

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  
終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究  
平成23年度 研究報告書

研究代表者 池上 直己  
平成24(2012)年 3月

## ◆目 次◆

### I. 研究報告

終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究	1
----------------------------	---

### II. 調査結果の詳細

1. 調査の実施方法と回収率	15
1.1. 一般国民対象調査	15
1.2. 医師向け調査	16
1.2.1. 日本老年精神医学会	
1.2.2. 日本救急医学会	
2. 調査結果	18
2.1. 一般国民、日本老年精神医学会専門医、日本救急医学会指導医の回答結果	18
2.2. 日本老年精神医学会専門医、日本救急医学会指導医の回答結果	36
2.3. 回答者の属性	48

### III. 資料

資料1	英文誌レビュー	55
資料2	和文誌レビュー	69
資料3-1	終末期一般国民向け調査票	75
資料3-2	終末期医師向け調査票	83
資料4-1	意見聴取団体一覧	95
資料4-2	意見聴取個人一覧	97
資料5	調査票に対する意見	99

# I 研究報告



平成 23 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）

「終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究」

研究報告書

**研究要旨：**

**目的** 平成 22 年 12 月に策定された「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」における指摘を踏まえ、従来の調査を大きく見直した新たな調査手法を開発・提言することにより、平成 24 年度実施予定の全国調査で終末期医療に対する国民の考え方及びニーズをより適切に把握するとともにし、今後の終末期医療に関する施策に資することである。

**方法** 新たな調査票を作成するために、内外の文献をレビューし、研究班において検討を行った。次に、一般国民 2000 人を対象に、これまで国が採用してきた郵送調査と同じ形式で調査した。医師については、日本老年精神医学会（以下、老年精神と略）と日本救急医学会（以下、救急と略）の協力を得て、会員に対して郵送調査した。最後に、作成した調査票について、「終末期医療のあり方に関する懇談会」の委員などに意見を求めた。

**結果** <調査票の作成>家族の行う延命医療の判断などに関する新たな設問を設けて整理した他、想定上の終末期の状態像として、末期がん、慢性の重い心臓病、末期の認知症、交通外傷後の植物状態の 4 つとした。延命医療の選択肢として、「中止」ではなく、「開始」の有無に改めた。意向についての設問を「本人」だけに留め、「家族」を割愛した。治療の場の選択肢として、「病院」、「介護施設」、「在宅」の 3 つに整理した。<回収率>一般国民は 48.3%、老年精神は 35.1%、救急は 50.4%であった。<調査結果>一般国民において、自分が判断できない場合に 53.4%が家族の代表者、35.7%が家族における話し合いで決めてほしいという回答であった。終末期医療を受ける場として「在宅」を選んだ割合は、最も高い末期がんでも 35.7%であり、末期認知症では 10.8%に留まった。延命医療の中で開始が望まれる割合が高かったのは、肺炎に対する抗生剤治療と水分補給であった。医師は、一般に延命医療により積極的であり、老年精神の方が救急より、こうした傾向が強かった。<調査票に対する意見>4 団体代表、1 個人より意見を得た。

**考察** 一般国民における回収率を上げるために、対象年齢を 60 歳以上に限定するか、あるいは訪問面接調査に改めることである。医師は専門領域によって回答が異なっていたことを踏まえて、医療機関を層別化し、当該機関において終末期医療に関わる医師が回答するように改め、看護師に対しても同様な対応を行うべきである。本調査研究で開発した調査手法は、平成 24 年度に予定されている国の調査において参考になろう。

研究代表者(班長)	池上直己(慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室)
研究協力者	有賀徹(昭和大学病院病院長)
	町野朔(上智大学法学部 法学研究科)
	林彰敏(聖路加国際病院 緩和ケア科)
	吉村公雄(慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室)
	Andrew Kissane(慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室)
	池田漠(慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室)
	池崎澄江(千葉大学看護学部 保健学分野)
	野崎昭子(慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室)

## A. 研究目的

我が国は高齢化社会を迎え、2040年には年間死亡者数が166万人にまで増加することが予想されている。このような中、終末期医療のあり方については自らの意思を尊重した尊厳ある死を迎えることができるような環境整備が求められているところである。厚生労働省においては、平成4年度より5年おきに終末期医療のあり方に関する全国調査が行われており、終末期医療に対する国民の考え方及びニーズの現状及び変化を把握してきたが、平成22年12月に策定された「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」において、次回調査（平成24年度予定）に関して「調査に先立ち検討期間を設け、例えば、調査対象者の範囲、回収率を向上させるための方策、終末期医療に関する用語の適切な使用、終末期医療の新しいニーズに適応した調査項目等を検討すべきである。」と指摘されているところである。

