

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

平成 28 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 田宮菜奈子

平成 29 年 (2017) 年 5 月

目次

I. 総括研究報告

- 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包括的実証研究..... 1
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授

II. 分担研究報告

1. 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..... 10
研究分担者 阿部智一 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 客員教授
研究協力者 永田功 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 非常勤研究員
/筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授
2. 人生の最終段階の医療に関する用語およびガイドライン策定に関する研究..... 29
研究分担者 柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科教授
研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系講師
研究分担者 堀田聰子 国際医療福祉大学大学院教授
研究協力者 伊藤智子 筑波大学医学医療系助教
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系教授
3. 自治体における人生の最終段階における医療に係る普及啓発等の取組に関する研究..... 31
研究分担者 柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科教授
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系教授
4. 人工的水分および栄養補給の保留と中止に重点を置いた、終末期ケアガイドラインの分析 57
研究分担者 Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教
研究協力者 柏木志保 筑波大学医学医療系 研究員
研究協力者 川邊万希子 株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部
研究協力者 Bryan J. Mathis 筑波大学医学医療系 助教
研究協力者 Joshua Gallagher 筑波大学人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授
資料) 人工的水分および栄養補給の保留と中止に重点を置いた、終末期ケアガイドラインの分析
5. 人生の最終段階における医療に関する意識調査のための予備調査..... 70
-小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査-
研究代表者: 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授
研究協力者: 羽成恭子 小田原市立病院 緩和ケア科 部長
研究分担者 濱野淳 筑波大学医学医療系講師
研究分担者 柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科

6.	人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた内外の文献レビュー	77
	研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授	
	研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系講師	
	研究協力者：羽成恭子 小田原市立病院 緩和ケア科 部長	
	研究協力者：宮田澄子 老人保健施設 ごぎょうの里 施設長	
7.	人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた検討（1）	87
	—海外の主な国民レベル意識調査のレビュー—	
	研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授	
	研究協力者：羽成恭子 小田原市立病院 緩和ケア科 部長	
	研究協力者：Joshua Gallagher 筑波大学人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻	
8.	人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた検討（2）	99
	—我が国の意識調査過去3回の振り返りから—	
	研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授	
	研究協力者：羽成恭子 小田原市立病院 緩和ケア科 部長	
	研究協力者：小竹理奈 筑波大学医学群医学類	
	研究協力者：宮田澄子 筑波大学大学院 人間総合科学研究科 介護老人保健施設 ごぎょうの里 施設長	
III.	研究成果の刊行に関する一覧表	108

平成 28 年度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）

総括研究報告書

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 包括的実証研究

研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授

研究要旨

本研究は、平成 29 年度に厚労省が実施する「人生の最終段階における医療に関する意識調査（仮）」に向けて、調査に盛り込むべき概念整理及び計測方法（質問項目等）を開発し、当該調査の実施にかかる提言を行うことを目的とした。初年度（平成 28 年度）は、レビューとして、各国の終末期医療についてのガイドライン、内外のアドバンスドケアプランニングに関する文献、我が国の代表的な遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（J-HOPE 研究）」、海外の主な国民レベル意識調査のレビュー、これまでの本意識調査のまとめを実施した。当初、平成 28 年度に本調査を模した予備調査の実施を計画していたが、本調査の内容の検討を十分に行うことを目的として、予備調査は行わず、上記レビューおよび次の 4 種の課題別小規模予備調査の充実を図ることとした。

- ① 市民公開講座参加者を対象とした人生の最終段階に関する意識調査
 - ② 救急調査（救急外来・ICU における医療職員に対し、終末期医療や救命医療についての意識を調査）、
 - ③ 学会調査（各医系学会が終末期医療における用語をどのように扱っているか、および終末期医療に対するマニュアル等を整備しているかを調査）、
 - ④自治体調査（地方自治体が終末期医療についてどのような啓蒙活動を行っているかを調査）
- ① および④の自治体調査については、集計まで実施し本報告に記載した。②および③は次年度（平成 30 年度）にまとめていく予定である。

意識の高まりがある程度進んできた中、今回の調査では、事前の話し合いや意思表示などの具体的な行動に結びつく知見を得ることが重要であると考えられた。

A. 研究目的

本研究は、平成29年度に厚労省が実施する「人生の最終段階における医療に関する意識調査（仮）」に向けて、調査に盛り込む

べき概念整理及び計測方法（質問項目等）を開発し、当該調査の実施にかかる提言を行うことを目的とした。

B. 研究方法

レビューとして、各国の終末期医療についてのガイドライン、内外のアドバンスドケアプランニングに関する文献、我が国の代表的な遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（J-HOPE研究）」、海外の主な国民レベル意識調査のレビュー、これまでの本意識調査のまとめを実施した。また、これらレビューの結果は逐次、多方面の研究協力者（章末にリスト）を含む班会議にて共有し、意見交換を行ない、それらを集約して調査票を提案した。

また、課題別小規模予備調査として、以下の4調査を進めた。

① 市民公開講座参加者を対象とした人生の最終段階に関する意識調査

② 救急調査（救急外来・ICUにおける医療職員に対し、終末期医療や救命医療についての意識を調査）、

③ 学会調査（各医系学会が終末期医療における用語をどのように扱っているか、および終末期医療に対するマニュアル等を整備しているかを調査）、

④自治体調査（地方自治体が終末期医療についてどのような啓蒙活動を行っているかを調査）

①および④の自治体調査については、集計まで実施し本報告に記載している。②および③は次年度（平成30年度）にまとめていく予定である。

各レビューおよび調査方法の詳細は、個別の分担研究報告書を参照されたい。

これらのレビューおよび調査結果をもとに、新たな質問票を作成し提案した。質問項目は掲載しないが、レビュー・情報収集の結果と調査票案の設問対応表は本総括研究の報告として掲載する。

C. 研究結果

1) レビューの主な結果

・ガイドラインレビューでは、18か国にある56ガイドラインをレビューし、国によってはガイドラインの対象が医療関係者や国民など分けられて準備されている実態が明らかとなった。

・内外のアドバンスドケアプランニングに関する文献レビューからは、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかをあらかじめ考えることに関して調査する際は、調査設計や調査対象者の帰属性が結

果に影響する可能性を考慮した調査票作成が必要であると考えられた。

・J-HOPE研究からは、国民に人生の最終段階の治療の目標や過ごし方に関する話し合いをもつことを促すことを考慮した調査票作成には、意義があると考えられた。

・海外の国民レベルの調査は、英国で主に行われており、政策とあわせた変遷があったが、意思決定の法制化のもとである点が我が国と異なっていることが明らかとなった。

また、これらのレビュー・情報収集、班会議での議論の結果と新調査票案の設問対応表を、主に前回までの調査票にない設問を中心に表1に示した。人生の最終段階における医療について、一人一人が考えることや、家族や医療・介護者との話し合いのコミュニケーションやプロセスを促進させていくことに焦点をおいた調査票案を作成した。

D. 考察

まず、前回調査に比して、人生の最後の医療について国民の関心が高まってきていることが考えられた。また、このことを話しあうことの意義も確認された。そこで、本研究班では、これまでの調査より踏み込んで、関心はあるが、その先の具体的な意思決定や表明に結びつけることを中心に設問の提案をすることとした。

しかし、一方で、年齢や職業、属性などにより大きく傾向が異なることが予想され、

これらの属性別にある程度十分なサンプルを対象とし、属性別の分析を行うことが重要と考えられた。

E. 結論

意識の高まりがある程度進んできた中、今回の調査では、事前の話し合いや意思表明などの具体的な行動に結びつく知見を得ることが重要であると考えられた。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

川邊 万希子

三菱総研人間・生活研究本部

H. 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

渡辺拓自 つくば在宅クリニック院長

小竹理奈 筑波大学医学群医学類

1. 特許取得

カール・ベッカー

なし

京都大学こころの未来研究センター教授

2. 実用新案登録

大河内二郎

なし

介護老人保健施設竜間之郷施設長

3.その他

岡村世里奈

なし

国際医療福祉大学大学院
准教授

<研究分担者>

阿部智一 筑波大学医学医療系客員教授

泉田信行

柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科
教授

国立社会保障・人口問題研究所社会
保障応用分析研究部 部長

堀田聡子 国際医療福祉大学大学院教授

濱野淳 筑波大学医学医療系 講師

Mayers, Thomas David

筑波大学医学医療系助教

研究要旨

~~~~~

<研究協力者>

甲斐一郎 東京大学名誉教授

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

本澤巳代子 筑波大学名誉教授

サンドラ・ムーディ

亀田総合病院

大石愛 エジンバラ大学

森隆浩 亀田総合病院総合内科医長

永田功 筑波大学博士課程

内田雅俊 筑波大学博士課程

羽成恭子 小田原市立病院緩和ケア科  
部長

宮田澄子 介護老人保健施設ごぎよ  
うの里施設長

久保谷美代子

訪問看護ステーション

TERMS/訪問看護師

ジョシュア・ガラガー

筑波大学修士課程

集中治療に関わる医療従事者の終末期医療  
に対する質問紙による意識調査は過去に行  
われているが、2014年に救急・集中治療に  
おける終末期医療に関するガイドラインが  
発表されて以降は、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  
調査は行われておらず、現状は不明である。  
そこで、本研究では、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ことを目的にアン  
ケート調査を行う。2017年5月にインター  
ネット上で施行予定である。

~~~~~

人生の最終段階の医療に関する用語およびガイドライン策定に関する研究

本研究の目的は、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、ガイドラインの策定状況等の実態を明らかにすることである。平成29年3月に日本医学分科会の126分科会を対象に、学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、さらにガイドラインの策定状況について、アンケート調査を実施した。

~~~~~

## 自治体における人生の最終段階における医療に係る普及啓発等の取組に関する研究

本研究の目的は、人生の最終段階を過ごしたい場所や希望する医療等について、リーフレット・パンフレット等の媒体（以下、資料）の作成状況やその記載内容、配布方法等を把握し、今後の自治体の普及啓発の取組支援等について検討するための基礎資料を得ることであった。平成29年2～3月に、都道府県の在宅医療担当部局（47都道府県）、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業担当部局（1,741自治体）を対象に、人生の最終段階（終末期）における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的としたリーフレット・パンフレット等の媒体の作成状況等について、アンケート調査を実施した。結果、都道府県の回収数は41（回収率87.2%）、市区町村の回収数は

1,556（回収率66.4%）であった。都道府県の回答では、資料を「作成した」が26.8%、「現在作成中」が2.4%、「作成していない」が70.7%であった。資料の配布以外の取組については、68.3%の都道府県が「取組がある」と回答していた。市区町村の回答では、「作成した」が9.7%、「現在作成中」が2.3%、「作成していない」が88.1%、資料の配布以外の取組については、「取組がある」は36.4%であった。「人口が少ない」「高齢化率が高い」「自宅死の割合が低い」市区町村ほど、資料を「作成していない」傾向にあり、普及啓発の取組が急務と考えられる自治体ほど実際には取組がされていない可能性が示唆された。一方、取組を行った自治体では、人生の最終段階における医療についての関心や理解が深まり、在宅での看取りの推進等が普及啓発の効果として挙げられている。今後、普及啓発を進めていくためには、本調査結果で示された取組を行っている自治体の好事例を提示していくことに加え、各自治体における医療・介護資源等の実態や課題を明らかにし、地域の特性に合わせた支援策を検討することが必要である。

~~~~~

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

本研究は『人生の最終段階（End of Life:以下EOL）における』ケアが国際的にどのように提供されているかを把握するために、17の国及び地域におけるガイドラインの収集を行い、全体像の把握に必要と考えられる項目を選定し、これにそって各国の内容を表にまとめ考察を行った。本研究により、今後の日本のEOLガイドラインの作成及び改

定の示唆を得ることができた。それらは、多様なガイドライン利用者に対応した内容の修正、該当する法律に対する情報の記載、全てのEOLケアの対象者に対する教育の拡充、最新情報の提供である。さらに、多様な専門家チームと家族とコミュニケーションは、患者の権利を守る上で必須である。ガイドラインはそれを守る上でも助けとなることも示唆された。

~~~~~

### 人生の最終段階における医療に関する意識調査のための予備調査-小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査-

人生の最終段階における医療に関する意識調査に用いる調査票作成にむけての予備調査を行った。小田原市立病院主催で行われるがんに関する市民公開講座に出席した参加者を対象とし、以下の二つを主要目的として調査を行った。一つは人生の最終段階について考えたことがある人がどのくらいいるのか、また、考えることを促進する要因は何かを明らかにすることを目的とした。二つ目の目的として、死期が迫っている時に、最期を迎える場所として自宅を選択する人はどのくらいいるのか、また、地域のがん医療に対する安心感は自宅を選択することに関連があるかを探ることとした。結果、解析対象者の約80%が人生の最終段階について考えた経験があると答えた。自分自身が死を身近に感じたり、年齢や病気などで死を意識したりすることは、人生の最終段階について考える要素になることが示唆された。また、最期を迎える場所として自宅を選択した人は解析対象者の34.4%で、地域のがん医療に対する安心感が強いと有

意に自宅を選択することが示唆された。人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票の内容の検討に、今回の調査結果も踏まえていく予定である。

~~~~~

人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた内外の文献レビュー

今回の人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票作成に際し、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかをあらかじめ考えておくことの意義、およびその関連要因に焦点をあてた文献レビューや国内外の情報収集(その1)を行った。また、我が国の代表的な遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究(J-HOPE研究)」について(その2)、詳細に検討をした。

その結果、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかをあらかじめ考えることに関して調査する際は、調査設計や調査対象者の帰属性が結果に影響する可能性を考慮した調査票作成が必要であると考えられた。加えて、J-HOPE研究では人生の最終段階の治療の目標や過ごし方に関する話し合いをもつことは、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「人生の最終段階に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されていたことより、今後、わが国においても、これらの話し合いを国民に促すことを考慮した調査票作成には意義があると考えられた。

*J-HOPEでは終末期という言葉が使われていたが、この研究要旨の中では、今後の調査にあわせ「人生の最終段階」という言葉に置き換えた


~~~~~  
人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた検討（1）

目的

海外の国レベルの終末期医療に対する意識調査を比較し、将来の終末期医療に対する意識調査における示唆を得ることを目的とする。

方法

2方向の検索方法を用いた。1つ目はMedlineで選択基準を介して抽出した。2つ目は逆に、終末期医療の先進的な対策を有する国を特定し、各国個別にその根拠となる文献を調べた。調査内容は類型分類ごとに分析を行った。

結果

2536件の資料のうち、6件が海外における国民意識調査であった。該当した国は、英国（4件）、カナダ（1件）、及びオーストラリア（1件）である。政策反映について言及していた国民意識調査は2つ、英国及びオーストラリアであった。

結論

まず、英国では、多くの団体がいろいろな視点で国レベルの意識調査を頻回に行い、そこから政策を決定していくプロセスもあり、国民の関心につながっていた。我が国の調査もこれに学べる点もあると考える。

意思決定に関する法的アプローチがない現状における日本は、英国などとは意思決定への考え方が根本的に異なる可能性があり、結果の解釈などには、この点を考慮する必要がある。

しかし、欧米でも必ずしも自己決定をしたい者が多かったわけではなかった。

また、意識調査後のデータなどは、英国のようにオープンデータとして活用されると研究も増え、一般への周知を促すためにも有用かもしれない。

文化や調査の背景の異なる日本においても、こうした調査を通してオープンな議論が広がることの価値は大きいと考える。

~~~~~  
人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた検討（2）

【目的】厚生労働省（以下、厚労省）が実施してきた人生の最終段階における医療に関する調査をもとに、新たな調査内容への示唆を得る。【方法】平成4年以降実施されている意識調査のうちの直近3回の調査に関して比較調査を行い、調査対象、調査内容、調査結果の違いを検討した。【結果】3回の調査間での国民の医療ニーズに合わせた工夫による質問の変更が多かったが、共通して、自身が末期状態である場合の積極的な延命医療は選択しない傾向にあることが分かった。また、立場や職種によって異なることもわかった。【結論】末期状態の患者に対する医療の在り方に関して、全対象者において、自身が末期状態である場合の積極的な延命医療は選択しない傾向にあることが分かった。しかし、一方で医療福祉従事者が担当患者に勧める医療ではまた違った傾向を見せていた。同様に、療養場所や代理人による治療方針の決定等に関して職種での考え方の違いも見られた。

