5 下記のア～キの医療を望みますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 望む	2 望まない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(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) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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15 もしあなたが以下のような病状になった場合、どのような医療・療養を希望しますか。

—あなたの病状—  
 認知症が進行し、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で、かなり衰弱が進んできました。

—医療上の判断—  
 「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問15-1 どこで過ごしながら医療・療養を受けたいですか。(○は1つ)

1. 医療機関

2. 介護施設

3. 自宅

↓ 問15-3

問15-2 どこで最期を迎えることを希望しますか。(○は1つ)

1. 医療機関

2. 介護施設

3. 自宅

→ 問15-4

↓ 問15-3

→(問15-1、問15-2で「1. 医療機関」「2. 介護施設」をお選びの方にお尋ねします。)

問15-3 なぜ、自宅以外を選択したのか、お考えに近いものをお選びください。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がないから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから
4. 24時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

→(問15-2で「3. 自宅」をお選びの方にお尋ねします。)

問15-4 なぜ自宅を選択されたのか、お考えに近いものをお選び下さい。(複数回答可)

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから
3. 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が大きいと思うから
12. その他( )

問15-5 下記のア～キの医療を望みますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 望む	2 望まない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(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) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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

【フェースシート】

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	3. その他
-------	-------	--------

(2) 満年齢(○は1つ)

1. 20-24歳	5. 40-44歳	9. 60-64歳	13. 80-84歳
2. 25-29歳	6. 45-49歳	10. 65-69歳	14. 85歳以上
3. 30-34歳	7. 50-54歳	11. 70-74歳	
4. 35-39歳	8. 55-59歳	12. 75-79歳	

(3) 同居している方はいらっしゃいますか。(○は1つ)

<input checked="" type="checkbox"/> 1. いる	2. いない
---	--------

→((3)で「1. いる」と回答の方にお尋ねします。)

(3)-1 同居しているのはどなたですか。あてはまる回答全てに○をつけてください。

1. 夫又は妻	4. 娘	7. 兄弟姉妹	10. その他
2. 父母	5. 息子の妻	8. 孫	
3. 息子	6. 娘の夫	9. その他の親族	

(4) 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

(5) あなたには、信頼しているかかりつけ医がいますか？(○は1つ)

1. いる	2. いない
-------	--------

(6) あなたは、身近で大切な人の病気やけがによる介護を、最近5年間に経験しましたか。  
(複数回答可)

- |              |              |
|--------------|--------------|
| 1. 入院で経験した   | 3. 在宅療養で経験した |
| 2. 施設入所で経験した | 4. 経験していない   |

(7) あなたは、身近で大切な人の死を最近5年間に経験しましたか。(複数回答可)

- |             |             |
|-------------|-------------|
| 1. 病院で経験をした | 3. 在宅で経験をした |
| 2. 施設で経験をした | 4. 経験していない  |

→ ((7)で「1. 病院で経験をした」「2. 施設で経験をした」「3. 在宅で経験をした」と回答の方にお尋ねします。)

(7)－1 大切な人の死において、心残りがありますか。(○は1つ)

- |       |       |
|-------|-------|
| 1. ある | 2. ない |
|-------|-------|

→ ((7)－1で「1. ある」と回答の方にお尋ねします)

(7)－2 どうしていたら心残りがなかったと思いますか。(複数回答可)

- |   |
|---|
| 1. あらかじめ身近で大切な人と人生の最終段階について話し合えていたら     |
| 2. もっと早く医療や介護関係者等と人生の最終段階について話し合いをしていたら |
| 3. 信頼できる医療や介護関係者等と出会えていたら               |
| 4. 同じ医師に継続して診療してもらえていたら                 |
| 5. 大切な人の苦痛がもっと緩和されていたら                  |
| 6. 望んだ場所で療養できていたら                       |
| 7. 望んだ場所で最期を迎えていたら                      |
| 8. その他( )                               |

回答は以上になります。

—  
ご協力ありがとうございました。  
—

郵便番号

住所

病院名

番号

看護師票

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査

段階における医療に対する意識やその変化を把握するための調査を実施しています。本調査で得られた結果については、厚生労働省に設置している「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において、わが国の人生の最終段階における医療について検討する上で、重要な資料として広く活用させていただく予定です。

○人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=471022>

なお、本調査は、全国の病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設を無作為に抽出し、勤務する医師、看護師、介護職員に調査へのご協力をお願いしています。この調査の結果は、集計値を公表するものであり、個別の施設名や個人名が表に出ることは一切ございません。

何卒、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

ご記入いただきました調査票は、12月29日（金）までに返信用封筒にてご投函くださ

いますようお願いいたします。

(参考：調査対象者)

一般国民 6,000、医師 4,500 人、看護師 6,000、介護福祉士 2,000 人  
[ご記入に際してのお願い]

- (1) 看護師票だけでなく、同封の一般国民票もあわせて回答してください。
- (2) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- (3) 一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。

< 調査主体 > 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室

〒100-0031 東京都千代田区霞が関 1-2-2

< 調査実施機関 > 株式会社 オノフ

問1 本人の意向を尊重した人生の最終段階における医療の充実のために、何が重要だと思いますか。(複数回答可)

※「家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

1. 医療・介護従事者への教育・研修
2. 本人・家族等への相談体制の充実
3. 疾病の有無に関わらず、人生の最終段階における医療について考えるための情報提供
4. 人生の最終段階について話し合った内容について、本人・家族等や医療・介護従事者等の看取りに携わる関係者との共有の仕方
5. その他( )

問2 あなたは、担当される死が近い患者の医療・療養について、患者本人と十分な話し合いを行っていますか。(○は1つ)

※患者の意思が確認できない場合は、患者本人の意思に基づいて家族等と話し合っていますか。

1. 十分行っている
2. 一応行っている

3. ほとんど行っていない → 問2-4
4. 人生の最終段階の患者に関わっていない

(問2で「1. 十分行っている」「2. 一応行っている」と答えた方にお尋ねします。)

問2-1 どのような内容を話し合っていますか。(複数回答可)

1. 人生の最終段階の症状や行われる治療の内容や意向
2. 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報
3. 本人の気がかりや意向
4. 本人の価値観や目標
5. その他( )

(問2で「1. 十分行っている」「2. 一応行っている」と答えた方にお尋ねします。)

問2-2 あなたは患者やその家族等と人生の最終段階の医療・療養についての話し合いをいつ行っていますか。(複数回答可)

1. 治療困難な病気と診断されたとき
2. 治療方針が大きく変わったとき(例:積極的な治療をやめるとき)
3. 病気の進行に伴い、死が近づいているとき
4. 患者や家族等から人生の最終段階の医療について相談があったとき
5. 人生の最終段階に限ることなく、日々の診察の中で話し合っている
6. その他( )

→(問2で「1. 十分行っている」「2. 一応行っている」と答えた方にお尋ねします。)

問2-3 あなたは、担当される死が近い患者の医療・療養について、患者本人(もしくは家族等)と話し合った内容を、他の医師・看護職員・介護職員等と情報共有していますか。(○は1つ)

1. 記録に残して共有している
2. 記録には残していないが、日々のミーティング等で共有している
3. 特に共有していない

→(問2で「3. ほとんど行っていない」と回答された方にお尋ねします。)

問2-4 ほとんど行っていない理由は何ですか。(複数回答可)

1. 人生の最終段階における話し合いのノウハウがないため
2. 話し合う余裕がないため
3. 人生の最終段階の話しを切り出すことに抵抗を感じるため
4. 人生の最終段階を迎える患者と関わる機会が少ないため
5. その他( )

問3 人生の最終段階の医療・療養の方針について、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りますか。(○は1つ)

1. ある
2. ない
3. 人生の最終段階の患者に関わっていない

→(問3で「1. ある」と回答の方にお尋ねします。)

問3-1 倫理委員会等(医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなるチーム等)に相談しましたか。(○は1つ)

1. 相談した
2. 倫理委員会等はあるが相談していない
3. 倫理委員会等の相談するための体制がない

問4 あなたは患者が医療・療養の選択について意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないか、かわりに誰に意思決定してもらいたいかあらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いることを勧めていますか。(○は1つ)

1. 人生の最終段階の患者に勧めている
2. 人生の最終段階の患者に限らず勧めている
3. 患者・家族等から相談があった時に勧めている
4. 特に書面は用いていない

問5 あなたは患者が医療・療養の選択について意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいか、代わりに誰に意思決定してもらいたいかなどの代理意思決定できる人をいつ確認していますか。(複数回答可)

1. 治療困難な病気と診断されたとき
2. 治療方針が大きく変わったとき(例:積極的治療をやめるとき)
3. 病気の進行に伴い、死が近づいているとき
4. 患者や家族等から人生の最終段階について相談があった時
5. その他( )
6. 確認していない

#### ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の解説

今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。

患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACP の話し合いには次の内容が含まれる。

- ・患者本人の気がかりや意向
- ・患者の価値観や目標
- ・病状や予後の理解
- ・医療や療養に関する意向や選好、その提供体制

問6 あなたは、人生の最終段階の患者・利用者に対して、上記解説の ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の内容を実践していますか。(○は1つ)

1. 実践している

2. 実践していない

→(問6で「2. 実践していない」と回答の方にお尋ねします。)

問6-2 今後、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践についてどのようにお考えですか。(○は1つ)

1. 実践を検討中である

2. 実践を検討していない

問7 あなたは人生の最終段階における患者の医療・療養について、次の連携先へどのような情報を引き継いでいますか。(複数回答可)

1. 治療方針などの医療情報
2. 患者や家族等が希望するケアや療養場所・最期を迎える場所
3. 本人の生きがいや価値観、目標
4. その他( )
5. 特に情報提供はしていない

問8 あなたは、担当される人生の最終段階における患者の医療・療養の方針決定に際して、学会等により作成された人生の最終段階の医療に関するガイドラインを参考にしていますか。参考にされている場合はどのガイドラインを参考にしていますか。(複数回答可)

1. 厚生労働省(人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン)
2. 日本医師会
3. 全日本病院協会
4. 日本学術会議
5. 日本小児科学会
6. 日本老年医学会
7. 日本集中治療学会・日本循環器学会・日本救急医学会
8. 日本臨床倫理学会
9. 日本緩和医療学会
10. その他ガイドライン( )
11. 施設独自で作成したガイドライン
12. ガイドラインを参考にするつもりはない
13. ガイドラインを知らない
14. 人生の最終段階の患者に関わっていない

問9 あなたは、人生の最終段階の定義や、延命治療の不開始、中止等を行う場合の判断基準について、どう考えますか。(○は1つ)

1. 詳細な基準を示すべきである
2. 大まかな基準を作り、それにそった詳細な方針は、医師又は医療・ケアチームが患者・家族等と十分に検討して決定すればよい
3. 一律な基準は必要なく、医師又は医療・ケアチームが患者・家族等と十分に検討して方針を決定すればよい
4. その他(具体的に)( )
5. わからない

問10 もしあなたの患者が以下のような病状になった場合、どのような医療をすすめますか。

—患者の病状—

末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、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。

—医療上の判断—

「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

問10—1 どこで療養することをすすめますか。(○は1つ)

1. 医療機関
2. 介護施設
3. 自宅

問10-2 どこで最期を迎えることをすすめますか。(○は1つ)

1. 医療機関	2. 介護施設	3. 自宅
---------	---------	-------

問10-3 下記のア～キの治療をすすめますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 すすめる	2 すすめない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(ア) 副作用はあるが、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療	1	2	3
(イ) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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



ご協力ありがとうございました。

郵便番号

住所

病院名

番号

介護職員票

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査

段階における医療に対する意識やその変化を把握するための調査を実施しています。本調査で得られた結果については、厚生労働省に設置している「人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会」において、わが国の人生の最終段階における医療について検討する上で、重要な資料として広く活用させていただく予定です。

○人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=471022>

なお、本調査は、全国の病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人福祉施設、介護老人保健施設を無作為に抽出し、勤務する医師、看護師、介護職員に調査へのご協力をお願いしています。この調査の結果は、集計値を公表するものであり、個別の施設名や個人名が表に出ることは一切ございません。

何卒、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力いただけますようお願い申し上げます。

ご記入いただきました調査票は、12月29日（金）までに返信用封筒にてご投函くださ

いますようお願いいたします。

(参考：調査対象者)

一般国民 6,000、医師 4,500 人、看護師 6,000、介護福祉士 2,000 人  
[ご記入に際してのお願い]

- (1) 看護師票だけでなく、同封の一般国民票もあわせて回答してください。
- (2) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- (3) 一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。

< 調査主体 > 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室

〒100-0031 東京都千代田区霞が関 1-2-2

< 調査実施機関 > 株式会社 オノフ

問1 本人の意向を尊重した人生の最終段階における医療の充実のために、何が必要だと思いますか。  
(複数回答可)

※「家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

1. 医療・介護従事者への教育・研修
2. 本人・家族等への相談体制の充実
3. 疾病の有無に関わらず、人生の最終段階における医療について考えるための情報提供
4. 人生の最終段階について話し合った内容について、本人・家族等や医療・介護従事者等の看取りに携わる関係者との共有の仕方
5. その他( )