本研究においては、こうした指摘を踏まえ、平成23年度内に、従来の調査を大きく見直した新たな調査手法を開発・提言することにより、平成24年度実施予定の全国調査で終末期医療に対する国民の考え方及びニーズをより適切に把握するとともにし、今後の終末期医療に関する施策に資することを目的とした。

## B. 研究方法

### [調査手順]

① 国が実施した過去の調査（平成4年度から計4回）の検証

これまで終末期医療のあり方に関する全国調査は20年にわたり計4回実施された

調査の方法とその結果を整理し、継続すべき調査項目、改善すべき調査項目等を明らかにした。

② 内外の調査に関する文献的検索とレビュー

調査方法・質問項目・調査結果の政策への反映等の観点から行った。

③ 研究班における検討

①と②に基づいて、検討を重ね、いくつかの試作版を作成・検証した後、調査票を作成した。その際、これまでの郵送法による調査票の送付を継承し、また記入に要する時間は15分程度に留まるように留意した。

④ 医師に対する調査

医師等の医療提供者については、研究計画ではヒアリング調査に留める予定であったが、医師に限って、日本老年精神医学会（以下、老年精神と略）と日本救急医学会（以下、救急と略）の協力を得て郵送調査を行った。これら2つの専門学会を対象とした理由は、これまで医師に対する調査は緩和ケアに関わる医師以外には分けて表示されなかったが、専門分野によって異なる傾向があると考え、対極に位置することから選んだ。

⑤ 作成した調査票に対する意見の聴取

研究計画では、各専門団体、平成22年度末に策定された「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」の委員などから意見を聴取後に、調査票を策定することになっていたが、時間的な制約を考慮し、完成した一般国民向けの調査票を郵送し、自由記載形式で意見を求めた。

⑥ 倫理委員会における承認

本研究の内容を、慶應義塾大学医学部

倫理委員会に申請し、承認を得た。

#### [調査方法]

一般国民（以下、国民と略）2000名に対する調査は、従来と同じく、対象者を住民基本台帳から層別無作為抽出し、郵送法とした。葉書による督促、及び回収率の低かった20～30代に対して再度、調査票を送付した。

医師に対する調査は、老年精神については専門医763名全員、救急については指導医506の名簿をそれぞれの学会より入手し、郵送法による調査を行い、いずれも葉書により督促した。なお、調査票の第2部において、一般国民と同じ内容の調査項目を置き、両者の区分を明確にした。

### C. 研究結果

#### C-1. 国内外の文献レビュー

- ・ 英文論文については、PubMedを用いて、「延命治療」・「終末期」と「一般人口調査」などを合わせたキーワードとして、2005-11年に掲載された文献をレビューした結果、57の論文を把握し、さらに独自に主要論文の文献（報告書等を含む）に基づいて収集した。（資料1参照）
- ・ 調査対象者の選び方として、一般人口から無作為抽出した場合と、調査の目的に賛同して応募した場合とがあった。調査手法として郵送・電話・インタビューなどが調査の目的に応じて使われており、回収率は42-78%

の範囲であった。回答率と調査方法との間には明確な関係はみられなかった。この中で、特に下記の論文に着目した。

- ・ Fukuiら(2011)は日本の40～79歳の一般人口2千人を対象に調査し、55%の回収率を得ている。亡くなる場として、44%は自宅、15%は病院、19%は緩和ケア病棟、10%は特別養護老人ホームを希望しており、これらは終末期ケアに関する体験・認識・知識などに関連していた。なお、終末期の状況については分けてなく、全体に対する設問であった。
- ・ 想定上の病態を提示して回答を求めた調査として、Coppolaら(1999)が提示した、アルツハイマー病、昏睡（回復の可能性別）、肺気腫、脳卒中（改善の有無別）、がん（痛みの有無別）の8つの病態に対する抗生剤・心肺蘇生・手術・人工水分栄養の組み合わせが、本調査の目的に参考になると判断した。
- ・ 延命医療の中で胃瘻の適用に着目し、Vitaleら(2006)が提示した進行した認知症患者に対する適否に関する医師の知識と考え方を調査した設問を参考にした。
- ・ 和文論文については、医学中央雑誌を用いて、「延命治療」・「終末期」と「一般人口調査」などを合わせたキーワードとして、2005-11年に掲載された文献をレビューし、その中で、一般人口を対象とした6論文、医療職・患者を対象とした5論文を把握し、参考とした（資料2参照）。なお、