これら様々な考え方の中で、今後、医療提供者間、および医療提供者と患者間でコミュニケーションを図り、両者が納得できる

医療の在り方をより検討していく必要がある。
~~~~~

表1 レビュー・情報収集の結果と調査票案の設問対応表—主に前回までの調査票と変化のある設問を中心に—  
【国民用】

表作成：羽成恭子

| 設問の目的                                       | レビューや情報収集の結果                      |                                                                                                                                                                                                                      | 調査票の設問                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             | 出典                                | 内容                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                           |
| 調査票作成に向けての全体的な方向性                           | Carmen H. M. Houben et al. (2014) | 1999～2005年、2006～2012年の期間は1992～1998年と比較して、単に事前指示書作成に焦点をあてた介入よりも、事前指示書作成も含めたコミュニケーションに焦点をあてた介入が有意に多い。また、アドバンスケアプランニングは成人における事前指示書の完成を増加させ、EOL(End-of-life)ケアの希望に関する患者と医療者の話し合いを増し、患者の希望と実際に受けるEOLケアの一致をもたらすことが明らかとなった。 | アドバンスケアプランニングは患者自身やその家族に意義がある。今回の調査票は、事前指示書作成にのみ焦点をあてるのではなく、それらも含めた話し合いなどのコミュニケーションやプロセスを促進していくことに焦点をあてた国民意識調査調査票作成を目指す。よって、国民の意識を把握するに留まらず、人生の最終段階の医療について考えたい、もしくは話し合いたいという希望をもつ人が、どうしたらそうすることができるようになるかを探る質問も意識的に組み込んだ。 |
|                                             | 山口崇 (2016)                        | EOL discussion (「終末期の治療の目標や過ごし方に関する話し合い」とした)をもった場合、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なく、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かった。                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                           |
| 人生の最終段階における医療について考えた経験があるかを問う               | 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査(同報告書内)     | 解析対象者の約80%が人生の最終段階について考えた経験があると答えた。                                                                                                                                                                                  | 問1-2<br>小田原市立病院市民公開講座における参加者意識調査では、「医療」に限定した設問ではなかったが、人生の最終段階への関心は低くはないと思われる。どの程度の人が自身の人生の最終段階における医療について、(話し合う前の段階である)考えた経験があるのかを明らかにする。                                                                                  |
| 人生の最終段階における医療に関する話し合いの機会を促進する因子は何かを探る       | Christine R Durbin et al. (2016)  | 文章と言語もしくは映像を加えた複合的アプローチの方が、単一のアプローチより有意に事前指示書作成率が增加することが明らかとなった。                                                                                                                                                     | 問1-6b・1-6d・1-6e・1-6f<br>話し合いを促進する因子を探る選択肢の中に、医療者による話し合いのサポートや、イベント・キャンペーンなどの言語的な加入を含めた。                                                                                                                                   |
| 人生の最終段階における医療に関する話し合いは、医療者とどのくらいなされているのかを探る | Jolien J Glaudemans et al. (2015) | 患者は医師が報告するほどアドバンスケアプランニングを行っているとは思っていない。回答のあった健康な高齢者の15%しか医療者とアドバンスケアプランニングの話し合いをしていないとの報告もある。                                                                                                                       | 問1-7<br>人生の最終段階における医療に関して、どのくらいの人が医療や介護などの専門職と話し合いの機会をもったことがあるかを探る。                                                                                                                                                       |
| 意思決定をする際の話し合いに関する質問                         | Stephanie Johnson et al. (2016)   | 36～47%のがん患者が現在もしくは今後のヘルスケアに関する意思決定に家族を含むことを望む。                                                                                                                                                                       | 問1-3<br>人生の最終段階における医療に関して、家族と話し合いたいと思っている人がどのくらいいるのかを探る。                                                                                                                                                                  |
|                                             | 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査(同報告書内)     | あらかじめ人生の最期について考えておく必要性を感じている人の80.4%が誰かと話し合いたいと考えている。話し合う相手としては、家族と考えている人の割合が最多であった。                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                           |
|                                             | Stephanie Johnson et al. (2016)   | 有症状のがん患者対象の調査では、人生の最終段階のケアについて意思決定の話し合いの際、34.4%の人が相談ではなく自分自身で意思決定をすることを好む。                                                                                                                                           | 問1-3・1-4・1-5 問2<br>人生の最終段階における医療に関して、誰にも相談せず自分で決めたい人は、いずれの間にも「1. 思わない」を選択すると想定。また、問2の「4. 他の人に決めてほしいとは思わない」人がどの程度いるのかを探る。                                                                                                  |

|                            |                                            |                                                                                                                       |                                                                                            |
|----------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 自身が判断できなくなった時の治療方針決定に関する質問 | Stephanie Johnson et al. (2016)            | 患者は希望が病状で変化することも、その希望が通らないかもしれないことも、希望に従うかどうかを家族や医療者がそれぞれの判断をすることも受け入れており、信頼した医療者に治療の決定を委託することを幸せに感じている。              | 問2<br>どの程度の人が自身が判断できなくなった時に医療者に治療方針を決定して欲しいと思っているのかを探る。                                    |
| 事前指示書への関心についての質問           | Nishieら (2014)                             | 50歳以上の一般市民1000名のうちリビングウィルへの関心がある人は全体の77%であった。                                                                         | 問1-8<br>事前指示書の記載を希望する人がどの程度いるのかを探る。                                                        |
|                            | 島田ら (2015)                                 | 会話も記録もある人が10.0%、会話のみある人が39.0%、会話も記録もない人が47.6%と、記録より会話による方法をとることが多い。                                                   | 問1-9<br>事前指示書を記載している人がどの程度いるのかを探る。                                                         |
| 希望する最期を迎える場所に関する質問         | 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査 (同報告書内)             | 地域のがん医療に対する安心感が高いと、最期を迎える場所として自宅を選択することが示唆された。自宅で最期を迎えることを考える際に、地域で支える医療に関する不安を軽減することは、自宅で最期を迎えたいと希望する人を増やす可能性が考えられた。 | 問9-1 問10-2<br>死期がせまっている時に、どこで最期を迎えたいと考えているかを明らかにすると共に、自宅で最期を迎えることが困難だと感じている人の不安や障壁を明らかにする。 |
| 調査対象者の基本属性に関する質問           | 人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた内外の文献レビュー (同報告書内) | 人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかをあらかじめ考えることに関して調査する際は、調査対象者の帰属性が結果に影響する可能性がある。                                                | フェースシート F2<br>対象者の年齢に関しては、75歳以上である後期高齢者以降でも層別化が可能な年齢区分とした。                                 |
|                            | 小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査 (同報告書内)             | 自分自身が死を身近に感じたり、年齢や病気などで死を意識したりすることは、人生の最終段階について考える要素になることが示唆された。                                                      | フェースシート F8<br>身近で大切な人の死を最近5年間に経験した人を抽出する。                                                  |

## 【医療・介護者用】

| 設問の目的               | レビューや情報収集の結果                    |                                                | 調査票の設問                                           |
|---------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|                     | 出典                              | 内容                                             |                                                  |
| 意思決定をする際の話し合いに関する質問 | Stephanie Johnson et al. (2016) | 患者も医療者も何かが起こるまで、アドバンスケアプランニングの開始は遅い方がいいと思っている。 | 問2・3<br>どの段階で人生の最終段階における医療について考えるのがよいと思っているのかを探る |

## 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

研究分担者 阿部 智一 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 客員教授  
研究協力者 永田 功 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 非常勤研  
究員/筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻  
研究代表者 田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野 教授

### 研究要旨

集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は過去に行われているが、2014年に救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表されて以降は、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行われておらず、現状は不明である。

そこで、本研究では、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ことを目的にアンケート調査を行う。2017年5月にインターネット上で施行予定である。

### A. 研究目的

終末期医療に関するガイドラインは、2000年代後半より厚生労働省や各学会等で発表され、2014年には救急・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-が発表された。ガイドラインの整備は徐々に進んでいるものの、臨床の現場でそれぞれの患者に対し終末期医療の決定をすることは依然難しい問題を含んでいる。

集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は過去に行われているが、2014年に救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表されて以降は行われておらず、現状は不明である。

そこで、本研究では、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ことを目的とする。

### B. 研究方法

本研究は記述疫学研究である。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、アンケート調査を施行する。アンケート調査は2017年5月、アンケート施行期間は2週間を予定している。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、考えを調査する。

（倫理面への配慮）

本研究はインターネット上のアンケート調査で、アンケート全体を通して無記名であり、また入力された端末に関する情報は取得しないため、個人は特定されない。本研究は筑波大学医学医療系の倫理委員会承認されている。

### C. 研究結果

2017年6月末日には結果がでる予定である。

D. 考察

結果を踏まえて、考察する。

E. 結論

結果を踏まえて、結論する。

F. 研究発表

1. 論文発表

該当なし

2. 学会発表

該当事項なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

## アンケート用紙

< 1 >対象：集中治療・救急医療に関わる全医療従事者

集中治療や救急において終末期医療は避けては通れぬ問題です。終末期医療に関するガイドラインは、2000年代後半より厚生労働省や各学会等で発表され、2014年には救急・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-が発表されました。ガイドラインの整備は徐々に進んでいるものの、臨床の現場でそれぞれの患者に対し終末期医療の決定をすることは依然難しい問題を含んでいます。

集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は過去に行われていますが、2014年に救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表されて以降は行われておらず、現状は不明です。

そこで、本研究では、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ことを目的にアンケートを作成しました。皆様の今までの臨床経験や知識に基づき、より多くの方にアンケートに答えて頂ければ幸いです。

なお、このアンケートは、厚生労働科学研究「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」の調査も兼ねています。また、今後、学会での発表や論文投稿を通じて、広く社会に還元いたします。ご多忙中誠に恐縮ですが、皆様のご協力のほどよろしくお願いいたします。

アンケートの回答にかかる時間は15～20分程度です。回答は任意であり、回答いただけても不利益を被ることは一切ありません。アンケート全体を通して無記名であり、個人は特定されません。研究により知り得たデータは、本研究の目的以外には使用いたしません。研究者等は研究遂行にあたって特別な利益相反はありません。

研究代表者窓口：筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患医学制御専攻ヘルスサービスリサーチ分野 / 横浜市立みなと赤十字病院集中治療部 永田 功

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

Eメール：

## 言葉の定義・説明

- DNAR**：患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生を行わないこと。
- Withdraw**：すでに実施されている生命維持治療を終了すること。これには、人工呼吸器の取り外し、昇圧薬や酸素投与の中止、輸液、その他の中止が該当する。また、間歇的に実施するべき治療（抗菌薬、栄養や血液透析）を、そのタイミングで行わないことも含む。
- Withhold**：延命のための治療の開始や追加を行わないこと。これには、患者がショックになっても昇圧薬を開始しないこと、すでに昇圧薬が使われている場合には増量しないことが該当する。
- 本人の意思を記した(記す)文書**：本人の事前の意思決定の結果を記した文書（例えば、リビングウィル、事前指示書、アドバンスケアプランニングの一環で作成された文書）



質問 1. 本研究(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)に参加することを同意しますか？

1. 同意します
2. 同意しません

質問 2. あなたの専門は何ですか？

1. 集中治療
2. 救急
3. 麻酔
4. 循環器
5. 小児 (小児救急や小児集中治療を含む)
6. 外科系
7. 内科系
8. 初期研修医
9. その他 (自由に記載)

質問 3. あなたの性別は？

1. 男性
2. 女性

質問 4. 国家資格所得後の経験年数、及び重症患者対応の経験年数をお答えください

A: 国家資格所得後の経験年数、B: 重症患者対応の経験年数

1. 1年未満
2. 1-5年
3. 6-10年
4. 11-15年
5. 16-20年
6. 21-30年
7. 31年以上

質問 5. あなたの勤務先は？

1. 大学病院
2. 一般病院 500床以上
3. 一般病院 200以上 500床未満
4. 一般病院 200床未満
5. その他 (自由に記載)

質問6. 国内の終末期医療に関するガイドラインであなたが知っているものはどれでしょうか？(複数回答可)

1. 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
2. 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)
3. 日本医師会：終末期医療に関するガイドライン(2007年)
4. 日本学術会議：終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について - (2008年)
5. 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～(2009年)
6. 日本小児科学会：重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン (2012年)
7. 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン ～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～(2012年)
8. 日本緩和医療学会：終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン(2013年)
9. どのガイドラインも知らない
10. その他(具体的に記載)

以下の質問7-17はあなたが患者の治療方針を決定する状況を想定し、あなたの考えで答えてください。

**症例1** 70歳男性、心肺停止で救急搬送されました。初期波形はPulseless electrical activity (PEA)でした。心肺蘇生により自己心拍は再開し、ICU入室となりました。ICU入室後自発呼吸も再開しましたが、3日経っても意識レベルはE1VTM2/GCSです。72時間後の頭部CT検査では低酸素性脳症を疑う所見を認めます。現在人工呼吸管理を継続していますが、昇圧剤の使用はありません。予後としては、生存しても遷延性意識障害(いわゆる植物状態)が予想されます。家族はおらず、本人の意思を記した文書はなく、推定意思もわかりません。

質問7. あなたは患者の治療方針をどのように決定するのが良いと考えますか？

1. 担当医が決定する
2. 複数の医師で決定する
3. 医師、看護師、コメディカル等のチームで決定する
4. 院内の倫理委員会で決定する
5. その他 (自由に記載)

質問 8. 現段階であなたはこの患者の治療制限についてどのように考えますか？

1. 治療制限はしない
2. DNAR が妥当と考える
3. Withhold と DNAR が妥当と考える
4. Withdraw と DNAR が妥当と考える
5. その他（自由に記載）

\*DNAR、Withhold、Withdraw の定義は「言葉の定義」を参照してください。

質問 9. 人工呼吸管理を行っていますが、自発呼吸は規則的です。昇圧剤の使用もありません。この患者に対する人工呼吸管理の治療方針をあなたはどのように考えますか？

1. 現行の人工呼吸管理を継続する
2. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱するが、抜管はしない
3. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱し、抜管する
4. 現行の人工呼吸設定、患者の呼吸状態にかかわらず、早期に抜管する
5. その他（自由に記載）

質問 10. あなたはこの患者にどのような栄養管理を行うのが良いと考えますか？

1. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)を行う
2. 経腸栄養を行う
3. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)と経腸栄養を併用する
4. 栄養管理はしない
5. その他（自由に記載）

質問 11. 数日後(人工呼吸は装着した状態のまま)、発熱し、呼吸状態・循環動態も悪化し、人工呼吸器関連肺炎、敗血症性ショックが疑われる状況になりました。また、腎機能の悪化・高カリウム血症も認め、血液浄化療法が必要な状況になりました。この患者に対する下記の治療についてあなたはどのように考えますか？各々A～Eで答えてください。

A：必要であれば強化/追加/増量する B：現状維持で強化/追加/増量しない C：縮小/減量する D：中止する/開始しない E：わからない

1. 人工呼吸器設定
2. 輸液
3. 昇圧剤
4. 抗菌薬
5. 血液浄化療法

症例2 70歳男性、心肺停止で救急搬送されました。初期波形はPulseless electrical activity (PEA)でした。心肺蘇生により自己心拍は再開し、ICU入室となりました。ICU入室後自発呼吸も再開しましたが、3日経っても意識レベルはE1VTM2/GCSです。72時間後の頭部CT検査では低酸素性脳症を疑う所見を認めます。現在人工呼吸管理を継続していますが、昇圧剤の使用はありません。予後としては、生存しても遷延性意識障害(いわゆる植物状態)が予想されます。家族は妻と子がありますが、本人の意思を記した文書はなく、本人の推定意思もわかりません。

質問 12. 家族と治療方針を相談する前に、あなたはこの患者の治療方針を誰と相談するのが良いと考えますか？

1. 担当医のみで考える
2. 複数の医師で相談する
3. 医師、看護師、コメディカル等のチームで相談する
4. 院内の倫理委員会に相談する
5. その他 (自由に記載)

質問 13. 患者の治療方針に関して質問 11 で相談後、家族に病状説明をし、治療方針を決定しますが、どのように決定するのが良いと考えますか？

1. 質問 12 で決定した治療方針を家族に伝え、その治療方針で決定する
2. 治療方針の選択肢を示して、家族に治療方針の決定を任せる
3. 治療方針の選択肢を示して、家族と一緒に相談しながら決定する
4. その他 (自由に記載)

症例2の続き：家族に病状説明をした結果、「1日でも長く生きていて欲しいからできる限りの治療をしてほしい」との回答でした。

質問 14. あなたはこの患者にどのような栄養管理を行うのが良いと考えますか？

1. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)を行う
2. 経腸栄養を行う
3. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)と経腸栄養を併用する
4. 栄養管理はしない
5. その他 (自由に記載)

質問 15. 数日後(人工呼吸は装着した状態のまま)、発熱し、呼吸状態・循環動態も悪化し、人工呼吸器関連肺炎、敗血症性ショックが疑われる状況になりました。また、腎機能の悪化・

高カリウム血症も認め、血液浄化療法が必要な状況になりました。この患者に対する下記の治療についてあなたはどのように考えますか？各々A～Eで教えてください。

A：必要であれば強化/追加/増量する B：現状維持で強化/追加/増量しない C：縮小/減量する D：中止する/開始しない E：わからない

1. 人工呼吸器設定
2. 輸液
3. 昇圧剤
4. 抗菌薬
5. 血液浄化療法

症例2の続き：家族に病状説明をした結果、「意識が戻らないのであれば治療をやめてほしい」との回答でした。

質問 16. 人工呼吸管理・気管挿管チューブに関してはどのように対応するのが良いと考えますか？

1. 現行の人工呼吸管理を継続する
2. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱するが、抜管はしない
3. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱し、抜管する
4. 現行の人工呼吸設定、患者の呼吸状態にかかわらず、早期に抜管する
5. その他（自由に記載）

質問 17. 輸液に関してはどのように対応するのが良いと考えますか？

1. 特に制限を設けずに輸液する
2. 輸液を絞る
3. 輸液を中止する
4. その他（自由に記載）

質問 18. Withhold、Withdraw を行う上でどのようなことが問題となると思いますか？(複数回答可)

1. 医療従事者が Withhold や Withdraw の適応や方法になれていないこと
2. 医療従事者間で意見の統一が図れないこと
3. 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
4. Withhold、Withdraw の適応や方法に対する法的サポートが不十分であること
5. 本人の意思を記した文書がないこと
6. 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

7. Withhold、Withdraw を家族が受け入れられないこと
  8. 医療者と患者・患者家族間の意見が異なる場合のシステム(例えば、臨床倫理を扱う倫理委員会がない)がないこと
  9. 問題点はない
  10. その他 (自由に記載)
- \* 「Withhold、Withdraw、本人の意思を記した文書」の定義・説明は「言葉の定義・説明」を参照してください。

質問 19. 本人の意思を記した文書を持っている患者に出会ったことがありますか？

1. 出会ったことがあります、かつ、活用したことがある
  2. 出会ったことがあるが、活用されなかった
  3. 出会ったことがない
- \* 「本人の意思を記した文書」の説明は「言葉の定義・説明」を参照してください。

質問 20. 現行の本人の意思を記す文書の問題点は何ですか？(複数回答可)

1. 統一された書式がないこと
  2. 本人の意思を記した文書に記載されている内容を遂行する病状であるか判断するのが難しいこと
  3. 1つ1つの処置(例えば、気管挿管、人工呼吸管理、胃管による経腸栄養)に関して細く記載されていないこと
  4. 書類上の不備があること(例えば、署名がなく本人の意思であるか判断できない、直近の意思であるかが判断できない など)
  5. 家族が本人の意思を記した文書の存在を知らず、治療方針決定時に本人の意思を記した文書が見つからず、実際に反映されないこと
  6. 本人の意思を記した文書があっても事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対すること
  7. 患者の事前の意思について、かかりつけ医との共有が困難であること
  8. 法的サポートがないこと
  9. 問題点はない
  10. わからない
  11. その他 (自由に記載)
- \* 「本人の意思を記した(記す)文書」の説明は「言葉の定義・説明」を参照してください。

ご回答、ありがとうございました。

## < 2 >対象：集中治療・救急医療に関わる全医療従事者

集中治療や救急において終末期医療は避けては通れぬ問題です。終末期医療に関するガイドラインは、2000年代後半より厚生労働省や各学会等で発表され、2014年には救急・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-が発表されました。ガイドラインの整備は徐々に進んでいるものの、臨床の現場でそれぞれの患者に対し終末期医療の決定をすることは依然難しい問題を含んでいます。

集中治療に関わる医療従事者の終末期医療に対する質問紙による意識調査は過去に行われていますが、2014年に救急・集中治療における終末期医療に関するガイドラインが発表されて以降は行われておらず、現状は不明です。

そこで、本研究では、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ことを目的にアンケートを作成しました。皆様の今までの臨床経験や知識に基づき、より多くの方にアンケートに答えて頂ければ幸いです。

なお、このアンケートは、厚生労働科学研究「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」の調査も兼ねています。また、今後、学会での発表や論文投稿を通じて、広く社会に還元いたします。ご多忙中誠に恐縮ですが、皆様のご協力のほどよろしくお願いいたします。

アンケートの回答にかかる時間は15～20分程度です。回答は任意であり、回答いただけても不利益を被ることは一切ありません。アンケート全体を通して無記名であり、個人は特定されません。研究により知り得たデータは、本研究の目的以外には使用いたしません。研究者等は研究遂行にあたって特別な利益相反はありません。

研究代表者窓口：筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患医学制御専攻ヘルスサービスリサーチ分野 / 横浜市立みなと赤十字病院集中治療部 永田 功

〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1

Eメール：

## 言葉の定義・説明

- DNAR**：患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて心肺蘇生を行わないこと。
- Withdraw**：すでに実施されている生命維持治療を終了すること。これには、人工呼吸器の取り外し、昇圧薬や酸素投与の中止、輸液、その他の中止が該当する。また、間歇的に実施するべき治療（抗菌薬、栄養や血液透析）を、そのタイミングで行わないことも含む。
- Withhold**：延命のための治療の開始や追加を行わないこと。これには、患者がショックになっても昇圧薬を開始しないこと、すでに昇圧薬が使われている場合には増量しないことが該当する。
- 本人の意思を記した(記す)文書**：本人の事前の意思決定の結果を記した文書（例えば、リビングウィル、事前指示書、アドバンスケアプランニングの一環で作成された文書）



質問 1. 本研究( 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 )  
に参加することを同意しますか？

3. 同意します
4. 同意しません

質問 2. あなたの職種は何ですか？

10. 看護師( 専門看護師、認定看護師、特定看護師は除く)
11. 専門看護師、認定看護師、特定看護師
12. 臨床工学技士
13. 理学療法士
14. 作業療法士
15. 薬剤師
16. 栄養士
17. MSW
18. その他( 自由に記載)

質問 3. あなたの性別は？

1. 男性
2. 女性

質問 4. 国家資格所得後の経験年数、及び重症患者対応の経験年数をお答えください

A: 国家資格所得後の経験年数、B: 重症患者対応の経験年数

1. 1 年未満
2. 1-5 年
3. 6-10 年
4. 11-15 年
5. 16-20 年
6. 21-30 年
7. 31 年以上

質問 5. あなたの勤務先は？

1. 大学病院
2. 一般病院 500 床以上
3. 一般病院 200 以上 500 床未満
4. 一般病院 200 床未満

5. その他（自由に記載）

質問6. 国内の終末期医療に関するガイドラインであなたが知っているものはどれでしょうか？(複数回答可)

1. 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
2. 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)
3. 日本医師会：終末期医療に関するガイドライン(2007年)
4. 日本学術会議：終末期医療のあり方について - 亜急性型の終末期について - (2008年)
5. 全日本病院協会：終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～(2009年)
6. 日本小児科学会：重篤な疾患を持つ子どもの医療をめぐる話し合いのガイドライン(2012年)
7. 日本老年医学会：高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン ～人工的水分・栄養補給の導入を中心として～(2012年)
8. 日本緩和医療学会：終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン(2013年)
9. どのガイドラインも知らない
10. その他(具体的に記載)

以下の質問7-17はあなたが患者の治療方針を決定する状況を想定し、あなたの考えで答えてください。

**症例1** 70歳男性、心肺停止で救急搬送されました。初期波形はPulseless electrical activity (PEA)でした。心肺蘇生により自己心拍は再開し、ICU入室となりました。ICU入室後自発呼吸も再開しましたが、3日経っても意識レベルはE1VTM2/GCSです。72時間後の頭部CT検査では低酸素性脳症を疑う所見を認めます。現在人工呼吸管理を継続していますが、昇圧剤の使用はありません。予後としては、生存しても遷延性意識障害(いわゆる植物状態)が予想されます。家族はおらず、本人の意思を記した文書はなく、推定意思もわかりません。

質問7. あなたは患者の治療方針をどのように決定するのが良いと考えますか？

1. 担当医が決定する
2. 複数の医師で決定する
3. 医師、看護師、コメディカル等のチームで決定する
4. 院内の倫理委員会で決定する

5. その他（自由に記載）

質問 8. 現段階であなたはこの患者の治療制限についてどのように考えますか？

1. 治療制限はしない
2. DNAR が妥当と考える
3. Withhold と DNAR が妥当と考える
4. Withdraw と DNAR が妥当と考える
5. その他（自由に記載）

\*DNAR、Withhold、Withdraw の定義は「言葉の定義」を参照してください。

質問 9. 人工呼吸管理を行っていますが、自発呼吸は規則的です。昇圧剤の使用もありませ  
ん。この患者に対する人工呼吸管理の治療方針をあなたはどのように考えますか？

1. 現行の人工呼吸管理を継続する
2. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱するが、抜管はし  
ない
3. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱し、抜管する
4. 現行の人工呼吸設定、患者の呼吸状態にかかわらず、早期に抜管する
5. その他（自由に記載）

質問 10. あなたはこの患者にどのような栄養管理を行うのが良いと考えますか？

1. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)を行う
2. 経腸栄養を行う
3. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)と経腸栄養を併用する
4. 栄養管理はしない
5. その他（自由に記載）

質問 11. 数日後(人工呼吸は装着した状態のまま)、発熱し、呼吸状態・循環動態も悪化し、  
人工呼吸器関連肺炎、敗血症性ショックが疑われる状況になりました。また、腎機能の悪化・  
高カリウム血症も認め、血液浄化療法が必要な状況になりました。この患者に対する下記の  
治療についてあなたはどのように考えますか？各々A～Eで答えてください。

A：必要であれば強化/追加/増量する B：現状維持で強化/追加/増量しない C：縮小/減量  
する D：中止する/開始しない E：わからない

6. 人工呼吸器設定
7. 輸液
8. 昇圧剤
9. 抗菌薬

## 10. 血液浄化療法

症例2 70歳男性、心肺停止で救急搬送されました。初期波形はPulseless electrical activity (PEA)でした。心肺蘇生により自己心拍は再開し、ICU入室となりました。ICU入室後自発呼吸も再開しましたが、3日経っても意識レベルはE1VTM2/GCSです。72時間後の頭部CT検査では低酸素性脳症を疑う所見を認めます。現在人工呼吸管理を継続していますが、昇圧剤の使用はありません。予後としては、生存しても遷延性意識障害(いわゆる植物状態)が予想されます。家族は妻と子がいますが、本人の意思を記した文書はなく、本人の推定意思もわかりません。

質問 12. 家族と治療方針を相談する前に、あなたはこの患者の治療方針を誰と相談するのが良いと考えますか？

1. 担当医のみで考える
2. 複数の医師で相談する
3. 医師、看護師、コメディカル等のチームで相談する
4. 院内の倫理委員会に相談する
5. その他（自由に記載）

質問 13. 患者の治療方針に関して質問 11 で相談後、家族に病状説明をし、治療方針を決定しますが、どのように決定するのが良いと考えますか？

1. 質問 12 で決定した治療方針を家族に伝え、その治療方針で決定する
2. 治療方針の選択肢を示して、家族に治療方針の決定を任せる
3. 治療方針の選択肢を示して、家族と一緒に相談しながら決定する
4. その他（自由に記載）

症例2の続き：家族に病状説明をした結果、「1日でも長く生きていて欲しいからできる限りの治療をしてほしい」との回答でした。

質問 14. あなたはこの患者にどのような栄養管理を行うのが良いと考えますか？

1. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)を行う
2. 経腸栄養を行う
3. 静脈栄養(中心静脈栄養及び末梢静脈栄養)と経腸栄養を併用する
4. 栄養管理はしない
5. その他（自由に記載）

質問 15. 数日後(人工呼吸は装着した状態のまま)、発熱し、呼吸状態・循環動態も悪化し、

人工呼吸器関連肺炎、敗血症性ショックが疑われる状況になりました。また、腎機能の悪化・高カリウム血症も認め、血液浄化療法が必要な状況になりました。この患者に対する下記の治療についてあなたはどのように考えますか？各々A～Eで教えてください。

A：必要であれば強化/追加/増量する B：現状維持で強化/追加/増量しない C：縮小/減量する D：中止する/開始しない E：わからない

1. 人工呼吸器設定
2. 輸液
3. 昇圧剤
4. 抗菌薬
5. 血液浄化療法

症例2の続き：家族に病状説明をした結果、「意識が戻らないのであれば治療をやめてほしい」との回答でした。

質問 16. 人工呼吸管理・気管挿管チューブに関してはどのように対応するのが良いと考えますか？

1. 現行の人工呼吸管理を継続する
2. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱するが、抜管はしない
3. 人工呼吸器は離脱する方向で調整し、離脱できるようであれば離脱し、抜管する
4. 現行の人工呼吸設定、患者の呼吸状態にかかわらず、早期に抜管する
5. その他（自由に記載）

質問 17. 輸液に関してはどのように対応するのが良いと考えますか？

1. 特に制限を設けずに輸液する
2. 輸液を絞る
3. 輸液を中止する
4. その他（自由に記載）

質問 18. 現状を教えてください。医師が患者・家族と治療方針を相談・決定する前に、患者の終末期医療の治療方針決定に関与していますか？

1. 終末期医療の治療方針決定の際に話し合いに加わり、医師と一緒に治療方針を決定している。
2. 終末期医療の治療方針決定の際に医師から意見を聞かれることがある。
3. 医師が決定しており、終末期医療の治療方針決定に関わっていない。
4. その他（自由に記載）

質問 19. あなたは、患者の終末期医療の治療方針決定に関わりたいですか？

1. 積極的に関わりたい
2. どちらかといえば関わりたい
3. どちらでもない
4. どちらかといえば関わりたくない
5. 関わりたくない

質問 20. Withhold、Withdraw を行う上でどのようなことが問題となると思いますか？(複数回答可)

1. 医療従事者が Withhold や Withdraw の適応や方法になれていないこと
2. 医療従事者間で意見の統一が図れないこと
3. 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
4. Withhold、Withdraw の適応や方法に対する法的サポートが不十分であること
5. 本人の意思を記した文書がないこと
6. 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
7. Withhold、Withdraw を家族が受け入れられないこと
8. 医療者と患者・患者家族間の意見が異なる場合のシステム(例えば、臨床倫理を扱う倫理委員会がない)がないこと
9. 問題点はない
10. その他 (自由に記載)

\* 「Withhold、Withdraw、本人の意思を記した文書」の定義・説明は「言葉の定義・説明」を参照してください。

質問 21. 本人の意思を記した文書を持っている患者に出会ったことがありますか？

1. 出会ったことがあり、かつ、活用されていた
2. 出会ったことがあるが、活用されていなかった
3. 出会ったことがない

\* 「本人の意思を記した文書」の説明は「言葉の定義・説明」を参照してください。

質問 22. 現行の本人の意思を記す文書の問題点は何ですか？(複数回答可)

1. 統一された書式がないこと
2. 本人の意思を記した文書に記載されている内容を遂行する病状であるか判断するのが難しいこと
3. 1つ1つの処置(例えば、気管挿管、人工呼吸管理、胃管による経腸栄養)に関して細く記載されていないこと

4. 書類上の不備があること(例えば、署名がなく本人の意思であるか判断できない、直近の意思であるかが判断できない など)
5. 家族が本人の意思を記した文書の存在を知らず、治療方針決定時に本人の意思を記した文書が見つからず、実際に反映されないこと
6. 本人の意思を記した文書があっても事前に家族がその意思を知らず、本人の意思を記した文書の意向に家族が反対すること
7. 患者の事前の意思について、かかりつけ医との共有が困難であること
8. 法的サポートがないこと
9. 問題点はない
10. わからない
11. その他（自由に記載）

\* 「本人の意思を記した(記す)文書」の説明は「言葉の定義・説明」を参照してください。

ご回答、ありがとうございました。

平成28年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

人生の最終段階の医療に関する用語およびガイドライン策定に関する研究

|       |        |                 |
|-------|--------|-----------------|
| 研究分担者 | 柏木 聖代  | 横浜市立大学医学部看護学科教授 |
| 研究分担者 | 濱野 淳   | 筑波大学医学医療系講師     |
| 研究分担者 | 堀田 聡子  | 国際医療福祉大学大学院教授   |
| 研究協力者 | 伊藤 智子  | 筑波大学医学医療系助教     |
| 研究代表者 | 田宮 菜奈子 | 筑波大学医学医療系教授     |

研究要旨

本研究の目的は、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、ガイドラインの策定状況等の実態を明らかにすることである。平成29年3月に日本医学分科会の126分科会を対象に、学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、さらにガイドラインの策定状況について、アンケート調査を実施した。

A. 研究目的

日本は今後高齢者数の増加に伴い、多くの方が人生の最終段階を迎え、必然的に死亡者数が増加する多死社会が到来するといわれている。

こうした状況を踏まえ、厚生労働省は昭和62年以来、概ね5年毎に「人生の最終段階における医療」に関する検討を行っており、平成5年からは国民および医療従事者等に対して意識調査を実施してきた。平成27年に実施された意識調査では、従来「終末期医療」と表記していたものについては「人生の最終段階における医療」に表記が変更されているが、類似概念をもつ用語として終末期医療、緩和医療、ターミナルケア、エンドオブライフケア、ホスピスケアなどの様々な言葉が学術論文等において用いられている現状にある。また、人生

の最終段階における医療（終末期医療）に関するガイドラインは、平成19年に厚生労働省が策定した「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」をはじめ、多くの学会等においてガイドラインを策定され、公表しているが、医学系の学会におけるガイドラインの内容および活用状況等についての実態は明らかになっていない。

そこで、本研究では、日本の医学系の学会における人生の最終段階における医療（終末期医療）に関する用語の学会での使用状況および定義、さらにガイドラインの策定状況等の実態を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象



日本医学分科会の126分科会（平成28年2月）を対象とした（日本医学会分科会一覧：<http://jams.med.or.jp/members-s/index.html>）

## 2. 調査方法

調査の実施期間は、平成29年3月。日本医学会分科会の各事務局に調査協力の依頼および調査票をメールにて添付にて送付し、メールもしくはFAXにて回収した。

## 3. 調査内容

調査項目は、以下のとおりであった。

### 1) 学会の基本属性

会員数、評議員数、理事数等

### 2) 人生の最終段階の医療（終末期医療）に関する学会での用語について

(1) (人生の最終段階の医療に関わらず) 学会独自の用語集を作成しているか

(2) 学会の用語集に人生の最終段階の医療に関する用語が収載されているか

(3) 用語集に収載されている人生の最終段階に関する用語

(4) (用語集作成の有無に関わらず) 人生の最終段階の医療に関する以下の用語について、学会である程度のコンセンサスが得られている定義の有無および定義：①人生の最終段階、②終末期、③エンドオブライフケア、④緩和医療・緩和ケア、⑤ホスピスケア、⑥ターミナルケア、⑦アドバンス・ディレクティブ(事前指示)、⑧リビングウィル、⑨ACP(Advance care planning)、⑩DNAR (Do not attempt resuscitation) 他

### 3) 学会で策定したガイドライン（指針）

(1) 学会でガイドライン（指針）作成に関する委員会設置状況

(2) 学会で人生の最終段階の医療（終末期医療）に関するガイドラインを策定してい

るか（人生の最終段階の医療に関して触れているものも含む）

(3) ガイドラインの名称および初回策定年月日、最終改訂年月日

(4) 人生の最終段階の医療に関する学会のガイドラインにおける以下の内容の記載状況：①人生の最終段階（終末期）の定義、②人生の最終段階（終末期）の判断、③人生の最終段階における医療（終末期医療）及びケアの方針の決定手続き、④アドバンス・ケア・プランニングについて、⑤延命措置への対応、⑥心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置、⑦人生の最終段階の患者に発生する症状への対応、⑧飲食ができなくなった場合の人工水分・栄養補給法の導入、⑨補完代替医療、⑩家族の定義、⑪死が間近な患者の治療方針についての家族との話し合い、⑫医療ケアチーム、⑬治療方針等について検討を行う委員会の設置、⑭死が間近な患者の治療方針やその代理人を定める書面（事前指示書）の作成、⑮人生の最終段階の医療における診療録の記載、⑯職員に対する人生の最終段階の医療に関する教育・研修の実施状況

（倫理面での配慮）

本研究は、平成29年2月1日に筑波大学医学の倫理委員会【許可番号：1147】の許可を得て実施されたものである。研究対象には、個人情報取り扱い方法等について説明書に記載し、調査票への回答・返信をもって同意を得たものとした。

## C. 研究結果

平成29年3月末までに38学会

(28.6%) から回答を得た。結果は平成29年度の分担研究報告書において報告予定である。

平成 28 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）  
分担研究報告書

自治体における人生の最終段階における医療に係る普及啓発等の取組に関する研究

研究分担者 柏木 聖代 横浜市立大学医学部看護学科教授  
研究代表者 田宮 菜奈子 筑波大学医学医療系教授

研究要旨

本研究の目的は、人生の最終段階を過ごしたい場所や希望する医療等について、リーフレット・パンフレット等の媒体（以下、資料）の作成状況やその記載内容、配布方法等を把握し、今後の自治体の普及啓発の取組支援等について検討するための基礎資料を得ることであった。平成 29 年 2～3 月に、都道府県の在宅医療担当部局（47 都道府県）、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業担当部局（1,741 自治体）を対象に、人生の最終段階（終末期）における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的としたリーフレット・パンフレット等の媒体の作成状況等について、アンケート調査を実施した。結果、都道府県の回収数は 41（回収率 87.2%）、市区町村の回収数は 1,556（回収率 66.4%）であった。都道府県の回答では、資料を「作成した」が 26.8%、「現在作成中」が 2.4%、「作成していない」が 70.7%であった。資料の配布以外の取組については、68.3%の都道府県が「取組がある」と回答していた。市区町村の回答では、「作成した」が 9.7%、「現在作成中」が 2.3%、「作成していない」が 88.1%、資料の配布以外の取組については、「取組がある」は 36.4%であった。「人口が少ない」「高齢化率が高い」「自宅死の割合が低い」市区町村ほど、資料を「作成していない」傾向にあり、普及啓発の取組が急務と考えられる自治体ほど実際には取組がされていない可能性が示唆された。一方、取組を行った自治体では、人生の最終段階における医療についての関心や理解が深まり、在宅での看取りの推進等が普及啓発の効果として挙げられている。今後、普及啓発を進めていくためには、本調査結果で示された取組を行っている自治体の好事例を提示していくことに加え、各自治体における医療・介護資源等の実態や課題を明らかにし、地域の特性に合わせた支援策を検討することが必要である。

A. 研究目的

人生の最終段階を過ごしたい場所や希望する医療等について、リーフレット・パンフレット等の媒体の作成状況やその記載内容、配布方法等を把握し、今後の自治体の

普及啓発の取組支援等について検討するための基礎資料を得ることを目的とした。

B. 研究方法

1. 調査対象