問2 あなたは、担当される死が近い患者の医療・療養について、患者本人と十分な話し合いを行っていますか。(○は1つ)

※患者の意思が確認できない場合は、患者本人の意思に基づいて家族等と話し合っていますか。

1. 十分行っている
2. 一応行っている

3. ほとんど行っていない
4. 人生の最終段階の患者に関わっていない

→ 問2-4

(問2で「1. 十分行っている」「2. 一応行っている」と答えた方にお尋ねします。)

問2-1 どのような内容を話し合っていますか。(複数回答可)

1. 人生の最終段階の症状や行われる治療の内容や意向
2. 人生の最終段階に過ごせる施設・サービスの情報
3. 本人の気がかりや意向
4. 本人の価値観や目標
5. その他( )

(問2で「1. 十分行っている」「2. 一応行っている」と答えた方にお尋ねします。)

問2-2 あなたは患者やその家族等と人生の最終段階の医療・療養についての話し合いをいつ行っていますか。(複数回答可)

1. 治療困難な病気と診断されたとき
2. 治療方針が大きく変わったとき(例:積極的な治療をやめるとき)
3. 病気の進行に伴い、死が近づいているとき
4. 患者や家族等から人生の最終段階の医療について相談があったとき
5. 人生の最終段階に限ることなく、日々の診察の中で話し合っている
6. その他( )

→(問2で「1. 十分行っている」「2. 一応行っている」と答えた方にお尋ねします。)

問2-3 あなたは、担当される死が近い患者の医療・療養について、患者本人(もしくは家族等)と話し合った内容を、他の医師・看護職員・介護職員等と情報共有していますか。(○は1つ)

1. 記録に残して共有している
2. 記録には残していないが、日々のミーティング等で共有している
3. 特に共有していない

→(問2で「3. ほとんど行っていない」と回答された方にお尋ねします。)

問2-4 ほとんど行っていない理由は何ですか。(複数回答可)

1. 人生の最終段階における話し合いのノウハウがないため
2. 話し合う余裕がないため
3. 人生の最終段階の話しを切り出すことに抵抗を感じるため
4. 人生の最終段階を迎える患者と関わる機会が少ないため
5. その他( )

問3 人生の最終段階の医療・療養の方針について、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りますか。(○は1つ)

1. ある
2. ない
3. 人生の最終段階の患者に関わっていない

→(問3で「1. ある」と回答の方にお尋ねします。)

問3-1 倫理委員会等(医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなるチーム等)に相談しましたか。(○は1つ)

1. 相談した
2. 倫理委員会等はあるが相談していない
3. 倫理委員会等の相談するための体制がない

問4 あなたは患者が医療・療養の選択について意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないか、かわりに誰に意思決定してもらいたいかあらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いることを勧めていますか。(○は1つ)

1. 人生の最終段階の患者に勧めている
2. 人生の最終段階の患者に限らず勧めている
3. 患者・家族等から相談があった時に勧めている
4. 特に書面は用いていない

問5 あなたは患者が医療・療養の選択について意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいか、代わりに誰に意思決定してもらいたいかなどの代理意思決定できる人をいつ確認していますか。(複数回答可)

1. 治療困難な病気と診断されたとき
2. 治療方針が大きく変わったとき(例:積極的治療をやめるとき)
3. 病気の進行に伴い、死が近づいているとき
4. 患者や家族等から人生の最終段階について相談があった時
5. その他( )
6. 確認していない

#### ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の解説

今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。

患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACP の話し合いには次の内容が含まれる。

- ・患者本人の気がかりや意向
- ・患者の価値観や目標
- ・病状や予後の理解
- ・医療や療養に関する意向や選好、その提供体制

問6 あなたは、人生の最終段階の患者・利用者に対して、上記解説の ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の内容を実践していますか。(○は1つ)

1. 実践している

2. 実践していない

→(問6で「2. 実践していない」と回答の方にお尋ねします。)

問6-2 今後、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践についてどのようにお考えですか。(○は1つ)

1. 実践を検討中である

2. 実践を検討していない

問7 あなたは人生の最終段階における患者の医療・療養について、次の連携先へどのような情報を引き継いでいますか。(複数回答可)

1. 治療方針などの医療情報
2. 患者や家族等が希望するケアや療養場所・最期を迎える場所
3. 本人の生きがいや価値観、目標
4. その他( )
5. 特に情報提供はしていない

問8 あなたは、担当される人生の最終段階における患者の医療・療養の方針決定に際して、学会等により作成された人生の最終段階の医療に関するガイドラインを参考にしていますか。参考にされている場合はどのガイドラインを参考にしていますか。(複数回答可)

1. 厚生労働省(人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン)
2. 日本医師会
3. 全日本病院協会
4. 日本学術会議
5. 日本小児科学会
6. 日本老年医学会
7. 日本集中治療学会・日本循環器学会・日本救急医学会
8. 日本臨床倫理学会
9. 日本緩和医療学会
10. その他ガイドライン( )
11. 施設独自で作成したガイドライン
12. ガイドラインを参考にするつもりはない
13. ガイドラインを知らない
14. 人生の最終段階の患者に関わっていない

問9 あなたは、人生の最終段階の定義や、延命治療の不開始、中止等を行う場合の判断基準について、どう考えますか。(○は1つ)

1. 詳細な基準を示すべきである
2. 大まかな基準を作り、それにそった詳細な方針は、医師又は医療・ケアチームが患者・家族等と十分に検討して決定すればよい
3. 一律な基準は必要なく、医師又は医療・ケアチームが患者・家族等と十分に検討して方針を決定すればよい
4. その他(具体的に)( )
5. わからない

問10 もしあなたの患者が以下のような病状になった場合、どのような医療をすすめますか。

—患者の病状—  
末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、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。  
—医療上の判断—  
「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」とのことです。

問10—1 どこで療養することをすすめますか。(○は1つ)

1. 医療機関
2. 介護施設
3. 自宅

問10-2 どこで最期を迎えることをすすめますか。(○は1つ)

1. 医療機関	2. 介護施設	3. 自宅
---------	---------	-------

問10-3 下記のア～キの治療をすすめますか。(○はそれぞれ1つ)

	1 すすめる	2 すすめない	3 わからない
(記入例) ⇒	①	2	3
(ア) 副作用はあるが、多少なりとも悪化を遅らせることを期待して、抗がん剤や放射線による治療	1	2	3
(イ) 口から水を飲め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、首などから太い血管に栄養剤を点滴すること(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る場合もあります)	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

最後に、あなたご自身について教えてください。

(1) 実務経験はどのくらいありますか。(○は1つ)

- |           |           |            |
|-----------|-----------|------------|
| 1. 1-5年   | 5. 21-25年 | 9. 41-45年  |
| 2. 6-10年  | 6. 26-30年 | 10. 46-50年 |
| 3. 11-15年 | 7. 31-35年 | 11. 50年以上  |
| 4. 16-20年 | 8. 36-40年 |            |

(2) 現在勤務している施設は以下のうちどれですか。(○は1つ)

- |  |
|--|
| 1. 病院 ( a. 199床以下                      b. 200~499床                      c. 500床以上)             |
| 2. 診療所 ( a. (ア、無床    イ、有床(                      床))<br>b. (ア、在宅療養支援診療所である    イ、在宅療養支援診療所ではない)) |
| 3. 訪問看護ステーション (利用者実人数(                      )人 (平成 29 年○月1ヶ月間))                                |
| 4. 介護老人福祉施設  |
| 5. 介護老人保健施設  |
| 6. その他(                      )   |

(3) 人生の最終段階の意思決定支援に係る研修を受けていますか。(○は1つ)

- |          |           |             |
|----------|-----------|-------------|
| 1. 受けている | 2. 受けていない | 3. 今後、受ける予定 |
|----------|-----------|-------------|

→((3)で「1. 受けている」と答えた方にお尋ねします。)

(3)-1 どのような研修を終了していますか。(複数回答可)

- |  |
|--|
| 1. 患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(厚生労働省)                        |
| 2. がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(日本緩和医療学会 PEACE・プロジェクト)        |
| 3. 施設内で独自に実施している研修                                     |
| 4. その他、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修(研修名:                      ) |

(4) あなたは死が近い患者とどのくらい関わりますか。(○は1つ)

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

回答は以上になります。

ご協力ありがとうございました。

郵便番号  
住所  
病院名  
番号

施設票

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査

「ご記入に際してのお願い」

- (1) 宛名の方ご本人がお答えください。
- (2) ご記入は質問の番号にそってお願いします。
- (3) 一部の方だけにお答えいただく質問もございますが、その場合は【…の方に】といった指示があります。
- (4) お答えは、あてはまる番号に○印をつけてください。

「調査票回収についてのごお願い」

ご記入いただきました調査票は、12月29日(金)までに返信用封筒にてご投函

< 調査主体 > 厚生労働省 医政局 地域医療計画課 在宅医療推進室

〒100-0031 東京都千代田区霞が関 1-2-2

< 調査実施機関 > 株式会社 オノフ

問1 あなたの施設では、人生の最終段階の患者・利用者(以下、「患者等」とする。)の医療・療養の方針について、患者等、家族等と施設関係者(医師や看護・介護職員等)が集まって十分な話し合いが行われていますか。(○は1つ)

※「家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含みます。

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. 行ったことはない
5. 人生の最終段階の患者がいないので、機会がない

問2 あなたの施設では、人生の最終段階における医療・療養の方針について本人・家族と話し合いをいつ行っていますか。(複数回答可)

1. 治療困難な病気と診断されたとき
2. 治療方針が大きく変わったとき(例:積極的治療をやめるとき)
3. 病気の進行にともない、死が近づいているとき
4. 患者等や家族等から人生の最終段階の医療について相談があったとき
5. 病状と関係なく、自施設の利用が始まるとき
6. その他( )
7. わからない

問3 あなたの施設では、患者・利用者が医療の選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないか、自分で意思決定出来なくなった場合に備えて代わりに誰に意思決定してもらいたいかをあらかじめ記載する書面(事前指示書)を用いていますか。(○は1つ)

1. 施設の方針として、用いている
2. 施設の方針は特に決めていないが、用いることもある
3. 用いていない

問4 あなたの施設では、利用中に医療の選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、代わりに誰に意思決定してもらいたいかなどの代理意思決定できる人をいつ確認していますか。  
(複数回答可)

1. 治療困難な病気と診断されたとき
2. 治療方針が大きく変わったとき(例:積極的治療をやめるとき)
3. 病気の進行にともない、死が近づいているとき
4. 患者等や家族等から人生の最終段階の医療について相談があったとき
5. 病状と関係なく、自施設の利用が始まる時
6. その他( )
7. 確認していない

問5 あなたの施設には、通常の話し合いでは、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などの方針の決定が難しい場合に、医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなる委員会(倫理委員会やコンサルテーションチーム等)はありますか。(○は1つ)

1. ある
2. ない

問6 あなたの施設では、人生の最終段階における医療・療養に関して、患者等、家族等に対して、人生の最終段階の病状や医療処置等について説明するための資料の準備がありますか。  
(複数回答可)

1. 行政が作成したパンフレット・リーフレット・書類を使用
2. 学会や医療機関が作成したパンフレット・リーフレット・書類を使用
3. 施設独自のパンフレット・リーフレット・書類を使用
4. その他の書類を使用( )
5. 説明はしているが、特にパンフレット・リーフレット・書類は準備していない
6. 説明はしておらず、パンフレット・リーフレット・書類も準備していない

ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の解説

今後の医療・療養について患者等・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。

患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACP の話し合いには次のような内容が含まれる。

- ・患者本人の気がかりや意向
- ・患者の価値観や目標
- ・病状や予後の理解
- ・医療や療養に関する意向や選好、その提供体制 等

問7 あなたの施設では、施設の方針として人生の最終段階の患者等に対して、上記解説のACP(アドバンス・ケア・プランニング)の内容を実践していますか。(〇は1つ)

1. 実践している

2. 実践していない

→(問7で「2. 実践していない」と回答の方にお尋ねします。)

問7-2 今後、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践についてどのようにお考えですか。(〇は1つ)

1. 実践を検討中である

2. 実践を検討していない

問8 あなたの施設では、施設の職員を人生の最終段階の意思決定支援に係る研修に参加させていますか。(〇は1つ)

1. 参加させている

2. 参加させていない

→(問8で「1. 参加させている」と答えた方にお尋ねします。)

問8-1 どのような研修に参加させていますか。(複数回答可)

1. 患者の意向を尊重した意思決定のための研修会(厚生労働省)
2. がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会(日本緩和医療学会 PEACE プロジェクト)
3. 施設内で独自に実施している研修
4. その他、人生の最終段階の意思決定支援に係る研修(研修名: )

問9 あなたの施設では、施設の方針として、本人・家族等と人生の最終段階の医療・療養について話し合った情報(人生の最終段階の患者・利用者の医療・療養の方針や療養場所、最期を迎える場所等)について、医師や看護・介護職員等の関係者間で情報共有していますか。  
(複数回答可)