前者に関しては無作為抽出した研究はなかった。

- 本については、代表的な内科学の教科書、ハリソン内科学日本語版第二版（メディカル・サイエンス・インターナショナル 2006 年、原本 16 版 2004 年発刊）において、経腸栄養法と非経口栄養法は患者の予後と QOL 改善から決めるべきであり、末期状態において通常は不適切であると記載されていた。また、会田薫子の「患者に延命医療と臨床現場—人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学」（東京大学出版会、2011）においても、末期状態において、胃瘻は原則的に推奨されていなかった。

## C-2. 調査票の作成

### [研究班における検討結果]

- 国がこれまで 5 年おきに実施してきた調査の内容は、過去の結果と比較できるようにするため、第 1 回調査の形式と設問を基本的に継承してきた。そのうえで、医学の進歩・社会的な関心・懇談会（検討会）委員の意見を踏まえて修正、追加が行われてきたため長大となった。また、同じ内容を尋ねている箇所においても、質問文が毎回変化している場合もあり、過去の結果と比較は厳密には不能である。例えば「死期が迫っている」という想定上の状態に対して、当初あった「耐え難い痛み」が削除されている。
- そこで、文献調査を踏まえた研究班内の検討の結果、過去の調査との比較には可能な範囲で留意するが、フォーマ

ットと設問内容を刷新した調査票を作成した。作成するに当たり留意した点は、以下の通りである。

- 1) 想定上の終末期の状態像は、末期がん、慢性の重い心臓病、末期の認知症、交通外傷後の植物状態とした。回復の可能性と認知状態によって、延命医療の選択が異なることを踏まえて、回復の可能性がほぼない状態とし、また認知状態を明確に規定した。
- 2) 延命医療の選択肢として、これまでの調査は延命「中止」に対する設問であったが、これを「開始」に対する意向に改めた。法的には、「中止」と「開始」を同等に解釈する見解もあるが、想定上の状態としては、「中止」よりも、「開始」の方が想定しやすいと判断した。
- 3) 調査の内容を簡素化した。これまでの調査は、「本人」の意向と「家族」の意向に対して、それぞれ個別に質問していたが、今回は、「本人」の意向のみとした。「家族」の意向に対する設問は、回答者がどの「家族」を想定するかで回答は大きく異なる可能性があり、しかも、質問紙が長大になってしまうため、削除した。
- 4) また、治療を受ける場として、前回までの調査では様々な形態が選択肢として提示され煩雑ではあったが、これらを「病院」、「介護施設」、「在宅」の 3 つに集約して、答えやすくした。

以上の手順で作成した調査票を資料 3-1（一般国民向け調査票）、資料 3-2（医師向け調査票）に示す。

### C-3. 調査結果

#### [調査票の回収率]

- ・ 一般国民の回答率は 48.3%であった。なお、対象者を 40 歳以上に限れば回収率は 50.4%、60 歳以上であれば 55.9%であった。
- ・ 老年精神の回収率は 35.1%であり、救急は 50.4%であった。
- ・ 終末期の延命医療について十分に話し合っている割合は、国民は 4.7%であり、過去の国の調査とほぼ同じ水準であった。医師においては 20%台でより高い割合となっていたが、意向を書面で作成している割合は、国民の 3.4%と比べて、老年精神は 5.6%、救急は 7.5%と大きな差はなかった。
- ・ 自分で判断できない場合に、医師はだれと相談してほしいか、という設問に対して、国民は家族等の「代表者」が 53.4%、次いで「話し合い」が 35.7%であり、医師もほぼ同じ傾向であったが、救急では前者の割合が 63.9%、後者が 25.5%と「代表者」の割合が高かった。なお、代表者を予め決めることに対しては、賛成は国民の 73.2%に対して医師はいずれも 8 割以上であった。
- ・ 逆に家族友人から代わって判断してもらいたいと頼まれた場合に引き受けるかどうか、という設問に対しては、国民は「引き受ける」が 47.2%に留まったのに対して、医師はいずれも 8 割以上であった。
- ・ 病院を治療の場として希望する割合は、国民においては認知症の 34.3%を除いていずれも過半数を占め、特に植

物状態の場合は 74.3%であった。これに対して、医師はいずれもより低い割合であり、認知症においては 10%に留まり、植物状態においては老年精神が 54.1%、救急が 38.4%であった。

- ・ 在宅を治療の場として希望する割合は、末期がんでは比較的高く国民は 35.7%、老年精神は 52.6%、救急は 57.3%と比較的高かったが、他の状態では低く、特に認知症末期では同じ順に 10.8%、19.8%、19.2%であった。
- ・ 想定上の病態において、延命治療の方法として望まれる割合が高かったのが、病態像を問わず肺炎に対する抗生剤治療と水分補給の点滴であった。一方、医師はいずれも国民より高い割合であり、特に認知症末期においても胃瘻を望む割合は国民が 5.4%であったのに対して、老年精神は 12.3%、救急は 7.8%であった。
- ・ 老年精神と救急を比較すると、想定上の病態に対して、老年精神の方が延命医療を望む割合が高く、特に末期がんにおける抗生剤治療(老年精神 80.6%、救急 61.6%)、中心静脈栄養(同順に 31.3%、21.2%)、胃瘻(同順に 19.0%、13.7%)、及び慢性心臓病の抗生剤治療(老年精神 79.5%、救急 67.8%)、中心静脈栄養(同順に 33.2%、24.7%)であった。