調査対象は、都道府県の在宅医療担当部局（47 都道府県）、市区町村の在宅医療・介護連携推進事業担当部局（1,741 自治体）であった。

## 2. 調査方法

都道府県へ調査票を配布し、各市区町村への調査票の配布は、都道府県の協力を得た。調査期間は、平成 29 年 2 月～3 月であった。

## 3. 調査内容

調査項目は以下のとおりであった。

- 1) 人生の最終段階（終末期）における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的としたリーフレット・パンフレット等の媒体（以下、資料）の作成状況：作成した、作成中、作成していない
- 2) 資料の対象年齢（複数回答）：40 歳未満、40～64 歳、65～74 歳、75 歳以上
- 3) 資料の配布方法（複数回答）：郵送、手渡し、配架（自由に入手できる場所に置いておくこと）、市民を対象とした講演会や講座での配布、その他
- 4) 具体的な配布場所（資料の配布方法で、「手渡し」「配架」を選択した場合のみ回答）（複数回答）：自宅、医療機関、調剤薬局、訪問看護ステーション、介護事業所、保健所・保健センター、保健所・保健センター以外の行政窓口、その他
- 5) 資料の内容について本人へ内容説明を行っているか。行っている場合は説明者の職種（複数回答）：説明を行っていない、行政職員（行政職員であり、且つ医師・看護職員を除く）、医師・保健師・看護職員、その他
- 6) 資料中の説明内容に含まれている要素：  
①人生の最終段階を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め思いを表

明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重要性の説明、②人生の最終段階にある人の心身の変化（最期が近づいている時に予測される状態など）の説明、③延命治療とは何かについての全体的な説明（④に関する内容を除く）、④個別の延命治療に関する具体的な説明（個別の説明とは、例えば、人工呼吸器、気管内挿管、心臓マッサージ、人工的な水分・栄養補給法（胃ろうや中心静脈栄養）、その他延命治療のうち、いずれかの治療内容について、その目的や方法が説明されている場合を指す）、⑤在宅医療・介護サービス（訪問診療、訪問看護等の内容の説明や、在宅療養に係る保険制度や費用負担など）の説明、⑥その他  
7) 資料に本人が記載する様式（欄）を設けているか。設けている場合は、その項目（複数回答）：①本人の意思を記載する項目は設けていない、②延命治療の希望の有無（個別の治療ごとに希望を書く欄がある場合は③を選ぶ）、③延命治療の個別の治療ごとの希望の有無（人工呼吸器、気管内挿管、心臓マッサージ、人工的な水分・栄養補給法（胃ろうや中心静脈栄養）など）、④人生の最終段階における医療のうち、延命治療以外の医療全般について、大切にしたいこと、これだけは嫌なことなどの希望や思い（例：最期まで病気と闘う、具合が悪くなったときでも救急車は呼ばないで欲しい、医療処置は痛みを取る等最小限のものにしたい、治療方法の選択は自分で行いたいなど）、⑤代理意思決定者（自分で治療方針を決定できない場合に本人に変わって判断する人）の指定、⑥人生の最終段階に過ごしたい療養場所、最期を迎えたい場所、⑦緊急時の連絡先（家族等の近親者や医療機関など）、⑧記載日、

⑨本人署名、⑩代理意思決定者の署名、⑪その他

8) 資料によって本人が決定した意思を、医療機関等の関係機関間で共有するための取組はあるか(7の②～⑩を選択した場合のみ回答)：はい、いいえ、今後検討予定

9) 人生の最終段階(終末期)における医療に関する資料配布の取組において、得られた効果：自由記述

10) 人生の最終段階(終末期)における医療に関する資料配布の取組において、課題や留意事項等：自由記述

11) 人生の最終段階(終末期)における医療に関する資料配布の取組に関する Web サイト：自由記載

12) 貴自治体において、人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組の有無、有の場合はその内容：はい(内容：自由記述)、いいえ

13) 人生の最終段階の医療に関する普及啓発の取組を行う上で、資料の作成にあたって参考にした自治体の取組：自由記述

#### 4. 分析方法

基本統計量を算出した。市区町村における人生の最終段階(終末期)における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的とした資料の作成状況については、「作成した/現在作成中」と「作成していない」に区分し、平成26年1月1日現在の「人口」、「65歳以上の人口割合(人口、65歳以上の人口から算出)」、「自宅死の割合」との関連を wilcoxon の順位和検定により検討した。有意水準は5%とし、解析には統計パッケージ SAS を用いた。

また、自由記述については、質的記述的分析を行い、カテゴリ化を行った(以下、抽出

されたカテゴリは【】で記す)。

(倫理面での配慮)

対象となった都道府県および自治体には、調査の趣旨、調査への協力は任意であること等を記載した協力依頼書および調査要項を調査票に添付し、調査票の回収をもって同意とみなした。

回収した調査票は、平成28年度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」において活用すること、今後、人生の最終段階における医療に関する施策を推進する上での基礎資料として公表し、都道府県等の関係者に提供する可能性があることを明記した。

結果の公表時には、回答者の所属機関・部署や氏名を識別できないようにした。

#### C. 研究結果

##### 1. 回収状況

都道府県の回収数は41(回収率87.2%)、自治体の回収数は1,556(回収率66.4%)であった。

なお、市区町村から回収した調査票のうち、同一の自治体から複数回答(市と同一市の保健所からの回答、異なる担当課からの回答、1自治体ではなく各区からの回答)のあった調査票については回答を統合し、1自治体とした上で分析に使用した。

市区町村から回収した調査票の都道府県別回収数・回収率は表8に示す。

##### 2. 調査結果

<都道府県>

1) 人生の最終段階における医療について

て、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的とした資料を作成しているかについては、「作成した」26.8%、「現在作成中」2.4%であり、「作成していない」が70.7%であった（表1）。作成した・現在作成中の資料については、表2～表4に結果を示す。

2) 人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組については、68.3%の都道府県が「取組がある」と回答した。

#### <市区町村>

1) 人生の最終段階における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的とした資料を作成しているかについては、「作成した」9.7%、「現在作成中」2.3%であり、「作成していない」が88.1%であった（表9）。

「作成した／現在作成中」の自治体は、「人口が多い」「65歳以上の人口割合が低い」「自宅死の割合が高い」ことと有意に関連した。

2) 「作成した／現在作成中」の資料については以下の通りであった（表10）。

(1) 資料の対象年齢は、「対象年齢は特に定めていない」が73.5%と最も多く、次いで「65～74歳」27.9%、「75歳以上」21.3%、「40～64歳」5.9%、「40歳未満」1.5%の順であった。

(2) 資料の配布方法は、「市民を対象とした講演会や講座での配布」が75.8%と最も多く、次いで「手渡し」48.5%、「配架」45.5%の順であった。

「手渡し」「配架」の具体的場所については、「保健所・保健センター以外の行政窓口」が63.4%と最も多く、次いで「医療

機関」58.3%、「保健所・保健センター」47.9%、「介護事業所」44.8%、「訪問看護ステーション」38.5%、「調剤薬局」32.3%の順であった。

(3) 資料の内容について配布時に本人へ内容説明を行っている場合の説明者の職種については、「医師、保健師、看護職員」が59.2%、「行政職員（医師、看護職員を除く）」が36.2%であった。一方、「説明を行っていない」は33.1%であった。

(4) 資料中の説明内容に含まれている要素については、「人生の最終段階を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め思いを表明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重要性の説明」が73.9%と最も多く、次いで、「在宅医療・介護サービスの説明」47.7%の順であった。

(5) 資料に本人が記載する様式（欄）を設けている場合の項目については、「人生の最終段階に過ごしたい療養場所、最期を迎えたい場所」が53.1%と最も多く、次いで、「緊急時の連絡先（家族等の近親者や医療機関など）」50.0%、「記載日」46.1%、「人生の最終段階における医療のうち、延命治療以外の医療全般について、大切にしたいこと、これだけは嫌なことなどの希望や思い」43.0%、「延命治療の希望の有無」39.1%の順であった。一方、「本人の意思を記載する項目は設けていない」は39.1%であった。

(6) 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組において得られた効果については、【人生の最終段階における医療に対する住民の関心が高まる】【人生の最終段階における医療について考えるきっかけ

けになる】【家族と話し合うきっかけになる】【在宅療養、在宅医療・介護の理解が深まる】【人生の最終段階の医療に対する自身の希望を記すことへの関心が高まる】【在宅での看取りの推進】【関係者が本人や家族を支援するためのツール】【在宅医療・介護の連携推進】であった（表 11）。

(7) 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組において、課題や留意事項等については、以下のとおりであった（表 12）。

課題については、【配布する時期、タイミングの見極めが難しい】【医療従事者や関係者の内容の理解、協力が必要】【多くの住民への周知、資料の配布】【人生の最終段階の医療について考えたくない・関心のない住民への意識啓発】【資料の内容の充実、さらなる検討】等であった。

留意事項については、【直接説明をした上で資料を配布する】【資料配布の目的を伝える】【強制配布は行わない】【本人・家族の意思を尊重する】であった。

(8) 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組に関する Web サイトについては 29 自治体が URL を記載していた。

3) 人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組については、「取組がある」は 36.4%であった。

具体的な取組内容については、『住民を対象とした講演会・フォーラム、シンポジウム等の開催』『出前講座の実施』『映画や DVD の放映・寸劇による啓発』『集団の健康教育の一部に内容を加える』など【住民を対象とした講演会やセミナー等の開催・後援】、【医療・介護関係者を対象とした講演会・研修会の実施】、【医療・介護資源の

リスト作成】、【懇談会・検討会等の開催】【住民を対象とした意識調査等の実施】

【広報誌等による在宅医療・介護に関する住民への情報提供】【個別の相談支援】等であった（表 14）。

4) 人生の最終段階の医療に関する普及啓発の取組を行う上で、資料の作成にあたって参考にした取組については、「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（厚生労働省）」「公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団の報告書」「いきいきと生きて逝くために（公益社団法人国民健康保険診療施設協議会）」といった【国や団体などの取組】、神奈川県横須賀市や長野県須坂市、宮崎県宮崎市、茨城県筑西市、滋賀県守山市などの【他の自治体での取組】を参考にしていた（表 15）。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的とした資料を「作成した」と回答した都道府県は 26.8%、市区町村は、現在作成中を含めても 12.0%であり、多くの自治体で資料作成の取組が行われていないことが明らかになった。

さらに、資料の配布以外の取組については、都道府県の回答では 68.3%が「取組がある」と回答していたのに対し、市区町村の回答で「取組がある」と回答したのは 36.4%であった。資料を「作成していない」と回答した市区町村（1,018 自治体）のうち 68%（695 自治体）は資料の配布以外の取組も実施しておらず、市区町村レベルでの普及啓発の取組が進んでいない現状

が明らかになった。「人口が少ない」「高齢化率が高い」「自宅死の割合が低い」市区町村ほど、資料を「作成していない」傾向にあり、普及啓発の取組が急務と考えられる自治体ほど実際には取組が行われていない可能性が示唆された。

一方、取組を行った自治体では、【人生の最終段階における医療に対する住民の関心が高まる】【人生の最終段階における医療について考えるきっかけになる】【家族と話し合うきっかけになる】のように人生の最終段階における医療についての住民の関心や理解が深まり、在宅看取り件数の増加など【在宅での看取りの推進】が普及啓発の効果として挙げられている。

今後、各自治体において普及啓発を進めていくためには、本調査で示された取組を行っている自治体の好事例を提示していくことに加え、各自治体における医療・介護資源の実態、人生の最終段階の医療や普及啓発に関する課題を明らかにし、地域の特性を考慮した支援策を検討することが必要と考える。

#### E. 結論

人生の最終段階における医療について、行政が主体となって、住民に対する普及啓発を目的とした資料を「作成した」と回答した都道府県は26.8%、市区町村は、現在作成中を含めても12.0%であった。

今後、普及啓発を進めていくためには、取組を行っている自治体の好事例を提示していくことに加え、各自治体における医療・介護資源等の実態や課題を明らかにし、地域の特性に合わせた支援策を検討することが必要である。

F. 健康危険情報  
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

結果の概要 <都道府県からの回答結果 (N=41) >

表1 住民に対する普及啓発を目的とした資料の作成状況

|         | n  | %    |
|---------|----|------|
| 作成した    | 11 | 26.8 |
| 現在作成中   | 1  | 2.4  |
| 作成していない | 29 | 70.7 |

表2 作成した資料（資料を「作成した」「現在作成中」を選択した場合のみ回答）

|                                                                         | n  | %    |
|-------------------------------------------------------------------------|----|------|
| 作成した資料の対象年齢（複数回答）                                                       |    |      |
| 40歳未満                                                                   | 0  | 0.0  |
| 40～64歳                                                                  | 0  | 0.0  |
| 65～74歳                                                                  | 1  | 8.3  |
| 75歳以上                                                                   | 1  | 8.3  |
| 対象年齢は特に定めていない                                                           | 11 | 91.7 |
| 資料の配布方法（複数回答）                                                           |    |      |
| 郵送                                                                      | 4  | 33.3 |
| 手渡し                                                                     | 8  | 66.7 |
| 配架（自由に入手できる場所に置いておくこと）                                                  | 8  | 66.7 |
| 市民を対象とした講演会や講座での配布                                                      | 8  | 66.7 |
| その他                                                                     | 5  | 41.7 |
| 手渡し・配架の場合の資料の具体的な配布場所（複数回答）                                             |    |      |
| 自宅                                                                      | 1  | 9.1  |
| 医療機関                                                                    | 7  | 63.6 |
| 調剤薬局                                                                    | 3  | 27.3 |
| 訪問看護ステーション                                                              | 4  | 36.4 |
| 介護事業所                                                                   | 3  | 27.3 |
| 保健所・保健センター                                                              | 7  | 63.6 |
| 保健所・保健センター以外の行政窓口                                                       | 8  | 72.7 |
| その他                                                                     | 6  | 27.3 |
| 配布時に本人へ内容説明を行っているか。説明者の職種（複数回答）                                         |    |      |
| 説明を行っていない                                                               | 6  | 50.0 |
| 行政職員（医師、看護職員は除く）                                                        | 3  | 25.0 |
| 医師、保健師、看護職員                                                             | 7  | 58.3 |
| その他                                                                     | 6  | 50.0 |
| 資料中の説明内容に含まれている要素（複数回答）                                                 |    |      |
| 人生の最終段階を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め思いを表明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重要性の説明 | 9  | 75.0 |
| 人生の最終段階にある人の心身の変化（最期が近づいている時に予測される状態など）の説明                              | 5  | 41.7 |
| 延命治療とは何かについての全体的な説明                                                     | 1  | 8.3  |
| 個別の延命治療に関する具体的な説明                                                       | 2  | 16.7 |
| 在宅医療・介護サービス（訪問診療、訪問看護等の内容の説明や、在宅療養に係る保険制度や費用負担など）の説明                    | 9  | 75.0 |
| その他                                                                     | 1  | 8.3  |



表 2 (つづき)

|                                                                     | n | %    |
|---------------------------------------------------------------------|---|------|
| 資料に本人が記入する様式(欄)を設けているか。項目(複数回答)                                     |   |      |
| ①本人の意思を記載する項目は設けていない                                                | 7 | 58.3 |
| ②延命治療の希望の有無                                                         | 0 | 0.0  |
| ③延命治療の個別の治療ごとの希望の有無(人工呼吸器、気管内挿管、心臓マッサージ、人工的な水分・栄養補給法(胃ろうや中心静脈栄養)など) | 1 | 8.3  |
| ④人生の最終段階における医療のうち、延命治療以外の医療全般について、大切にしたいこと、これだけは嫌なことなどの希望や思い        | 2 | 16.7 |
| ⑤代理意思決定者(自分で治療方針を決定できない場合に本人に変わって判断する人)の指定                          | 1 | 8.3  |
| ⑥人生の最終段階に過ごしたい療養場所、最期を迎えたい場所                                        | 2 | 16.7 |
| ⑦緊急時の連絡先(家族等の近親者や医療機関など)                                            | 3 | 25.0 |
| ⑧記載日                                                                | 2 | 16.7 |
| ⑨本人署名                                                               | 2 | 16.7 |
| ⑩代理意思決定者の署名                                                         | 0 | 0.0  |
| ⑪その他                                                                | 2 | 16.7 |
| 資料によって本人が決定した意思を医療機関等の関係機関間で共通するための取組があるか(上記の設問で②～⑩を選択した場合のみ回答)     |   |      |
| はい                                                                  | 0 | 0.0  |
| いいえ                                                                 | 2 | 50.0 |
| 今後検討予定                                                              | 2 | 50.0 |

表 3 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組で得られた効果(自由記述)

| 都道府県 | 内容                                                                                                     |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 関係者の理解促進につながった                                                                                         |
| B    | 動画を視聴すればある程度の終末期医療に関する整理された情報を得ることができる啓発プログラムを、自由に視聴できることから幅広い啓発ができた。                                  |
| C    | 区市町村や都内医療施設、介護事業所等より、地域住民向け講演会で配布したい、家族で話し合う機会を持っていただくよう、リーフレットを利用したいなどの反響があり、追加配布希望の問い合わせも数多く寄せられている。 |
| D    | 今後配布予定。リーフレット作成にあたり、多職種で検討を行い、連携の必要性を認識することができた。                                                       |
| E    | アドバンス・ケア・プランニングそのものの言葉は普及しつつある。地域によっては医師との話し合いの実績が増えている。                                               |
| F    | 在宅医療における「看護」の役割について情報発信を行うことで、療養場所や受けられるサービスについて考えていただく機会となった。                                         |
| G    | 県民への終末期医療(在宅医療・介護サービス)に関する知識の普及及び理解の促進につながった。                                                          |

表4 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組における課題や留意事項（自由記述）

| 都道府県 | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A    | 関係者への配布を第一とし、そこから個々の例への配布につなげていく                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| B    | 動画配信という啓発は、一方通行の啓発となっている部分があり、動画視聴後のフォローが出来ていない。講演会で動画の試写をした際に、多くの受講者から在宅医療をやっている医療機関や訪問看護STなどの在宅医療資源の情報を教えてほしいと質問があり、動画視聴と同時にそれら在宅医療・介護資源の情報提供ができればより効果的だったと考える。また、単発的な啓発ではなく、何度でもねばり強く啓発する必要があると考える。とてもセンシティブな内容の啓発のため、医療関係者などから丁寧に説明することが必要と考える。自治体が発行するガイドブック・ウィルなどの様式の作成することは、メリットとデメリットの両面あることに留意が必要。【デメリットとして考えられること】様式での記載が義務付けや強制と捉えられる可能性があること。本人の意思が変わった際に、変更前の書式が逆用される可能性があること。様式がオーソライズされると、医療を規定され、医療側の患者の切り捨てに利用される可能性があること。 |
| C    | 医療・介護の専門職から手渡してもらうことを予定している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| D    | アプローチの方法によっては不快感を抱かれる可能性があること。差し控え医療の推進であると誤解される可能性があること。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| E    | 在宅医療等に関する講演会等の機会に上映を行い、情報発信を行っていることと、県のホームページ上で閲覧可能な状態にしているため、資料そのものの積極的な配布は行っておらず、現時点においては、資料配付に関する課題等はない。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

表5 自治体における人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組の有無

|     | n  | %    |
|-----|----|------|
| はい  | 28 | 68.3 |
| いいえ | 13 | 31.7 |

表6 自治体における人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組状況（自由記述）（取組について「はい」を選択した場合のみ回答）※都道府県のアルファベットは表7と連動していない

| 都道府県 | 内容                                                                      |
|------|-------------------------------------------------------------------------|
| A    | ホームページや各保健所の多職種協議会でガイドライン等の周知、28年度はブロック別研修に参加。補助事業等で看取りの研修やパンフレット作成はあり。 |
| B    | 地域住民、民生委員、介護施設職員等を対象とした講演会や研修会の開催                                       |
| C    | 29年度に医師等に対し研修会を実施予定。                                                    |
| D    | 住民向け普及啓発事業（講演会等）、医療機関・介護機関職員向け研修                                        |
| E    | 都民向け講演会                                                                 |

|   |                                                                                                                                                         |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| F | 一般市民、在宅医療関係者等を対象とした看取りに関する講演会の開催等。                                                                                                                      |
| G | 県在宅医療支援センター講演（県医師会に委託）。                                                                                                                                 |
| H | 医療関係者向けのセミナーや意見交換会の開催について県医師会へ補助を実施。                                                                                                                    |
| I | 在宅医療に関する県民公開講座。                                                                                                                                         |
| J | 在宅医療・介護に携わる関係者を対象に、人生の最終段階における意思決定についての講演会（厚労省の研修会参加者による受講報告講演）を開催。人生の最終段階における患者の意思表示を尊重した在宅医療介護のサービス提供体制モデルを構築するため、県医師会が郡市医師会にコーディネーターを配置して実施する事業への支援。 |
| K | 県民に対する終末期の在宅医療に関するアンケート調査の実施（H25、H28）。                                                                                                                  |
| L | 看取りの関する講演会等の開催。                                                                                                                                         |
| M | 保健所（二次医療圏）単位で関係者向けの検討会および研修会の開催。                                                                                                                        |
| N | 多職種によるワーキング会議開催、看取りに関するマンガやラジオ等による府民への普及啓発、看取りに携わる看護師・ケアマネジャー・施設職員に対する研修。                                                                               |
| O | 県民向け講演会・シンポジウム等の開催を予定                                                                                                                                   |
| P | 県西部医師会の取り組みに対する支援。病気やけがで自分の意思が伝えられない時に備えてあらかじめ受けたい医療等を記載する「もしものときのあんしん手帳」の作成費用への補助（地域医療再生基金・地域医療介護総合確保基金）。                                              |
| Q | 保健所による市民講座や座談会。                                                                                                                                         |
| R | 市町村や関係団体への委託事業として、在宅看取りやリビング・ウィル等に関する講演会・研修等に取り組んだ。                                                                                                     |
| S | 県内地区医師会が行う ACP の普及啓発等の手法等の全県展開に向けた取組への補助。                                                                                                               |
| T | 地域フォーラムや市民講座など。                                                                                                                                         |
| U | 在宅医療介護従事者対象の研修会、住民を対象とした、かかりつけ医を持つことに関する講演会のなかで、人生の最終段階における医療に関する取組を紹介。                                                                                 |

表7 人生の最終段階の医療に関する普及啓発の取組を行う上で、資料の作成にあたって参考にした自治体の取組（自由記述）※都道府県のアルファベットは表6と連動していない

| 都道府県 | 内容                                         |
|------|--------------------------------------------|
| A    | 千葉県の終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラム、実施事業で作成したリーフレット |
| B    | 広島県地域保健対策協議会作成の「ACPの手引き」                   |
| C    | 春日井市、半田市、富岡市                               |
| D    | アルバータ州（カナダ）                                |
| E    | 近江八幡市作成の看取りパンフレットなど                        |

結果の概要 <市区町村からの回答結果 (N=1,156) >

表8 調査票の回収状況

|      | 自治体数 | 回収数  | 回収率   |      | 自治体数 | 回収数 | 回収率   |
|------|------|------|-------|------|------|-----|-------|
| 全体   | 1741 | 1156 | 66.4  |      |      |     |       |
| 北海道  | 179  | 94   | 52.5  | 滋賀県  | 19   | 10  | 52.6  |
| 青森県  | 40   | 40   | 100.0 | 京都府  | 26   | 13  | 50.0  |
| 岩手県  | 33   | 33   | 100.0 | 大阪府  | 43   | 28  | 65.1  |
| 宮城県  | 35   | 29   | 82.9  | 兵庫県  | 41   | 22  | 53.7  |
| 秋田県  | 25   | 13   | 52.0  | 奈良県  | 39   | 20  | 51.3  |
| 山形県  | 35   | 26   | 74.3  | 和歌山県 | 30   | 30  | 100.0 |
| 福島県  | 59   | 11   | 18.6  | 鳥取県  | 19   | 6   | 31.6  |
| 茨城県  | 44   | 37   | 84.1  | 島根県  | 19   | 19  | 100.0 |
| 栃木県  | 25   | 19   | 76.0  | 岡山県  | 27   | 23  | 85.2  |
| 群馬県  | 35   | 25   | 71.4  | 広島県  | 23   | 23  | 100.0 |
| 埼玉県  | 63   | 47   | 74.6  | 山口県  | 19   | 16  | 84.2  |
| 千葉県  | 54   | 35   | 64.8  | 徳島県  | 24   | 20  | 83.3  |
| 東京都  | 62   | 41   | 66.1  | 香川県  | 17   | 11  | 64.7  |
| 神奈川県 | 33   | 25   | 75.8  | 愛媛県  | 20   | 14  | 70.0  |
| 新潟県  | 30   | 19   | 63.3  | 高知県  | 34   | 21  | 61.8  |
| 富山県  | 15   | 15   | 100.0 | 福岡県  | 60   | 41  | 68.3  |
| 石川県  | 19   | 19   | 100.0 | 佐賀県  | 20   | 14  | 70.0  |
| 福井県  | 17   | 17   | 100.0 | 長崎県  | 21   | 21  | 100.0 |
| 山梨県  | 27   | 15   | 55.6  | 熊本県  | 45   | 27  | 60.0  |
| 長野県  | 77   | 27   | 35.1  | 大分県  | 18   | 12  | 66.7  |
| 岐阜県  | 42   | 32   | 76.2  | 宮崎県  | 26   | 12  | 46.2  |
| 静岡県  | 35   | 35   | 100.0 | 鹿児島県 | 43   | 25  | 58.1  |
| 愛知県  | 54   | 45   | 83.3  | 沖縄県  | 41   | 15  | 36.6  |
| 三重県  | 29   | 14   | 48.3  |      |      |     |       |

表9 住民に対する普及啓発を目的とした資料の作成状況

|         | n    | %    |
|---------|------|------|
| 作成した    | 112  | 9.7  |
| 現在作成中   | 26   | 2.3  |
| 作成していない | 1018 | 88.1 |

表10 作成した資料（資料を「作成した」「現在作成中」を選択した場合のみ回答）

|                   | n   | %    |
|-------------------|-----|------|
| 作成した資料の対象年齢（複数回答） |     |      |
| 40歳未満             | 2   | 1.5  |
| 40～64歳            | 8   | 5.9  |
| 65～74歳            | 38  | 27.9 |
| 75歳以上             | 29  | 21.3 |
| 対象年齢は特に定めていない     | 100 | 73.5 |

表 10 (つづき)

|                                                                                 | n   | %    |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----|------|
| 資料の配布方法 (複数回答)                                                                  |     |      |
| 郵送                                                                              | 11  | 8.3  |
| 手渡し                                                                             | 64  | 48.5 |
| 配架 (自由に入手できる場所に置いておくこと)                                                         | 60  | 45.5 |
| 市民を対象とした講演会や講座での配布                                                              | 100 | 75.8 |
| その他                                                                             | 29  | 22.0 |
| 手渡し・配架の場合の資料の具体的な配布場所 (複数回答)                                                    |     |      |
| 自宅                                                                              | 26  | 27.1 |
| 医療機関                                                                            | 56  | 58.3 |
| 調剤薬局                                                                            | 31  | 32.3 |
| 訪問看護ステーション                                                                      | 37  | 38.5 |
| 介護事業所                                                                           | 43  | 44.8 |
| 保健所・保健センター                                                                      | 46  | 47.9 |
| 保健所・保健センター以外の行政窓口                                                               | 61  | 63.5 |
| その他                                                                             | 26  | 27.1 |
| 配布時に本人へ内容説明を行っているか。説明者の職種 (複数回答)                                                |     |      |
| 説明を行っていない                                                                       | 43  | 33.1 |
| 行政職員 (医師、看護職員は除く)                                                               | 47  | 36.2 |
| 医師、保健師、看護職員                                                                     | 77  | 59.2 |
| その他                                                                             | 42  | 32.3 |
| 資料中の説明内容に含まれている要素 (複数回答)                                                        |     |      |
| 人生の最終段階を迎えたときの療養場所や治療の希望などについて、予め<br>思いを表明したり家族等と共有したりすることや何度でも見直すことの重<br>要性の説明 | 96  | 73.9 |
| 人生の最終段階にある人の心身の変化 (最期が近づいている時に予測され<br>る状態など) の説明                                | 33  | 25.4 |
| 延命治療とは何かについての全体的な説明                                                             | 35  | 26.9 |
| 個別の延命治療に関する具体的な説明                                                               | 35  | 26.9 |
| 在宅医療・介護サービス (訪問診療、訪問看護等の内容の説明や、在宅療<br>養に係る保険制度や費用負担など) の説明                      | 62  | 47.7 |
| その他                                                                             | 27  | 20.8 |
| 資料に本人が記入する様式 (欄) を設けているか。項目 (複数回答)                                              |     |      |
| ①本人の意思を記載する項目は設けていない                                                            | 50  | 39.1 |
| ②延命治療の希望の有無                                                                     | 50  | 39.1 |
| ③延命治療の個別の治療ごとの希望の有無 (人工呼吸器、気管内挿管、心<br>臓マッサージ、人工的な水分・栄養補給法など)                    | 47  | 36.7 |
| ④人生の最終段階における医療のうち、延命治療以外の医療全般につい<br>て、大切にしたいこと、これだけは嫌なことなどの希望や思い                | 55  | 43.0 |
| ⑤代理意思決定者の指定                                                                     | 43  | 33.6 |
| ⑥人生の最終段階に過ごしたい療養場所、最期を迎えたい場所                                                    | 68  | 53.1 |
| ⑦緊急時の連絡先 (家族等の近親者や医療機関など)                                                       | 64  | 50.0 |
| ⑧記載日                                                                            | 59  | 46.1 |
| ⑨本人署名                                                                           | 49  | 38.3 |
| ⑩代理意思決定者の署名                                                                     | 11  | 8.6  |
| ⑪その他                                                                            | 26  | 20.3 |

表 10 (つづき)

|                                                                 | n  | %    |
|-----------------------------------------------------------------|----|------|
| 資料によって本人が決定した意思を医療機関等の関係機関間で共通するための取組があるか（上記の設定で②～⑩を選択した場合のみ回答） |    |      |
| はい                                                              | 21 | 23.1 |
| いいえ                                                             | 48 | 52.8 |
| 今後検討予定                                                          | 22 | 24.2 |

表 11 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組で得られた効果（自由記述）

| カテゴリ                          | 記載内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【人生の最終段階における医療に対する住民の関心が高まる】  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住民への普及・啓発が図られている。</li> <li>・ 市民の関心が高くなった。市民フォーラム、終活講座の集客アップにつながった。</li> <li>・ 市民の関心が徐々に高まってきた。</li> <li>・ 終末期に対する意識向上につながった。</li> <li>・ （人生の最終段階における医療を）自分の事として考えて頂くきっかけになった。</li> <li>・ 高齢者もそうだが、若年層からの反響もあった。</li> <li>・ 市民の反応として、「どのように最期を迎えたいかということを家族や子供たちに具体的に伝えておく事の大切さを知ることができた」というものが多く、市民の意識が変化していくのが分かる。</li> <li>・ 選択肢として、在宅での看取りがあることをPRできた。</li> </ul>                                                                                          |
| 【人生の最終段階における医療について考えるきっかけとなる】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自分らしくよりよく生きる事について、考える人が増えた。</li> <li>・ 個別の問題ではあるが、小集団の中で話題提供、意見交換でき、自分のことについて考えることができた。</li> <li>・ 自身の終末期について考えてもらうことができる。</li> <li>・ 人生の最終段階における医療について考えてもらうきっかけとなった。</li> <li>・ 市民が自身の生き方を考えるとともに他者にも積極的に広げる機会となっている。</li> <li>・ まず自分や家族が最期どうしたいのか考えるための参考パンフレットになっている。</li> <li>・ 「今まで考えたことがなかったが、これから考えたい」という意見が多く、考えるきっかけづくりの機会となっている。</li> <li>・ いざというときのために、人生の最終段階における医療の希望を考えておく必要性を認識できるようになった。</li> <li>・ 子や孫及び兄弟が、本人の思いを少しでも分かる資料になってい</li> </ul> |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【家族と話し合うきっかけになる】</p>                   | <p>る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家族と話し合ったことを形に残しておける。自分の最期について、家族と話し合うきっかけづくりができたと言民から意見があった。</li> <li>・ 市民の方に人生の最終段階における医療についてあらかじめ考えることの重要性が周知できた。</li> <li>・ 家族で話し合うきっかけになったとの声があった。</li> <li>・ 家族間で話し合うきっかけになっている。</li> <li>・ 元気な時から人生の終末期までの生き方を考える機会や親族と話し合う機会を持つきっかけとなっている。</li> <li>・ 終末期のことを話すのは今までタブーと思っていたが、元気なときに家族と自分自身の終末について話をする機会を持つことが大切だという認識を深めることができた。</li> <li>・ 治療意志について家族間でコンセンサスを得るきっかけとなった。</li> <li>・ このテーマについて考える機会となった。家族や関係者で話し合うきっかけとなった。</li> </ul> |