1. 記録に残して共有している
2. 日々のミーティングで共有している
3. 特に定めていない
4. 人生の最終段階については共有していない
5. わからない

問10 あなたの施設では、施設の方針として、あなたの施設から他の療養場所へ転院、入所、退院する際に、人生の最終段階について話し合った内容(人生の最終段階の患者・利用者の医療・療養の方針や療養場所、最期を迎える場所等)を、次の連携先へ引き継いでいますか。  
(○は1つ)

1. 治療方針などの医療情報のみ引き継いでいる
2. 治療方針だけでなく、療養場所や最期を迎える場所などの情報(療養の希望)も引き継いでいる
3. 特に定めていない
4. その他( )
5. わからない

問11 あなたの施設では、地域内で共通の情報共有ツールを用いて、緊急時の情報連携や地域内で情報を引き継いでいく取組についてどう思いますか。(○は1つ)

1. すでに地域内で取り組んでおり、参加している
2. 地域内で取組が始まっているが、参加していない
3. 地域でそのような取組は行われていないが、行われれば参加したい
4. 地域でそのような取組は行われておらず、参加するつもりはない
5. わからない

問12 あなたの施設では、人生の最終段階の患者・利用者の医療・療養方針の決定に際して、学会などにより作成された人生の最終段階に関するガイドラインを参考にしていますか。また、参考にしている場合はどのガイドラインを参考にしていますか。(複数回答可)

1. 厚生労働省(人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン)
2. 日本医師会
3. 全日本病院協会
4. 日本学術会議
5. 日本小児科学会
6. 日本老年医学会
7. 日本集中治療学会・日本循環器学会・日本救急医学会
8. 日本臨床倫理学会
9. 日本緩和医療学会
10. その他ガイドライン( )
11. 施設独自で作成したガイドライン
12. ガイドラインを参考にするつもりはない
13. ガイドラインを知らない
14. 人生の最終段階の患者に関わっていない

問13 あなたの施設では、患者等が望む場所での医療・療養を実現するための支援をしていますか。(〇は1つ)

1. 専門の職員を配置し、支援している
2. 担当医師や医療・ケアチームが支援するよう、職員に対して指導している
3. 施設として特段の対応はしていないが、必要な支援は行われていると思う
4. 支援は行っていない
5. どちらとも言えない
6. その他( )

最後にあなたの施設についてお答えください。

(1) あなたの施設が有するすべての下記ア～キの病床数(介護系施設の場合には定員数)について記載してください。(複数回答可)

(ア)一般病床

1. 病床有り(            )床	2. 病床無し
------------------------	---------

(イ)療養病床

1. 医療療養病床あり(            )床
2. 介護療養病床あり(            )床
3. 病床無し

(ウ)精神病床

1. 病床有り(            )床	2. 病床無し
------------------------	---------

(エ)感染症病床・結核病床

1. 病床有り(            )床	2. 病床無し
------------------------	---------

(オ)診療所

1. 病床有り(            )床	2. 病床無し
------------------------	---------

(カ)訪問看護ステーション

利用者実人数(            )人
(平成 29 年○月1ヶ月間)

(キ)介護老人福祉施設

入所定員(            )人
---------------------

(ク)介護老人保健施設

入所定員(            )人
---------------------

(ケ)(キ)(ク)以外の介護施設

1. 施設有り	2. 施設無し
---------	---------

(2) あなたの施設での過去 1 年間の看取り数を教えてください。

( )人

(3) 介護施設の施設長にお尋ねします。あなたの施設での過去 1 年間の救急搬送の数を教えてください。

( )件

(4) 病院・診療所の施設長へお尋ねします。該当するものに○をして下さい。

- |                    |                  |
|--------------------|------------------|
| 1. (ア、訪問診療をしている    | イ、訪問診療をしていない)    |
| 2. (ア、在宅療養支援診療所である | イ、在宅療養支援診療所ではない) |
| 3. (ア、在宅療養支援病院である  | イ、在宅療養支援病院ではない)  |

(5) あなたが有する資格についてお尋ねします。(複数回答可)

- |                      |   |
|----------------------|---|
| 1. 医師                |   |
| 2. 歯科医師              |   |
| 3. 薬剤師               |   |
| 4. 看護師/准看護師          |   |
| 5. リハビリ専門職(PT/OT/ST) |   |
| 6. 栄養士/管理栄養士         |   |
| 7. 社会福祉士/精神保健福祉士     |   |
| 8. 介護福祉士             |   |
| 9. ケアマネジャー           |   |
| 10. その他の資格(記載:       | ) |
| 11. なし               |   |

回答は以上になります。

ご協力ありがとうございました。

# 平成29年度 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果 (確定版)

## 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」について

### 調査対象と回収率

平成30年2月9日時点

対象者	対象施設	抽出方法	施設数	1施設の 対象数	対象者数	回収数	回収率	<参考> 前回 回収率
医師票	病院	無作為抽出	1,500	2	4,500	1,039	23.1%	27.9%
	診療所	無作為抽出	1,500	1				
看護師票	病院	上記と同一施設	1,500	2	6,000	1,854	30.9%	33.3%
	診療所	上記と同一施設	1,500	1				
	訪問看護ステーション	無作為抽出	500	1				
	介護老人福祉施設	介護師票1,000から500を無作為抽出	500	1				
	介護老人保健施設	介護師票1,000から500を無作為抽出	500	1				
介護職員票	介護老人福祉施設	無作為抽出	1,000	1	2,000	752	37.6%	44.0%
	介護老人保健施設	無作為抽出	1,000	1				
施設票	病院	上記と同一施設	1,500	1	5,000	1,517	30.3%	35.4%
	診療所	上記と同一施設	1,500	1				
	介護老人福祉施設	上記と同一施設	1,000	1				
	介護老人保健施設	上記と同一施設	1,000	1				

## 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」について

### 目的

平成4年以降5年おき5回にわたって、一般国民及び医療介護従事者の人生の最終段階における医療に対する意識やその変化を把握するための調査を実施し、我が国の人生の最終段階における医療を考える際の資料として広く活用してきた。この度、最終調査から5年の月日を経て、昨今の一般国民の認識及びニーズの変化、医療提供状況の変化などに鑑み、再度、国民、医療従事者、介護施設職員における意識を調査し、その変化を把握することで、患者の意思を尊重した望ましい人生の最終段階における医療のあり方の検討に活用する。

### 調査時期

平成29年12月5日(火)～12月29日(金)

※一部地域においては、発送時期に合わせて締切を変更している。

### 調査方法

自記式質問紙調査、調査票の送付・回収は郵送による。

### 調査対象

一般国民、医師、看護師、介護職員及び各施設長  
 ※施設を無作為抽出し、各施設長を通じて対象職種に配布。  
 病院の医師・看護師については、2名の職員のうち1名は人生の最終段階における医療に特に携わっていると考えられる者から選定するよう依頼。

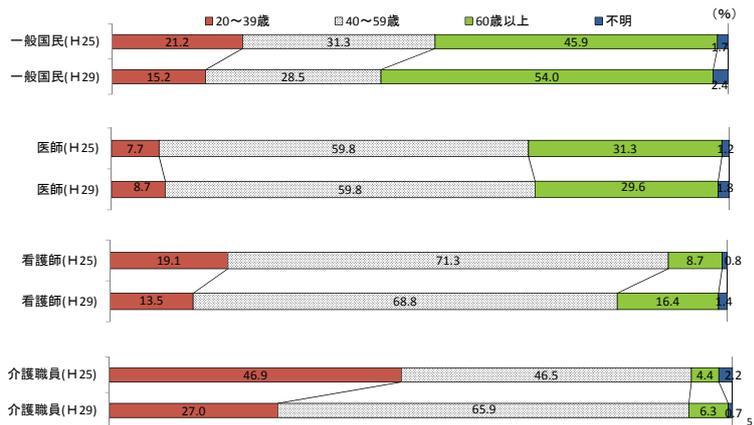
### 前回調査との変更点

介護施設について、前回までは、介護老人福祉施設のみが対象であったが、今回調査から、介護老人保健施設の介護職員及び施設長を対象に追加した。

## 回答者の属性

平成29年度  
一般国民票

### 年齢階級別の割合(前回調査との比較)



## 「人生の最終段階における医療に関する意識調査」について

### 調査対象と回収率

平成30年2月9日時点

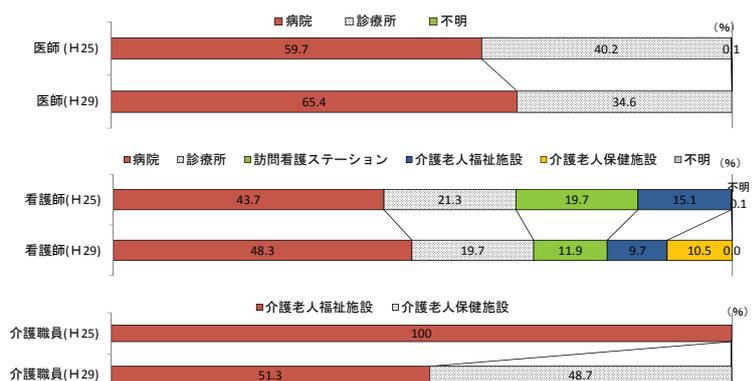
対象者	抽出方法	対象者数	回収数	回収率 (集計率)	<参考> 前回回収率
一般国民	20歳以上の男女から 層化2段階 無作為抽出	6,000	973	16.2%	43.6%
医師(※)	無作為抽出	4,500	1,088	24.2%	27.9%
看護師(※)	無作為抽出	6,000	1,620	27.0%	33.3%
介護職員(※)	無作為抽出	2,000	537	26.9%	44.0%

※医師、看護師、介護職員は、医師票、看護師票、介護職員票の対象者と同一である。

## 回答者の属性

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

### 医師、看護師、介護職員の所属施設種別の割合(前回調査との比較)



※H29年度調査より、介護老人保健施設を調査対象に追加。

## 集計結果概要の内容

テーマ	調査対象	項目
I 【一般国民票】 人生の最終段階における医療について	一般国民 医師 看護師 介護職員	1 人生の最終段階における医療に関する関心 2 人生の最終段階における医療について話し合う時期ときっかけ 3 人生の最終段階における医療について、受けたい情報源や考えるために必要な情報 4 事前指示書について 5 治療方針の決定についての考え方 6 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について 7 人生の最終段階について考える際に重要なこと 8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望

## 一般国民票

7

10

## 集計結果概要の内容

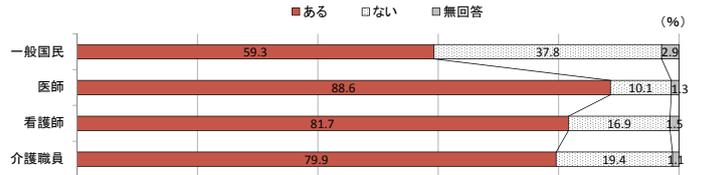
テーマ	調査対象	項目
II 【医療・看護師・介護職員票】 人生の最終段階における医療の実施状況について	医師 看護師 介護職員	1 患者(入所者)との話し合いの実態 2 倫理委員会について 3 事前指示書について 4 治療方針の決定 5 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について 6 人生の最終段階における患者の医療・療養について連携先へ引き継ぐ情報 7 ガイドラインの利用状況 8 人生の最終段階における医療に関する判断基準 9 人生の最終段階における医療の充実に必要なこと
III 【施設票】 人生の最終段階における医療の体制整備の状況について	施設長	1 患者(入所者)との話し合いの実態 2 倫理委員会について 3 事前指示書について 4 治療方針の決定 5 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について 6 人生の最終段階における医療に関する情報の共有方法 7 ガイドラインの利用状況 8 人生の最終段階における医療・療養における支援の状況 9 人生の最終段階の意思決定支援に係る教育・研修について

8

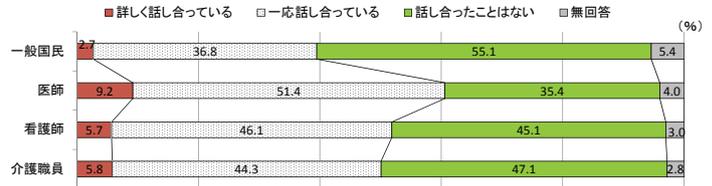
## I-1 人生の最終段階における医療に関する関心①

平成29年度  
一般国民票

### ■ 人生の最終段階における医療・療養についてこれまでに考えたことがあるものの割合



### ■ 人生の最終段階における医療・療養についてこれまでにご家族等や医療介護関係者と話し合ったことがあるものの割合



11

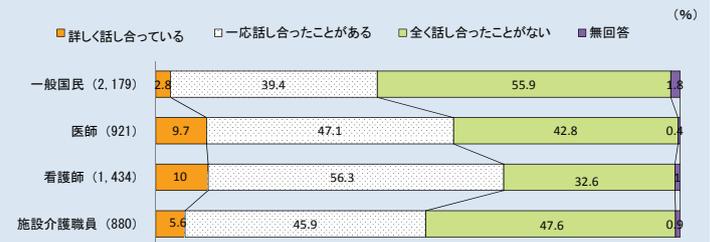
## 終末期に関する関心

平成25年度  
一般国民票

### ■ 人生の最終段階における医療について\*家族と話し合ったことがある者の割合

\* 自身の死に近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について

□ 家族と話し合いをしたことがある割合は、一般国民では約4割、医療福祉従事者では約5割であった。



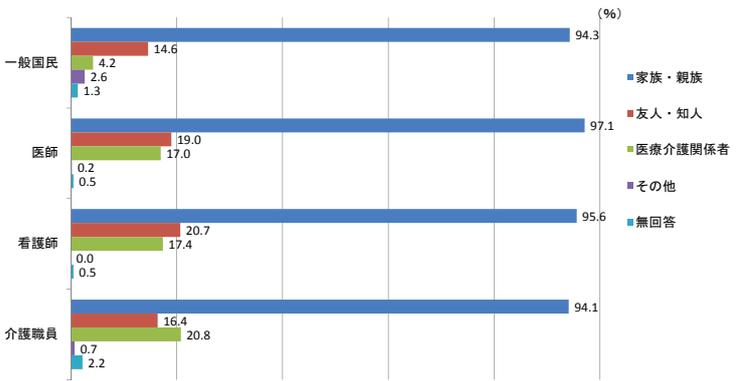
9

12

### I-1 人生の最終段階における医療に関する関心②

平成29年度  
一般国民票

■ 話し合いの相手（「詳しく話し合っている」「一応話し合っている」と回答した者）（複数回答）

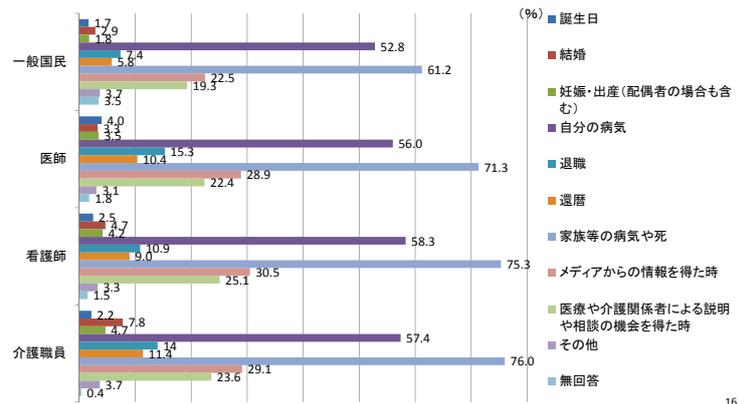


13

### I-2 人生の最終段階における医療について話し合うきっかけ

平成29年度  
一般国民票

■ 家族等や医療介護関係者等と医療・療養について話し合うきっかけ（複数回答）  
（話し合ったことがある者は、きっかけになった出来事について回答）

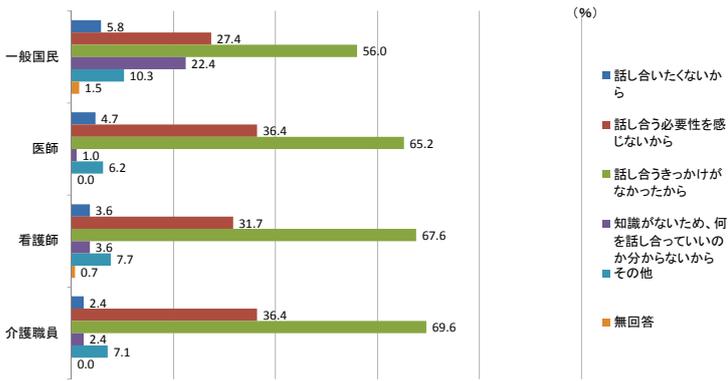


16

### I-1 人生の最終段階における医療に関する関心③

平成29年度  
一般国民票

■ 死が近い場合に受たい医療・療養や受たくない医療・療養について、家族等や医療介護関係者と話し合ったことがない理由（「話し合ったことはない」と回答した者）（複数回答）

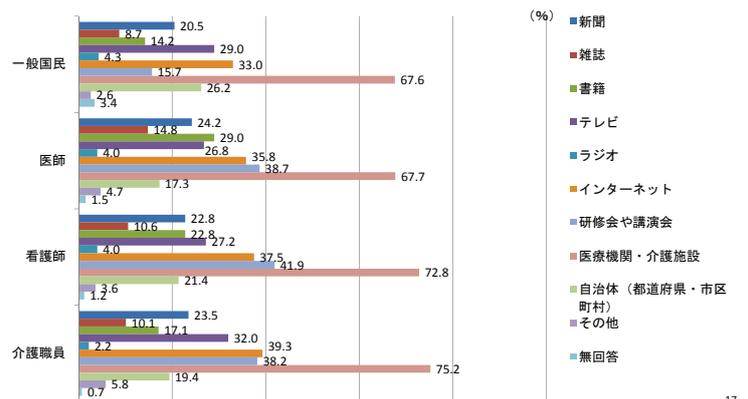


14

### I-3 人生の最終段階における医療について受たい情報源

平成29年度  
一般国民票

■ 死が近い場合の受たい医療・療養や、受たくない医療・療養について、受たい情報源（複数回答）

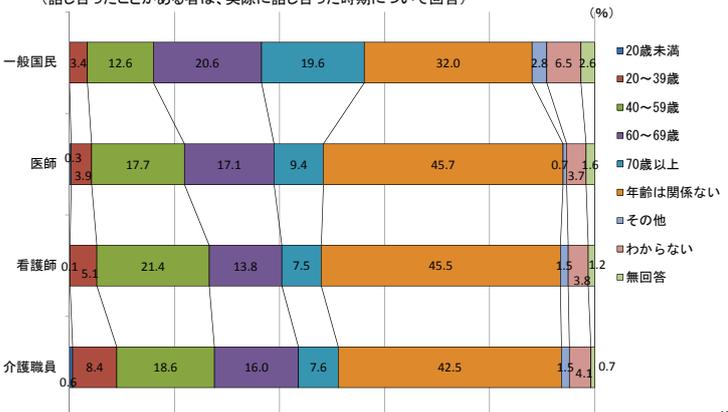


17

### I-2 人生の最終段階における医療について話し合う時期

平成29年度  
一般国民票

■ 家族等や医療介護関係者等と医療・療養について話し合う時期（話し合ったことがある者は、実際に話し合った時期について回答）

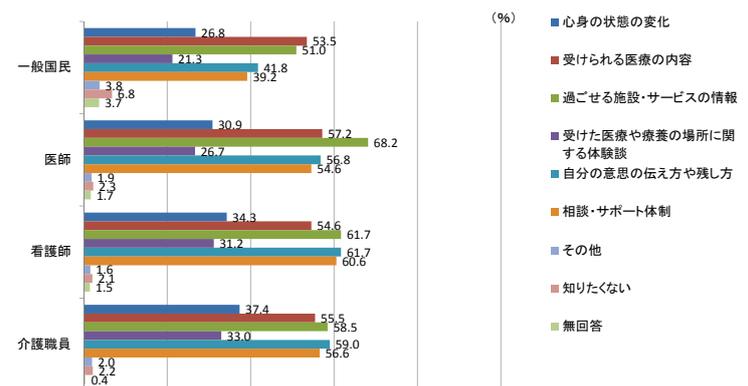


15

### I-3 人生の最終段階における医療について考えるために必要な情報

平成29年度  
一般国民票

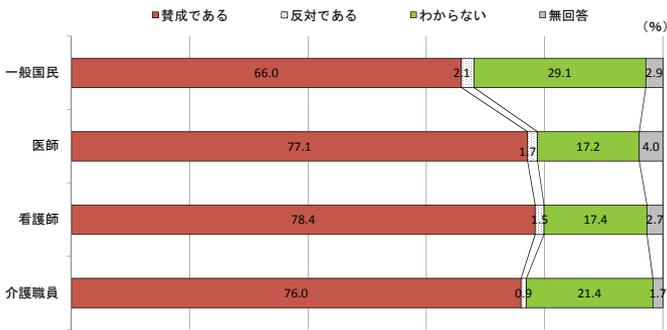
■ 死が近い場合の受たい医療・療養や受たくない医療・療養を考えるために、得たい情報（複数回答）



18

I-4 事前指示書について① 平成29年度 一般国民票

■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、どのような医療・療養を受けたか、あるいは受たくないかなどを記載した書面(事前指示書)をあらかじめ作成しておくことについての賛否



19

事前指示書について 平成25年度 一般国民票

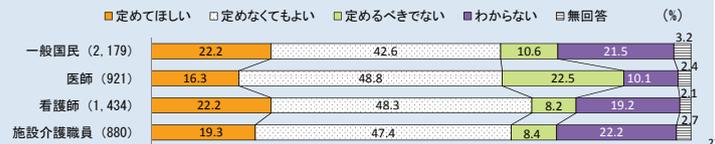
■ 事前指示書の作成状況 (事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)

□ 実際に事前指示書を作成している人は少ない。



■ 事前指示書に従った治療を行うことを法律で定めることの賛否

□ 一般国民の5割以上が法制化に消極的。医療福祉従事者はさらに高く、中でも医師は7割以上が消極的。前回と同じ質問方法(事前指示書に「賛成」と回答した者)で集計しても傾向は同じであった。

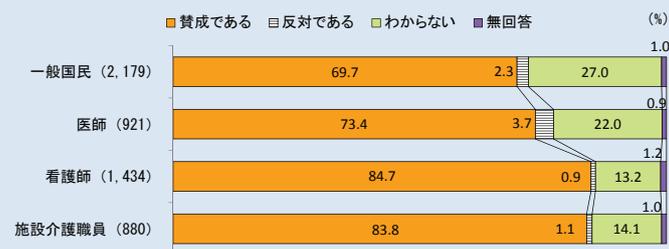


22

事前指示書について① 平成25年度 一般国民票

■ 事前指示書※1をあらかじめ作成しておくことへの賛否

□ 一般国民の約7割が事前指示書の考え方に賛成している。前回はリビングウィル※2の賛否を尋ねており、約6割が賛成していた。



※1 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  
 ※2 治る見込みがなく、死期が近いときには、延命治療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意志を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法

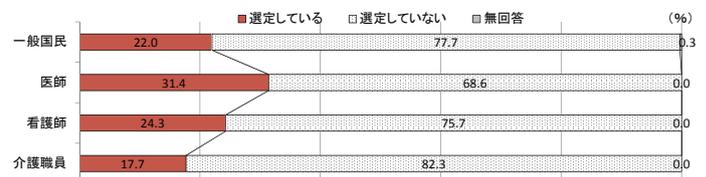
20

I-5 治療方針の決定についての考え方① 平成29年度 一般国民票

■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々を選定しておくことについての賛否



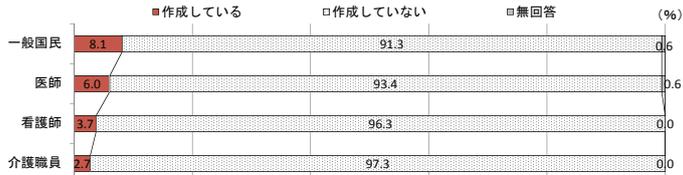
■ 自分が意思決定できなくなったときに備えて、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人、もしくは人々の選定状況(選定しておくことに「賛成である」と回答した者)



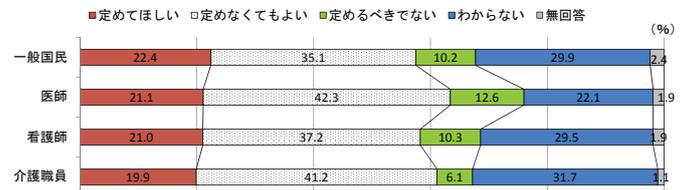
23

I-4 事前指示書について② 平成29年度 一般国民票

■ 事前指示書の作成状況(事前指示書の作成に「賛成」と回答した者)