| <p>【在宅療養、在宅医療・介護の理解が深まる】</p>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ これまで在宅療養を知らなかった方にも、イメージを持っていただくことができた。</li> <li>・ 在宅医療や介護サービス、相談先等について周知することができた。</li> <li>・ 啓発冊子を出前講座で使用しており、参加した市民の在宅医療・介護について理解が深まっている。</li> <li>・ 入院をしなくても、地域のかかりつけ医によって、ここまでの医療が提供できることを市民に周知できた、</li> <li>・ 在宅医療に関わる職種、相談窓口の認識。在宅医療という言葉を知っている人が増えた。</li> <li>・ 疾病を抱え医療と介護が必要になっても、住み慣れた自宅で自分らしく過ごすことができるよう医療と介護の関係者が連携していることが周知できた。</li> </ul>                                                                                                       |
| <p>【人生の最終段階の医療に対する自身の希望を記すことへの関心が高まる】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広く周知できた。市民が在宅医療に関心を持ち、家族に伝えたいことを元気なうちにエンディングノートに残したいという声を多く聴くことができた。</li> <li>・ リビングウィル（事前指示）の大切さを少しずつ市民へ普及啓発できている。</li> <li>・ 「私の覚書ノート」を配布し記入する事で、本人が自分の今後につ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                        | <p>いての参考にできた等、意思決定支援の効果が得られた。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事前指定書に関する関心が高まった。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 【在宅での看取りの推進】           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 冊子を配布した方から、実際に看取りの際に起きた身体の症状と同じで助かったと意見があった。</li> <li>・ 市民から問い合わせあり、在宅看取りの啓発につながった。</li> <li>・ 残された遺族が助けられた、満足。</li> <li>・ 在宅看取りの割合が増えた。</li> <li>・ 住民向け講演会・出前講座を開催したことで在宅医療を理解され、在宅看取りの件数が増えてきている</li> <li>・ 「あなたの過ごしたい場所はどこですか？」というテーマで、問いかけるメッセージの資料であったため、問いかけるとほとんどの方が「自宅で過ごしたい」と回答された。</li> </ul>              |
| 【関係者が本人や家族を支援するためのツール】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問看護師・ケアマネジャーから、聞くことが困難だったケースについても働きかけがしやすくなったとの意見があった。</li> <li>・ 資料を手渡しし、一緒に記入する中で日頃聞けない本人の思いを聞くことが出来良かったとの声あり。</li> <li>・ 介護支援専門員、小規模多機能型居宅介護支援事業所等、人生の最終段階の支援過程で資料を活用すると、延命や治療に関する話題に入りやすく、本人の意思や家族・支援者の思いを共有しやすい。</li> <li>・ 在宅医療に取り組んでいる医師が、患者に説明するのに役に立っている。</li> <li>・ 人生の最終段階の医療に関する市民の考えを把握できる。</li> </ul> |
| 【在宅医療・介護の連携推進】         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療介護連携推進のための協議会を立ち上げる予定。</li> <li>・ 人生の終末の局面では本人・家族の気持ちの揺れが大きく、最善の選択につなげていただくためには多職種でのアプローチや本人・家族との相互理解が重要であることを、行政及び医療・介護関係者が改めて認識できた。</li> <li>・ 救急搬送時に消防職員が内容を確認し、搬送先医療機関に伝える。</li> <li>・ 医療介護関係者の看取りに関する研修資料として活用できた。</li> <li>・ 関係者が関心をよせる一助になった。</li> </ul>                                                  |



表 12 人生の最終段階における医療に関する資料配布の取組における課題や留意事項

【留意事項】（自由記述）

| カテゴリ                      | 記載内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>【直接説明をした上で資料を配布する】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必ず直接話をしてお渡しする。</li> <li>・ 医療関係者からの説明をした上で配布することとしている。</li> <li>・ 配布の意図を説明した上で、配布している。</li> <li>・ 終末期については個々の考え方等があり、ナイーブな問題なので、そこばかりを強調するのではなく、元気なうちだからこそできることを大切にしていきたいので、介護予防や地域での助け合いについても説明している。</li> <li>・ 保健師の説明を聞いてもらい配布。記入は個人で良く考えてから行う。</li> <li>・ 終活ノート、看取りガイドブックのみの配付はせず、説明を添えて配付する。</li> <li>・ 医療職、ケアマネジャーから必要時に説明を入れながら、利用者、家族に配布する。</li> <li>・ 在宅医、訪問看護ステーションから、対象の家族へ説明を加えての配布が多い。</li> <li>・ 状況に応じて修正はできることを伝える。自分だけでなく、親族や主治医へ意思を伝えることが大切である。</li> <li>・ 死期が迫ってから考えるものでなく元気な時だからこそ、いざという時に備えて家族と話し合うことの大切さを伝えている。</li> <li>・ 本人・家族の心理面に配慮した説明を行う。</li> <li>・ 配架ではなく、必ず窓口で手渡し記入等について説明を行っている。</li> <li>・ なるべく説明して配布することで、資料作成の意図が伝わり、効果的な活用につながる。</li> <li>・ 説明して、活用したいと思う人に配布している。</li> <li>・ 既存の啓発冊子以外に来年度から市で ACP の取組を始めるが、出前講座などで丁寧に活用法を説明しながら配付をすすめたい。</li> <li>・ 介護の現状や資料の説明を行なったうえで配布するのがよい。</li> <li>・ 必ず説明をし、配布している。</li> <li>・ 資料の趣旨等を丁寧に説明した上で、希望する市民に配布することとしている。</li> <li>・ 書き方説明を受けた人のみに配布し、媒体の意図を理解してもらった上での配布をするようにしている。</li> </ul> |

|                 |                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療関係者が説明をしながら配布すること。</li> <li>・ 配架ではなく、専門職（エンディングノートアドバイザー）による説明と手渡しを行っている。家族の分は、持って帰ってもらってもよいが、トラブルを避けるため、友人や地域の人の方は、配付場所を紹介してもらうようにしている。</li> </ul>    |
| 【資料配布の目的を伝える】   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 記入だけでなく、本人や関係者に十分理解してもらい、必要時活用されるように伝えていくことが必要。</li> <li>・ 資料はあくまでも、心構えを持つこと家族と話合うことを目的として、記載することを目的にはしていない。</li> <li>・ 法的効力は全くないことを注意喚起している。</li> </ul> |
| 【強制配布は行わない】     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 強制的配布をしていない。</li> <li>・ 希望者に配布する。</li> </ul>                                                                                                             |
| 【本人・家族の意思を尊重する】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 支援者は本人の意思を尊重しながら共に考え、結論を誘導することなく、適切な助言を行う必要がある。</li> <li>・ 終末期という言葉が利用者にとって重圧にならないか、利用者がどう受け止めるのか留意したい。</li> <li>・ 特定の方針・選択枝に誘導しない。</li> </ul>           |

【課題】（自由記述）

| カテゴリ                    | 記載内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【配布する時期、タイミングの見極めが難しい】  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手渡す時期の見極めが難しい</li> <li>・ 終末期を考えたくない方への配慮。（家族が当人に対し、気遣うことがある）</li> <li>・ 配布するタイミングや市民の理解度の差が課題。</li> <li>・ 配布する時期が大切である。元気な時から考えてもらう。入院中や終末期に配布するのは本人、家族も辛くなり受け入れにくい状況となるため、介護予防教室等での配布などが望ましいと考える。</li> </ul>                                                    |
| 【医療従事者や関係者の内容の理解、協力が必要】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療従事者以外の職員も内容や意図をよく理解して配布する必要がある。</li> <li>・ 終末期の医療行為については、主治医からきちんと説明してもらうことが重要で、医師の協力が必要。</li> <li>・ 終末期医療のことを患者に説明できる医師が少なすぎるし、在宅医療に取り組まない医師が多い。医師の理解、協力は国はもっともっと力を入れて欲しい。</li> <li>・ 看取りをサポートできる訪問看護も必要。</li> <li>・ 自分で書き込めない時は、家族や支援者が聴き取りながら記載す</li> </ul> |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ するため手間がかかる。</li> <li>・ 医療に関する説明がないと書きづらい。</li> <li>・ リビング・ウィルについて、医療機関や救急隊との情報共有が必要。</li> <li>・ 関係者間の情報共有。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                       |
| 【多くの住民への周知、資料の配布】                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ より多くの区民に配布すること。</li> <li>・ あらゆる機会に出来るだけ多くの住民に周知・配布すること。</li> <li>・ 広報の方法。</li> <li>・ 市民講演会開催の際に配布し普及啓発を行っているが、30歳以下及び男性など参加されない（できない）方への普及啓発の方法。</li> <li>・ 住民へのさらなる周知。</li> <li>・ 資料の周知が低い。</li> <li>・ 市民への周知。</li> <li>・ 高齢者施設入居者においては記入・利用率が高いが、個人宅での利用・認知度が伸び悩んでいる。</li> <li>・ 一般市民への普及啓発を行いたい、必要が出たタイミングと対応する職員によるため効果が限定的。</li> </ul> |
| 【人生の最終段階の医療について考えたくない・関心のない住民への意識啓発】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住民が自分の生き方や終末について考えたくないと言う人が多く、意識啓発が難しい。</li> <li>・ 無関心層への周知啓発</li> <li>・ 講座を同時に実施する等、資料に興味をもってもらう工夫が必要。</li> <li>・ 地域の高齢者集いの場で配布しているだけなので、広く周知されていない。</li> <li>・ 住民は病院で死ぬのが当たり前になり、医療にお任せになっている。住民へのリビング・ウィル等啓発も重要である。</li> <li>・ 自分の最終段階を考えたくない、まだ人ごとのように考えている住民が多いので、意識づけが必要。</li> <li>・ 在宅医療への具体的内容の理解が薄い。</li> </ul>                    |
| 【資料の内容の充実、さらなる検討】                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療関係者からは内容的に足りないとの指摘がある。本人がきちんと記入できているか確認できにくい。</li> <li>・ 病院により機能が少しずつ異なるため、リーフレットに一律に表記するのが難しく、詳細に記載すると分かりにくくなりやすい。</li> <li>・ 延命治療の詳細な項目の検討、医療介護関係者との意志統一</li> </ul>                                                                                                                                                                     |
| その他                                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 配布方法、対象、内容の説明など</li> <li>・ 特定の圏域で実施しているため、市町により取り組みの状況が異なる。資料の配布部数についても、市町によりばらつきがあり、普</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>及の状況が異なっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 法的根拠との整合性。</li> <li>・ エンディングノートに法的効果が望めない。</li> <li>・ 終末期における市民意識のデータ化と経年変化を市民に提示し、意識の醸成を図る。</li> <li>・ 終末期の内容に限らずに健康や介護等を含めた内容とした。</li> <li>・ 記者への情報提供等、他の広報媒体と組み合わせ、タイミングよく情報を出すことで、地域住民が手に取りたくなるような戦略的な広報を行った。</li> </ul> |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

表 13 自治体における人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組の有無

|     | n   | %    |
|-----|-----|------|
| はい  | 416 | 36.4 |
| いいえ | 727 | 63.6 |

表 14 自治体における人生の最終段階における医療に関する資料の配布以外の取組状況（自由記述）（取組について「はい」を選択した場合のみ回答）

| カテゴリ                     | サブカテゴリ                       | 内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【住民を対象とした講演会やセミナーの開催・後援】 | 住民を対象とした講演会・フォーラム、シンポジウム等の開催 | 在宅医療・ケア／看取り／人生の最終段階の医療・ケア／在宅医療と介護／エンディングノート／在宅での看取り／終活について／住み慣れた地域で最期まで／ホスピスケア・緩和ケア／人生の最後を迎える場所・住まい／自分らしい生き方・逝き方について／エンディングを考える／地域包括ケア／アドバンス・ケア・プランニング／自宅での平穏死／若い仕度講座／生き方（死生観）と看取り／家で死ぬということ／おひとりさまを生きる極意／尊厳死／看取り、事前指定書について／たたみの上で死ぬということ／延命について／自分の意向と家族の意向の共有／緊急時の対応／終末期における「胃ろう」について／相続について／若いや病気との向き合い方／幸せな人生の最期 |
|                          | 出前講座の実施                      | 将来への心構えや家族との話合いの必要性について／在宅看取り／「元気プラス塾」にて「メッセージノートの使い方」のタイトルで講座を実施                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                          | 映画や DVD の放映・寸劇による啓発          | 千葉県作成 DVD「最期まで自分らしく生きる」期間上映／映画「エンディングノート」の上映／在宅医療・介護連携グループによる看取りの劇による啓発／寸劇による啓                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>発／劇団公演の開催／自治区の健康イベント「生涯学習と健康福祉の集い」において、住民有志と保健医療福祉スタッフが終末期や認知症についての寸劇実施</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                   | <p>集団の健康教育の一部に内容を加える</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>高齢者インフルエンザ予防接種会場にて、ミニミニ介護予防講座を実施し、簡単な内容の講話を行った／認知症フォーラムの中で、終末医療についての内容を入れた／市民大学において、医師による講話の中で「リビング・ウィル、終末医療、看取り等」について話している／家族介護者教室で緩和ケアについて市民の方が参加し学ぶ機会があった／「生きがいとエンディング」をテーマにした講座の1コマで、緩和ケア・ターミナルケアの講義を実施／介護予防教室や認知症サポーター養成講座等で最期の迎え方について講話を行う／市と協同で行っている在宅医療と介護の連携推進事業の中の市民向け講座の中で一つの話題として触れることがある／家庭看護教室にて家族看取りに関するグループワーク実施／タウンミーティングのカリキュラムの一つにおいての市民啓発／市の介護医療を考える会（年12回）開催のうちの研修会「死を看取る一体と心と魂に寄り添って」を開催／毎年、町内各地域で地区住民を対象にした「健康講座」を実施しており、その中で取り上げることがある／地域の高齢者対象の健康教室で重点テーマに取り上げて実施（自分の終末期を各自考える視点で）</p> |
| <p>【医療・介護関係者を対象とした講演会・研修会の実施】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護関係者と看取りについての関係者向け研修会を共催。保健所と一般住民や関係者向けの終末期在宅医療の講演会を共催。</li> <li>・ 医療介護福祉関係者向け講演会の開催。</li> <li>・ 介護支援専門員を対象にした在宅での看取りをテーマにした研修会の実施。</li> <li>・ 在宅医療・介護連携市民フォーラム・研修会の開催。</li> <li>・ 「医療介護連携研修会」の開催</li> <li>・ 地域医師会と共催の公開講座（専門職向け）</li> <li>・ ケアマネジャーを中心とした介護関係者向けの研修を定期的に行っている。</li> <li>・ 介護サービス事業所を対象とした研修会の開催。</li> <li>・ 在宅医療介護連携推進事業の一環として、在宅療養支援診療所に依頼し、終末期に関する研修を実施。</li> </ul> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療介護職を対象とした研修において人生の最終段階における医療に関する資料内容を研修単元としている。医療・介護多職種の研修にて既存の資料を活用し、人生の最終段階における意思決定支援のガイドライン構築に向けた取り組みを実施している。</li> <li>・ 「幸せな最後を迎えるために～看取りの現状それぞれの立場から」というテーマの多職種連携研修を実施。</li> <li>・ 在宅医療多職種連携講演会を開催</li> <li>・ 「在宅医療・介護連携推進講演会」を開催。</li> <li>・ 多職種連携研修の中で、終末期における本人の意思決定支援についてグループワークを通し研修を行った。</li> <li>・ 市の在宅医療・介護連携推進研修会（事例を通したグループワーク）。</li> <li>・ 在宅医療介護連携推進事業研修会の開催。</li> <li>・ 講演会の実施。</li> <li>・ ケアマネジャーへの普及啓発</li> <li>・ 医療・介護関係者と民生委員の一部対象の終末期に関する講演。</li> <li>・ 地域の市町合同で専門職向けの講座を実施。</li> <li>・ 専門職向け研修会の実施。</li> <li>・ 専門職の研修会のテーマとして「緩和ケア」を取り扱っている。</li> <li>・ 多職種の会議にて、DNAR の意思表示があっても、救急隊が出動すると心配蘇生を行わなければならないこと、事前に家族等と最後の迎え方について情報共有しておくことなどを啓発。</li> <li>・ 市地域包括ケアシステム研究会（専門職の自主的な勉強会）において、死に関するテーマのシリーズを実施。</li> <li>・ 医師・訪問看護ステーションよりケアマネジャーの連絡会にてターミナル期について研修を実施。</li> <li>・ 看取りに関する多職種意見交換。</li> <li>・ 医療と介護連携研修会（住民・関係者向け講演会）。</li> <li>・ 専門職に対して ACP の研修会を実施。ACP の説明を高齢者サロンのミニ講座等で実施。</li> <li>・ 町のケアマネジャー連絡会にて ACP 研修を実施。</li> <li>・ 医療・介護従事者向けの研修会の開催</li> <li>・ ソーシャルワーカー、ケアマネジャーなど相談援助職向け研修実施。</li> <li>・ 在宅での終末期を支える医療介護関係者向けの研修会を実施。</li> <li>・ 多職種の専門職を対象とした講演会を開催。</li> </ul> |
| 【医療・介護資源のリスト | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護関係者向け資源リスト発行。</li> <li>・ 在宅医療と介護資源の把握。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>作成】</p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅医療・介護マップに在宅医療の内容を PR。</li> <li>・ 訪問看護ステーションの照会。</li> <li>・ 地域医療介護マップの作成。</li> <li>・ 社会資源、認知症ケアパス（もしもリスト）を作成、往診可能な医療機関の情報提供</li> <li>・ 在宅療養を支援する医療や介護の仕組みや施設等を記載したハンドブック作成と配布。</li> <li>・ 在宅医療介護連携推進講演会を開催、その際に医療介護資源マップ情報や在宅医療介護に関するパンフレットを配布。</li> <li>・ 市医師会ホームページにターミナル患者受け入れ医療機関掲示。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>【懇談会・検討会等の開催】</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域ケア会議等での在宅医療・介護連携の課題の抽出</li> <li>・ 地域ケア会議で終末期における医療連携の在り方について検討。</li> <li>・ 市民医療懇話会（年 1 回）</li> <li>・ 在宅医療懇談会</li> <li>・ 医療介護連携協議会開催（月 1 回）。在宅ケア勉強会開催（年 10 回）</li> <li>・ 在宅医療介護連携で、在宅看取り、医療についての話し合い。</li> <li>・ 市民講座・健康教室・第 2 専門員会に所属する関係機関・団体等における啓発普及学習会など</li> <li>・ 近隣市町村で医療・介護連携推進協議会を立ち上げ、その協議会主催で人生の最終段階をテーマに講演会を行った。</li> <li>・ 地域包括支援センターによる地域個別ケア会議の開催。</li> <li>・ 基幹病院と施設との連携を図り、施設から救急搬送された方の延命治療等に関する意思確認が円滑に行われる体制の構築を目指し、Living Will 研究会を開催。</li> <li>・ 医療・介護連携推進会議の開催。</li> <li>・ 在宅医療・介護連携推進事業において看取りのあり方について検討。</li> <li>・ 医師、歯科医師、薬剤師の合同会議。</li> <li>・ 地域ケア会議での事例検討など</li> <li>・ 在宅医療介護連携にて協議会を発足し今後課題について検討。</li> <li>・ 事例検討会の開催。</li> <li>・ 介護者の会と市の協働による「生き方カフェ（市民啓発）」</li> <li>・ 地域懇談会</li> <li>・ 看取りカフェを実施</li> <li>・ 在宅療養のあり方を検討する住民懇談会。</li> <li>・ 健康づくりをしている集落でスタッフ、医学生と住民が「認知症になっても最後まで住み続けるには」をテーマにグループワーク実施。</li> </ul> |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所を中心としたカンファレンスを随時実施。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 【住民を対象とした意識調査等の実施】           | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域医療に関する町民アンケートの中で「どこで最後を迎えたいか」を問う項目あり</li> <li>・ 救急キット交付事業に使用している様式の項目に「延命・蘇生措置について家族と話し合っていますか。」と問う項目を設けている。</li> <li>・ 地域医療・介護等に関する意識調査（終末期の過ごし方などについてアンケート）。</li> <li>・ ニーズ調査に独自の項目を設け、市民の意識調査を実施。</li> <li>・ 自治体病院医師による終末期の胃ろうに関するアンケート調査。</li> <li>・ アンケート調査「私の医療に関する希望」を実施</li> <li>・ 住民に対し、「終の棲家として希望する住まい」等 23 項目について自記式質問紙調査を実施。</li> <li>・ 診療所利用者にアンケート実施。その際に 65 歳以上高齢者を対象に終末期についての調査を実施。</li> <li>・ 住民へのアンケート調査。</li> <li>・ 関係市町村と連携してアンケートを実施。</li> <li>・ 二次医療圏域でのアンケートを実施。</li> <li>・ 在宅医療の認識や尊重したい人生の最終段階における医療の在り方を調査することで、地域の課題やニーズを把握し、今後の在宅医療・介護連携の取り組みに活かすため、住民・専門職を対象にアンケートを実施。</li> <li>・ 高齢者実態調査において、最期を迎えたい場所や受けたい医療についての家族との話し合い状況などを聴き取り。</li> </ul> |
| 【広報誌等による在宅医療・介護に関する住民への情報提供】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 広報誌への掲載。</li> <li>・ 保健福祉センターだよりに記事として掲載している。</li> <li>・ 町のホームページ内に訪問診療（看取り）の記事を掲載している。</li> <li>・ 出前講座内容のホームページ掲載。</li> <li>・ 在宅医療に関するパンフレット作成および市民啓発（サロン等での周知）。</li> <li>・ 地域包括ケア啓発冊子の作成。</li> <li>・ 在宅医療・介護連携実施のため、パンフレット作成予定。</li> <li>・ 医師会作成の在宅医療のパンフレットを介護認定調査員が要介護者の調査の際に配布。</li> <li>・ 啓発 DVD の作成と地域包括支援センターへの配布。</li> <li>・ 在宅での最終段階（看取り）の DVD 作成中。</li> <li>・ 啓発アニメーション作成。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 【個別の相談】                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 個別事例に対しての相談や支援。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |



|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 支援】 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅高齢者療養等支援窓口の設置。</li> <li>・ 市立病院において、希望があれば、訪問看護の患者に対し、看取りの説明をしている。</li> <li>・ 村立の診療所の医師が受診している高齢者に対し終末ケアや延命措置を希望するかしらないか、最終的に在宅か病院かの希望を聞く取組みはある。</li> <li>・ はるかの窓口の設置。</li> <li>・ 村立の診療所で往診、看取り等の相談をうけており、可能な限り対応している。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「緊急対応ノート」という緊急時の連絡先、病歴、延命治療への意思表示、葬儀の希望等を記入できるノートの作成。</li> <li>・ エンディングノートの作成。</li> <li>・ 全国国民健康保険診療施設協議会モデル事業「終末期にある者とその家族支援に関する事業」を実施。国保診療所医師がエンディングノートを監修。</li> <li>・ 往診主治医による「私の望み」記入。</li> <li>・ 多職種連携マニュアルの作成。</li> <li>・ 町内小規模多機能ホームにて看取りケースのまとめや看取りについて家族と考える取組みを実施。また、一般住民を対象に終末期をテーマにした講演会を実施。以後、介護予防教室などでエンディングノートの紹介や終末期をどう過ごすか考えておくことなどを盛り込み普及啓発を行っている。</li> <li>・ 町民公開講座の開催。医師会等と共同作成した「在宅医療ガイドブック」に人生最終段階における医療について記載し、町内各世帯、医療機関、介護事業所等に配布。</li> <li>・ 公民館等での看取りに関する講演会への講師謝礼の支援</li> <li>・ 出前講座などの啓発事業の委託</li> <li>・ 郡内各町や郡医師会と協働で事前指定書の作成や講演会開催。</li> </ul> |

表 15 人生の最終段階の医療に関する普及啓発の取組を行う上で、資料の作成にあたって参考にした自治体の取組み（自由記述）

【国や団体などの取組み】

- |                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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」</li> <li>・ 公益社団法人在宅医療助成勇美記念財団</li> <li>・ 公益社団法人国民健康保険診療施設協議会「いきいきと生きて逝くために」</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【他の自治体での取り組み】 ※カッコ内の数字は回答数

- ・ 北海道札幌市豊平区等の作成したエンディングノート
- ・ 茨城県筑西市（在宅医療介護連携事業）（3）
- ・ 千葉県医師会
- ・ 東京都練馬区在宅医療ガイドブック。
- ・ 東京都新宿区
- ・ 東京都豊島区
- ・ 東京都目黒区
- ・ 東京都狛江市のエンディングノート
- ・ 東京都府中市のエンディングノート
- ・ 神奈川県横須賀市（7）
- ・ 神奈川県横須賀市在宅療養ガイドブック
- ・ 神奈川県横浜市瀬谷区版エンディングノート
- ・ 神奈川県厚木市版エンディングノート
- ・ 新潟県見附市のエンディングノート
- ・ 新潟県南魚沼市
- ・ 福井県おおい町名田庄診療所の取り組み
- ・ 福井県主催の在宅医療に関する県民公開講座における「わが家での看取り」寸劇、「患者家族によるわが家の看取り体験談」
- ・ 長野県須坂市（5）
- ・ 長野県須高地区（須坂氏・小布施町・高山村）の取り組み
- ・ 静岡県島田市作成したリビング・ウィル島田版
- ・ 愛知県半田市（2）
- ・ 愛知県豊川市
- ・ 愛知県小牧市「わた史ノート」
- ・ 愛知県名古屋市
- ・ 三重県四日市市作成の在宅看取りの冊子
- ・ 滋賀県守山市（3）
- ・ 京都乙訓二次医療圏、私のカルテ
- ・ 京都府社会福祉協議会のわたしの綴り帖
- ・ 大阪市健康局作成のリーフレット案「医療と介護であんしん生活！」（2）
- ・ 大阪市住之江区区民モニターアンケート
- ・ 大阪市東淀川区のリーフレット
- ・ 大阪市西区のリーフレット
- ・ 大阪市大正区の在宅医療マップ。
- ・ 大阪市浪速区

- ・ 大阪府堺市南区のエンディングノート
- ・ 兵庫県国立市在宅療養推進連絡協議会の「くにたち在宅療養ハンドブック」や近隣市町発行資料
- ・ 兵庫県西宮市の医療・介護資源ガイド「望む暮らしをわがまちで」
- ・ 鳥取県西部医師会在宅医療推進委員会で作成したパンフレット『あんしん手帳』
- ・ 島根県松江市島根町での地域包括ケアシステム構築の取り組み
- ・ 岡山県御津医師会制作 DVD
- ・ 岡山県岡山市「在宅医療・介護のすすめ」
- ・ 岡山県赤磐市「お家に帰ろう在宅療養のご案内」
- ・ 広島県（2）
- ・ 広島県地域保健対策協議会
- ・ 広島県大崎上島町
- ・ 香川県綾川町国民健康保険陶病院「あなたはどこで最期を迎えたいですか」
- ・ 愛媛県医療法人「ゆうの森」看取りのパンフレット
- ・ 高知県中央西福祉保健所リーフレット、高知県健康政策部健康対策課パンフレット。
- ・ 熊本県熊本市
- ・ 大分県大分市
- ・ 宮崎県宮崎市の取り組み（わたしのノートなど）（4）
- ・ 鹿児島県垂水市の取り組み（安心ノートなど）（2）

## 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

研究分担者 Thomas D. Mayers 筑波大学医学医療系 助教  
研究協力者 柏木志保 筑波大学医学医療系 研究員  
研究協力者 川邊万希子 株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部  
研究協力者 Bryan J. Mathis 筑波大学医学医療系 助教  
研究協力者 Joshua Gallagher 筑波大学人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻  
研究代表者 田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 教授

### 研究要旨

本研究は『人生の最終段階（End of Life:以下 EOL）における』ケアが国際的にどのように提供されているかを把握するために、17の国及び地域におけるガイドラインの収集を行い、全体像の把握に必要と考えられる項目を選定し、これにそって各国の内容を表にまとめ考察を行った。本研究により、今後の日本の EOL ガイドラインの作成及び改定の示唆を得ることができた。それらは、多様なガイドライン利用者に対応した内容の修正、該当する法律に対する情報の記載、全ての EOL ケアの対象者に対する教育の拡充、最新情報の提供である。さらに、多様な専門家チームと家族とコミュニケーションは、患者の権利を守る上で必須である。ガイドラインはそれを守る上でも助けとなることも示唆された。

### A. 研究目的

EOL 『終末期』ケアに関する法律は常に流動的であるため、ガイドラインは医師や介護者が、医学的また法的に最善の決定を下すための洗練された『ベストプラクティス』の知識源となりうる。超高齢化社会の日本において、質の高いEOLケアを提供する助けとなるガイドラインの必要性が求められている。

本研究の目的は、諸外国および地域における EOL ガイドラインの収集を行い、これらの全体像を把握するために項目を定め、これにしたがってガイドラインを整理し、内容を考察することにある。

### B. 研究方法

本研究では研究チームの構成員が、調査対象の国及び地域におけるガイドラインの収集と考察を行った。ガイドラインはインターネットを使用して収集された。収集したガイドラインの内容は表に整理した。表の項目には、国名、ガイドライン名、出版社・協会、発行年、頁数、要点、人工的水分および栄養補給の関連頁、法令に関する情報、人工的水分および栄養補給の保留と中止の基準、URL、末期における意思決定での家族の役割を選定

した。作成した表からガイドラインの傾向を特定し、それらの内容と構造を考察した。

### C. 研究結果

- 17の国及び地域により 55 のガイドラインが集められた。
- 全てのガイドラインは2000年以降に発行され、その内33（60%）が2012年以降の発行であった。
- ガイドラインは医療専門家、患者およびその家族、または両者を対象としており、対象となる読み手は多様であった。
- 38（70%）のガイドラインが法的問題や関連のある法律の情報を含んでいたが、7（12.7%）の日本のガイドラインの内それらの情報を含んでいたのは1つのみ（高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として、2012,日本老年医学会）であった。
- 48（87%）のガイドラインが治療の保留と中止の情報を含んでいた。
- 47（86%）のガイドラインが質の高いEOLケアの提供には、多様な専門分家から構成されるチームケアの重

要性を強調していた。

#### D. 考察

- 近年発行物されたガイドラインは社会的な要求に対応するかたちで作成、または更新されているといえる。将来的に、ガイドラインの作成・改定には利用者のフィードバックが重要であることが明らかとなった。
- 25頁以下でEOLケアを簡潔に記したガイドラインが出版されている一方で、医療専門家のための参照資料となりうる詳細なガイドラインが作成される必要がある。
- EOLケアには、患者とその家族を含む、全ての者を対象とした教育が必要になるので、多様なガイドラインの作成が必要である。これにより、当事者間の意見の隔たりを埋めることができると考えられる。また、治療の保留や中止など道德上の問題が生じる可能性が高い場合には、多様なガイドラインの作成が特に必要となると考えられる。
- ガイドラインは法律に沿って作成される。包括的なガイドラインの場合には、該当する法律の詳細についても記載すべきである。今回収集した大多数のガイドラインには、法律の情報が記載されていた。しかし、ほとんどの日本のガイドラインには、法に関する情報が含まれていなかった。これは、EOLケアに曖昧さをもたららし、医療専門家と患者を不利な立場に立たせる可能性もある。
- 大多数のガイドラインは、終末期にある患者の意思決定と医療・ケアには、多くの専門家から構成されるチームが必要であることを指摘してい

る。判断が難しい決断は、一人に決断を任せるのではなく、共同で意思決定を下すべきであることを明示している。

#### E. 結論

私たちの調査結果から、EOLケアのための法的に有効かつ適切で、効果的なガイドラインの作成には、国家、地方行政組織、病院間の協力が必要である。さらに、多様な専門分野家からなるチームが全てのプロセスにおいて患者の権利を守ることが不可欠である。これは、今後のガイドラインの作成と改定に導入されるべきである。

なお、本レビューは、英文および和文翻訳したものを論文投稿予定である。参考のために、和文投稿予定の原稿および英文掲載予定の表の一部を翻訳したものを資料として添付する。

#### G. 研究発表

1. 論文発表  
なし  
(英文および翻訳したレビューを投稿予定である。)

2. 学会発表  
なし  
(発表誌名巻号・頁・発行年等も記入)

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

1. 特許取得  
なし

2. 実用新案登録

なし  
3. その他  
なし

資料：(英文レビュー本体の和訳版)

## 人工的水分および栄養補給の保留と中止に重点を置いた終末期ケアガイドラインのレビュー

Thomas D. Mayers 1, 川邊万希子 3, 柏木志保 1, Bryan J. Mathis 1, Joshua Gallagher 2, 田宮菜奈子 1

1. 筑波大学医学医療系
2. 筑波大学人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻
3. 株式会社三菱総合研究所 ヘルスケア・ウェルネス事業本部

### 研究要旨

**Background:** 『人生の最終段階 (End of Life:以下 EOL) における』ケアに関する法律は常に流動的であるため、ガイドラインは医師や介護者が最新の研究を最善の臨床実践に組み込み、法律に従って正しい決定を下すための洗練された知識源となりうる。

**Purpose:** この調査の目的は、各国の EOL ガイドラインの例を分析して、EOL ガイダンスが医師や介護者にどのように提供されているかを全体的に把握することである。

**Method:** この研究では、8人の研究者が各自、様々な国及び地域の国レベルの EOL ガイドラインの収集、分析を行った。データは統一された表に集約。表の項目は、国、ガイドライン名、出版社・協会、発行年、ページ数、要点、人工的水分および栄養補給の関連ページ、法令に関する情報、人工的水分および栄養補給の保留と中止の基準、URL、末期における意思決定での家族の役割、とした。これらのデータより傾向を特定し、この主題に関するガイダンスの構造と表現を考察した。

**Results:** 分析した合計 55 のガイドラインは 2000 年から 2016 年の間に発行され、その内 60% が 2012 年以降の発行であった。ガイドラインの長さは 2 ページから 487 ページまでと様々で、平均は 60 ページであった。ガイドラインは異なる対象読者として医師と医療従事者、または患者とその家族などとしている一方、中には非専門家、専門家、の両方を対象としたガイドラインもあった。分析した 55 のガイドラインのうち 38 (70%) には、関連する法律および法的問題に関する情報が含まれており、48 (87%) に治療の保留と停止に関するアドバイス、44 (80%) に意思決定における家族の役割についての指針が含まれていた。大多数 (86%、n = 47) のガイドラインの類似点は、EOL 治療のチームワークの側面に重点を置いていた。最後に、ガイドラインの 17 (31%) に意思決定網、フローチャート、意思決定プロセスを容易にする情報伝達の視覚的方法が含まれていた。

**Conclusion** 私たちの調査結果によれば、EOL ケアのための効果的なガイドラインを発行するためには、国家、地方、病院の各治験機関間の協力が必要である。さらに多分野の医療チームが、患者や家族とのコミュニケーションとともに患者の宗教、文化、個人的な権利を保護することが必要である。

### 研究目的

医師や介護者にとっても同様に、EOL に近づいている患者への適切な治療とケアに関する決定はしばしば非常に困難である。このような決定は倫理的なジレンマをほらみ、矛盾する意見によって混乱する可能性があるためである。EOL ケアに関する法律は常に流動的であるため、ガイドラインは、医師や介護者が最新の研究を最善の臨床実践に組み込み、法律に従って正しい決定を下すための洗練された知識源となりうる。しかし、EOL ケアのガイドラインは、おそらく他の臨床ガイドラインよりも、心理社会的、文化的、宗教的な問題を考慮する必要がある。つまり患者とその家族の希望と意見を考慮する必要がある。

日本の超高齢社会においては、質の高い、科学的根拠に基づいた高齢者ケア・EOL ケアに対する需要が高まっており、この需要を満たすための明確で一貫したガイドラインの必要性が高まっている。EOL ケアの具体的なシナリオに沿ったガイドラインを作成す

るにはまだ多くの作業が必要であるものの、国際的には日本は緩和ケアに関して世界 14 位にランクされている。我々の研究チームは、こうした背景を受け、様々な国の EOL ガイドラインの例を校合し、EOL ガイドラインが医師や介護者にどのように提供されているかの国際的全体図を把握した。この調査により、将来の日本の出版物に適用されるかもしれないガイドライン内のガイダンスと効果的なコミュニケーション戦略の傾向を特定することができた。

医学的には、人工的水分および栄養補給（以下、ANH）のような生命維持治療は、末期疾患および自然生命過程の最終段階では不要と考えられているが、病気や死に対する、道徳的、宗教的、文化的態度は、おそらく客観的な見方から非常に主観的なものにシフトしてきている。政府機関、準政府機関、専門機関は、医学的、法律的、文化的、宗教的な期待を受け止め、それらすべてを満たすために膨大な量のガイドラインを策定しなくてはならない。この結果、具体的な回答が必要な時に混乱が起こる可能性がある。この研究は、EOL ケアの問題を取り巻く法律や法的助言の詳細は述べてはいないが、EOL ケアに関する仕組みとガイダンスの提供方法の調査について詳細を述べている。この調査は、国際的な視点からさまざまな規制を閲覧する上での重要なステップであり、倫理的に議論を呼び起こすガイドラインがどのように計画、構築、普及されているかについてより良い示唆を提供している。国際的なガイドラインの体系的な文献レビューは既に公表されているが、我々が知る限り、本調査は EOL ガイダンスに焦点を当て、このような多数の国を対象にしたという点で最初の調査である。

## 研究方法

この研究では研究チームが様々な国及び地域の国レベルのガイドラインの収集、分析を行った。ガイドラインはインターネットを使って収集した。データは国、ガイドライン名、出版社・協会、発行年、ページ数、要点、人工的水分および栄養補給の関連ページ、法令に関する情報、人工的水分および栄養補給の保留と中止の基準、URL、末期における意思決定での家族の役割、の項目とし、統一した表に集約した。これらのデータより傾向を特定し、この主題に関するガイドラインの内容と構造を考察した。

この研究では研究チームが様々な国及び地域の国レベルのガイドラインの収集、分析を行った。各研究者は、それぞれの関心に応じて、特定の国または地域に焦点を当てて調査を実施した。収集されたガイドラインの大部分は英語、日本語、スペイン語であった。EOL ケアには多くの異なる課題があり、それらの課題に対応するためのガイドラインが多数ある。したがって、見通しを広くし過ぎるのではなく、ガイドラインが、ANH のテーマをどのように扱っているかに調査の主眼を置くことにした。これはもっとも倫理的に論争の的になる問題の 1 つであり、日本では ANH を受けている高齢者が多いため、ANH に関心がない場合であっても、特に重要である。従って、Google 検索エンジンを使用して、インターネット調査を実施した。「guidelines（ガイドライン）」、「PEG（胃ろう）」、「end of life（終末期）」を検索用語として用いた。ガイドラインを含める基準は、政府機関、協会、団体、機関、慈善団体などの国家レベルのガイドラインとした。出版年に制限は置かなかった。ガイドラインは、概して EOL ケアに関するものであり、特に栄養と水分補給の提供、または治療の保留、取り止めに関するものであった。

ガイドラインを収集した後、研究者はその結果を表形式にした。表の項目は、国、ガイドライン名、出版社・協会、発行年、ページ数、要点、ANH の関連ページ、法令に関する情報、人工的水分および栄養補給の保留と中止の基準、URL、末期における意思決定での家族の役割、の項目とした。データ収集期間は、2016 年 11 月から 2016 年 12 月まで（各研究者のデータを統一した表形式に集約した時期）とした。

## 研究結果

17の国及び地域より55のガイドラインが集められた。オーストラリア (n = 2)、カナダ (n = 2)、ヨーロッパ (n = 2)、ドイツ (n = 1)、香港 (n = 1)、インド (n = 3)、アイルランド (n = 3)、日本 (n = 7)、オランダ (n = 1)、ニュージーランド (n = 1)、ノルウェー (n = 2)、シンガポール (n = (n = 1)、スペイン (n = 2)、スイス (n = 1)、英国 (n = 16)、米国 (n = 9) (表 1)。ガイドラインは2000年から2016年に発行され、60%のガイドラインが2012年以降に発行された。

ガイドラインの長さは2ページから487ページまでと様々で、平均は60ページであった。収集したもののうち9つのガイドラインだけが100ページ以上あり、42% (n = 23) は25ページ以下であった。

我々のチームはガイドラインの対象が様々であることを発見した。つまり、ほとんどのガイドラインは医師や医療従事者を対象にしている一方、患者とその家族や介護者をターゲットにしているガイドラインもあった。欧州評議会の「*Guide on the decision-making process regarding medical treatment in EOL situations*」は、非専門家、専門家、の両方を対象としていた。

EOLケアの関連する法的側面を説明する上で、ガイドラインは3つの基本的なアプローチをとっていることが把握された。

- 1) EOLに関する包括的な説明を提供 (n = 18; 33%)
- 2) 法的な最低限ラインを供述、または関連する法律に合致しているかを提示 (n = 20; 37%)
- 3) 法的問題について全く言及していない (n = 16; 29%)

従って、関連する法律および法的問題に関する情報が含まれているガイドラインは38であり(70%)、このことを述べる重要性が強調されている。2つのヨーロッパのガイドラインは、ヨーロッパの国々の法律が個々に異なるため、明確な法律及び法的問題に関する情報が提供できていなかった。同様に、米国の国レベルのガイドラインは、同じ理由で法的問題について詳細には触れていなかった。この調査で分析された日本の7つのガイドラインのうち、1つだけが法律に言及していた。

ほとんどのガイドライン (n = 47; 86%) は、治療の保留と停止に関するアドバイスを提供し、80% (n = 44) が意思決定における家族の役割についての指針が含まれていた。

ガイドラインの大多数 (n = 47; 86%) は、EOLケアのチームワークの側面に重点を置いており、これはすべてのガイドラインに示唆されていた。収集したガイドラインにおいては、患者の意思決定と医療の提供に対する医療チームの責任を記述するため、学際的な用語を使用している。その他の顕著な類似点として、ガイドラインのほぼ3分の1 (n = 17, 31%) には、最後にガイドラインの17 (31%) に意思決定網、フローチャート、意思決定プロセスを容易にする情報伝達の視覚的方法が含まれていた。(これは当初の分析には含めていなかったが、ガイドラインを見直す中で把握した点である)。

## 考察

我々の研究チームが収集したガイドラインは、世界中で利用可能なEOLガイドラインの網羅的なリストではないが、このテーマについて利用可能なガイダンスの横断的な調査結果を出していると考えている。これらの文書を検討する中で、日本の文脈のため、より良いガイドラインを作成するための多くの提案の基礎をなす多くの傾向を特定した。

大多数のガイドラインは2012年以降に発行された。EOLケアを世界規模で評価した、2010年におけるエコノミストのQuality of Death Index (死の質) の発表は、おそらく、この日以降のガイドライン作成の増加をも説明している。しかし原則的には、ガイドラインを作成することは、おそらく積極的なプロセスではなく、むしろ現行の倫理的問題から生じる懸念に取り組もうとする反応的なプロセスであることを示している。従って、医師、医療従事者、医療提供者からのフィードバックは、法律や医療分野で提起された重要な点に直接対処するための、反応的なガイドラインを作成する際には非常に役立つ。

一方、積極的なガイドラインは、まだ重要だと特定されていない問題に関する解決策



や指針を正確に特定する上ではあまりにも一般的すぎるかもしれない。

複雑さを簡素化する方法として、迅速かつ簡単にアクセス可能な情報を提供する、短くかつ簡潔なガイドラインは、過酷な臨床状況下で重要な時間を節約することができる。しかし、長いガイドラインと短いガイドラインの両方が必要であると言える。両方の重要性を示す例として、国立医療技術評価機構（NICE）が委託したガイドラインである「*Nutrition support in adults Oral Nutrition Support, Enteral Tube Feeding and Parenteral Nutrition*」は175ページで構成され、医師への詳細なガイダンスを提供している。一方、この付録資料として「*NICE Pathways: Nutrition support in adults overview*」は、175ページ版のポイントを8ページに要約している。分量の長短両方タイプの文書は、それぞれの時期やレベルの医師を援助する役割を果たし、これによって意思決定が容易になると言える。

様々な読者を教育し周知するためには、複数のガイドラインが必要である。EOLケアの決定は、臨床医や医療従事者だけでなく、患者やその家族によっても行われている。ガイドラインは、利害関係者間の意見の相違を解消する上で役立つ。従って、素人と専門家を対象とするガイドラインは、長さ、スタイル、内容、および複雑さのレベルは必然的に変わるものの、矛盾していないことが重要である。

医療従事者のためのガイドラインには、関連する法律の説明が含まれている必要がある。医師は、彼らが行う決定が患者の最善の利益だけでなく、自分達が法律の範囲内で行動しているかどうかを知る必要がある。これは特に治療の保留と停止の問題の際に重要となる。特筆すべきは、この調査で分析された7つの日本のガイドラインのうち、1つだけが法律に言及していた。対照的に、15の英国のガイドラインのうち、法律について言及していないのは2つのガイドラインのみである。国家レベルの法律を説明しているガイドラインの一例を出すと、例えば「*the Reference guide to consent for examination or treatment: Second edition*」があり、これは保健省から発行されている。この文書は、EOLを取り巻く関連する英国の法律を明瞭かつ正確な方法で説明しており、治療の保留と停止に関するセクションがある。このような政府発行のガイドラインは、医師や医療従事者がこのような問題に関連する法律をよりよく理解することを備えており、混乱やあいまいさを取り除くのに役立つ。同様に、ガイドラインは常に科学的根拠に基づかなくてはならず、従ってピアレビューされた研究の適切な参照が含まれていなければならない。これは、ガイドラインが複雑で倫理的に課された問題を扱う場合に特に重要である。

我々の研究では、ガイドラインに示されているフローチャートや意思決定網などの具体的な視覚的方法が、意思決定プロセスをさらに支援するためによく使用されることがわかった。しかし、この意思決定という負担は一人の肩だけにとどまるわけではない。我々がレビューしたガイドラインの大部分は、複数の専門分野の医療チームが人生の終わりに近づいた患者の意思決定と介護において果たす重要な役割を指摘しており、協調的な意思決定のプロセスに代わって、困難な臨床判断が直接誰か1人（例えば医師、家族、または患者など）と特定してはならないという点を強調している。この原則はガイドラインの作成の際にも当てはまる。NICEの議長であるDavid Haslam教授は「NICEがガイドラインを作成する方法は、第一に、できる限り最善の方法で証拠を使用し、誰かの気まぐれや意見だけでなく、我々ができる限り透明かつオープンな方法ですべてを試し、我々の指針に追いつくために、臨床医やその他の医療従事者といった専門家と、患者と公衆の両方に働きかけを行っている」と説明している。

## 結論

このレポートでは、EOLガイダンスを国際的な設定で構造化した。55のガイドラインの、皮切りとなる分析を通じて、我々はいくつかの明確なパターンを把握した。ガイドラインの分量はそれぞれ大きく異なったものの、傾向としては長さ25ページ以下のガイドラインが多かった。対象者も様々で、医療従事者と一般国民の両方にEOLガイダンスの必要性が強調されていた。我々は、死と終末期の病気に関する現代的思考の中で、介護者と患者が提起した問題に基づいてガイドラインが作成されていることを見出した。

米国やEUのレベルでは、それぞれの国・州によって法的権利と法令の差異があるた

め、特定の法的ガイドラインは示されていないものの、多くのガイドラインには関連する国レベルの法律と法的問題が含まれていた。

多くのガイドラインには、倫理的に困難な問題である治療の保留と停止や、患者の家族の意思決定における役割が含まれていた。また、意思決定を容易にするためにフローチャートが一般的に使用されることもわかった。最後に、ガイドライン作成のモデルと言える NICE ガイダンスの場合のように、ガイドライン自体が臨床的な意思決定のための学際的なアプローチの重要性を強調していた。