■ 事前指示書に従って治療方針を決定することを法律で定めることへの賛否

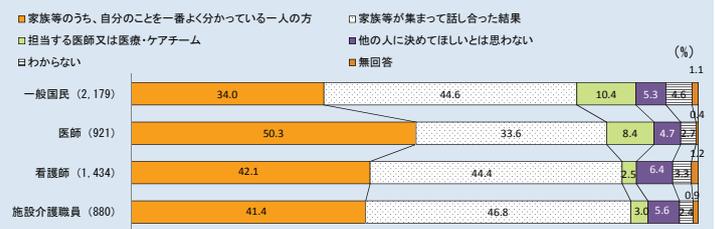


21

治療方針の決定についての考え方 平成25年度 一般国民票

■ 自分で判断ができなくなった場合に治療方針を決定する者

□ 一般国民では、家族等が集まって話し合った結果への委任を希望している人の割合が高い。

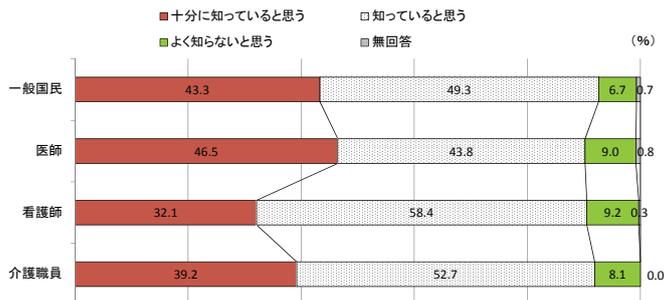


24

### I-5 治療方針の決定についての考え方②

平成29年度  
一般国民票

■ 選定された人の、自分の医療・療養に関する希望についての把握状況（「選定している」と回答した者）

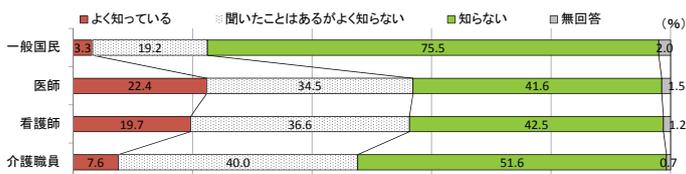


25

### I-6 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について

平成29年度  
一般国民票

■ 人生の最終段階の医療・療養について、意思に沿った医療・療養を受けるために、ご家族等や医療介護関係者等とあらかじめ話し合い、また繰り返し話し合うこと(アドバンス・ケア・プランニング<ACP>)についての認知度



■ アドバンス・ケア・プランニング<ACP>についての賛否

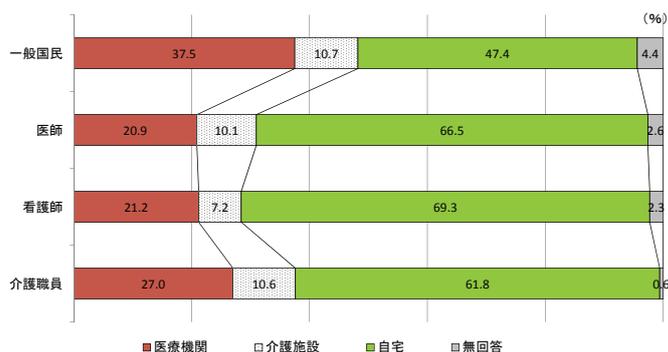


26

### I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (1) 医療・療養を受けたい場所【ケース1】

平成29年度  
一般国民票

【ケース1】末期がん診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、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る場合  
※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。

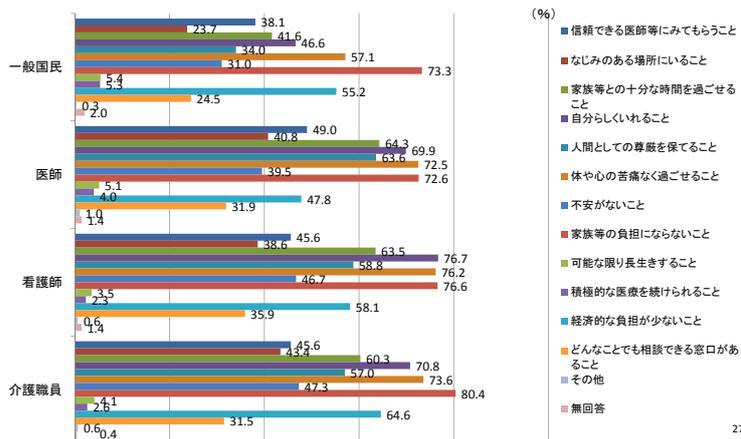


29

### I-7 人生の最終段階について考える際に重要なこと

平成29年度  
一般国民票

■ どこで最期を迎えたいかを考える際に、重要だと思うこと（複数回答）

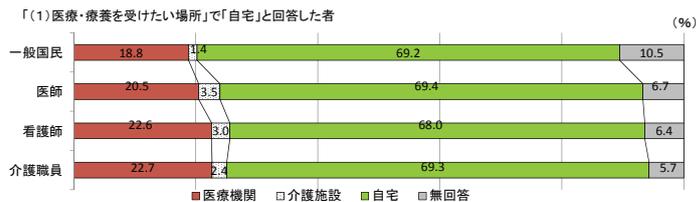


27

### I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (2) 最期を迎えたい場所【ケース1】

平成29年度  
一般国民票

【ケース1】末期がん診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、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る場合  
※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



※ 「(1)医療・療養を受けたい場所」で「医療機関」または「介護施設」と回答した者のうち、「(2)最期を迎えたい場所」を回答した者は、一般国民約2割、医療従事者・介護職員約1割未満であったため、参考として集計した。

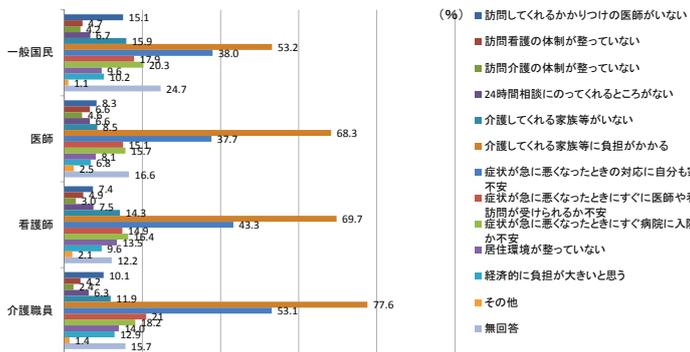
30

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (3) 医療機関、介護施設を選んだ理由【ケース1】

平成29年度  
一般国民票

【ケース1】末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、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る場合(複数回答)  
※「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」

「(1)医療・療養を受けたい場所」または「(2)最期を迎えたい場所」で「医療機関」または「介護施設」と回答した者



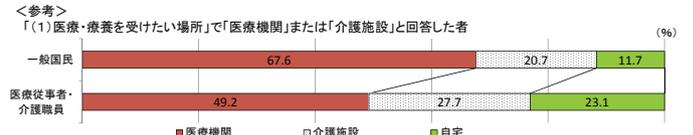
31

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (2) 最期を迎えたい場所【ケース2】

平成29年度  
一般国民票

【ケース2】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だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合(複数回答)  
※「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」

「(1)医療・療養を受けたい場所」で「自宅」と回答した者



※「(1)医療・療養を受けたい場所」で「医療機関」または「介護施設」と回答した者のうち、「(2)最期を迎えたい場所」を回答した者は、一般国民約2割、医師従事者・介護職員約1割未満であったため、参考として集計した。

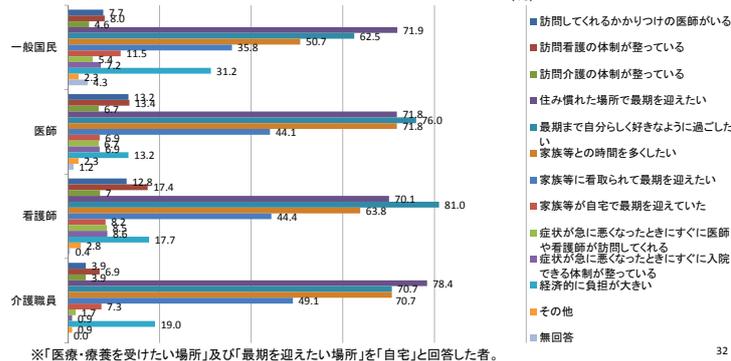
34

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (4) 自宅を選んだ理由【ケース1】

平成29年度  
一般国民票

【ケース1】末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、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る場合(複数回答)  
※「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」

「(2)最期を迎えたい場所」で「自宅」と回答した者



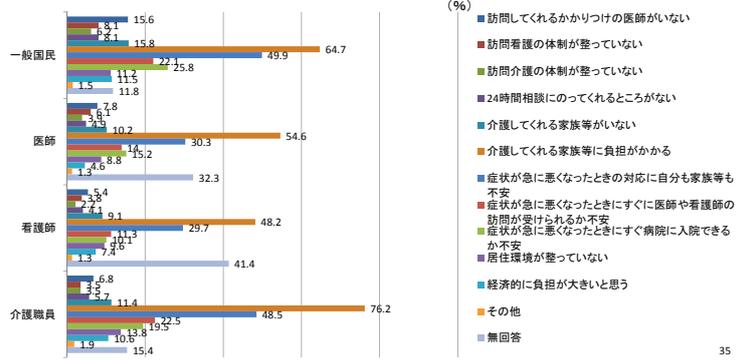
32

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (3) 医療機関、介護施設を選んだ理由【ケース2】

平成29年度  
一般国民票

【ケース2】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だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合(複数回答)  
※「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」

「(1)医療・療養を受けたい場所」または「(2)最期を迎えたい場所」で「医療機関」または「介護施設」と回答した者

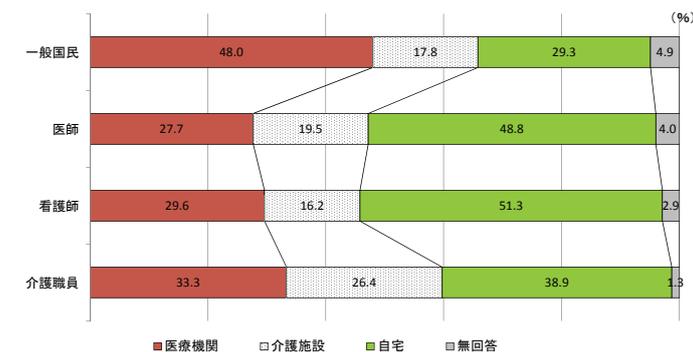


35

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (1) 医療・療養を受けたい場所【ケース2】

平成29年度  
一般国民票

【ケース2】慢性的な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だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合(複数回答)  
※「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」



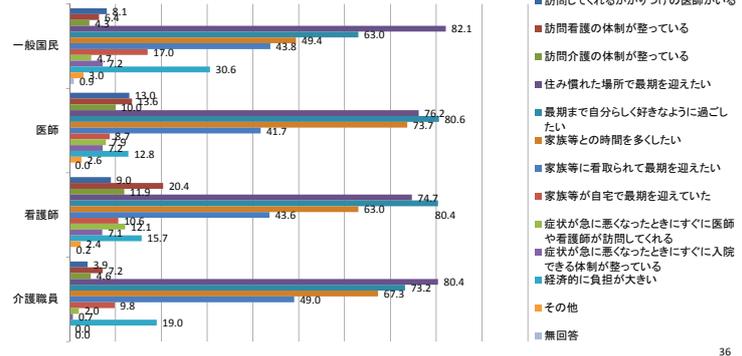
33

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望 (4) 自宅を選んだ理由【ケース2】

平成29年度  
一般国民票

【ケース2】慢性的な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だが、意識や判断力は健康な時と同様に保たれている場合(複数回答)  
※「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。」

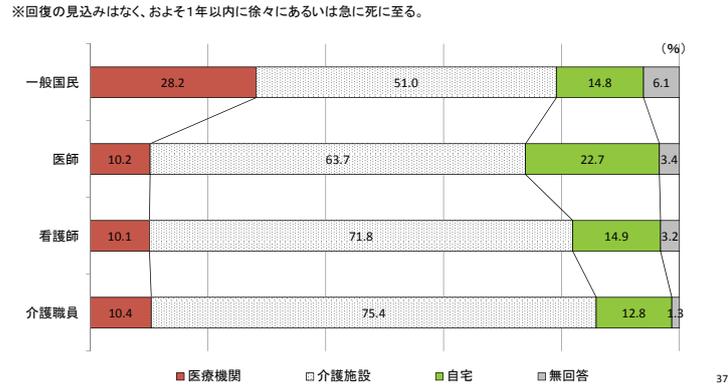
「(2)最期を迎えたい場所」で「自宅」と回答した者



36

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望  
(1) 医療・療養を受けたい場所【ケース3】 平成29年度 一般国民票

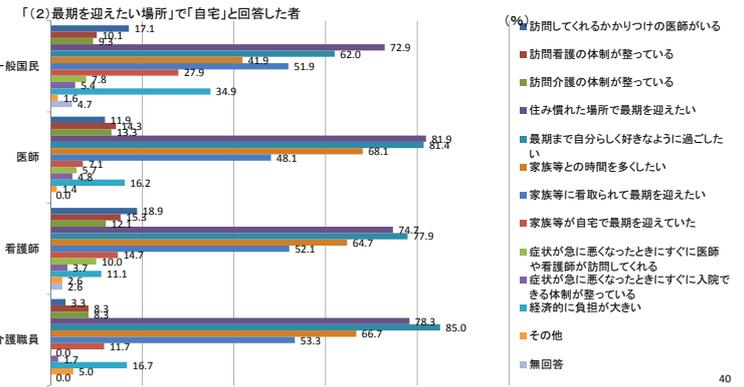
【ケース3】認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合  
※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



37

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望  
(4) 自宅を選んだ理由【ケース3】 平成29年度 一般国民票