総じて、EOL ケアのための適切かつ効果的なガイドラインを発行するためには、国家、準国家、地方、病院間の協力が必要であり、患者と家族のコミュニケーションに寄り添った学際的な医療チームが、患者の文化的、宗教的、個人的なレベルでの権利を守るために不可欠であると示唆された。

## 謝辞

この研究プロジェクトに参加した Maria Morales Aliaga と小竹 理奈に感謝する。

## References

1. The Economist Intelligence Unit. The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. *Econ.* 2015. file:///Users/Bernat/Downloads/2015 EIU Quality of Death Index Oct 29 FINAL.pdf.
2. Van Beek K, Siouta N, Preston N, et al. To what degree is palliative care integrated in guidelines and pathways for adult cancer patients in Europe: a systematic literature review. *BMC Palliat Care.* 2016;15:26. doi:10.1186/s12904-016-0100-0.
3. Kusano C, Yamada N, Kikuchi K, Hashimoto M, Gotoda T. Current status of percutaneous endoscopic gastrostomy ( PEG ) in a general hospital in Japan : a cross-sectional study. 2016;11(1):7-10. doi:10.2185/jrm.2904.
4. Royal College of Physicians. *Oral Feeding Difficulties A Guide to Practical Care*; 2010. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/oral-feeding-difficulties-and-dilemmas>.
5. Council of Europe. *Council of Europe: Guide on the Decision-Making Process Regarding Medical Treatment in End-of-Life Situations.*; 2014. doi:10.1177/0968533216659785.
6. The Economist Intelligence Unit. *The Quality of Death Ranking End-of-Life Care across the World.* *Econ.* 2010.[http://graphics.eiu.com/upload/QOD\\_main\\_final\\_edition\\_Jul12\\_toprint.pdf](http://graphics.eiu.com/upload/QOD_main_final_edition_Jul12_toprint.pdf).
7. NICE. Nutrition support for adults : oral nutrition support, enteral tube feeding and parenteral nutrition. 2006;(February).
8. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Nutrition support in adults overview. 2016;(February):1-8. <http://pathways.nice.org.uk/pathways/nutrition-support-in-adults>.
9. Department of Health. Reference guide to consent for examination or treatment. *Dep Heal UK.* 2012:11. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/138296/dh\\_103653\\_\\_1\\_.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138296/dh_103653__1_.pdf).
10. NHS Special: What needs to give? [transcript]. Inside Health. BBC Radio 4. February 14, 2017.

[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/138296/dh\\_103653\\_\\_1\\_.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/138296/dh_103653__1_.pdf).

表 各ガイドラインの要点

| Country<br>国         | Guideline<br>ガイドライン                                                                                                                                | Focus (general)<br>要点                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 法令に<br>関する<br>情報 | 人工的<br>水および<br>栄養補給<br>の保留と<br>中止の<br>基準 | 末期に<br>おける<br>決定の<br>役割 |
|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|-------------------------|
| Australia<br>オーストラリア | Good Medical Practice: a<br>Guide of Conduct for<br>Doctors in Australia                                                                           | Good medical practice (the code) describes what is expected of all doctors registered to practise medicine in Australia. It sets out the principles that characterise good medical practice and makes explicit the standards of ethical and professional conduct expected of doctors by their professional peers and the community.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 「Good medical practice」は、オーストラリアで診療を行うために登録された全ての医師に期待されることを記述しています。優れた医療行為を特徴付ける原則を定め、専門家と地域社会によって医師に求められる倫理的および専門的な行動基準を明示しています。                                                                                                                                                                                                                     | ○                | ○                                        | ○                       |
| Australia<br>オーストラリア | National Consensus<br>Statement: Essential<br>Elements for Safe and<br>High-Quality End-of-Life<br>Care                                            | Pg 2: The purpose of this National Consensus Statement: essential elements for safe and high-quality end-of-life care (the Consensus Statement) is to describe the elements that are essential for delivering safe and high-quality end-of-life care in Australia. The Consensus Statement sets out suggested practice for the provision of end-of-life care in settings where acute care is provided.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Pg 2: 「National Consensus Statement」の目的は、オーストラリアで安全で質の高い終末期ケアを提供するために不可欠な要素を記述することです。この声明 (National Consensus Statement) では、急性期医療の提供場所における、終末期ケアに関して推奨される実践的な提供方法が示されています。                                                                                                                                                                             | ○                | ○                                        | ○                       |
| Canada<br>カナダ        | A Model to Guide<br>Hospice<br>Palliative Care: Based on<br>National Principles and<br>Norms of Practice<br>Revised and Condensed<br>Edition: 2013 | Pg 2: The model can be used to:<br>- guide care provided for individuals and families by both primary and expert caregivers<br>- integrate hospice palliative care into chronic disease management<br>- guide the development and management of hospice palliative care organizations<br>- develop professional core competencies, comprehensive curricula and examinations<br>- develop accreditation and minimum licensure standards<br>- allow organizations to compare their practices to nationally accepted norms of practice<br>- promote laws, regulations and policies that facilitate hospice palliative care<br>- develop funding and service delivery strategies that ensure Canadians have access to hospice palliative care when needed.                       | Pg 2: このモデルは、以下のような場合に持ちいられます。<br>・初期及び熟練した介護者の両方によって、個人及びその家族のために提供されるケアを指導する場合<br>・ホスピス緩和ケアを慢性疾患の管理に統合する場合<br>・ホスピス緩和ケアに関する組織の開発とマネジメントを指導する場合<br>・専門的なコアコンピテンシーや包括的なカリキュラムや試験を開発する場合<br>・認定および最低認可基準を作成する場合<br>・組織（医療機関）が自分達の実践内容が国家基準に準拠しているかを比較させる場合<br>・ホスピス緩和ケアを促進する法律、規則、政策を策定する場合<br>・カナダ人が必要に応じてホスピス緩和ケアにアクセスできるようにするための資金提供とサービス提供戦略を開発する場合 | X                | ○                                        | ○                       |
| Canada<br>カナダ        | A Model to Guide<br>Hospice Palliative Care:<br>Based on National<br>Principles and Norms of<br>Practice                                           | To ensure that all Canadians have access to consistent, high quality care that can relieve suffering and improve quality of life, Canada needs a more standardized approach to hospice palliative care. With this kind of approach, individual caregivers and organizations will be more consistent and effective at identifying patient and family issues, the care required to manage each issue, and the resources and functions needed to develop and manage hospice palliative care organizations.                                                                                                                                                                                                                                                                      | すべてのカナダ人が、苦しみを和らげ生活の質を向上させる、一貫した質の高いケアにアクセスできるように、カナダはホスピス緩和ケアに対する標準化されたアプローチが必要です。このようなアプローチによって、個々の介護者や組織は、患者や家族の問題、各問題の管理に必要なケア、ホスピス緩和ケア組織の開発とマネジメントに必要なリソースと機能を特定する上で、より一貫して効果的になります。                                                                                                                                                              | ○                | ○                                        | X                       |
| Europe<br>ヨーロッパ      | Guide on the decision-<br>making process<br>regarding medical<br>treatment in end-of-life<br>situations                                            | P.7: This guide presents, in an informative, summarised form, the principles that can be applied to the decision-making process regarding medical treatment in specific end-of-life situations. The intention is for these principles to be applied regardless of the distinct legal framework in each state. The guide is aimed primarily at the health-care professionals concerned, but it is also a potential source of information and a basis for discussion for patients, their family and close friends, all those providing support, and associations dealing with end-of-life situations. Some elements in this guide could also serve as material for many current debates on end-of-life issues.                                                                 | P.7: このガイドは、特定の終末期の状況における医療に関する意思決定プロセスに適用できる原則を有益な要約形式で提示しています。これらの原則は、各州の異なる法的枠組みに関係なく適用されることが意図されています。このガイドは、主に医療関係の専門家を対象としています。患者、家族、親しい友人、支援を提供するすべての人、および終末期の問題を取り扱う団体のための情報源となります。このガイドのいくつかの要素は、終末期の問題に関する現在の多くの議論の材料としても役立つ可能性があります。                                                                                                         | X                | ○                                        | ○                       |
| Europe<br>ヨーロッパ      | ESPEN guidelines on<br>nutrition in cancer<br>patients                                                                                             | P.1: These evidence-based guidelines were developed to translate current best evidence and expert opinion into recommendations for multi-disciplinary teams responsible for identification, prevention, and treatment of reversible elements of malnutrition in adult cancer patients.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | P.1: これらの科学的根拠に基づいたガイドライン (ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients) は、現在の最良の科学的根拠と専門家の意見を、成人がん患者の低栄養の可逆的要素の特定、予防、治療を担当する複数の専門分野のチームの推奨事項に入れ込むために開発されました。                                                                                                                                                                                      | X                | ○                                        | X                       |
| Germany<br>ドイツ       | Evidenced-based<br>Guideline: Palliative care<br>for patients with incurable<br>cancer                                                             | P.16: The main aim of this guideline is the improvement of symptom control in palliative care for patients with incurable cancer and their families. Improving the quality of care is to be achieved by: 1. providing palliative care services in both a timely manner and in accordance with the affected persons' needs (chapter Palliative care services), 2. treating the common symptoms according to current scientific evidence and clinical expertise (chapter Breathlessness, Pain, Depression, Constipation), 3. enabling conversations with patients and their families to be held and treatment goals to be set together (chapter Communication), 4. ensuring that support in the dying phase can be appropriately and optimally given (chapter The dying phase) | P.16: このガイドラインの主な目的は、治療不能のがん患者およびその家族のための緩和ケアにおける症状コントロールの改善です。ケアの質を向上させるには、次のようにして達成する必要があります。<br>1. 緩和ケアを、適時に患者のニーズに合わせて提供する（緩和ケアサービスの章）<br>2. よく起こる症状を現在の科学的根拠と臨床的専門的知識に従って治療する。（息切れ、痛み、うつ病、便秘の章）<br>3. 患者とその家族との会話を保持できるようにし、治療目標をまとめる。（コミュニケーションの章）<br>4. 死に至る段階での支援が適切かつ最適に行われることを保証する。（死に瀕する段階）                                                 | ○                | ○                                        | ○                       |

|                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                    |   |   |   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| Hong Kong<br>香港   | Palliative Care: Setting the Scene for the future; A position paper of Hong Kong College of Physicians                        | This paper aims to review and project the role of palliative medicine from the professional and service planning perspectives in Hong Kong, taking references from the global development of palliative medicine as a subspecialty and palliative care service                                                                                                                                                                                                  | 本稿の目的は、香港における緩和医療の役割を、専門家とサービス計画の見通しの視点から、下位専門領域・緩和ケアサービスとしての緩和医療の国際的な発展を参考にしながら、再考察・企画することである。                                                                                                    | X | X | X |
| India<br>インド      | Limiting life-prolonging interventions and providing palliative care towards the end-of-life in Indian intensive care         | This position statement aims to minimize inappropriate treatment and optimize palliative care for terminally ill patients in Indian intensive care units by standardizing the process of forgoing life support. It also defines the ethical standards of the physician-patient relationship in the context of critical care practice in India.                                                                                                                  | この声明は、生命維持のプロセスを標準化することにより、不適切な治療を最小限に抑え、インドの集中治療室における末期の患者のための緩和ケアを最適化することを目指しています。これはまた、インドの医療の批判的な文脈の中で語られる、医師と患者関係の倫理基準を定義しています。                                                               | X | 0 | 0 |
| India<br>インド      | Guidelines for end-of-life and palliative care in Indian intensive care units: ISCCM consensus Ethical Position               | This guideline aims to develop an ethical framework and practical procedure for limiting inappropriate therapeutic interventions to improve the quality of care of the dying in the intensive care unit through a professional consensus process                                                                                                                                                                                                                | このガイドラインは、集中治療室における終末期ケアの質を向上させるため、不適切な治療的介入を制限するための倫理的枠組みと実践の手順を、専門的な同意プロセスを通じて、開発することを目的としています。                                                                                                  | 0 | 0 | 0 |
| India<br>インド      | End of Life Care Policy for the Dying: Consensus Position Statement of Indian Association of Palliative Care                  | This position statement aims to develop an End of Life Care (EOLC) Policy for patients who are dying with an advanced life limiting illness and to improve the quality of care of the dying by limiting unnecessary therapeutic medical interventions, providing access to trained palliative care providers, ensuring availability of essential medications for pain and symptom control and improving awareness of EOLC issues through education initiatives. | この声明は、高度な生命を脅かす病気で死に至っている患者のためのエンド・オブ・ライフ・ケア (EOLC) 方針を策定すること、また、不必要な治療的介入を制限すること、訓練された緩和ケア提供者へのアクセスを提供すること、疼痛および症状管理に不可欠な薬物療法の利用を確実にすること、教育イニシアチブを通じてEOLC問題の意識を向上させることにより、死のケアの質を改善することを目的としています。 | 0 | X | 0 |
| Ireland<br>アイルランド | Palliative Care for the Person with Dementia: Guidance Document 7: Ethical Decision Making                                    | The aim of this guidance document is to provide caregivers of people with dementia, regardless of care setting, with a framework to support ethical decision making for people living with dementia at the end of life.                                                                                                                                                                                                                                         | このガイダンス文書の目的は、終末期に認知症を患っている人々のために倫理的な意思決定を支援する枠組みを、認知症の人々の介護者に、介護の環境に関係なくを提供することです。                                                                                                                | 0 | 0 | 0 |
| Ireland<br>アイルランド | Care for the Person with Dementia: Management of hydration and nutrition                                                      | P.6: The aim of this guidance document is to provide evidence-based guidance for healthcare workers on best practice in relation to the assessment and management of hydration and nutrition for a person with dementia throughout their dementia journey. This in turn will support healthcare professionals in their decision-making and communication with the person with dementia and their families/carers.                                               | P.6: このガイダンス文書の目的は、認知症の人の暮らしの中での水分補給・栄養摂取のアセスメントやケアマネジメントに関して、医療従事者に対する科学的根拠に基づいた指針を提供することです。これは逆に、意思決定や認知症の人やその家族や介護者とのコミュニケーションの際、医療専門家をサポートします。                                                 | 0 | 0 | 0 |
| Ireland<br>アイルランド | Guide to Professional Conduct and Ethics for Registered Medical Practitioner                                                  | P.7: In this edition of the Guide, the Medical Council has sought to clarify a number of specific areas, including consent, confidentiality, end of life care, provision of information to the public, prescribing practices and referral of patients. Increased emphasis in recent years on patient safety has also influenced the expansion of guidance on adverse events and open communication with patients.                                               | P.7: 本ガイドのこの版では、医療審議会 (the Medical Council) は、同意、機密保持、終末期ケア、一般住民への情報提供、患者への処方、患者紹介を含むいくつかの特定の分野を明確にしようとしています。近年、患者の安全性に重点が置かれていることは、有害事象の指導の拡大や患者とのコミュニケーションにも影響を与えています。                           | 0 | 0 | 0 |
| Japan<br>日本       | Decision-making in the Care of the Elderly Focusing on Indications for Artificial Hydration and Nutrition (AHN) (in Japanese) | The guideline aims to support appropriate usage of AHN for professional people who works on the site                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ガイドラインは、現場で働く専門家のためのAHNの適切な使用をサポートすることを目指しています。                                                                                                                                                    | X | 0 | 0 |
| Japan<br>日本       | Guideline of Parenteral and Enteral Nutrition (in Japanese)                                                                   | It aims to indicate clinical based proposal for nutrition treatment                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | それは栄養治療のための臨床に基づく提案を示すことを目指しています。                                                                                                                                                                  | X | X | 0 |
| Japan<br>日本       | Guideline of Decision-making process in the End-of-life care (in Japanese)                                                    | It focuses on the way of end-of-life care, and decision-making process of end-of-life care                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | それは、終末期ケアの方法、および終末期ケアの意思決定プロセスに焦点を当てています。                                                                                                                                                          | X | X | 0 |
| Japan<br>日本       | 救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン～3学会からの提言～                                                                                          | 救急・集中治療における終末期医療に関する問題を解決するために、日本救急医学会、日本集中治療医学会、および日本循環器学会は、救急・集中治療における終末期の定義を示し、その定義を考慮したうえで患者、患者家族などや医療スタッフによるその後の対応についての判断を支援する必要があると考え、「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～」を作成した。                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                    | X | 0 | 0 |

|                         |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  |   |   |   |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|---|---|---|
| Japan<br>日本             | 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として                                                                                                                                                                                        | 高齢者ケアの現場において、関係者たちを悩ませる典型的な問題の一つに、何らかの理由で飲食できなくなった時に、人工的水分・栄養補給法を導入するかどうかというものがある。そこで、このような状況において、現場の医療・介護・福祉従事者が AHN 導入をめぐって適切な対応ができるように支援することを目的として、ここにガイドラインを策定する。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  | O | O | O |
| Japan<br>日本             | 消化器内視鏡ガイドライン                                                                                                                                                                                                                        | 本書の目的は、消化器内視鏡診察における技術と知識、および情報開示に必要な諸事の達成目標の標準化である。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  | X | O | O |
| Japan<br>日本             | 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン                                                                                                                                                                                                              | このガイドラインは、終末期を迎えた患者及び家族と医師をはじめとする医療従事者が、最善の医療とケアを作り上げるプロセスを示すガイドラインです。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  |  |  |  | X | O | O |
| Netherlands<br>オランダ     | Caring for people who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life                                                                                                                                       | P.4: In 2011 the Royal Dutch Medical Association (KNMG) ascertained in its position paper entitled 'The role of the physician in the voluntary termination of life' that physicians must be better trained to provide guidance to patients who consciously choose not to eat and drink so as to hasten the end of life. It is expected that care providers will increasingly face this situation. This guide issued by the KNMG and the V&VN Dutch Nurses' Association will help physicians, nurses and carers in preparing these patients for and guiding them through the process, and in initiating or continuing palliative care. | P.4: 2011年、オランダ医科学会 (KNMG) は、「生命の自発的解消における医師の役割」と題したポジションペーパーで、医師が、人生の終わりを早めるために意識的に飲食をしないように選択した患者を指導するために、より良い訓練を受けなければならないということを確認した。ケア提供者はますますこのような状況に直面することが予想されます。KNMGとV&VNオランダの看護師協会が発行したこのガイドは、これらの患者に準備させ、その過程を通して彼らを指導し、緩和ケアを開始または継続している医師、看護師および介護者を支援します。 |  |  |  |  |  |  | O | O | O |
| New Zealand<br>ニュージーランド | Good Medical Practice                                                                                                                                                                                                               | Pg 4: The standards detailed in Good Medical Practice, and in other Council statements, are those which the public and the profession expect a competent doctor to meet and have been developed through discussion with the public and the profession.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pg 4: 「Good Medical Practice」およびその他の評議会の声明に詳述されている基準は、一般市民および専門家が、資格を持つ医師が、公衆および職業を通じた議論を通じて、これを満たすことを期待しているものです。                                                                                                                                                     |  |  |  |  |  |  | O | X | O |
| Norway<br>ノルウェー         | Decision-making processes in the limitation of life prolonging treatment                                                                                                                                                            | P.6: The aim is for the guide to provide a framework for such decision-making processes and support professional care-givers, the patient and next of kin. Because the guide is aimed at the health service as a whole, the need may arise for more detailed guides within certain clinical fields or institutions (1-3).                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | P.6: 目的は、ガイドがそのような意思決定プロセスの枠組みを提供し、専門的な介護者、患者、そして親類を支援することです。なぜなら、このガイドは保健サービス全体を対象としているため、特定の臨床分野または施設内の、より詳細なガイドが必要になる場合があります。                                                                                                                                      |  |  |  |  |  |  | O | O | O |
| Norway<br>ノルウェー         | Guidelines for palliative sedation at the end of life 2014                                                                                                                                                                          | P.1: These guidelines apply in situations where the patient cannot be helped unless his or her consciousness is reduced to a level at which communication with the patient is greatly reduced or has ceased. This will encompass a small number of patients in situations that can be designated as "extreme".                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | P.1: これらのガイドラインは、患者の意識が彼らとのコミュニケーションが大幅に減少または停止したレベルにまで低下しない限り、患者が助けられない状況で適用されます。これは「極端な」状態に指定できる状況にある少数の患者を包含します。                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  | X | O | O |
| Singapore<br>シンガポール     | National Guidelines for Palliative Care and Interpretation Guide                                                                                                                                                                    | It aims to articulate a vision for high quality palliative care. The guidelines cover four domains, namely patient care, family and caregiver support, staff and volunteer management, and safe care. It is envisioned that the guidelines will promote a whole-of-sector approach for continuous quality improvement in palliative care, so that all who suffer from life-limiting illnesses may live their last days in peace, comfort and dignity.                                                                                                                                                                                 | それは、高品質な緩和ケアのビジョンを明確にすることを目指しています。ガイドラインには、患者ケア、家族と介護者のサポート、スタッフとボランティアの管理、安全なケアの4つの領域が含まれています。このガイドラインは、緩和ケアにおける継続的な品質改善のためのセクター全体のアプローチを促進し、生命を脅かす病気に苦しんでいるすべての人々が平和、快適さ、そして尊厳の中で最後の日に生きることを目指すものと想定されています。                                                         |  |  |  |  |  |  | O | X | X |
| South Africa<br>南アフリカ   | Guidelines for the Withholding and Withdrawal of                                                                                                                                                                                    | P.1: The guidance which follows is intended to provide an ethical framework of good practice for health care practitioners in circumstances where they are faced with making a decision on whether to withhold or withdraw life-prolonging treatment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | P.1: 以下のガイダンスは、延命治療を保留または撤回するかどうかの決定に直面した状況において、医療従事者にとってグッドプラクティスのとなる倫理的枠組みを提供することを意図しています。                                                                                                                                                                          |  |  |  |  |  |  | O | O | O |