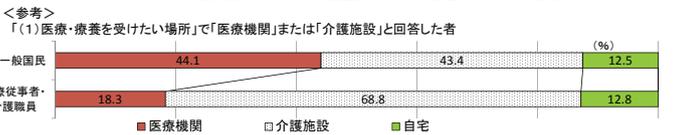
【ケース3】認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合（複数回答）  
※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



40

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望  
(2) 最期を迎えたい場所【ケース3】 平成29年度 一般国民票

【ケース3】認知症が進行し、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で、かなり衰弱が進んできた場合※いずれの場合も、「回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る」。

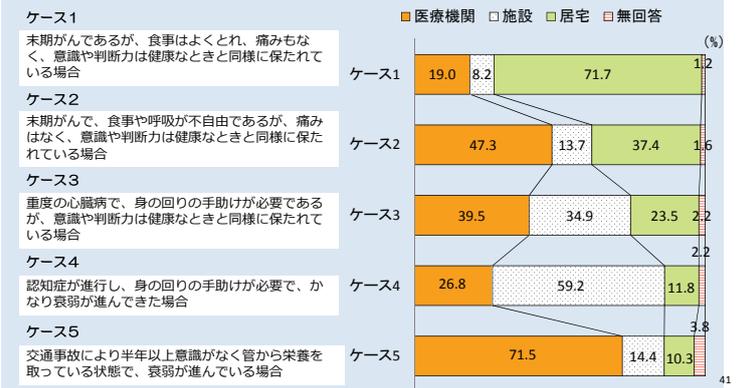


※「(1) 医療・療養を受けたい場所」で「医療機関」または「介護施設」と回答した者のうち、「(2) 最期を迎えたい場所」を回答した者は、一般国民約2割、医療従事者・介護職員約1割未満であったため、参考として集計した。

38

さまざまな終末期の状況において希望する治療方針  
終末期を過ごしたい場所 平成25年度 一般国民票

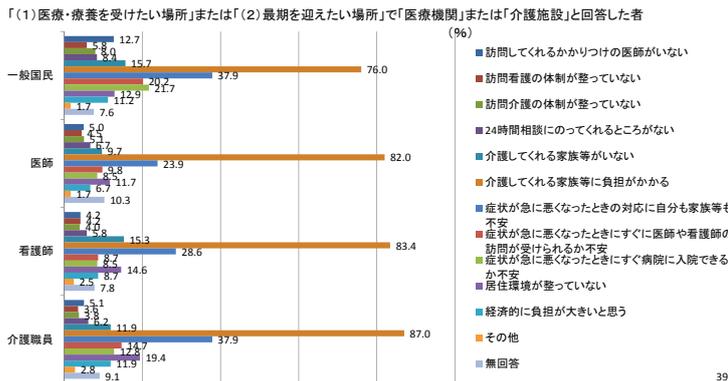
□ ケース1の場合は7割が居宅を希望しているが、それ以外の場合は医療機関もしくは施設での療養を希望している。



41

I-8 さまざまな人生の最終段階の状況において過ごす場所に関する希望  
(3) 医療機関、介護施設を選んだ理由【ケース3】 平成29年度 一般国民票

【ケース3】認知症が進行し、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で、かなり衰弱が進んできた場合（複数回答）  
※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



39

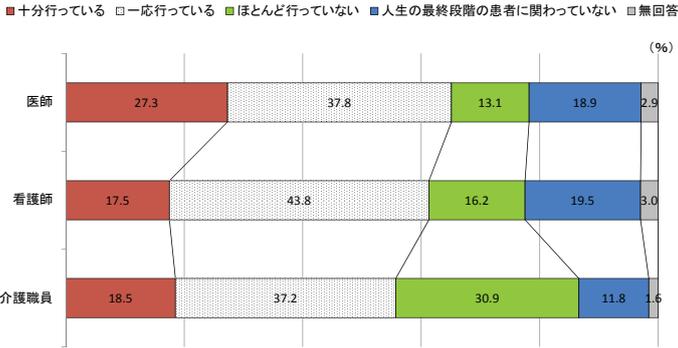
医師・看護師・介護職員票

42

## II-1 患者(入所者)との話し合いの実態①

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

- 担当する死に近い患者の医療・療養について、患者本人との十分な話し合いの状況  
※患者の意思が確認できない場合は、患者本人の意思に基づいて家族等との話し合いの状況

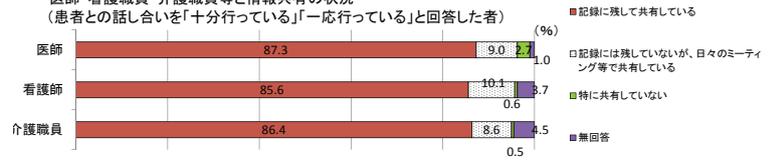


43

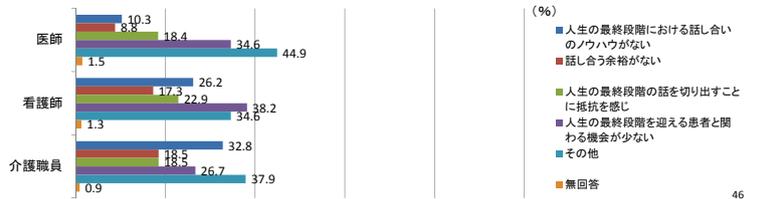
## II-1 患者(入所者)との話し合いの実態③

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

- 担当する死に近い患者の医療・療養について、患者本人(もしくは家族等)と話し合った内容を、他の医師・看護師・介護職員等と情報共有の状況(患者との話し合いを「十分行っている」「一応行っている」と回答した者)



- 担当する死に近い患者の医療・療養について、話し合いをほとんど行っていない理由(患者との話し合いを「ほとんど行っていない」と回答した者)(複数回答)



46

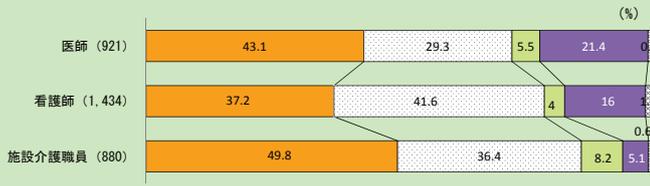
## 患者(入所者)との話し合いの実態

平成25年度  
医師・看護師・介護職員票

- 患者(入所者)やその家族に対する治療方針の話し合いの実施状況

- いずれの職種も7割以上が話し合いを行っていた。(関わっていない場合を除くと、9割以上)  
前回調査では、延命治療の継続に関する話し合いについて「十分に行われていると思う」「行われているが不十分」「その時の状況による」を合算すると、6~7割が話し合いを行っていた。

- 十分行っている □ 一応行っている ■ ほとんど行っていない □ 無回答
- 死が間近な患者(入所者)に関わっていない □ 無回答

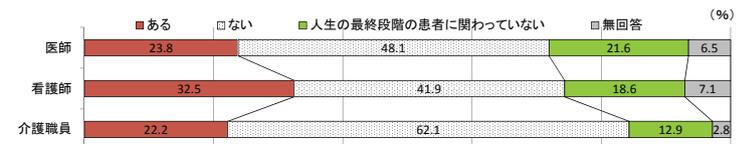


44

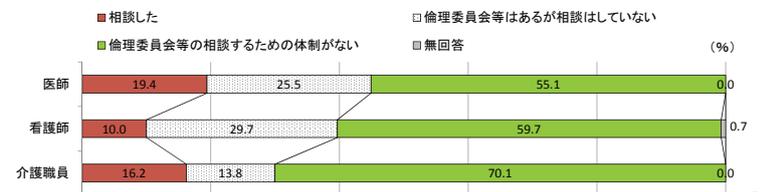
## II-2 倫理委員会について

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

- 人生の最終段階の医療・療養の方針について、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割合



- 倫理委員会等(医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなるチーム等)への相談状況(「意見の相違がある」と回答した者)

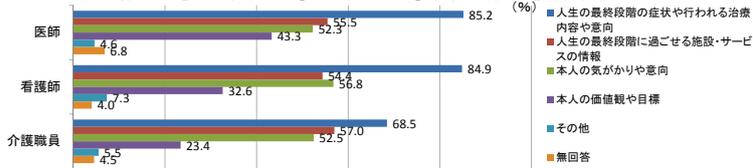


47

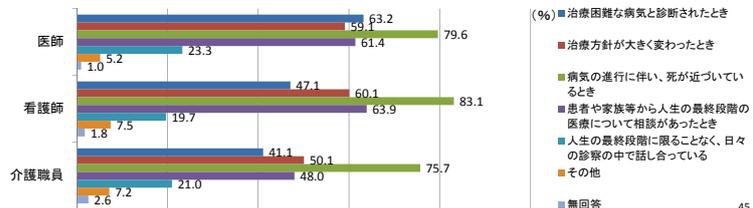
## II-1 患者(入所者)との話し合いの実態②

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

- 担当する死に近い患者の医療・療養について、患者本人(もしくは家族等)との話し合いの内容(患者との話し合いを「十分行っている」「一応行っている」と回答した者)(複数回答)



- 担当する死に近い患者やその家族等と人生の最終段階の医療・療養についての話し合いの時期(患者との話し合いを「十分行っている」「一応行っている」と回答した者)(複数回答)



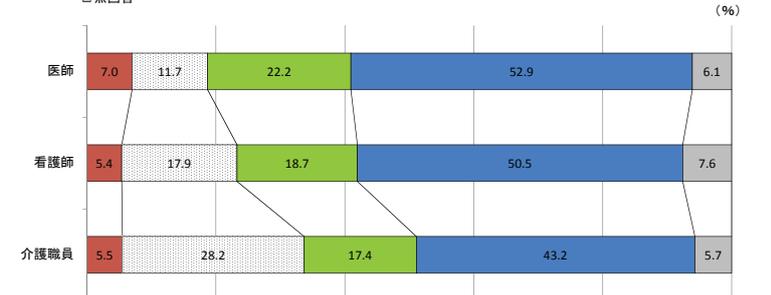
45

## II-3 事前指示書について

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

- 患者が医療・療養の選択について意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないか、かわりに誰に意思決定してもらいたいかわかりやすく記載する書面(事前指示書)を用いることを勧める状況

- 人生の最終段階の患者に勧めている □ 人生の最終段階の患者に限らず勧めている ■ 患者・家族等から相談があった時に勧めている □ 特に書面は用いていない □ 無回答

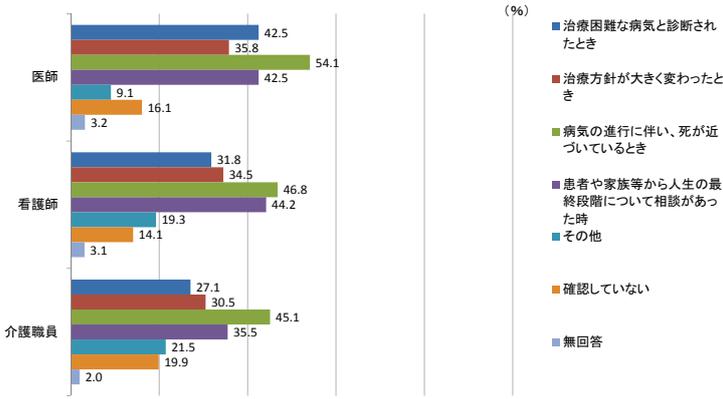


48

## II-4 治療方針の決定

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 患者が医療・療養の選択について意思決定できなくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けた  
いか、代わりに誰に意思決定してもらいたいかなどの代理意思決定できる人を確認する時期（複数回答）



49

## II-5 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)について

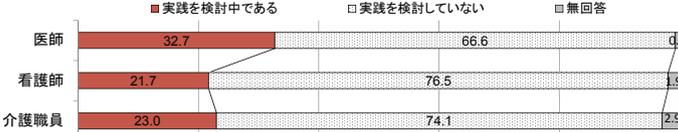
平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の解説  
今後の医療・療養について患者・家族等と医療従事者があらかじめ話し合う自発的なプロセスのことである。患者が同意のもと、話し合いの結果が記述され、定期的に見直され、ケアに関わる人々の間で共有されることが望ましい。そして、ACPの話し合いには、**3つの内容**が含まれる。  
・患者本人の気がかりや意向  
・患者の価値観や目標  
・病状や予後の理解  
・医療や療養に関する意向や嗜好、その提供体制

■ 人生の最終段階の患者・利用者に対しての、上記ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実践状況



■ 上記ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の、今後の実践についての考え(「実践していない」と回答した者)