| Spain<br>スペイン           | Assistance guide: Amyotrophic lateral sclerosis Guide for shared action for the care of persons affected by lateral amyotrophic sclerosis in the SSPA plan of attention to persons affected by rare diseases in Andalusia June 2012 | The Assistance Guide and the development of a Reference Unit for care of people affected by Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), which is presented, are part of the Plan for Care of Persons Affected by Rare Diseases, in response to the task of continuous improvement of Quality, and to respond to the needs and demands expressed by ALS patients, their relatives and caregivers, as well as the needs detected by the professionals involved in the care of these people.                                                                                                                                                    | 「The Assistance Guide」および、提示されている筋萎縮性側索硬化症 (ALS) の影響を受けた人々のケアのための参照単位の開発は、質の継続的改善に応じた、ALS患者、その親族および介護者によって示されたニーズおよび要求、ならびにこれらの人々のケアに関与する専門家によって検出されたニーズに対応するための「the Plan for Care of Persons Affected by Rare Diseases (希少疾病の被害者のケア計画)」の一部である。                       |  |  |  |  |  |  | O | O | O |
| Spain<br>スペイン           | Document of aid to the decision making in the management of patients with advanced dementia                                                                                                                                         | To perform a systematic literature review on the effectiveness of therapeutic interventions in patients with advanced dementia, and from there, and after a discussion by a group of experts of the evidence found, assess the advantages and Disadvantages of each therapeutic measure and draw conclusions for daily practice in the least biased way possible                                                                                                                                                                                                                                                                      | 進行型認知症の患者およびその中から治療的介入の有効性に関する体系的な文献レビューを行うには、発見された証拠を一連の専門家が検討した後、各治療法の利点と欠点を評価し、可能な限り、最小限の偏りの中で、日々の診療について結論を描きます。                                                                                                                                                   |  |  |  |  |  |  | O | O | O |

|                    |                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |   |   |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| Switzerland<br>スイス | End of Life Care                                                                                                                 | P.5: The purpose of these Guidelines is to indicate the tasks, possibilities and limitations associated with the care of patients who are approaching the end of their life. The principal aims are to alleviate suffering and to ensure the best possible quality of life for the patient and support for his family members.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | P.5: このガイドラインの目的は、人生の終わりに近づいている患者のケアに関連する仕事、可能性および限界を示すことです。主な目的は、苦しみを軽減し、患者の最良の生活の質を保証し、家族のための支援をすることです。                                                                                                                                                                                                                           | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making                                                     | Pg 7: This guidance identifies a number of challenges in ensuring that patients receive such care, and provides a framework to support you in addressing the issues in a way that meets the needs of individual patients.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Pg 7: このガイダンスは、患者がそのようなケアを受けられることを保証する上での多くの課題を特定し、個々の患者のニーズを満たす方法で問題に取り組むためのサポートを提供するフレームワークを提供します。                                                                                                                                                                                                                                | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Oral feeding difficulties and dilemmas: A guide to practical care, particularly towards the end of life                          | Pg 9: This document summarises the mechanism of oral feeding, its assessment and the modification of food and liquid to facilitate maintenance of oral nutrition. The metabolic needs of patients are described as well as the consequences of cessation of intake of nutrition. The routes for artificial nutrition and hydration are described including their risks, benefits and complications.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Pg 9: この文書は、経口摂食のメカニズム、そのアセスメント、および経口栄養の維持を容易にする食べ物・飲み物の改善についてを要約しています。患者の代謝ニーズが、栄養摂取の停止の結果と同様に記載されています。人工栄養と水分補給のルートが、リスク、便益、合併症を含めて記載されています。                                                                                                                                                                                      | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Care of dying adults in the last days of life                                                                                    | Pg 3: This guideline responds to a need for an evidence-based guideline for the clinical care of the dying adult throughout the NHS. It is focused on care needed when a person is judged by the multiprofessional clinical team to be within a few (2 to 3) days of death.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Pg 3: このガイドラインは、NHS (National Health Service (国民保健サービス)) を通じて、終末期の成人の臨床的ケアのための、科学的根拠に基づいたガイドラインの必要性に対応しています。これは、多職種臨床チームによって死亡の数日(2~3)以内にあると判断された場合に必要ケアに焦点を当てています。                                                                                                                                                                 | X | X | X |
| UK<br>イギリス         | End-of-life decisions: Views of the BMA                                                                                          | Pg 1: This note summarises the main points from some other BMA publications dealing in detail with aspects of end-of-life decisions. These include withdrawing and withholding life-prolonging medical treatment (3rd edition 2007), Advance decisions and proxy decision-making in medical treatment and research (2007) and The ethics of caring for older people (2009). In addition, some of the BMA's general guidance on the law relating to incapacitated adults and the role of advocates may be relevant to end-of-life decisions and can be found on the BMA website.                                                                                                                | Pg1: このノートではほかのBMAの刊行物寿命末期の決定の詳細についての主なポイントをまとめています。延命治療の撤退と保留(2007年第3版)、治療や研究において事前意思決定と代理意思決定(2007)、および高齢者ケアの倫理(2009)が含まれます。さらに、いくつかのBMAの意思決定能力の失われた大人と終末期の決定に関連する可能性のある代弁者の役割に関連する一般的な法律についてのガイダンスはBMAのウェブサイトで見つけることができます。                                                                                                       | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Advance decisions and proxy decision-making in medical treatment and research: Guidance from the BMA's Medical Ethics Department | Pg 3: This guidance covers the law and ethical issues involved in competent individuals making advance decisions about their later medical treatment and proxy decisions about medical treatment made by other people on behalf of adults who lack mental capacity.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Pg3: このガイダンスは、個人が後の治療を事前に決定を行うことや、精神的に決断をできない大人が代理人を通して意思決定をする法律や倫理の問題をカバーしています。                                                                                                                                                                                                                                                    | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Prolonged disorders of consciousness National clinical guidelines                                                                | Pg 13: The guideline covers:<br>1 Definitions and criteria for diagnosis of vegetative and minimally conscious states<br>2 Assessment, diagnosis and monitoring<br>3 The care pathway from acute to longer-term management<br>4 Ethical and medico-legal issues<br>5 End-of-life decisions and care<br>6 Service organisation and commissioning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Pg 13: このガイドラインは以下の内容をカバーしています。<br>1 栄養状態および最小意識状態の診断のための定義および基準<br>2 評価、診断およびモニタリング<br>3 急性期から長期間にわたるマネジメント(慢性期)へのケアパス<br>4 倫理的および医学的法的問題<br>5 終末期の意思決定とケア<br>6 サービスの組織と職種                                                                                                                                                         | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Serious Medical Treatment Decisions: Best Practice Guidance for IMCAs: PEG Feeds                                                 | Pg 3: This guidance will cover SMT decisions about percutaneous endoscopic gastrostomy tubes commonly referred to as a PEG feeding tube, where the person lacks capacity to give or withhold consent to the treatment.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Pg3: このガイダンスはPEG供給チューブと呼ばれる経皮内視鏡胃経チューブに関するSMT決定について説明しています。なお、ここでは患者は治療への同意をしたり、差し控えたりする能力はありません。                                                                                                                                                                                                                                   | 0 | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Ethics and clinically assisted nutrition or hydration approaching the end of life (Decision Tree)                                | From Website: BAPEN Meeting/Delivering Excellence in Clinical Nutrition Dec 3 2012 - As part of BAPEN's on-going commitment to improve levels of care for those at risk of malnutrition in the UK BAPEN has introduced an innovative Decision Tree resource. The Decision Trees are designed by experts in their field and peer-reviewed by members of BAPEN council and offer a pragmatic and effective tool to assist in the care of those at risk of malnutrition and its consequences. ( <a href="http://www.bapen.org.uk/media-centre/press-releases/293-bapen-unveils-its-decision-trees">http://www.bapen.org.uk/media-centre/press-releases/293-bapen-unveils-its-decision-trees</a> ) | ウェブサイトから: BAPEN会議/臨床栄養の卓越した提供2012年12月3日-英国内の栄養失調にさらされている人たちのケアのレベルを向上させるBAPENの継続的な責任を果たす一環として、BAPENは革新的なDecision Trees方策を導入しました。このDecision Treesはその分野の専門家により設計され、BAPEN評議会のメンバーによって査読が行われ、栄養失調のリスクとその影響を受ける人々のケアを支援するための実用的で効果的なツールを提供します。(http://www.bapen.org.uk/media-centre/press-releases/293-bapen-unveils-its-decision-trees) | 0 | 0 | X |
| UK<br>イギリス         | Nutrition and Hydration in End of Life Care                                                                                      | Guidelines to Nutrition and Hydration in End of Life Care                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 終末期ケアにおける栄養と水分に関するガイドラインです。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | X | 0 | 0 |
| UK<br>イギリス         | Nutritional Advice in Common Clinical Situations                                                                                 | Good practice guide paper                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 素晴らしいガイド論文です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 0 | 0 | X |

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



|                |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |   |   |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| USA<br>アメリカ合衆国 | NHPC Information Pamphlet: Artificial Nutrition (Food) and Hydration (Fluids) at the End of Life     | This guideline is a summary information sheet to family members informing them of the normal changes in appetite and thirst in dying patients. It also provides a reference to a legal basis in refusing ANH and states that, in cases of ambiguity, the ANH will be continued.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | このガイドラインは、死にゆく患者の正常な食欲と喉の渇きの変化を知らせる患者の家族向けの情報の要約シートです。また、ANHを拒否するための法的な根拠も提供し、曖昧な場合にはANHを継続すると述べています。                                                                                                                                                                                     | X | O | X |
| USA<br>アメリカ合衆国 | Academy of Nutrition and Dietetics Practice Paper: Ethical and Legal Issues in Feeding and Hydration | This is a total guideline in legal issues and various situations in which ANH withdrawal might be approached by registered dietitians and includes skill focus area, collaborative guidelines and exact duties of the dietitian on the medical decision team for end-of-life care. Several case studies with patients in different stages of illness and how a dietitian would act as an advocate for nutritive issues and serve to translate confusing medical decisions into plain language.                                                                                                                                                                                                                                 | これは法律問題および登録栄養士によるANHの撤回が近づく可能性のもとにおいて起こりうる様々な状況における総合的なガイドラインであり、スキル重視分野、共同ガイドライン、終末期ケアのための医学的な意思決定チームの栄養士の正確な義務が含まれています。病気の様々な段階にある患者を対象としたいくつかのケーススタディで栄養士は栄養問題の代弁者としてどのように行動するべきか、また複雑な医学的な判断をどのようにして平易な言葉に置き換えるか示しています。                                                              | O | O | O |
| USA<br>アメリカ合衆国 | Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Third Edition                              | This document serves as a landmark collection of recommended standards for palliative/hospice care. It covers: structure, physical aspects, psychological aspects, social aspects, spiritual aspects and cultural aspects of palliative care. It also covers the ethical and legal aspects of such care. Each section contains multiple criteria of care that must be taken into account along with the clinical implications of enacting these standards. No specific medical advice (such as drug dosages or calories per day) is given but general criteria and plans of action are listed.                                                                                                                                 | この文書は、緩和的/ホスピスケアのための推奨基準の目印的なコレクションとして機能します。緩和ケアの構造、身体的側面、心理的側面、社会的側面、精神的側面、文化的側面をカバーしています。また、ケアの倫理的および法的側面もカバーしています。各セクションには、これらの基準を制定する臨床的意味とともに、考慮すべき複数のケア基準が含まれています。具体的な医学的なアドバイス（投薬や1日あたりのカロリーなど）は含まれていませんが、一般的な基準と行動計画などが掲載されています。                                                  | O | X | O |
| USA<br>アメリカ合衆国 | Health Care Guideline: Palliative Care for Adults                                                    | This document is a mechanistic guideline that provides a flowchart of palliative care decision making as well as providing concrete recommendations based on a decision matrix and scoring rubric. Social, physical mental and ethical standards of care are considered. a Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) scoring system is introduced as an objective measuring tool for weighing evidence to direct palliative care. Pg. 5 and 6: Recommendations are by topic, such as in actively dying patients or early intervention and recommendations are scored by quality of evidence (low or high) as well as strength level (weak or strong) and all relevant references are provided. | この文書は、緩和ケア意思決定のフローチャートを提供するとともに、決定マトリックスと採点規格に基づいた具体的な推奨事項を提供する機械的ガイドラインです。社会的、身体的、精神的、倫理基準が検討されています。推奨の格付け評価、開発および評価 (GRADE) 採点システムは、緩和ケアを指示するために計量証拠を客観的に測るためのツールとして導入されました。Pg. 5 and 6: 推奨事項は事項ごとに分かれます。死にゆく患者または早期介入と勧告は証拠の質 (低いあるいは高い) により採点されるのと同様に強弱のレベル (弱または強) とすべての関連文献も提供されます。 | O | O | O |
| USA<br>アメリカ合衆国 | Chapter 5: Opinions on Caring for Patients at the End of Life                                        | Instructions to physicians on the multiple healthcare aspects of End of Life care, including: advance care planning, advance directives, withholding life-sustaining treatment, do-not-resuscitate orders, medically ineffective interventions, sedation to unconsciousness and euthanasia. Nutrition is discussed within a total context of end-of-life concerns                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 医師への人生の最終段階についての複数の医療面に関する指導には: アドバンス・ケア・プランニング、事前指示書、延命治療の差し控え、蘇生拒否指示、医学的に効果のない介入、無意識への鎮静処置、安楽死が含まれます。栄養は人生の最終段階の懸念という全体的な状況の中で議論されます。                                                                                                                                                   | X | O | O |

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査のための予備調査 -小田原市立病院市民公開講座での参加者意識調査-

研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
研究協力者：羽成恭子 小田原市立病院 緩和ケア科 部長  
研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系講師  
研究分担者：柏木聖代 横浜市立大学医学部看護学科教授

### 研究要旨

人生の最終段階における医療に関する意識調査に用いる調査票作成にむけての予備調査を行った。小田原市立病院主催で行われるがんに関する市民公開講座に出席した参加者を対象とし、以下の二つを主要目的として調査を行った。一つは人生の最終段階について考えたことがある人がどのくらいいるのか、また、考えることを促進する要因は何かを明らかにすることを目的とした。二つ目の目的として、死期が迫っている時に、最期を迎える場所として自宅を選択する人はどのくらいいるのか、また、地域のがん医療に対する安心感は自宅を選択することに関連があるかを探ることとした。結果、解析対象者の約 80%が人生の最終段階について考えた経験があると答えた。自分自身が死を身近に感じたり、年齢や病気などで死を意識したりすることは、人生の最終段階について考える要素になることが示唆された。また、最期を迎える場所として自宅を選択した人は解析対象者の 34.4%で、地域のがん医療に対する安心感が強いと有意に自宅を選択することが示唆された。人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票の内容の検討に、今回の調査結果も踏まえていく予定である。

#### A. 研究目的

人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票を作成するための予備調査を行った。なお、今回の予備調査では、主要目的を 2 つあげた。

##### <主要目的 1>

人生の最終段階について考えたことがある人がどのくらいいるのか、また、考えることを促進する要因は何かを探る。

平成 15 年・20 年に行われた終末期医療に関する調査<sup>1)2)</sup>において、終末期医療に対する関心の有無が報告されており、「非常に関心がある」もしくは「少し関心がある」と回答した人はいずれの調査でも約 80%であった。

Nishie ら<sup>3)</sup>は、岡山県在住の 50 歳以上の一般市民 1000 名を対象とした質問紙調

査で、リビングウィルへの関心がある人は全体の 77%であったと報告した。松井ら<sup>4)</sup>は、中国地方の老人クラブ会員 258 名を対象とした質問紙調査で、医療保健専門家による終末期ケアに関する講演への関心が 58.9%に見られたと報告した。調査設計・調査対象者は様々なので直接比較はできないが、人生の最終段階に関する医療やケアへの関心は、市民においてある一定以上認められると考えられる。これまでの人生の最終段階における医療に関する意識調査においては、人生の最終段階での延命治療に関する希望や、その希望を書面で残すことをどう思うか、人生の最終段階の医療について家族と話し合ったことがあるかなどが問われていたが、自分自身が人生の最終段階につい

て考えた経験があるか、もしくはそれを考える必要性についてどう考えているかを問う内容は含まれていなかった。

これらを鑑みて、話し合ったり、書面を作成したりする前の段階である、人生の最終段階を自分自身が考えることに焦点をあてた調査を行うため、人生の最終段階について考えたことがある人がどのくらいいるのか、また、考えることを促進する因子は何かを探ることとした。加えて、人生の最終段階に関して考える必要性をどのくらいの人を感じているか、人生の最終段階にむけて準備をしている人がどのくらいいるのかも調査した。

#### <主要目的2>

死期が迫っている時に、最期を迎える場所として自宅を選択する人はどのくらいいるのか、また、地域のがん医療に対する安心感は自宅を選択することに関連があるかを探る。

望んだ場所で最期を迎えることは、がん患者の「望ましい死」を達成する一つの要素である<sup>5)</sup>。Sanjoらは2007年に、一般市民の55%、がん患者の遺族の50%が自宅での最後を希望していたと報告した<sup>6)</sup>。平成20年に行われた終末期医療に関する調査<sup>2)</sup>では、自分が治る見込みがなく、死期が迫っていると告げられた場合の療養場所を調査しているが、「自宅で最期まで療養したい」と回答したのは10.9%であった。また、同調査では、自宅で最期まで療養することが実現可能と思うかをたずねており、一般国民の約66.2%が「実現困難」と答えた。その理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」79.5%、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」54.1%などが挙げられた。実際、がん患者が自宅で死亡する際には多要因が関連していることが報告されている<sup>7)8)</sup>。しかし、地域のがん医療に対する安心感がどの程度自宅で最期を迎えたいという希望と関連しているかは、明らかとはなっていない。今回の予備調査では、最期を迎える場所として自宅を選択する人がどのくらいいるのかを調査すると共に、地域のがん医療に対する安心感

は自宅を選択することに関連があるかを探る。

この調査結果は検討の上、全国調査用の調査票作成時に参考としていく。

## B. 研究方法

対象は、2016年10月1日に開催された第7回小田原市立病院市民公開講座「がんを知ろう！早期発見から治療まで」の参加者とした。

方法は、無記名式自記式アンケート調査とした。調査票の具体的な質問項目としては、a)自分の人生の最期について考えた経験があるか、b)自分の人生の最期についてあらかじめ考えておく必要性を感じているか、c)あらかじめ自分の人生について考える際に誰かと話し合いたいか、d)自分の人生の最期を考えて具体的に準備をしていることがあるか、e)がん医療に対する安心感尺度(6項目から成り、それぞれが7点のLikert scaleをもつ)<sup>9)</sup>、f)病気は治る見込みがなく死期がせまっている(6か月程度あるいはそれより短い期間を想定)際に、どこで療養したいか、最期を迎えたいかなどである。対象者基本属性評価項目は、年齢・性別・居住地・がんの有無・医療介護従事者かどうか・家族をがんで亡くしたことがあるかを調査した。

解析にはStataを用い、単純な2群間比較にはカイ2乗検定を、多変量解析には多重ロジスティック回帰分析を用いた。P<0.05を有意差ありとした。

倫理的配慮として、調査票は無記名とし、回答するかは任意である説明文を添えた。また、アンケート調査に協力する意思があるかを問う設問を設置し、「はい」を選択した場合には協力同意が得られたとみなし、「いいえ」を選択した場合には協力同意がないとみなし、解析対象から除外することとした。今回の調査は小田原市立病院の倫理委員会の審査の上実施となった。

## C. 研究結果

小田原市立病院市民公開講座への参加

者は141名で、114名から回答を得た（回収率81%）。

＜主要目的1＞

人生の最終段階について考えたことがある人がどのくらいいるのか、また、考えることを促進する要因は何かを探る。

アンケート調査に協力する意思を問う設問に「いいえ」と回答した2名、データ欠損のある11名を除いた101名を解析対象とした（有効回答率71.6%）。解析対象者の帰属性は男性36名・女性65名、年齢は40代21名、50代25名の割合が多く、一般市民47名・医療介護従事者54名であった。担当がん患者が17名含まれており、看取り経験のあるものは34名であった（Table1）。

自分の人生の最期について考えたことがあると答えたのは81名（80.2%）であった。自分の人生の最期について考えた経験は、単解析の結果50歳以上（ $p=0.044$ ）、看取りの経験がある（ $p=0.049$ ）、あらかじめ自分の最期について考えておく必要性を感じている場合（ $p=0.005$ ）に、有意に多い結果を得た（Table2）。

Table1 対象者の基本属性

|         | 解析対象者(n=101) |      |    |
|---------|--------------|------|----|
|         | %            | n(人) |    |
| 性別      | 男性           | 35.6 | 36 |
|         | 女性           | 64.4 | 65 |
| 年齢      | 10-19        | 1.0  | 1  |
|         | 20-29        | 7.9  | 8  |
|         | 30-39        | 5.9  | 6  |
|         | 40-49        | 20.8 | 21 |
|         | 50-59        | 24.8 | 25 |
|         | 60-69        | 17.8 | 18 |
|         | 70-79        | 18.8 | 19 |
| >80     | 3.0          | 3    |    |
| 住所地     | 小田原市         | 70.3 | 71 |
|         | 湯河原町         | 2.0  | 2  |
|         | 箱根町          | 0.0  | 0  |
|         | 真鶴町          | 2.0  | 2  |
|         | その他          | 25.7 | 26 |
|         | 一般市民         | 46.5 | 47 |
| 医療介護従事者 | 53.5         | 54   |    |
| 担当がん患者  | 16.8         | 17   |    |
| 看取り経験   | 33.7         | 34   |    |

これらの変数で多変量解析を行うと、50歳以上（ $p=0.020$ ）、あらかじめ自分の最期について考えておく必要性を感じている場合（ $p=0.008$ ）に有意に自分の人生の最期について考えたことがあるという結果を得た（Table3）。

自分の人生の最期について考えた経験のある人81名には、何が考えるきっかけになったのか複数回答で答えてもらった（Table4）。きっかけとなったものとしては、“家族や親しい人が亡くなる”が41名（50.6%）で最も多かった。次いで“自分の年齢”が37名（43.4%）、“自分の病気”30名（37.0%）、“自然災害（地震や洪水など）”22名（27.2%）が続いた。一方、自分の人生の最期について考えた経験がない人20人にとって、今後考えるきっかけとなりそうなものは“家族や親しい人が亡くなる”が10名（50.0%）と最も多かった。“インターネットの情報”や“本・雑誌の情報”がきっかけになりそうだと考えている人は一名もいなかった。

全解析対象者101名のうち、人生の最期についてあらかじめ考えておく必要性を感じているのは92名（91.1%）であった。あらかじめ考えておく必要性を感じている92名に、なぜ考えておく必要性を感じているのかを複数回答で調査すると、“家族に迷惑をかけたくないから”65名（70.7%）、“いつ何が起こるかわからないから”52名（56.5%）、“自分のことは自分で決めたいから”40名（43.5%）であった（Table5）。また、あらかじめ考えておく必要性を感じている92名のうち、74名（80.4%）が誰かと話し合いたいと考えており、特に家族と話し合いたいと考えている人が69名であった。

全解析対象者101名のうち、人生の最期についてあらかじめ考えておく必要性がないと感じている人は9名（8.9%）で、その理由を複数回答で問うと、“先のことわからないから”5名、“自分では決められないから”2名であった。

全解析対象者101名のうち、実際に自分の最期のことを考えて具体的に準備を

Table2 自分の人生の最期について考えた経験があることに関連する要因(単解析) n=101(人)

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

Table3 自分の人生の最期について考えた経験があることに関連する要因(多重ロジスティック解析) n=101(人)

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

\*CI: confidence interval

しているか問うと、25名(24.7%)で準備をしていると回答を得た。具体的にはどのような準備をしているか複数回答の問いでは、“保険の見直し”10名、“葬儀や墓の意思表示”10名が最多であった。“延命治療に関する意思表示“や”遺言書作成“を行ったと回答したのはそれぞれ6名であった。

### <主要目的2>

死期が迫っている時に、最期を迎える場所として自宅を選択する人はどのくらいいるのか、また、地域のがん医療に対する

安心感は自宅を選択することに関連があるかを探る。

アンケート調査に協力する意思を問う設問に「いいえ」と回答した2名、データ欠損のある16名を除いた96名を解析対象とした(有効回答率68.1%)。

解析対象者全員における地域のがん医療に対する安心感尺度平均値は26.7点、中央値27点であった。病気は治る見込みがなく死期がせまっている際に、33人(34.4%)が自宅で最期を迎えたいと回答した。単解析の結果、地域のがん医療に対する安心感尺度が29点以上(p=0.030)、

Table4 人生の最期について考えたきっかけ  
(複数回答)

|               | n=81 |      |
|---------------|------|------|
|               | %    | n(人) |
| 家族や親しい人が亡くなる  | 50.6 | 41   |
| 自分の年齢         | 43.4 | 37   |
| 自分の病気         | 37.0 | 30   |
| 家族や親しい人の病気    | 30.9 | 25   |
| 自然災害(地震や洪水など) | 27.2 | 22   |
| 著名人の病気や訃報     | 18.5 | 15   |
| テレビの特集番組      | 14.8 | 12   |
| 考える必要性への理解    | 14.8 | 12   |
| 本・雑誌の情報       | 7.4  | 6    |
| 考える内容が明確だったから | 4.9  | 4    |
| 相談する相手の存在     | 3.7  | 3    |
| インターネットの情報    | 3.7  | 3    |
| 退職            | 2.5  | 2    |
| その他           | 1.2  | 1    |

※人生の最期について考えた経験がある人 81 名が回答

Table5 人生の最期についてあらかじめ考える  
必要性を感じている理由(複数回答)

|                 | n=92 |      |
|-----------------|------|------|
|                 | %    | n(人) |
| 家族に迷惑かけたくないから   | 70.7 | 65   |
| いつ何が起こるかわからないから | 56.5 | 52   |
| 自分のことは自分で決めたいから | 43.5 | 40   |
| 決めておかないと不安だから   | 17.4 | 16   |
| 歳をとったから         | 13.0 | 12   |
| 病気があるから         | 10.9 | 10   |
| その他             | 1.1  | 1    |

※人生の最期についてあらかじめ考える必要性があると答えた 92 名が回答

Table 6 最期を迎える場所として自宅を選択することに関連する要因(単解析)n=96(人)

|                  | 最期を自宅で迎えることを希望<br>(n=33) |      | 自宅ではない場所を希望<br>(n=63) |      | P  |       |
|------------------|--------------------------|------|-----------------------|------|----|-------|
|                  | %                        | n    | %                     | n    |    |       |
| 地域のがん医療に対する安心感尺度 | <29 点                    | 25.9 | 15                    | 74.1 | 43 | 0.030 |
|                  | ≥29 点                    | 47.4 | 18                    | 52.6 | 20 |       |
| 希望する療養の場所        | 自宅                       | 57.1 | 16                    | 42.9 | 12 | 0.003 |
|                  | その他                      | 25.0 | 17                    | 75.0 | 51 |       |

自宅で療養を望む(p=0.003)要因で、有意に最期を迎える場所として自宅を選択することが示された(Table6)。これらの変数で多変量解析を行うと、地域のがん医療に対する安心感尺度が 29 点以上(p=0.042)で有意に最期を迎える場所として自宅を選択することが示された(Table7)。

#### D. 考察

人生の最終段階における医療に関する意識調査調査票を作成するための予備調査を、小田原市立病院市民公開講座参加者を対象として主要目的 2 つの側面から実施した。

今回の調査では、年齢が 50 歳以上となることと、あらかじめ人生の最終段階について考える必要性を感じていることが、有意に自分の人生の最終段階について考える経験を促進する可能性が示された。人生の最終段階について考えた具体的なきっかけを探った質問結果も含めて考えると、自分自身の実感として死や年齢を意識することが、人生の最終段階について考えることを促進することにつながると解釈することができる。一方で、これまで人生の最終段階について考えた経験のない人も、考えるきっかけと成り得る因子として、“家族や親しい人が亡くなる”ことを選択した人が最も多い結果となった。いずれの結果からも、自分の身近に死を感じる機会は、自分の人生の最終段階を考える一つの大きな要因と成り得ると考えられた。

Table 7 最期を迎える場所として自宅を選択することに関連する要因(多重ロジスティック解析)n=96(人)

|                  | 最期を自宅で迎えることを希望<br>(n=33) |    | 自宅ではない場所を希望<br>(n=63) |    | Odds Ratio | 95%CI*    | P     |
|------------------|--------------------------|----|-----------------------|----|------------|-----------|-------|
|                  | %                        | n  | %                     | n  |            |           |       |
| 地域のがん医療に対する安心感尺度 |                          |    |                       |    |            |           |       |
| <29点             | 25.9                     | 15 | 74.1                  | 43 |            |           |       |
| ≥29点             | 47.4                     | 18 | 52.6                  | 20 | 2.49       | 1.03-5.99 | 0.042 |

\*CI: confidence interval

なお、自然災害(地震や洪水など)も、人生の最終段階を考えるきっかけとなることも示された。

人生の最期についてあらかじめ考えておく必要性を感じている人に、なぜそのように感じているかの理由を尋ねた結果、自分のことは自分で決めたいと考えているからと答えた割合は半数に満たなかったが、家族に迷惑をかけたくないからと答えた割合が7割を超えたことは興味深い。Miyashitaら<sup>5)</sup>はがん患者を対象とした調査において、日本における Good death に寄与する18要素を報告しており、誰かの負担にはなりたくないという要素は、最重要の要素の一つであると報告した。日本においては自律性よりも、他人との関係性に重きをおいているのかもしれないと同報告では言及しており、今回の調査においても、これに矛盾しない結果となった。

今回の調査では、実際に人生の最期にむけて具体的な準備をしている人は有効回答者のうち24.7%にとどまった。また、具体的な準備内容は、医療的な内容よりも葬儀や墓、保険に関する準備と答えた人の方が多かった。一般国民にとって人生の最終段階で関心が高いのは、延命治療をどうするかや遺言書作成よりも、生活に直結する経済的な面や、死亡後の葬儀や墓なのかもしれない。

また、地域のがん医療に対する安心感が高いと、最期を迎える場所として自宅を選択することが示唆された。自宅で最期を迎えることを考える際に、地域で支える医療に関する不安を軽減することは、自宅で最期を迎えたいと希望する人を増やす可能性が考えられた。

今回の調査には限界がいくつかある。最も大きな限界として、調査対象者の選択バイアスがある。調査対象者は市民公開講座参加者であり、もともと医療に関する関心が高い可能性がある。また、解析対象者の人数が少ないこと、半数が医療介護関係者であることも挙げられる。これらを考えると、全国国民調査で調査対象者が増加し、それが一般市民であれば、今回の調査結果よりも人生の最終段階における話し合いの必要性を考えている人、実際に最期にむけて準備している人はさらに少ない可能性がある。加えて、地域のがん医療に対する安心感尺度は、あくまでもがん医療に関する尺度であるため、全ての疾患を包含した評価とすることが適切ではない可能性がある。全国調査では、がんのみに焦点をあてた調査内容ではないため、この尺度を使用するかは検討が十分に必要である。

## E. 結論

自分自身が死を身近に感じたり、年齢や病気などで死を意識したりすることは、人生の最終段階について考える要素になることが示唆された。過去の人生の最終段階における医療に関する意識調査では、調査対象者自身が人生の最終段階における医療に関して考えたことがあるかを問う設問はなかったが、今回の結果を踏まえ、このような内容の設問を調査票に加えるかどうかを検討していく。また、自宅で最期を迎えることを考える際に、地域で支える医療に関する不安を軽減することは、自宅で最期を迎えたいと希望する人を増やす可能性が考えられるため、最期の場所として自宅を選択する際の不安

を探る調査をすることには、意義があると考えられた。

#### F. 健康危険情報

特記なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

なし

##### 3. その他

なし

#### 参考文献

- 1) 終末期医療に関する調査  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>
- 2) 終末期医療に関する調査  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>
- 3) Nishie Hiroyuki, Mizobuchi Satoshi, Suzuki Etsuji, et al: Living will interest and preferred end-of-life care and death locatopns among Japanese adults 50 and over: a population-based survey. Acta Medica Okayama, 2014; 68 巻 6 号 339-348.
- 4) 松井美帆, 森山美知子: 終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因. 生命倫理 2004; 14 巻 1 号 65-74.
- 5) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al: Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. Ann Oncol 2007;18:1090-7
- 6) 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

- 7) Gomes B, Higginson IJ. Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer. : Systematic review. BMJ 2006;332:515-21
- 8) Ishikawa Y, Fukui S, Saito T et al. Family Preference for place of death mediates the relationship between patient preference and actual place of death: a nationwide retrospective cross-sectional study. PLoS One. 2013;8(3)
- 9) Ayumi Igarashi, Mitsunori Miyashita, Tatsuya Morita , A Scale for Measuring Feelings of Support and Security Regarding Cancer Care in a Region of Japan: A Potential New Endpoint of Cancer Care. Journal of pain and symptom management, 2012;43 218-225



## 人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた 内外の文献レビュー

その 1. 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献レビュー  
その 2. 「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究  
(J-HOPE 研究)」の結果から

研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
研究分担者：濱野淳 筑波大学医学医療系 講師  
研究協力者：羽成恭子 小田原市民病院 緩和ケア科 部長

### 研究要旨

今回の人生の最終段階における医療に関する意識調査の調査票作成に際し、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかをあらかじめ考えておくことの意義、およびその関連要因に焦点をあてた文献レビューや国内外の情報収集(その 1)を行った。また、我が国の代表的な遺族調査である「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 (J-HOPE 研究)」について(その 2)、詳細に検討をした。

その結果、人生の最終段階においてどのような医療を受けたいかをあらかじめ考えることに関して調査する際は、調査設計や調査対象者の帰属性が結果に影響する可能性を考慮した調査票作成が必要であると考えられた。加えて、J-HOPE 研究では人生の最終段階の治療の目標や過ごし方に関する話し合いをもつことは、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「人生の最終段階に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されていたことより、今後、わが国においても、これらの話し合いを国民に促すことを考慮した調査票作成には意義があると考えられた。

\* J-HOPE では終末期という言葉が使われていたが、この研究要旨の中では、今後の調査にあわせ「人生の最終段階」という言葉に置き換えた

### 1. 国内外のアドバンスケアプランニングに関する文献レビュー

#### A. 研究目的

アドバンスケアプランニング (ACP) は、年齢・健康状態に関わらず、個々人の価値観、人生のゴール、将来の医療ケアに関する好みを理解し共有することで、成人を支援するプロセスと定義され<sup>1)</sup>、人生の最終段階におけるケアや、患者・家族の満足

度を改善すると報告されている<sup>2)</sup>。事前指示書は日本においては法的整備がなされてはいないが、人生の最終段階におけるアドバンスケアプランニングの要素の一部を成し、自分自身がコミュニケーションをとれなくなった状況における計画や人生の最終段階での希望を記載する文章である<sup>3)</sup>。意識調査の調査票を作成するにあたり、アドバンスケアプランニングや事前指示書に関する文献的レビューを行

った。

## B. 研究方法

### <国外文献>

PubMed、を用い、ヒトを対象とした研究において、advance care planning OR advance care directive AND review AND Cochrane をキーワードとし、2017年5月までに掲載された文献を検索した。また、Cochrane Library を用いて advance care planning OR advance care directive AND review をキーワードとし、2017年5月までに Cochrane review として掲載された文献を検索した。検索された文献のうち、アドバンスケアプランニング・事前指示書作成に関するレビューを包含基準とし、がん以外の特定の疾患の患者を対象とした研究、研究対象者が医療者のみの研究、救急・ICU 領域における研究、介護施設のみにおける研究、経済効果に関する研究は除外した。

### <国内文献>

医学中央雑誌を用いて、アドバンスケアプランニング AND 原著論文をキーワードとし、2017年5月までに掲載された文献を検索した。検索された文献のうち、人を対象としたメタアナリシスもしくは RCT、準 RCT、比較試験を抽出し、その中で市民・外来患者を対象とした意識調査をレビューすることとした。

## C. 研究結果

### <国外文献>

PubMed では 32 本が検索され、基準を満たした 5 つの文献を検討した(表 1)。なお、Cochrane Library では 24 本が検索されたが、基準を満たす文献は認めなかった。

Carmen H. M. Houben<sup>4)</sup>らの調査にて、1999～2005 年、2006～2012 年の期間は 1992～1998 年と比較して、単に事前指示書作成に焦点をあてた介入よりも、事前指示書作成も含めたコミュニケーションに焦点をあてた介入が有意に多いことが示された。また、ACP は成人における事前指示書の完成を増加させ (OR 3.26;95% CI 2.00-5.32;P<.00001)、EOL (End-of-life)

ケアの希望に関する患者と医療者の話し合いを増し (OR 2.82;95% CI 2.09-3.79;P<.00001)、患者の希望と実際に受ける EOL ケアの一致をもたらすこと (OR 4.66;95% CI 1.20-18.08;P=.03) が明らかとなった。この調査ではどのような ACP アプローチがベストなのかはわからないが、多くの結果に示される ACP の肯定的な影響を考えると、通常の臨床的ケアに ACP を実行することは推奨されると報告した。

Christine R Durbin<sup>5)</sup>らは、どのような教育を行うと事前指示書の作成率が増加するかを調査している。例えば文章や言語、映像、コンピューターを用いた教育があるが、それぞれ単独で教育介入しても、事前指示書作成率が上昇するという効果は認められなかった。一方で、文章と言語もしくは映像を加えた複合的アプローチの方が、単一のアプローチより有意に事前指示書作成率が増加することが明らかとなった。

Elizabeth Weathers<sup>6)</sup>らは、65 歳以上の高齢者において、ACP が症状マネジメントや EOL ケアの質やヘルスケアの利用にどのような効果をもたらしているのかレビューを行った。多くの文献で ACP は患者の知識などを向上させる有益性が語られているが、その結果患者の症状マネジメントや EOL ケアの質がどう変わったかの効果を評価する比較試験は行われていないことを明らかにした。

Jolien J Glaudemans<sup>7)</sup>らは、プライマリケア提供者の実臨床における ACP の実態を調査した。医師の 69%が終末期の心肺蘇生に関して主導的に話し合いをしており、ほとんどの医師が、終末期もしくは命に係わる疾患による苦痛がある患者に対して ACP を主導的に行っていると報告した。一方で健康な高齢者の回答では、プライマリケア提供者と ACP の話し合いをしたという人は 15%であったとの報告もあり、患者はプライマリケア提供者が報告するほど ACP を行っているとは思っていないことを示した。

Stephanie Johnson<sup>8)</sup>らは、がん患者にお

ける ACP の知見の統合を行い、誰が ACP にアプローチしているのかレビューを行った。36~47%のがん患者が現在もしくは今後のヘルスケアに関する意思決定に家族を含むことを望む一方で、34.4%においては自分自身で決めることを好むものもいる。患者は自身が知的機能を失った時に、ヘルスケアに関する意思決定をコントロールすることができるという意味での ACP には関心を示さない傾向がある。多くの文献で、患者は希望が病状で変化することも、その希望が通らないかもしれないことも、希望に従うかどうかを家族や医療者がそれぞれの判断をすることも受け入れており、信頼した医療者に治療の決定を委託することを幸せに感じていることを報告した。

#### <国内文献>

138 本が検出されたが、基準を満たす 4 文献を参考とした(表 2)。

Nishie らの論文によると<sup>9)</sup>、岡山県在住の 50 歳以上の一般市民 1000 名のうちリビングウィルへの関心がある人は全体の 77%であった。

島田らの論文によると<sup>10)</sup>、終末期医療の希望に関する伝達状況は、会話も記録もある人が 10.0%、会話のみある人が 39.0%、会話も記録もない人が 47.6%と、記録より会話による方法をとることが多いという結果であった。

西岡らの論文によると<sup>11)</sup>、後期高齢者(75 歳以上)の 63%、74 歳以下の 76%が終末期の医療やケアについて自己決定を望む結果となった。研究対象者は高齢者医療をテーマにした市民公開講座に参加した一般市民 210 名である。一方で、松井らの論文によると<sup>12)</sup>、延命治療の意向について医師や家族に任せたいという非自己決定群が 58.6~61.1%みられた。この論文における研究対象者は中国地方の老人クラブ会員 258 名であった。また、松井らは、医療保健専門家による終末期ケアに関する講演への関心が 58.9%に見られたが、前期高齢者に関心が高い傾向であったことを報告した。

#### D. 考察

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

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

#### E. 結論

アドバンスケアプランニングや事前指示書に関する内容を調査する際は、調査設計や調査対象者の帰属性が結果に影響する可能性がある。調査結果はこれらを踏まえて分析できるような調査票作成が必要である。

#### F. 健康危険情報

特記なし

#### G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

謝辞：

レビューにあたり、筑波大学医学群医学類3年次3年塚崎栄里子氏にご協力いただいた。

## 参考文献

- 1) Rebecca L. Sudore, Hillary D. Lum, John J. You, et al: Defining advance care planning for adults: a consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. *J Pain Symptom Management*, 2017; 53: 821-833,
- 2) Karen M Detering, Andrew D Hancock, Michael C Reade, et al: The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomized controlled trial. *BMJ*, 2010; 340: c1345
- 3) National Hospice and Palliative Care Organization  
[www.caringinfo.org/files/public/brochures/Understanding\\_Advance\\_Directives.pdf](http://www.caringinfo.org/files/public/brochures/Understanding_Advance_Directives.pdf);
- 4) Carmen H.M. Houben, Martijn A. Spruit, Miriam T.J. Groenen: Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis. *JAMDA*, 2014; 15 477-489
- 5) Christine R. Durbin, Anne F. Fish, Jean A. Bachman, et al: Systematic review of educational interventions for improving advance directive completion. *Journal of Nursing Scholarship*, 2010; 42:3, 234-241
- 6) Elizabeth Weathers, Ronan O' Caoimh, Nicola Cornally: Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults. *Maturitas*, 2016; 91 101-109.
- 7) Jolien J Glaudemans, Eric P Moll van Charante, Dick L Willems: Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review. *Fam Pract*, 2015; 32 16-26.
- 8) Stephanie Johnson, Phyllis Butow, Ian Kerridge: Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers. *Psychooncology*, 2016; 25 362-386.
- 9) Nishie Hiroyuki, Mizobuchi Satoshi, Suzuki Etsuji, et al: Living will interest and preferred end-of-life care and death locations among Japanese adults 50 and over: a population-based survey. *Acta Medica Okayama*, 2014; 68 巻6号 339-348.
- 10) 島田千穂, 中里和弘, 荒井和子ら: 終末期医療に関する事前の希望伝達の実態とその背景. *日本老年医学会雑誌* 2015; 52 巻1号 79-85.
- 11) 西岡弘晶, 荒井秀典: 終末期の医療およびケアに関する意識調査. *日本老年医学会雑誌* 2016; 53 巻4号 374-378.
- 12) 松井美帆, 森山美知子: 終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因. *生命倫理* 2004; 14 巻1号 65-74.

## 2. 我が国におけるがん患者遺族を対象とした調査に関する知見からみた「人生の最終段階における医療のあり方に関する調査」に向けた考察—「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（J-HOPE 研究）」の結果から

### A. 研究目的

我が国では、2006 年度から日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団による「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究（以下 J-HOPE 研究）」が行われ、2016 年度までに計 3 回の遺族調査が全国規模で行われている。J-HOPE 研究の結果は、我が国の人生の最終段階における医療提供体制を検討するうえで、重要な知見と考えられる。そして、J-HOPE 研究の結果は、日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団のホームページで一般公開されているため、「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」の今後の方針に反映させることを目的に、関連する知見を中心にまとめていく。

### B. 研究方法

「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」の結果や考察をレビューし、「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」に反映させる。

### C. 研究結果

#### 1. 本邦における End-of-Life (EOL) discussion の実態<sup>1</sup>

山口らは、EOL discussion の有無と遺族の精神的な健康状態や患者の望ましい死の達成・終末期に受けるケアの質の関連について調査している。この調査では、EOL discussion が「延命・蘇生処置を行うか」や「療養場所の選択」などの「終末期の治療の目標や過ごし方に関する話し合い」のことを指すとされている。

13,711 名のがん患者遺族に対して質問紙を送付し、9,123 名より回答があった。回答した遺族のうち 80.6%で医療者と

EOL discussion の場がもたれていた。また、EOL discussion の開始は入院中の状況が多かったが、それは患者死亡の 1 カ月以上前であることが多かった。そして、EOL discussion をもった場合、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なく、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されている。

#### 2. 療養場所の意思決定プロセスの実態および家族への影響について<sup>2</sup>

荒尾らは、緩和ケア病棟に入院した患者の遺族を対象として、終末期がん患者の家族がたどる療養場所の意思決定プロセスの実態および療養場所の意思決定プロセスにおけるどのような体験が家族の負担感に関連しているのかを調査している。その結果、37%の家族は意思決定プロセスにおいて、心理的重圧や苦痛を感じていたとされている。また、意思決定プロセスにおいて、治療内容の説明や今後の見通しは 80%以上が伝えられていたが、約 30%の遺族は家族の心配事や気持ちを聞く、価値観を共有する関わりがなかったと回答したと報告されている。また、緩和ケア病棟への入院を決めた時期や入院のきっかけも負担感の要因であったと報告されている。荒尾らは、この結果から、療養場所の意思決定において、家族の負担感を軽減するためには、早期から療養の場所を決めることや、家族の心情や価値観を共有するケアの必要性を示唆している。

#### 3. 心肺蘇生に関する望ましい意思決定の在り方について<sup>3</sup>

木澤らは、家族からみた心肺蘇生の意思決定時のコミュニケーションの改善の必要性と家族のつらさ、そして、改善の必要性とつらさに関連する要因について調査している。その結果、緩和ケア病棟の遺族の約 3 割は、心肺蘇生に関する説明・相談の仕方について改善が必要であると回答したと報告されている。また、心肺蘇生に関する説明・相談の改善のためには、家

族が、「自分の決断が正しいかどうかの確認がもてない」「命に関することを自分が決めるような負担感」「奇跡が起きて元気になるかもしれないという思い」「大切な人の命を終わりにしてしまう自責感」「自分からは言い出せない気持ち」をもって、いるということを念頭におき、「プライバシーが保たれた場所で行う」「何回かに分けて、時間をかけて行う」「質問できる雰囲気をつくる」「心の準備に合わせて説明する」「気持ちや心配を尋ねる」「CPRの具体的な成功率を説明する」ことが有効であることが示唆されたと報告されている。また、緩和ケア病棟の遺族の約7割は、心肺蘇生に関する説明・相談がなかったと回答したと報告されている。

4. 意思決定における困難感について<sup>4</sup>  
清水らは、がん患者が治癒困難な状況となってから死に至る間に、家族がどのような意思決定場面において困難を感じたか、意思決定に関わる医療者の対応の改善の必要性、意思決定の際の状況や医療者の対応の実態について調査している。その結果、「患者に真実を告げるかどうか」「他者へ患者の病気について伝えるかどうか」「抗がん治療の中止・継続」に関する意思決定において、多くの遺族が困難を感じていたと報告されている。また、意思決定の際の医療者の対応については、少しでも「改善が必要」と回答した遺族は、39%であったと報告されている。一方で、意思決定の際に、「医師からの支援や家族への気遣いがあった」「疑問を医師に尋ねる機会があった」と回答した遺族が80%以上であったと報告されている。これらの結果から清水らは、意思決定における家族の全体的な困難感は、患者や医師と家族の意見や希望の相違と関連があることが示唆されたとしている。

#### 5. 死を前提とした話や行動をすることと遺族の後悔<sup>5</sup>

森らは、終末期がん患者と家族の間で死についての話や死を前提とした行動をもっとしたらよかったという遺族の後悔の

頻度を調査している。その結果、患者と死について話した遺族は49%だったのに対し、死を前提とした行動をした遺族は82%だったと報告されている。また、より話せばよかったと後悔している遺族が37%だったのに対し、より行動すればよかったと後悔している遺族は50%だったと報告されている。これらの結果から、森らは、我が国では、家族が患者と死についての話をするより、死を前提とした行動を十分にとることが遺族の後悔の軽減に重要と考えられると述べている。

#### D. 考察

「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」の今後の方向性についてJ-HOPE研究の知見から、我が国では、がん患者の遺族を対象とした調査は十分に行われており、今後は、がん患者以外を対象を含めた調査が必要と考えられる。

まず、J-HOPE研究では、文献1にあるように、EOL discussion（「終末期の治療の目標や過ごし方に関する話し合い」とした）をもった場合、遺族の抑うつ・複雑性悲嘆の合併が有意に少なく、遺族評価による「患者の望ましい死の達成」や「終末期に受けたケアの質」の評価が有意に高かったと報告されており、何等かの話し合いを国民に促すことは、わが国においても意義あることであることが示唆された。

また、遺族を対象とした調査は、対象者への侵襲性の点から、実施に際しては、遺族を同定し調査対象者として適切であるかを判断するなど、様々な倫理的配慮が必要であることがJ-HOPE研究の報告書から示唆される。よって、我が国において人生の最終段階における医療のあり方について、より多くの国民の意見を収集するためには、JHOPE研究の対象とされている専門的がん緩和ケアサービスを利用した母集団に限らない患者・遺族群や一般市民に対して、倫理的配慮の必要が少ない項目を調査することが望ましいと考えられる。

## E. 結論

J-HOPE 研究は、特定の対象者に限った、ものではあるが、まず、EOL の話し合いの価値が示され、話し合いを推進することの重要性が確認された。さらに話し合い推進の上での配慮なども明らかになり、「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」を進めるうえで有用な先例であると考えられる。

## F. 健康危険情報

特記なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 参考文献

1. 山口崇. 終末期の話し合い (End-of-Life discussion) の実態と終末期の患者quality of life・遺族の精神的な健康に及ぼす影響に関する研究. *遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3)*. 2016:50-54.
2. 荒尾 晴恵. 終末期がん患者の療養場所の意思決定プロセスにおける 家族の負担感に関する研究. *遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3)*. 2016:96-101.
3. 木澤義之. 心肺蘇生に関する望ましい意思決定のあり方に関する研究. *遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3)*. 2016:129-134.
4. 清水 恵. がん患者の家族が経験する意思決定における困難感に

関する研究. *遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3)*. 2016:188-194.

5. 森 雅紀. 終末期がん患者と死を前提とした話や行動をしたか否かについての遺族の後悔. *遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3 (J-HOPE3)*. 2016:182-187.

表1 国外文献レビューに用いた文献概要

| 著者<br>(発行年)                         | タイトル                                                                                                   | 雑誌名       | 目的                                                                                                                                                                          | 方法                                                                                                                                                                                                                                                     | 結果                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 結論                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Elizabeth Weathers et al.<br>(2016) | Advance care planning: A systematic review of randomised controlled trials conducted with older adults | Maturitas | 高齢者（65歳以上）に行われたACPのRCTに焦点をあてたレビューを行うこと。特に、症状マネージメントやEOLケアの質やヘルスケアの利用をアウトカムとして調査したものに注目してレビューを行うことを目的とした。                                                                    | システマティックレビュー。INAHL・PubMed/MEDLINEにてACP・ACDに類似するキーワードを用い、2015年1月以前までを調査対象期間として文献検索を行った。RCT・研究対象者が65歳以上・英語記載の文献を包含基準とした。ACPが提供されるのは、自宅やホスピス、介護施設、病院でも問わないこととした。                                                                                          | 9本（USA,Australia,Canada,UK）の文献が解析対象となり、7本は地域在住者対象で2本は介護施設対象であった。調査対象者の平均年齢は72.3-88.0歳。それぞれの研究における介入は、パンフレットやビデオによりACPに関する情報を提供したり、どのようにACDを作成するか情報が提供されたり、中にはEOLケアの希望を話し合うものもあった。ほとんどの介入目的は実際のEOLケア提供への影響よりも、代理意思決定の精度を改善することであった。<br>・パンフレット・ビデオを用いた教育的介入がEOLケアの希望に関する文書作成を増加させた文献が含まれる<br>・住民にACP・ACD・延命治療に関するパンフレットやビデオでの情報提供や実際の話し合いを行うと、ACDの知識が向上することが示された文献が含まれた。                                                                                                  | 各調査の介入方法やアウトカムは様々であるためレビューとして結論を見出しにくいことは困難である。ACDの有益性（患者の知識やヘルスケアのアウトカムを向上させること）は多くの文献で語られているにも関わらず、その効果を評価するRCTは行われていない。現状では、患者の症状マネージメントやEOLのケアの質などはアウトカムとして調査されていないので、明らかにすることはできない。このレビューは、ACP介入による患者やヘルスケアへの効果を確立するRCTの必要性を明らかにした。                                          |
| Carmen H.M. Houben et al.<br>(2014) | Efficacy of advance care planning: a systematic review and meta-analysis                               | JAMDA     | 成人患者へのACP介入の効果を調査する。Primary outcomeはACP介入により事前指示書完成はどの程度行われているか。Secondary outcomeは、ACP介入による希望と実際に提供されたケアの一致・ACP知識・EOLケアの好み・コミュニケーションの質・ヘルスケアの満足度・意思決定時の対立・ヘルスサービスの利用・症状をみる。 | システマティックレビュー。メタ解析。PubMed/MEDLINE、Cochraneにて1966年～2013年9月までを期間とし、キーワードACP;advance directives; end-of-life; communicationなどを用いて検索。調査対象者が21歳未満と、精神科疾患におけるACDは除外したRCTを検索。RCTの介入は事前指示書完成に限った介入の"事前指示書"介入と、事前指示書も含むACPのコミュニケーションを介入とした"コミュニケーション"介入の2つに分類した。 | 56文献（15:入院患者・37:外来患者・4:入院/外来患者両方）が解析対象となり、26;"事前指示書"介入と30;"コミュニケーション"介入であった。<br><u>事前指示書完成に関しては</u> 、14文献のメタ解析の結果、比較群よりACPを行った群で、事前指示書完成の傾向が増す（OR 3.26;95% CI 2.00-5.32;P<.00001）。<br><u>EOLケアに関する話し合いがなされたかに関しては</u> 、7文献がメタ解析され、ACPを行った群で、患者と医療者間におけるEOLの希望に関する話し合いがなされる傾向が高い（OR 2.82;95% CI 2.09-3.79;P<.00001）。<br><u>みと実際に提供されたケアの一致に関しては</u> 、3つの文献がメタ解析され、ACPを行った群の方が好みに一致したケアが受けられる傾向が高い（OR 4.66;95% CI 1.20-18.08;P=.03）。<br>これ以外の結果は定義や計測の変数が変動するためメタ解析はしていない。 | ACPは成人における事前指示書の完成を増加させ、EOLケアの希望に関する患者と医療者の話し合いを増し、患者の希望と実際に受けるEOLケアの一致をもたらす。また、患者らのコミュニケーションの質なども改善させる傾向があるが、ACPに関する知識、EOLケアへの希望、ヘルスケアへの満足感、意思決定時の対立、ヘルスサービス利用への影響に関しては未だ明確ではないため、今後はこれらをアウトカムにする研究が望まれる。また、ACPのこういった要素が効果的なかを明らかにし、標準的なケアに構造的なACPを実行する最良の方法に焦点をのいたさらなる研究が必要である。 |



表1 国外文獻レビューに用いた文献概要 (続き)

|                                   |                                                                                                                                               |                      |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jolien J Glaudemans et al. (2015) | Advance care planning in primary care, only for severely ill patients? A structured review                                                    | Family Practice      | プライマリケア提供者(PCPs)の実臨床におけるACPを4つの側面から調査する。1;ACPが相談されている患者の特徴やACPの内容 2;ACPの主導権をとっている人 3;ACPに関する話し合いのフォローアップ 4;ツール、決定支援、ガイドラインやプロトコルの使用。                                | 構造化レビュー。MEDLINE Ovid(1950-2013)、EMBASE(1980-2013)、PsycINFO(1806-2013)、CINAHL(1981-2013)、Cochrane Library(1994-2013)を用いて、primary care physician, primary care, advance care planningなどをキーワードとして検索した。包含基準はACPに関するもの・PCPsが提供するケア・PCPsと成人患者におけるコミュニケーション・PCPs共同研究とし、言語は英語もしくはドイツ語。18歳以下を対象とした調査と、病院や介護施設での調査は除外とした。 | 10文献 (1991～2011年 全て英語) が解析された。調査研究6、グループ対象のインタビュー調査1、PCPs対象のインタビュー調査2、国民死亡率の後ろ向き研究1。ACPが相談されている患者の特徴やACPの内容; 後ろ向き死亡率調査では34%にACPがなされ、非がん患者と比較しがん死亡患者は1.5倍多くACPがなされ、施設より自宅で死亡する患者の方が2倍多くACPがなされていた。認知症患者を対象とした調査では、ACPの内容は事前指示書作成・代理判断者に関して・EOLケアに関して・お金の使い方に関してであった。ACPの主導をとっている人 医師の69%が終末期のCPRに関して主導的に話し合いをしていると報告した。一方、耐えられない痛みなどの症状があると患者は時々EOLに関する話し合いの機会を提供することが報告されている。ACPに関するフォローアップ 病状の進行で意思は変化するので、その変化を追うことが重要と報告と、PCP s は定期的に終末期がん患者をレビューしている報告がある。ツール、決定支援、ガイドラインやプロトコルの使用 質問紙調査に回答した医師の53%が事前指示書は医師と患者・家族の会話を促進する一つの道具であると考えていることを報告した。 | 一般的にPCPsは構造的な方法によるACPの提供はしていない。また、ACPを開始する適切なタイミングを見極めるのが困難と感じている。ほとんどの医師が、終末期もしくは命に係わる疾患からの苦痛がある患者に対してACPを主導的に行っている。ACPにおいては、患者のケアに対する好みの変化をフォローしていくことの重要性を強調している。一方で患者はGPsが報告するほどACPを行っているとは思っていない。回答のあった健康な高齢者の15%しかPCP s とACPの話し合いをしていないとの報告もある。将来的には地域社会における高齢者とPCPsとのACPのタイミングや内容、主導者、フォローに関する情報を調査する必要がある。これがACPのコミュニケーションを開始する敷居の低い窓口となる有効なACPガイドラインをもたらすと考えられる。 |
| Stephanie Johnson et al. (2016)   | Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families, and healthcare providers | Psycho-Oncology      | ACPに関わる人々の視点や経験に焦点をあてたレビューはなく、特にがん患者を対象としたACPの知見の統合もなされていない。この研究の目的はこれらを明らかにすることと、誰がACPアプローチをしているのかを明らかにすることである。                                                    | システマティックレビュー。Medline,EMBASE,Psych INFO, CINAHL, Cochrane Register of Controlled Trialsを用いて、がん・ACPに関連するキーワードで2014年11月までの質的・量的研究の文献を検索した。症例報告・会議録・社説・回想録・英語文献以外、研究参加者が18歳未満・精神疾患患者が含まれるものは除外した。                                                                                                                   | 40文献 (USA・UK・Europe・Australia・Taiwan・Canada) を解析。・36～47%のがん患者が現在もしくは今後のヘルスケアに関する意思決定に家族を含むことを望む。一方で、自分自身で決めることを好むものもある(34.3%)。・患者も医療者も何かが起こるまで、ACPの開始は遅い方がいいと思っている。・患者は自身が知的機能を失った時に、ヘルスケアに関する意思決定をコントロールすることができるという意味でのACPには関心を示さない傾向。多くの文献で、患者は希望が病状で変化することも、その希望が従われないかもしれないことも、希望に従うか家族や医療者がそれぞれの判断をすることも受け入れており、信頼した医療者に治療の決定を委託することは幸せに感じている。・患者のヘルスケアの経験やヘルスケアシステムへの考え方は、過去の死にゆく人との経験と同じくらいACP実施の意思にポジティブにもネガティブにも働く。                                                                                                                         | がん患者におけるACPは、意思決定をするためのツールにはなるかもしれない。EOLプランニングがなされる社会的にも感情的にも複雑な現在の環境は、十分に標準化されたACPがなされているのではない。"ACPには関心がある"という考えは、実際にACPが行われているという言い方で間違えて伝えられているかもしれない。患者や医療・介護提供者に対する理性的なアプローチの理解を深めていく必要がある。                                                                                                                                                                         |
| Christine R Durbin et al. (2010)  | Systematic review of educational interventions for improving advance directive completion                                                     | NURSING SCHOLAR SHIP | 理解可能な教育的介入が提供されると事前指示書作成率は改善する。アウトカムを (a) どのような教育的手段において比較群よりも事前指示書作成率が上がるのか、(b) 単一学習 (文章・言語的なもの・映像・コンピュータ) アプローチ群と、複合的教育介入群における事前指示書作成率の違いと定め、体系的にエビデンスを分析することが目的。 | システマティックレビュー。CINAHL,EBSCO,Medline,Science Directを用い、advance directive, healthcare decision-making, and end-of-lifeをキーワードにし、1991～2009年の文献検索を行った。英語文献で、教育的介入があり、事前指示書作成がアウトカムとなっているものなどを包含基準とし、事前指示書作成率が計算できないRCTは除外とした。                                                                                          | 12のRCTと4のnonRCTが基準を満たした。2; 院患者対象、9; 外来患者対象、1; 市民対象であった。・3つのRCTにて文章と言語的介入をした複合的教育介入の方が、文章だけの単一教育介入と比較すると有意に事前指示書作成率が上昇した。・文章と言語、映像による複合的教育介入をした方が、文章だけの単一教育介入と比較すると有意に事前指示書作成率が上昇した。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 事前指示書作成率をアウトカムとした時、単一学習アプローチによる作成率上昇に関してはエビデンスは弱い。しかし、文章と言語による複合的教育介入は、文章のみの単一教育介入よりは効果的である。                                                                                                                                                                                                                                                                             |

ACP, advance care planning; ACD, advance care directive; RCT, randomised-controlled trial; EOL, end-of-life; PEDro, Physiotherapy Evidence-Based Database; OR, odds ratios; CI, confidence interval; PCP s, primary care providers; CPR, cardiopulmonary resuscitation

Table2 国内文献レビューに用いた文献概要

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

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた検討(1) 海外の主な国民レベル意識調査のレビュー

研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
研究協力者：羽成恭子 小田原市立病院 緩和ケア科 部長  
研究協力者：Joshua Gallagher 筑波大学人間総合科学研究科フロンティア医科学専攻

### 研究要旨

#### 目的

海外の国レベルの終末期医療に対する意識調査を比較し、将来の終末期医療に対する意識調査における示唆を得ることを目的とする。

#### 方法

2方向の検索方法を用いた。1つ目はMedlineで選択基準を介して抽出した。2つ目は逆に、終末期医療の先進的な対策を有する国を特定し、各国個別にその根拠となる文献を調べた。調査内容は類型分類ごとに分析を行った。

#### 結果

2536件の資料のうち、6件が海外における国民意識調査であった。該当した国は、英国（4件）、カナダ（1件）、及びオーストラリア（1件）である。政策反映について言及していた国民意識調査は2つ、英国及びオーストラリアであった。

#### 結論

まず、英国では、多くの団体がいろいろな視点で国レベルの意識調査を頻回に行い、そこから政策を決定していくプロセスもあり、国民の関心につながっていた。我が国の調査もこれに学べる点もあると考える。

意思決定に関する法的アプローチがない現状における日本は、英国などとは意思決定への考え方が根本的に異なる可能性があり、結果の解釈などには、この点を考慮する必要がある。

しかし、欧米でも必ずしも自己決定をしたい者が多かったわけではなかった。

また、意識調査後のデータなどは、英国のようにオープンデータとして活用されると研究も増え、一般への周知を促すためにも有用かもしれない。

文化や調査の背景の異なる日本においても、こうした調査を通してオープンな議論が広がることの価値は大きいと考える。

## I. 海外におけるエンド・オブ・ライフに対する国レベル意識調査のレビュー

### A. 研究目的

公共政策の効果的な改正には、その証拠が明確であることが望まれる。さらに、国民が支持する世論は、政策を実施するかの承認に際して非常に重要である。本文献レビューは、海外政府がどうやって終末期のケアに関する世論の調査を行い、得た結果がどのような形で政策に取り入れられたかを分析することを目的とした。諸国の政府のアプローチの仕方を調べることで、施行された政策をいかに証明するか、本レビューにて様々な政府の研究機関が国民の終末期医療に対する態度の評価をどのようにして取り組んだかの概要を記述する。

### B. 研究方法

政策の立案、変更利用された政府関連の研究を以下のように検索した。ここでの政府機関の研究とは、政府自身、政府機関もしくは研究に対して何かしらの形でサポートをしている機関によって実施された研究のことを意味する。

本文献レビューでは文献収集を2つの方法で行った。英語のタイトル及び概要は以下のキーワードで検索した：

「government survey」OR「national survey」OR「NPO」OR「NGO」OR「department of health」OR「ministry of health」OR「national strategy」OR「government

strategy」OR「government project」OR「national program」OR「national programme」OR「public policy」AND「end-of-life」。

### 検索方法①

各資料は以下の選択基準によって抽出した。まず(A)英文で書かれた国レベルで実施された調査、つぎに、(B)自国の政府、又は、政府が資金を提供した団体と共同参加して(C)エンド・オブ・ライフについて着目した調査をレビュー対象文献とした。

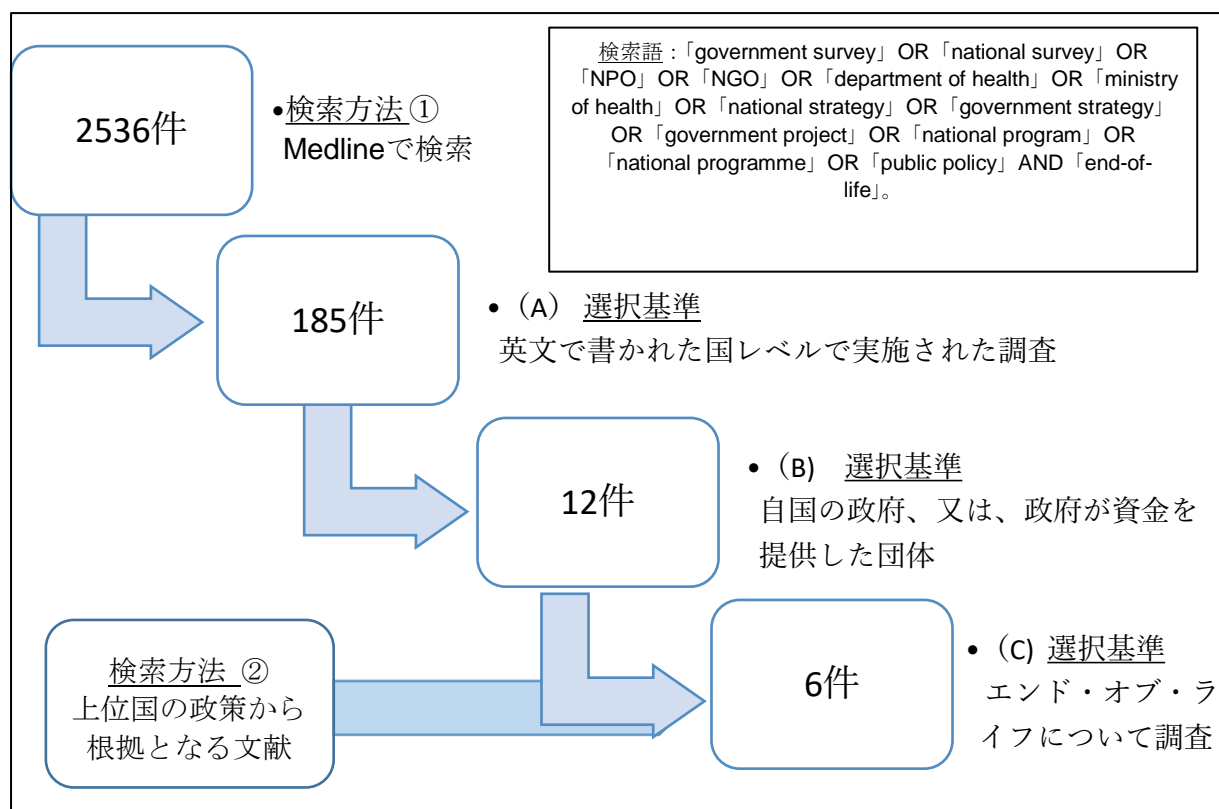
### 検索方法②

上記と逆に、まず、終末期医療の先進的な対策を有する国を特定し、各国個別にその根拠となる文献を調べた。該当する国は以下の通り：イギリス、オーストラリア、ニュージーランド、アイルランド、ベルギー、台湾(中華人民共和国)、ドイツ、オランダ、アメリカ合衆国、フランス。ここにおける先進的な終末期医療はエコノミスト誌による「2015 QOD(Quality of Death 死の質)指数」の各国のランキングより比較をした<sup>1</sup>。

### C. 研究結果

レビューを行なった2536件の資料のうち、185件はさらなる分析のため再検索を要した。185件のうち12件はエンド・オブ・ライフの国内レベルの研究であると表されていた。その12件のうち、6件の資料が国民のエンド・オブ・ライフに対する態度の調査を実施していた。最終的に選ばれた6件のうち、2件のみにおいて的確且つ直接的な内容を含んだ政策が立てられた。

図1：レビューの手続き



### 結果の類型分類

本レビューでは、以下の類型ごとに着目した：調査名、調査を実施した年、国名、アドバンス・ケア・プランニングに関する法律の有無、調査の対象者、対象者数、調査の回収率、調査実施方法、エンド・オブ・ライフに関するドメイン、政策反映。エンド・オブ・ラ

イフに関するドメインとは、調査分析内容を三つの類型に分けた①エンド・オブ・ライフに対する認識、②エンド・オブ・ライフについてのコミュニケーション、③終末期医療の意思決定を行う者である。

表 1.2 : 意識調査の基本情報 (6件)

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

表 1.2 (継続) : 意識調査の結果

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

## 結果：最終的に検察された調査の詳細

調査内容が多様であるため、本文献レビューはそれぞれの研究文献から主な調査結果、及び文献内で紹介された立案政策のみを報告する。

1. 国名：英国 団体名：BBC 年：2005 調査名：How to Have a Good Death.

### 目的

本調査はエンド・オブ・ライフへの態度を評価するため、またイギリスのアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning) のために初めて実施された調査である。加えて「How to Have a Good Death」(良い死を迎えるには) というテレビ番組に反映させるため世論を収集する目的で行われた。

### 調査概要

最初の調査は第三者の ICM が「英国放送協会」(British Broadcasting Corporation (BBC)) の代理で実施した調査資料である<sup>ii</sup>。ICM が一般国民の 1027 人と遺族の 500 人を調査した。

### 結果

本調査の分析内容に関してはエンド・オブ・ライフのドメインが三つある。回答者のエンド・オブ・ライフに関する認識、コミュニケーション、と意思決定プロセスであった。主な結果としては、一般国民の 34% が終末期医療の希望を他人に話した、3% が GP (一般医者) と終末期医療の

希望を話したことはある、8% がリビング・ウィルを作成した。法律があれば 71% が死にゆく患者に安楽死を提供することに賛成である。意思決定に関して遺族によると心肺蘇生の決定には、患者のみ関与が 4%、家族のみが 17%、患者と家族が 10% であった。

### 政策反映

不明。

2. 国名：英国 団体名：Dying Matters/NatCen 年：2012 調査名：British Attitudes Survey

### 目的

本調査は死ぬこと及びそれまでのプランについて話し合う事に対する一般国民の態度の評価を目的とした。

### 調査概要

英国で行われた本文献の研究は NatCen によって実施された「英国国民の意識調査」(British Attitudes Survey) に関する年間研究の一環として行われた<sup>iii</sup>。本文献では、イギリスの Dying Matters が NatCen と共同で、調査を作成した。Dying Matters は、イギリス国民が死ぬ事及びそれまでのプランについて十分に認知しているという見解の元に 2009 年に設立された団体である。この団体は様々なイベント、キャンペーン、活動を通して人々の死・死にゆくこと・死別に対する態度及び認識や理解を変えようと働きかける事で、死ぬこと・死にゆくことについて話し合うことを一般化しようとしている。2012 年に一般国民の 2446 人が NatCen の調査に参加した。



## 結果

調査内容ではエンド・オブ・ライフのドメインが二つある：一般国民の認識と死に対するコミュニケーション。主な結果としては、一般国民の12%が死の話が不快であり、5%が事前指示書を作成した。また、一般国民の67%が自宅で死を迎えたいと答えた。

## 政策反映

不明。

3. 国名：英国 団体名：National Council for Palliative (NCPC)/Dying Matters  
年：2014 調査名：NCPC and Dying Matters Survey

## 目的

本調査の目的は死にゆくこと及びエンド・オブ・ライフの認識及びコミュニケーションを改めて新鮮な目で見てみることであった。