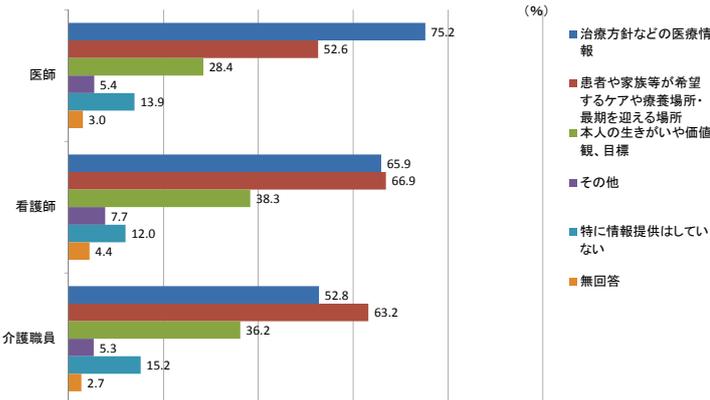


50

## II-6 人生の最終段階における患者の医療・療養について 連携先へ引き継ぐ情報

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 人生の最終段階における患者の医療・療養について、次の連携先へ引き継ぐ情報（複数回答）

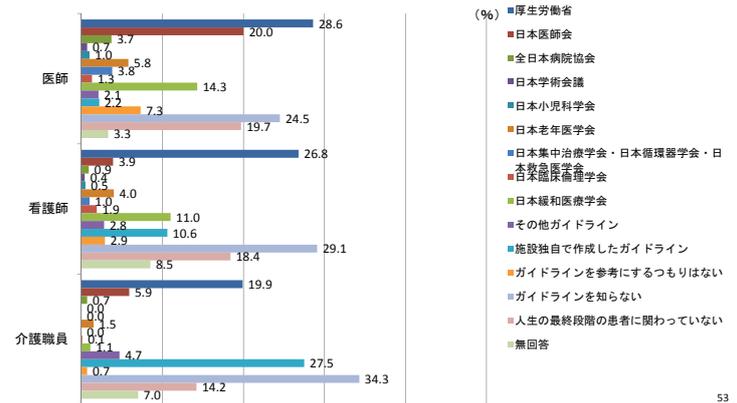


51

## II-7 ガイドラインの利用状況

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 担当される人生の最終段階における患者の医療・療養の方針決定に際して、学会等により作成された人生の最終段階の医療に関するガイドラインの利用状況（複数回答）



53

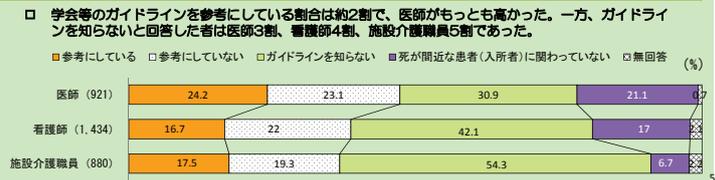
## 国及び学会等のガイドラインの利用状況

平成25年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況



■ 学会等のガイドラインの利用状況

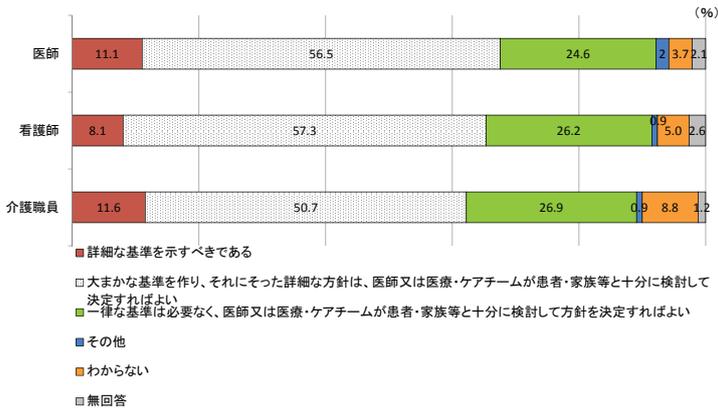


54

## II-8 人生の最終段階における医療に関する判断基準

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 人生の最終段階の定義や、延命治療の不開始、中止等を行う場合の判断基準についての考え



55

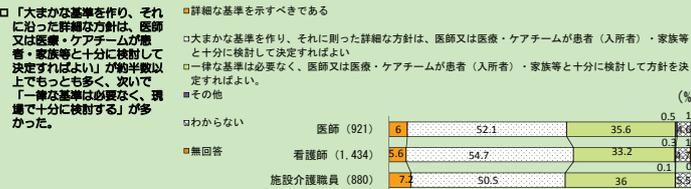
## 施設票

58

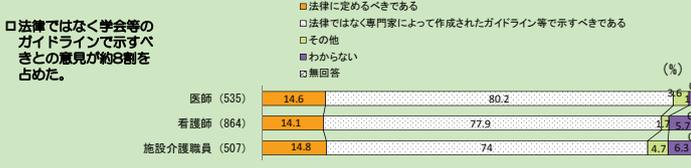
## 終末期医療に関する一律の基準

平成25年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 終末期の定義や延命治療の不開始、中止等の判断基準



■ 基準の位置づけ (上記で、「基準を示すべき」「大まかな基準を示すべき」と回答した者)

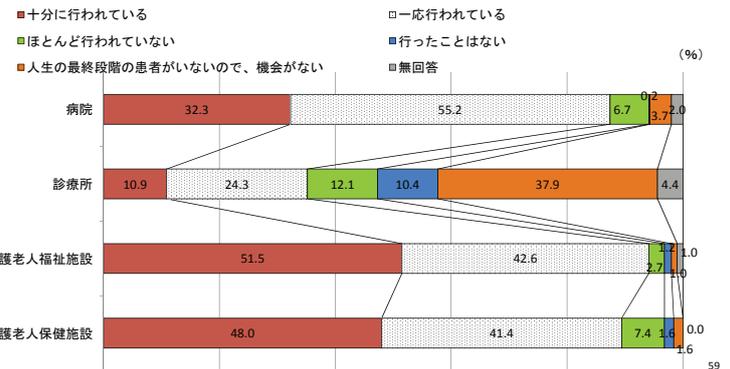


56

## III-1 患者(入所者)との話し合いの実態①

平成29年度  
施設票

■ 人生の最終段階の患者・利用者(以下、「患者等」とする。)の医療・療養の方針について、患者等、家族等と施設関係者(医師や看護・介護職員等)との話し合いの状況  
※「家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含む。

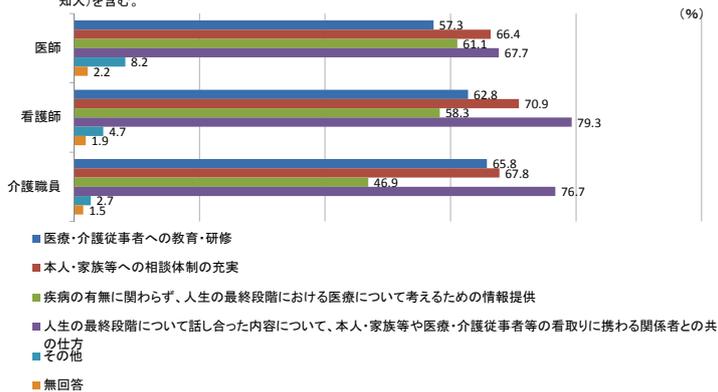


59

## II-9 人生の最終段階における医療の充実に必要なこと

平成29年度  
医師・看護師・介護職員票

■ 本人の意向を尊重した人生の最終段階における医療の充実のために、必要だと思うこと (複数回答)  
※「家族等」の中には、家族以外でも、自分が信頼して自分の医療・療養に関する方針を決めてほしいと思う人(友人、知人)を含む。

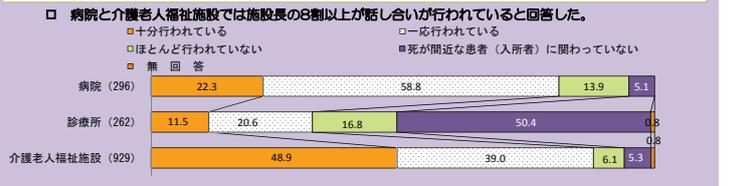


57

## 患者(入所者)との話し合い

平成25年度  
施設票

■ 患者(入所者) やその家族に対する治療方針の話し合いの実施状況

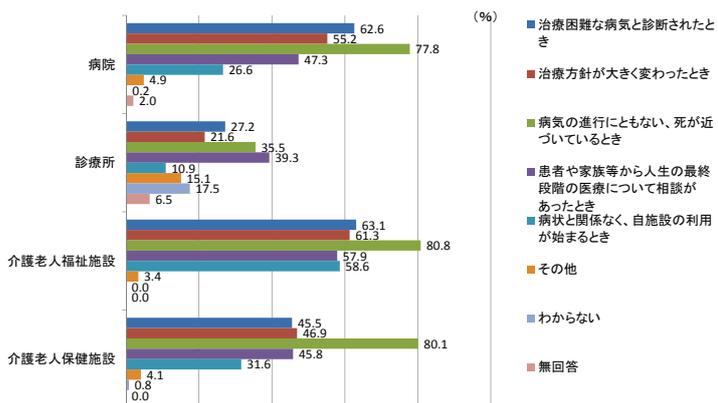


60

### Ⅲ-1 患者(入所者)との話し合いの実態②

平成29年度  
施設票

■ 人生の最終段階における医療・療養の方針について本人・家族と話し合いを行う時期（複数回答）



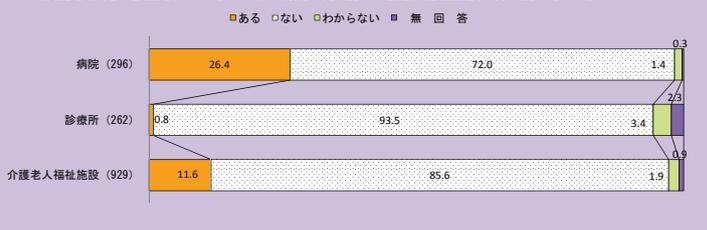
61

### 倫理委員会

平成25年度  
施設票

■ 院内（施設内）の倫理委員会等の設置状況

□倫理委員会等が設置されているところは病院で約3割、介護老人福祉施設で約1割であった。



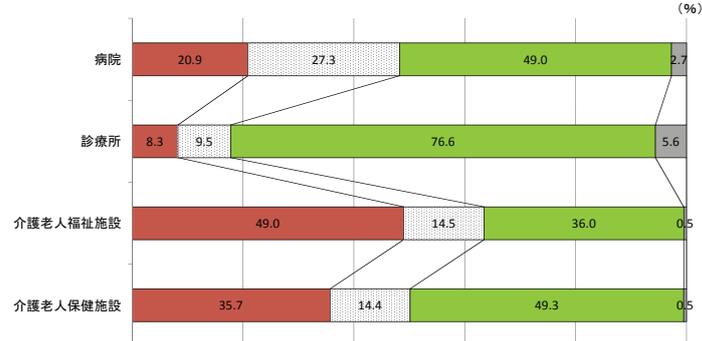
64

### Ⅲ-3 事前指示書について

平成29年度  
施設票

■ 施設における、患者・利用者が医療の選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、どのような医療・療養を受けたいかあるいは受けたくないか、自分で意思決定出来なくなった場合に備えて代わりに誰に意思決定してもらいたいかをあらかじめ記載する書面(事前指示書)の活用状況

■施設の方針として、用いている □施設の方針は特に決めていないが、用いることもある ■用いていない □無回答



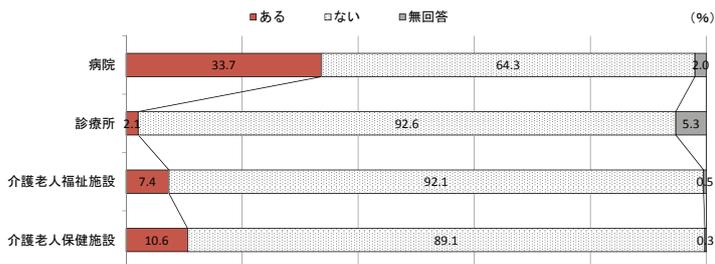
62

65

### Ⅲ-2 倫理委員会について

施設票

■ 施設において、通常の話し合いでは、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などの方針の決定が難しい場合に、医療従事者等が助言を求められることができる複数の専門家からなる委員会(倫理委員会やコンサルテーションチーム等)の有無

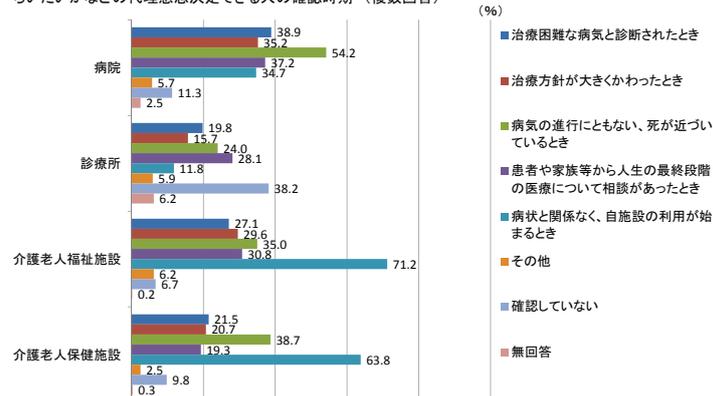


63

### Ⅲ-4 治療方針の決定

平成29年度  
施設票

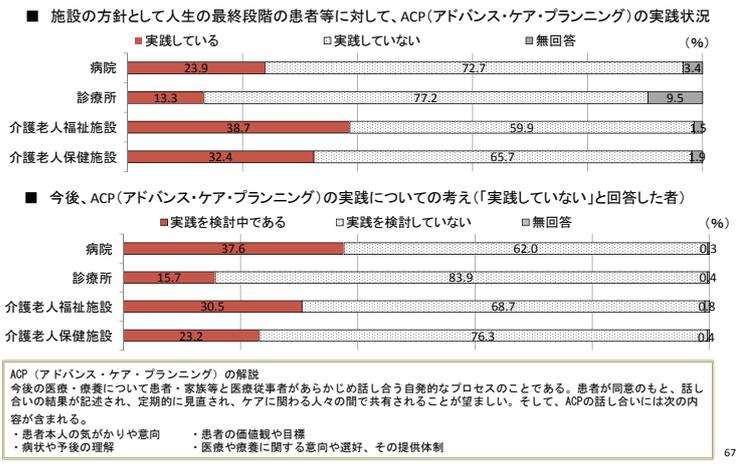
■ 利用中に医療の選択について意思決定出来なくなった場合に備えて、代わりに誰に意思決定してもらいたいかなどの代理意思決定できる人の確認時期（複数回答）



66

### Ⅲ-5 アドバンス・ケア・プランニング(ACP)の実践状況

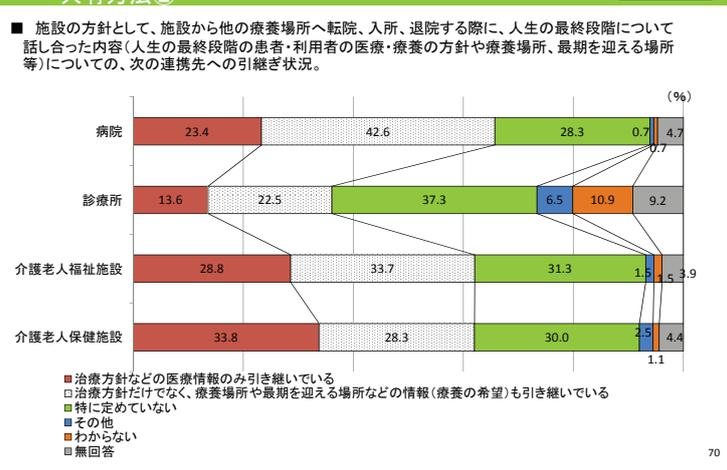
平成29年度  
施設票



67

### Ⅲ-6 人生の最終段階における医療に関する情報の共有方法②

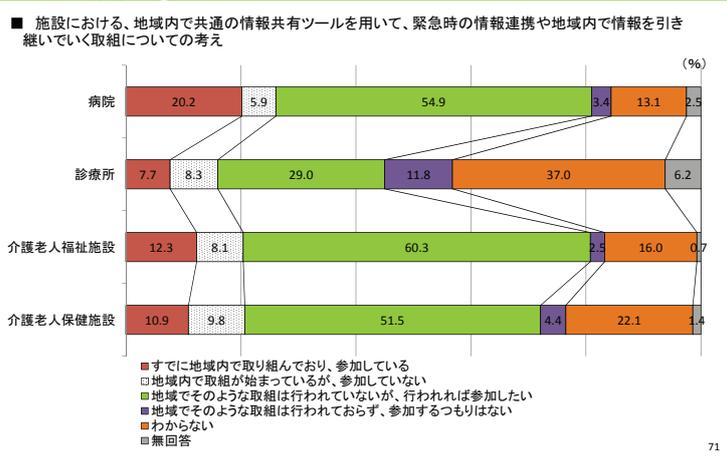
平成29年度  
施設票



70

### Ⅲ-6 人生の最終段階における医療に関する情報の共有方法③

平成29年度  
施設票

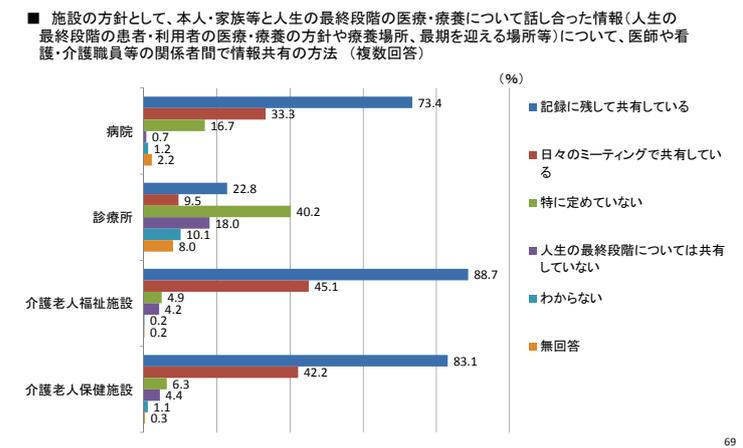


68

71

### Ⅲ-6 人生の最終段階における医療に関する情報の共有方法①

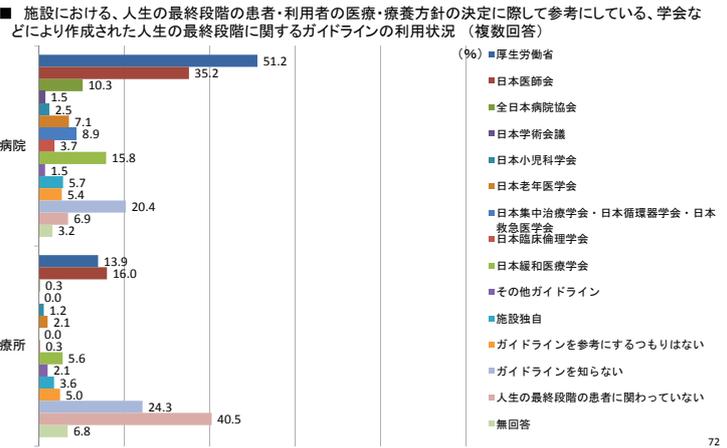
平成29年度  
施設票



69

### Ⅲ-7 ガイドラインの利用状況①

平成29年度  
施設票

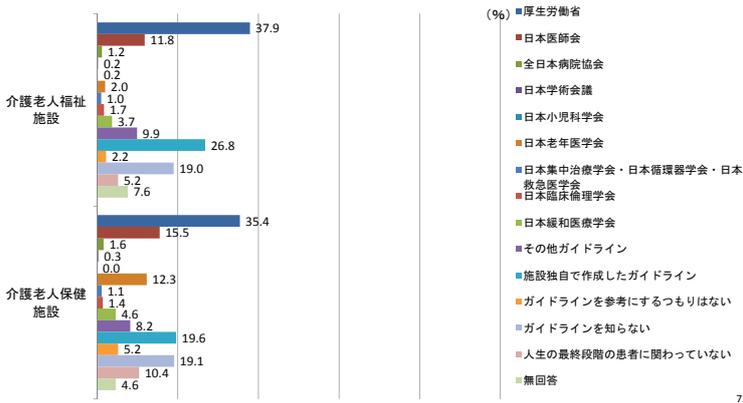


72

### Ⅲ-7 ガイドラインの利用状況②

平成29年度  
施設票

■ 施設における、人生の最終段階の患者・利用者の医療・療養方針の決定に際して参考になっている、学会などにより作成された人生の最終段階に関するガイドラインの利用状況（複数回答）

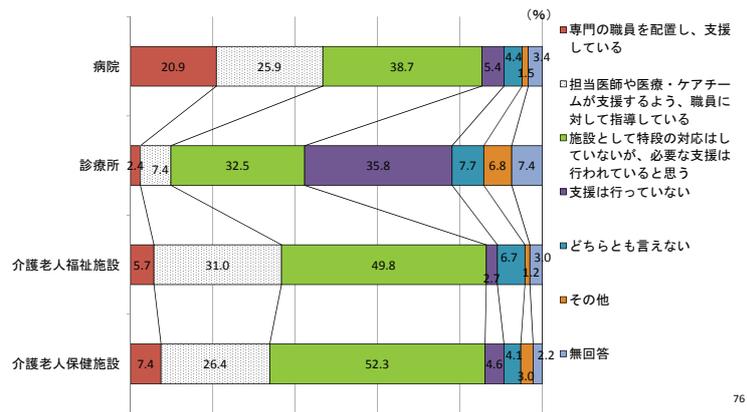


73

### Ⅲ-8 人生の最終段階における医療・療養における支援の状況②

平成29年度  
施設票

■ 施設における、患者等が望む場所での医療・療養を実現するための支援の状況



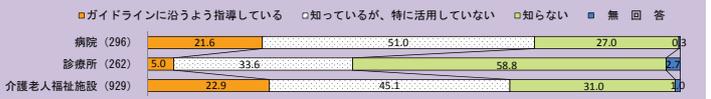
76

### 国及び学会等のガイドラインの利用状況

平成25年度  
施設票

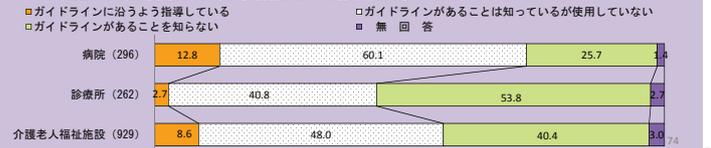
■ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況

□ 病院、介護老人福祉施設においてガイドラインを参考している割合は約2割。病院、介護老人福祉施設では、「知っているが、特に活用していない」割合が約半数であり、3割は「知らない」と回答した。



■ 学会等のガイドラインの利用状況

□ 学会等のガイドラインに沿うよう指導を行っている施設数は少ない。病院、介護老人福祉施設では、「知っているが使用していない」割合が5~6割を占めた。

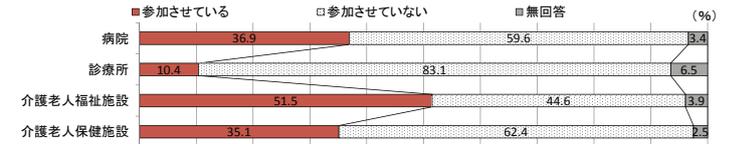


74

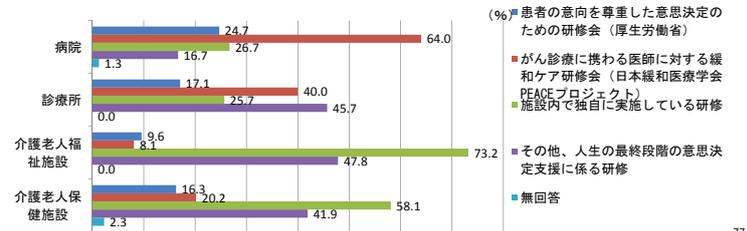
### Ⅲ-9 人生の最終段階の意思決定支援に係る教育・研修について

平成29年度  
施設票

■ 施設の職員を人生の最終段階の意思決定支援に係る研修への参加状況



■ 参加させている研修（「参加させている」と回答した者）（複数回答）

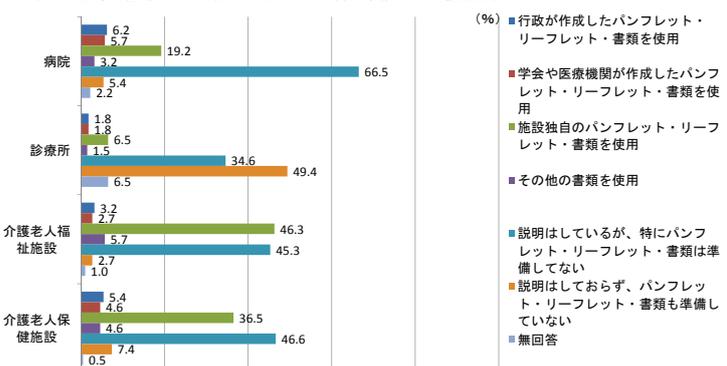


77

### Ⅲ-8 人生の最終段階における医療・療養における支援の状況①

平成29年度  
施設票

■ 施設における、人生の最終段階における医療・療養に関して、患者等、家族等に対して、人生の最終段階の病状や医療処置等について説明するための資料の準備状況（複数回答）

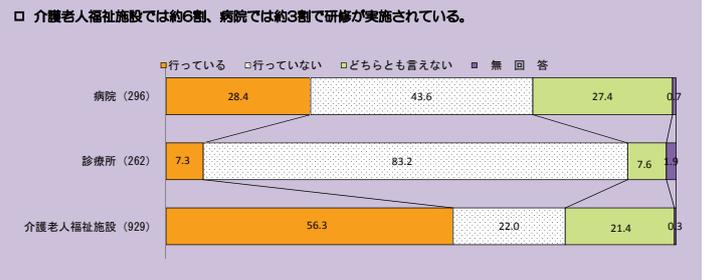


75

### 教育・研修

平成25年度  
施設票

■ 職員に対する終末期医療に関する教育・研修の実施状況



□ 介護老人福祉施設では約6割、病院では約3割で研修が実施されている。

78