## 調査概要

NCPC 及び Dying matters はイギリスの一般人 2055 名及び 1003 名の一般医者 (GP) を対象とした調査を共同で進めた<sup>iv</sup>。

## 結果

調査内容ではエンド・オブ・ライフのドメインが二つある：一般国民と一般医者の認識と終末期医療とアドバンス・ケア・プランニングに関するコミュニケーション。主な結果としては、一般国民の場合、36%がアドバンス・ケア・プランニングの言葉を聞いたことはなく、51%が相手の終末期における希望を知らず、6%が事前指示書を作成していた。一般医師の

場合は、40%が他人に終末期における希望を伝え、6%が事前指示書を作成した。

## 政策反映

不明。

4. 国名：英国 団体名：UK Department of Health  
年：2012-2016  
調査名：Survey for Bereaved Family Members (VOICES)

## 目的

本調査はイギリスの遺族の視点から見ており、余命 3 ヶ月の患者の終末期医療の質の評価を重要な目的とした。

## 調査概要

遺族に関する国内調査 (VOICES) はイギリスの保健省によって実施された年間調査である。死に関する要望について有益な識見を提供している<sup>v</sup>。2012-2016 を通じて遺族の 49 万人が調査に参加した。

## 結果

調査内容では一つのエンド・オブ・ライフのドメインがある：遺族と亡くなった患者のコミュニケーション。この調査の主な結果は、遺族によると、79%の患者が自宅で死を迎えたかった。また、79%の遺族が患者の病状を知っていた。

## 政策反映

本調査は、イギリスの終末期医療の質の向上および最近の医療政策変更の評価をすることに用いられた。この最も明らかな例としては、近年の「看取りのパス：リバプール・ケア・パスウェイ」 (Liverpool Care

Pathway) の実施中止後の評価である。

リバプール・ケア・パスウェイとは、数日以内に亡くなる患者への一連のケアの内容を明らかにし、過不足なく実施されているかを継続的にチェックすることでケアの質を向上させるための、医療従事者向けのチェックリストであった。2013年中に英国保健省の独立した審査の証拠により、以下の3つの理由により、リバプール・ケア・パスウェイの全国利用が中止された<sup>vi</sup>。

一つ目はパスウェイを利用する際に、患者の家族が死にゆく患者の病状や治療の方針を知らされていなかった。二つ目は「死にゆく患者」の診断は必ずしも正確ではなかった上、もし患者が(突然に)回復した場合、家族と介護提供者が不必要に悩み苦しむことになる。最後に、パスウェイ自体が終末期医療に対する個人の嗜好を考慮しておらず、このパスウェイの代わりに患者個々の嗜好に合わせた死にゆく患者のケアプランが作られるべきである、ということであった<sup>vii</sup>。

リバプール・ケア・パスウェイの中止後に、新たなエンド・オブ・ライフ・プロトコルを作成するためにVOICESのデータが用いられた。

そして、本研究の結果は、地方、コミュニティ単位での活動によるイギリスの終末期医療の改善を拡大させる目的で作られた2015年の「国家緩和ケアとエンド・オブ・ライフ協会」(National Palliative and End of life Care Partnership)に盛り込

まれた<sup>viii</sup>。

5. 国名：オーストラリア 団体名：オーストラリア保健省 年：2003  
調査名：Community Attitudes to Palliative Care Issues

#### 目的

この研究は緩和ケアに対するコミュニティの認識や態度について研究することを目的としている。

#### 調査概要

Quantumがオーストラリアの保健省の代理で国内代表サンプルとして850名の一般市民を対象に調査を行なった。

#### 結果

調査内容ではエンド・オブ・ライフのドメインが一つのみあった。緩和ケアに対する認識であった。主な結果として回答者の75%が「緩和ケア」の言葉を聞いたことはあり、46%が緩和ケアの行う所は自宅だと答えた。

#### 政策反映

この研究よりNational Palliative Care Weekがさらに促進された。保健省はオンライン教育政策を作り上げる際にDying to Learnというオンラインコースなどのある特定のグループに焦点を当てた。加えて、ケアの決定の関与を高めるために、Decision Assist project<sup>ix</sup>も立ち上げられた。最後に医療の専門家にもProgram of Experience in the Palliative Approach(PEPA)という教育プログラムが立ちあげられた<sup>x</sup>。

6. 国名：カナダ 団体名：Palliative Care Matters 年：2016

調査名：Canadians' Views on Palliative Care

目的

本研究は一般的国民の緩和ケアに対する認識を調査することを目的とした。

調査概要

カナダで初めて行われた死に対する態度の国内調査では、IPSOS が Palliative Care Matters の代理で調査を行なった<sup>xi</sup>。Palliative care matters はカナダの保健省の附属機関として提携している。

結果

この調査によると回答者の 55%がターミナルケアの言葉を聞いたことがある。アドバイス・ケア・プランニングの場合は、36%がターミナルケアの言葉を聞いたことがあり、43%が終末期医療の希望を他人に話し、また、6%が事前指示書を作成した。調査内容では一般国民の緩和ケアの認識と他人とのコミュニケーションという、二つのエンド・オブ・ライフのドメインがあった。

政策反映

不明。

参考：日本 団体名：厚生労働省  
年：2013 調査名：人生の最終段階における医療に関する意識調査

目的

一般国民との認識及びニーズと医療機関者の状況の変化等を把握することで、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

り方の検討に資する<sup>xii</sup>。

調査概要

2003 年から 5 年間に、2013 年に一般国民：2179 人と医師：921 人と看護師：1434 人と施設介護職員：880 人と施設長 1488 人を調査した。

結果

本調査の分析内容に関してはエンド・オブ・ライフのドメインが二つある：コミュニケーションと意思決定。一般国民の 3%と医師の 5%が意思表示の書面を作成した。加えて、一般国民の 88%と医師の 91%が他人に決めてほしいと答えた。一般国民の 49%と医師の 58%が家族と話あったことはあると答えた。

**D. 考察**

国際的にも、終末期医療のランクが一番であることを反映するかのよう、主に見つけられた調査文献はイギリスで実施されたものが多かった。全ての調査文献の中ではたったの 2 件のみが政府自ら実施されたものだった。(オーストラリア及びイギリス)。その 2 件どちらも調査と政策の関係性が明確だったが、政府関連団体によって行われた調査である場合はその調査がもたらしうる政策へのインパクトは明らかでなかった。しかし、このように調査が行われたということは政府がこの間接的な調査を多方面への活動のための一般情報とし、間接的に影響を与える可能性はある。

このような調査と政策研究のあり方として日本と異なる点は、政府は、これらのデータを公開している点である。これにより、その他の組織が

分析し、公表することによって、政策への影響も大きくなることである。

また、これらの海外の調査結果から、いくつか日本の国民意識調査と共通の項目について比較してみると、日本ではイギリスより、一般国民と医師の終末期医療のコミュニケーションが取れていたことである。厚生労働省の調査結果では、一般国民の49%が延命治療に関して、家族と話しあったことがあると答えた。しかし、BBCの2005年の調査結果では、わずか34%が終末期医療の希望を他人に話していた。また、Dying Mattersの2014年の調査結果では、51%が相手の終末期における希望を知らないとしており、英国においても、まだ話し合いはまだあまり行われていないようである。さらに、医師の場合で比較すると、日本の医師は厚生労働省の調査結果で58%が家族と話しあったことがあると答えたが、Dying Mattersの調査結果では、一般医師の40%が他人に終末期における希望を伝えており日本より下回った。

海外の調査の内容をみると、全ての調査が2つの共通のエンド・オブ・ライフのドメイン:認識とコミュニケーションに焦点を当てていた。3つ目のドメインの可能性と言えるであろう意思決定については、直接的質問はほとんどなかった。しかし、1件の例外として、BBCの2005年意識調査で意思決定の質問が載せられていた。この意思決定に関する質問を遺族に向けて行なうことによって、心肺蘇生及び延命薬剤使用の決定を誰が決めたかを把握していた。

意思決定の質問が少ないのは、おそらく調査を行なった全ての国に患

者のエンド・オブ・ライフの意思決定を管理する法的条件がすでにあるからだと思われる。また、もう一つイギリスの調査にも意思決定の内容が表面化しなかったのには研究当時の2005年に「意思能力法」(Mental Capacity Act)という患者の意思決定を保障する法律がまだ実施されていなかったからだと言える<sup>xiii</sup>。

日本においては、患者の意思決定に関する法的権利は何も存在しない。隣国である台湾(中華人民共和国)は近年「患者自己決定法」(Patient Self-determination Act)を2015年12月に提案し、それを2018年には実施するという新たなステップを踏んだ<sup>xiv</sup>。この法律は医療スタッフや家族からの影響から自身の意志を守るものである。我が国の「人生の最終段階における医療に関する意識調査」では、意思決定に関する質問は一つあったが、これは判断ができなくなった場合のみであった<sup>xv</sup>。また、BBCの調査と比較すると、BBCの調査は判断能力があっても患者の家族の関与を質問していた。患者の意思決定に関する法律がない日本は、法律が前提にある国とは状況が異なるため、患者本人が意思決定をする事に対する国民の態度の調査はこれを踏まえて実施する必要があるだろう。

### 本研究の限界

このレビューには、以下のように主に3つの限界がある。一つ目は、全ての検索工程は英語で行われたため、エンド・オブ・ライフに対する態度の調査結果が限定される点である。特にドイツ、ベルギー及び台湾などの政府が先導して行なった緩和

ケア及び終末期医療の調査がそうであった。

二つ目は国レベルでの調査に焦点を当てることで、国レベルの体制がとれていない国の調査結果を抽出することができないという点である。例としてアメリカ合衆国は終末期医療に関しては、民間部門に頼っている。そのため著者は国民の態度に関する調査が乏しいのだと推測する。

最後に政策の立案及び修正は、必ずしも国レベルのプロジェクトによるわけではない。一つの発見としてイギリスやニュージーランドは非政府組織の調査結果をもとに政策の構想を練る。この理由から、この政策の関与する研究の文献レビューではこれらの調査は含まれていない可能性がある。

## E. 結論

結論として、海外における国レベルの調査から、以下が示唆となると考えられた。

まず、英国では、多くの団体がいろいろな視点で国レベルの意識調査を頻回に行い、そこから政策を決定していくプロセスもあり、国民の関心につながっていた。我が国の調査もこれに学べる点もあると考える。

意思決定に関する法的アプローチがない現状における日本は、英国などとは意思決定への考え方が根本的に異なる可能性があり、結果の解釈などには、この点を考慮する必要がある。

しかし、欧米でも必ずしも自己決定をしたい者が多かったわけではなかった。

また、意識調査後のデータなどは、英国のようにオープンデータとして活用されると研究も増え、一般への周知を促すためにも有用かもしれない。

文化や調査の背景の異なる日本においても、こうした調査を通してオープンな議論が広がることの価値は大きいと考える。

## F. 健康危険情報

特記なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

## 引用文献

- <sup>1</sup> Economist Intelligence Unit. 2015 Quality of Death Index 情報源：  
[/www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf](http://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf)
- <sup>ii</sup> ICM/Endemol/BBC Poll. Survey of general public. 2005. 情報源：  
[www.icmresearch.com/endemol-for-bbc-how-to-have-a-good-death-general-public-survey-03-03-06](http://www.icmresearch.com/endemol-for-bbc-how-to-have-a-good-death-general-public-survey-03-03-06). 調査内容：  
[www.cybermanual.com/search?q=how+to+have+a+good+death](http://www.cybermanual.com/search?q=how+to+have+a+good+death)
- <sup>iii</sup> NatCen. British Attitudes Survey 30. 2012 情報源：  
[www.bsa.natcen.ac.uk/media/38723/bsa30\\_full\\_report\\_final.pdf](http://www.bsa.natcen.ac.uk/media/38723/bsa30_full_report_final.pdf)
- <sup>iv</sup> NCPC: DYING MATTERS SURVEY 2014 情報源：  
[www.comresglobal.com/wp-content/themes/comres/poll/NCPC\\_Dying\\_Matters\\_Data\\_tables.pdf](http://www.comresglobal.com/wp-content/themes/comres/poll/NCPC_Dying_Matters_Data_tables.pdf)
- <sup>v</sup> Office of National Statistics, 2014. National Survey of Bereaved People (VOICES-SF) 2013. London: ONS. [Online]. 情報源：  
[www.ons.gov.uk/ons/publications/reference-tables.html?edition=tcM%3A77-366284](http://www.ons.gov.uk/ons/publications/reference-tables.html?edition=tcM%3A77-366284)
- <sup>vi</sup> Henry C. (2014) Challenges in End of life Care: What VOICES tells us. EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, 2014; 21(6) 情報源  
[www.eapcnet.eu/Portals/0/News%20and%20media/EAPC%20journals/EJPC%20comment%20s/EJPC21\(6\)Henry\\_Comment.pdf](http://www.eapcnet.eu/Portals/0/News%20and%20media/EAPC%20journals/EJPC%20comment%20s/EJPC21(6)Henry_Comment.pdf)
- <sup>vii</sup> UK Department of Health. (2013) An Independent Review of the Liverpool Care Pathway: More Care, Less Pathway.  
[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/212450/Liverpool\\_Care\\_Pathway.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212450/Liverpool_Care_Pathway.pdf)
- <sup>viii</sup> National Palliative and End of Life Care Partnership 2015 Ambitions for Palliative and End of Life Care 情報源：  
[endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/Ambitions-for-Palliative-and-End-of-Life-Care.pdf](http://endoflifecareambitions.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/Ambitions-for-Palliative-and-End-of-Life-Care.pdf)
- <sup>ix</sup> Australian Department of Health. 情報源：  
[www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3104/Default.aspx](http://www.caresearch.com.au/caresearch/tabid/3104/Default.aspx)  
\*Australian Department of Health. National Palliative Care Strategy. 情報源：  
[www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/\\$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Palliative%20Care%20Strategy%202010%20Final%20Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/EF57056BDB047E2FCA257BF000206168/$File/Evaluation%20of%20the%20National%20Palliative%20Care%20Strategy%202010%20Final%20Report.pdf)
- <sup>xi</sup> Palliative Care Matters, Ipsos Canada, (2016). Canadians' Views on Palliative Care: National Online Survey. 情報源：  
[static1.squarespace.com/static/5755e91b044262d8f43cf6fa/t/57e2b1b3d2b8579de605c555/1474474421962/Palliative+Care+Matters+-+Ipsos+Report.pdf](http://static1.squarespace.com/static/5755e91b044262d8f43cf6fa/t/57e2b1b3d2b8579de605c555/1474474421962/Palliative+Care+Matters+-+Ipsos+Report.pdf)
- <sup>xii</sup> 終末期医療に関する意識調査等検討会 「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」 (2013) p.26 情報源：  
[mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf](http://mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/h260425-02.pdf)
- <sup>xiii</sup> Her Majesty's Government. Mental Capacity Act 2005 (ch.9) 情報源：  
[www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga\\_20050009\\_en.pdf](http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/pdfs/ukpga_20050009_en.pdf)
- <sup>xiv</sup> Taiwan Hospice Association 情報源：  
[www.hospice.org.tw/hospice/newsletter\\_data.php?pid=P15101200014fa5&lv01\\_id=B16040600016169&lv02\\_id=C160406000292cf](http://www.hospice.org.tw/hospice/newsletter_data.php?pid=P15101200014fa5&lv01_id=B16040600016169&lv02_id=C160406000292cf)

## 人生の最終段階における医療に関する意識調査にむけた検討(2) —我が国の意識調査過去3回の振り返りから

研究代表者：田宮菜奈子 筑波大学医学医療系 ヘルスサービスリサーチ分野 教授  
研究協力者：羽成恭子 小田原市民病院 緩和ケア科 部長  
研究協力者：小竹理奈 筑波大学 医学群 医学類  
研究協力者：宮田澄子 筑波大学大学院 人間総合科学研究科  
介護老人保健施設 ごぎょうの里 施設長

### 研究要旨

【目的】厚生労働省（以下、厚労省）が実施してきた人生の最終段階における医療に関する調査をもとに、新たな調査内容への示唆を得る。【方法】平成4年以降実施されている意識調査のうちの直近3回の調査に関して比較調査を行い、調査対象、調査内容、調査結果の違いを検討した。【結果】3回の調査間での国民の医療ニーズに合わせた工夫による質問の変更が多かったが、共通して、自身が末期状態である場合の積極的な延命医療は選択しない傾向にあることが分かった。また、立場や職種によって異なることもわかった。【結論】末期状態の患者に対する医療の在り方に関して、全対象者において、自身が末期状態である場合の積極的な延命医療は選択しない傾向にあることが分かった。しかし、一方で医療福祉従事者が担当患者に勧める医療ではまた違った傾向を見せていた。同様に、療養場所や代理人による治療方針の決定等に関して職種での考え方の違いも見られた。

これら様々な考え方の中で、今後、医療提供者間、および医療提供者と患者間でコミュニケーションを図り、両者が納得できる医療の在り方をより検討していく必要がある。

#### A. 研究目的

厚生労働省（以下、厚労省）が「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し、我が国の人生の最終段階における医療のあり方を考える際の基礎資料を得ること」を目的として実施してきた調査をもとに、新たな調査内容への示唆を得る。

#### B. 研究方法

平成4年以降、約5年おきに実施されている意識調査のうち、直近3回の調査、

「終末期医療に関する調査」（2003年2月実施）、「終末期医療に関する調査—命を支える医療を目指して—」（2008年3月実施）、「人生の最終段階における医療に関する意識調査」（2013年3月実施）に関して比較調査を行い、調査対象、調査内容、調査結果の違いを検討した。調査対象は無作為に抽出された一般国民、医師、看護職員、介護職員、施設長（施設長は「人生の最終段階における医療に関する意識調査」でのみ）であった。調査票は調査対象者へ郵送配布され、協力を得て記入していただいたものを郵送回収した。

回答数(回収率)は各々、6,988人(50.7%)、6,620人(46.0%)、6,902人(36.7%)であった。

### C. 研究結果

直近3回の意識調査の調査対象者、フェイスシート項目、調査項目、回収結果等についての概要を表にしたものを表1に載せる。また、直近3回の意識調査で同じ質問、あるいは同系統の質問をしているものを選び、その結果を表にまとめたものを表2に載せる。

「病名や病気の見通しについての説明」や「終末期医療への関心」に関する調査項目が平成25年にすべて削除されているなど、平成15年から平成25年までの3回の間で質問内容の変更が多く、直近3回の中で全く同じ文言で質問がなされていたのは「終末期医療において治療方針について医師や看護師・介護職員等の間に意見の相違が起ったことがあるか」のみであった。

やや文言は変更されているが、3年間ほぼ同様な質問は、末期状態の患者に対する医療の在り方・療養場所、リビングウィル/意思表示の書面と患者の意思の確認方法の2項目に関する質問であった。

療養場所に関する選択項目では、平成25年から「病院」「自宅」や「老人ホーム」「介護療養型医療施設」といった表記から「居宅」「医療機関」「介護施設」の3つの選択肢のみに変わっている。「居宅」についての言葉の定義は示されていない。

自分自身が治る見込みがなく死が間近に迫っている場合、心肺蘇生措置などの処置を望まないものは直近3回いずれも全職種において70%を超えている。また、長期の意識障害の場合に、人工呼吸器といった治療を望まない、中止することを選ぶものも全対象者において多く、平成25年では望まないを選んだものは全対象者において70%を超えていた。

治る見込みがなく死期が迫っている場合の療養場所では一般国民では3回とも

医療機関もしくは自宅での療養を望むものが多く、介護施設を選択するものは少なかった。

認知症の進行により日常生活が困難となり状態が悪化した場合の療養場所に関しては、医療福祉従事者において「自宅」を選ぶものが多いが、「介護施設」を選択するものの割合もこの3回の間で増加傾向にあった。

また、担当患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている場合に人工呼吸器など生命の維持のための医療を薦めない医療福祉従事者は増加傾向にあり、薦める療養場所に関しても、医師・看護師はなるべく早くの入所もしくは入院よりも、まずは自宅での療養を薦めるものが多かった。

リビングウィルもしくは意思表示の書面の作成に関しては賛成するものが3回いずれにおいても全対象者において過半数を超え、増加傾向にあった。しかし、賛成であるもののうち、そのような書面に関して法律を制定すべきであると答えたものは一般国民、介護職員に関してはある一定数居るものの過半数を超えない。医師、看護師は「そのような書面が有効であるという法律」を制定することを求める数が過半数近くいたものの、「意思表示の書面に従った治療を行うこと」を法律に定めることには否定的な声が過半数近く出た。

また、代理人による意思表示に関しては賛成であるものが3回いずれとも全対象者において過半数を超えていた。また、代理人による治療方針の決定に関して、平成15年、20年では配偶者や最も身近な人の意見に従ってほしい(従うべき)との回答が全対象者において過半数を占めていたが、平成25年では「家族等のうち、自分のことをよく分かっている一人の方」よりも「家族等が集まって話し合った結果」を選ぶものが、医師を除き、一般国民、看護師、介護職員において多かった。医師は「家族等のうち、自分のことをよく分かっている一人の方」を選択するものが過半数を占めていた。



終末期医療における治療方針について医療福祉従事者間で意見の相違が起こったことがあるかに関しては、平成15年に看護師で過半数が「ある」と答えていたものの、平成25年までに全職種において「ある」との回答は減少傾向にあり、平成25年には全対象者において「ない」と答えたものが過半数を超えていた。

また、報告書における集計方法としては、フェイスシート項目を使用しているクロス集計が平成20年の調査から行っており、平成20年は年代別、延命治療について家族との話し合いの有無別で行っているが、平成25年では全ての項目でクロス集計を行っていた。

平成25年度より追加された施設長調査における回収率は、病院35.4%(296/1100)、診療所23.8%(262/1100)、介護老人福祉施設46.5%(929/2000)であった。これは対象者別の、医師・看護師・介護職員の回収率と同様であった。施設長調査の目的は、施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況の実態調査で、病院、診療所、介護老人福祉施設ともに体制が整っていない現状がみられていた。

#### D. 考察

今回、厚労省が平成4年以降約5年おきに実施している意識調査のうち直近3回の調査について比較検討した。

毎年、種々工夫された結果、これらの調査間での質問の削除や変更（視点の変更、想定条件の変更等）が多かった。この質問等の削除、追加、変更に関して、平成25年の調査では「新たなニーズに対応した質問を追加するとともに、すでにニーズが満たされた調査対象を削除する等の変更を行った」と述べられており、新たに工夫された質問も多い。一方で、直接比較が重要なものについては、統一するなどの工夫を一方で必要と考えられた。

また、これら3つの意識調査における限界は、いずれも全体での回収率が50.7%、46.0%、36.7%と低く、さらに平成20年、平成25年の調査では一般国民の回答者の

うち60歳以上の占める割合が38.0%、45.9%と高く、調査結果はこれを加味して解釈する必要がある。

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

末期状態での療養場所に関しては、介護施設の需要の増加がうかがえる。また、医療福祉従事者のみ自宅での療養を望むものが多く、逆に一般国民は自宅よりも医療機関や介護施設を望むものが多く、意見の相違がある。実際に自宅までどこまでできるのかの理解の相違かもしれない。また、これまでの調査では老人保健施設を含んでいなかったが、今後のニーズの把握は重要であろう。

リビングウィル・意思表示の書面に対して賛成するものは増加傾向にあるものの、医師を除き法律に定めなくてもよいという声の方が多く、意思表示に関して法律で定める形以外での意思表示の書面の普及の方法を考える必要もあると考えられる。

代理人による治療方針の決定に関して、配偶者一人のみによる決定よりも、家族等複数人による決定を望むものが医師を除いた看護師・介護職員・一般国民で増えており、医師と他の間での考え方の違いが見られる。が、医療福祉従事者間での終末期医療における意見の相違は3回の中で減少傾向にあり、理解が浸透してきたことによるかもしれない。これらの様々な考え方の違いの中でいかにして意見の相違なく治療方針を立てていけているのか、より検討していく必要がある。

次回調査では、施設における国のガイ

ドラインに沿った体制等の整備状況が進んでいない理由も検索し、整備状況の改善に寄与する検討が必要と考える。

参考：厚生労働省. 2014. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書

## E. 結論

末期状態の患者に対する医療の在り方に関して、全対象者において、自身が末期状態である場合の積極的な延命医療は選択しない傾向にあることが分かった。しかし、一方で医療福祉従事者が担当患者に勧める医療ではまた違った傾向を見せていた。同様に、療養場所や代理人による治療方針の決定等に関して職種での考え方の違いも見られた。

これら様々な考え方の中で、今後、医療提供者間、および医療提供者と患者間でコミュニケーションを図り、両者が納得できる医療の在り方をより検討していく必要がある。

またガイドラインの浸透への示唆も今後把握すべき課題である。

## F. 健康危険情報

特記なし

## G. 研究発表

なし

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

表1 3回の調査の概要・相違点

厚生労働科学研究 田宮班 作成資料 (主作成者 筑波大学医学類 小竹理奈、修士課程 ジョシユアラガ)

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

| 調査報告書                                          | <a href="http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html">http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html</a>                                                                                                                                                                                                         | <a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000v23.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000v23.html</a>                                                                                                                                                                                                                  | <a href="http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000042968.html">http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000042968.html</a>                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(※国＝一般国民、医＝医師、看＝看護師、介＝介護施設職員として以下省略した。)</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| (1) 終末期医療に対する関心                                | <p>・終末期医療については、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員の多くが、「非常に関心がある」、「まあ関心がある」と回答しており、(国:80%、医:92%、看:95%、介:93%)、いずれも高い関心を持っている。</p>                                                                                                                                                                                                          | <p>・終末期医療に対する関心は高い(国:79.5% 医:89.9% 看:96.1% 介:96.3%)が、延命治療について家族で話し合ったことがある者は半数程度(国:43.8% 医:50.4% 看:61.6% 介:46.7%)であり、十分に話し合ったことがある者は少ない(国:4.3% 医:7.3% 看:6.1% 介:3.3%)</p>                                                                                                                                                                   | <p>・「終末期医療に関心があるか」といった質問は削除された。<br/>                 ・自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族と話し合いについて、一般国民では、「全く話し合ったことがない」と回答した者の割合が高かった。(一般国民:55.9%)</p>                                                                                                                                                                                                  |
| (2) 病名や病気の見通しについての説明                           | <p>・自分が治る見込みがない病気に罹患した場合、病名や病気の見通しについて知りたいと回答した者の多くは、<b>担当医師から直接説明を聞きたいと考えている</b>(国:92%、医:98%、看:98%、介:96%)<br/>                 ・過半数の看護職員は担当している患者に対して、まず、「患者本人に説明する」「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」と回答している(医47%、看76%、介30%)、医師、介護施設職員の過半数は、まず、「家族に説明する」と回答している(医51%、看21%、介68%)。</p>                                           | <p>・医療福祉従事者のうち、担当している患者(入所者)が治る見込みがない病気に罹患した場合、病名や病気の見通しを誰に説明するかという問いに対して、「<b>患者本人に説明する</b>」、「<b>患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する</b>」と回答した者の割合は、<b>前回調査に比べて、医師では増加し、看護・介護職員では減少していた</b>(医:47→65%、看:76%→37%、介:30%→19%)</p>                                                                                                                        | <p>この項目は削除された。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| (3) 治療方針の決定                                    | <p>・治療方針の決定に当たって、「患者本人の意見を聞く」と回答した者(医14%、看17%、介6%)よりも、「患者本人の状況を見て誰にするか(意見を聞くか)を判断する」と回答した者が多くなっている。(医:57%、看:71%、介:57%)<br/>                 ・事前に患者本人の意思が確認できない場合、患者本人の代わりに、家族や後見人が治療方針などを決定するという考え方には、過半数の者が「それでよい」、または「そうせざるを得ない」と回答しており、肯定的である(国:57%、医:67%、看:62%、介:60%)。代理人としては配偶者を上げる者が多い(国:63%、医:73%、看:66%、介:63%)</p> | <p>・<b>前回調査に比べて、医師では「患者(入所者)本人の意見を聞く」と回答した者が増加し(14%→19%)、「家族の意見を聞く」と回答した者が減少したが(28%→22%)、看護・介護職員では「家族の意見を聞く」と回答した者が増加した(看:11%→20%、介:36%→42%)</b><br/>                 ・事前に患者本人の意思が確認できない場合、患者本人の代わりに、家族や後見人が治療方針などを決定するという考え方には、一般国民及び医療福祉従事者ともに「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かった。(国:58%、医:72%、看:65%、介:61%)</p>                      | <p>・「治療方針の決定にあたって誰の意見を聞くか」といった質問は削除された。<br/>                 ・自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、「賛成である」と回答した者の割合がもっとも高かった。(国:62.8% 医:68.3% 看:74.2% 介:76.1%)<br/>                 ・家族等から、治療の選択について替わって判断してもらいたいとあらかじめ頼まれた場合、引き受けるかどうかについて、「引き受ける」と回答した者の割合がもっとも高かった(国:57.7% 医:81% 看:64.9% 介:63.6%)。次いで「わからない」という回答が多かった。</p> |
| (4) 末期状態の患者に対する医療の在り方                          | <p>・自分が痛みを伴う末期状態(死期が6か月程度よりも短い期間)の患者になった場合には、単なる延命医療について、「やめたほうがよい」、または「やめるべきである」と回答した者が多い。(国:74%、医:82%、看:87%、介:83%)<br/>                 ・死期が迫っている場合に、単なる延命医療を中止することに肯定的である者の多くは、延命医療を中止するときに、「<b>痛みを和らげることに重点をおく方法</b>」を選択し(般67%、医86%、看86%、介74%)、次に医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」が選ばれている。(国:24.5% 医:13% 看:14% 介:21%)</p>   | <p>・病態ごとに異なるものの、治る見込みがないと診断された場合、延命医療に対して消極的である(74%～94%)。一方、自分自身の延命医療に比べて、自分の家族には延命医療を望む傾向がある(9%～60%)<br/>                 ・死期が迫っている場合、<b>延命医療を中止して自然に死期を迎えさせるような医療・ケアを望む者が前回より増加(国:24.5%→28.3%)しており、苦痛を和らげることに重点を置く医療・ケアを望む者が減少している</b>。(国:52% 医:71% 看:71% 60.5%)<br/>                 ・延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、延命医療に対して消極的な傾向がみられる。</p> | <p>・末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合、自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療を希望する者が最も多かった。(国:74% 医:87% 看:90.5% 介:88%)<br/>                 ・過去の調査では一般国民に対してのみ質問しており、また詳細な状況設定をしていない(別添①)ため、直接比較することはできない(「(5)それぞれの病状での療養の場所」でも同様)</p>                                                                                                                         |
| (5) それぞれの病状での療養の場所                             | <p>・自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、一般国民は、病院、次いで老人ホーム、自宅で療養することを希望している(各々38%、25%、23%)。また、医師・看護師は、自宅、次いで介護療養型医療施設又は長期療養を目的とした病院で療養することを希望しており(各々49%・41%、23%・27%)、介護施設職員は自宅、次いで介護老人福祉施設で療養することを希望している(各々38%、26%)。</p>                                                                               | <p>・自分が高齢となって、脳血管障害や痴呆等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない疾患に侵された場合、<b>一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多く、前回より増加し(38%→44%)、「老人ホーム」と回答した者は前回より減少した</b>。(25%→15%) <b>医療福祉従事者は「自宅」と回答した者の割合が最も多かったが、前回の調査と比べて医師・看護師では減少し、介護職員は増加していた</b>。(医:49%→41% 看:41%→38% 介:38%→40%) <b>介護職員では、介護老人福祉施設を希望する割合が減少している</b>。(26%→18%)</p>                                      | <p>・希望する療養場所については、一般国民において、居宅を希望する割合は、「末期がんであるが、症状が健康なときと同様に保たれている場合」を除いて10～37%であり、医療機関や介護施設が多かった。<br/>                 ・希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にもかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57～78%が望んでいなかった。</p>                                                                                     |

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

表2 3回の調査での共通部分の比較表

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

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

表2 3回の調査での共通部分の比較表

| iii) リビング・ウィルと患者の意思の確認方法                                                     |                                                                                    |                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|
| リビング・ウィルの考え方について                                                             |                                                                                    | どのような治療を受けたいか、受けたくないかの書面をあらかじめ作成しておくことについて                      |  |
| 「賛成する」一般59.1%、医師75.3%、看護75.2%、介護75.7%                                        | 「賛成する」一般61.9%、医師79.9%、看護82.5%、介護81.6%                                              | 「賛成である」一般69.7%、医師73.4%、看護84.7%、介護83.8%                          |  |
| 書面による本人の意思表示という方法の扱われ方                                                       |                                                                                    |                                                                 |  |
| リビング・ウィルの考え方に「賛成である」と答えたものうち、                                                |                                                                                    | 意思表示の書面に「賛成である」と答えたものうち、                                        |  |
| 「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」<br>一般60.3%、医師50.7%、看護54.2%、介護59.0% | 「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」<br>一般62.4%、医師44.6%、看護53.2%、介護58.1%       | 意思表示の書面に従った治療を行うことを法律に「定めてほしい」<br>一般28.1%、医師20.4%、看護25.3%、22.3% |  |
| 「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」<br>一般37.2%、医師47.7%、看護43.6%、介護38.3%             | 「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」<br>一般33.6%、医師54.1%、看護44.0%、介護36.6%                   | 「定めなくてもよい」<br>一般44.7%、医師49.7%、看護47.7%、介護47.9%                   |  |
| 本人の意思確認ができない場合の代理人による意思表示という考え方に賛成するか                                        |                                                                                    | 代理人をあらかじめ決めておくことについて                                            |  |
| H30(案) 問3 「それでよいと思う」「そうせざるを得ないと思う」<br>合わせて、一般57.2%、医師66.8%、看護62.0%、介護59.9%   | 「それでよいと思う」「そうせざるを得ないと思う」<br>合わせて、一般58.1%、医師71.9%、看護64.7%、介護61.2%                   | 「賛成である」<br>一般62.8%、医師68.3%、看護74.2%、介護76.1%                      |  |
| 「その時の状況による」<br>一般29.3%、医師22.5%、看護29.0%、介護30.3%                               | 「その時の状況による」<br>一般29.0%、医師19.9%、看護28.1%、介護31.0%                                     |                                                                 |  |
| 代理として意思表示するのに適当な人                                                            |                                                                                    | 自分が終末期に明確な意思表示が示せない場合、治療方針の決定についてどのようにしてほしいか                    |  |
| H30(案) 問2 「配偶者」一般63.3%、医師72.7%、看護66.0%、介護62.8%                               | 「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい（従うべき）」（カッコ内は医療従事者の回答選択肢）<br>一般77.0%、医師67.2%、看護80.4%、介護75.7% | 治療の選択について自分で判断できなくなった場合に治療方針をだれに決めてもらいたいか                       |  |
| 「子供」一般13.2%、医師6.9%、看護8.8%、介護16.6%                                            |                                                                                    | 「家族等のうち、自分のことをよく分かっている一人の方」<br>一般34.0%、医師50.3%、看護42.1%、介護41.4%  |  |
|                                                                              |                                                                                    | 「家族等が集まって話し合った結果」<br>一般44.6%、医師33.6%、看護44.4%、介護46.8%            |  |
| iv) 終末期医療に対する悩み、疑問（医療福祉従事者のみ回答）                                              |                                                                                    |                                                                 |  |
| 終末期医療において治療方針について医師や看護・介護職員等の間に意見の相違が起こったことがあるか                              |                                                                                    |                                                                 |  |
| H30(案) 医師票 問7 「ある」医師36.2%、看護52.3%、介護32.2%                                    | 「ある」医師33.9%、看護48.2%、介護31.3%                                                        | 「ある」医師14.7%、看護30.4%、介護17.4%                                     |  |
| 「ない」医師57.4%、看護43.4%、介護65.1%                                                  | 「ない」医師62.0%、看護47.6%、介護66.0%                                                        | 「ない」医師62.0%、看護52.4%、介護74.9%                                     |  |
|                                                                              |                                                                                    | 「死が間近な患者（入所者）に関わっていない」<br>医師22.4%、看護16.2%、介護6.6%                |  |

### Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

#### 書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書 籍 名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|------|---------|-----------|-------|------|-----|-----|-----|
| なし   |         |           |       |      |     |     |     |

#### 雑誌

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|-------|---------|------|----|-----|-----|
| なし    |         |      |    |     |     |