以上の詳細を II. 調査結果の詳細に示す。

### C-4. 各団体、個人からの意見の聴取 意見の聴取のため調査票を郵送した団

体、個人の一覧を資料4-1、資料4-2に示す。なお、日本老年精神医学会と日本救急医学会に対しても、会員に対する調査票の送付以外にも、団体としての意見を求めた。

回答は4団体からあった。全日本病院協会から、介護職に対して実施する場合には追加説明が必要と指摘された。日本歯科医師会から、「最後まで口から食べたいか」の項目の追加が指摘された。日本薬剤師会から設問の設計が難しい、日本看護協会より、調査目的の明確化、用語の整理、説明の加筆、倫理面の説明についての指摘があった。また、日本救急医学会の会員より脳死判定が重要な課題である、という指摘があった。(資料5参照)

#### D. 考察

##### [郵送調査の適切性]

- これまでの調査と比べて内容を整理し、回答しやすいように工夫することで、回収率の向上を期待したが、過半数に辛うじて達しなかった。郵送調査に対する回収率は一般に低下の傾向にあり、国が調査主体になれば多少の向上も期待できるが、限界があろう。
- 対応策として、国民生活基礎調査のような訪問面接調査にするか、対象者を60歳以上に限定することである。前者を採用すれば、1件当たりの費用が2倍程度発生することになる。後者を採用すれば回収率は向上する。なお、これまでの国の調査においても、年齢による回答率に同様な傾向が見られており、単純に合計して「国民」の意

見とするのは方法論的に問題もある。

##### [医師などに対する調査法]

- 日本老年精神医学会と日本救急医学会は、医療の中で対極に位置していることもあって、一部の質問には回答傾向に大きな相違が見られた。したがって、調査票を病院に送付し、病院長が回答する医師を恣意的に決めていた従来の方法は問題があるといえよう。
- 今回のように学会単位に調査票を送付する方法もあるが、多数の学会が存在し、重複して加盟している医師も存在するので、方法としては不適切であろう。いずれにせよ、診療科よりも、医療機関の特性と終末期医療に関わっているかどうかの方が重要であるゆえ、病院単位に調査票を送付するが、病院の種類ごとに層別化したうえで抽出し、病院長に対して、終末期医療に関わる医師から選ぶように依頼するのも一つの方法であろう。一方、診療所医師については、地域医師会や医師法第6条第3項による医師届出票を活用することも検討の余地がある。
- 看護師においても同様の問題があるため、上記のように抽出された病院より、看護部長に終末期医療が提供されている病棟から、経験3年以上の管理職でない看護師を選ぶように依頼するのも一つの方法であろう。なお、訪問看護ステーションについては従来通りの方法で問題はないといえよう。
- 特別養護老人ホームの介護職員については、施設長が回答者を選ぶ基準が明記されていないので、病棟看護師と

同様に、規定するべきであろう。

#### [調査の内容]

- ・ 調査の内容、形式については、研究班として、これまでの調査の趣旨を生かしながら、できるだけ整理した内容にするように努力したが、今後さらに検討する必要がある。
- ・ 終末期医療についての意向、家族による決定方法、家族等から依頼を受けた場合に引き受けるかどうかについて、より踏み込んだ設問を用意した。一般からの回答には、分からないとする割合は比較的高かったが、新しい視点を提示できたといえよう。一方、過去の調査にあった終末期医療への関心・医師からの情報提供等の設問は肯定意見が圧倒的であり、逆に法制化についてはその意味することが明確でない、という理由により割愛した。こうした判断について検討する必要がある。
- ・ 回復が望みにくい4つの終末期の状態に対して、延命医療を望むかどうかについて設問を設けたところ、いずれの方法においても、望む割合が高かった割合は、慢性心臓病、末期がん、末期認知症、植物状態の順であった。しかし、心配蘇生術と人工呼吸器をそれぞれ望む割合は、いずれの状態ともほぼ同じであり、また水分・栄養摂取については、慢性心臓病と末期がんで差はなかった。どの状態に対しても同じ設問を用意すべきか、あるいは4つの状態についても、その過不足を検討する必要がある。状態像を説明する際に、重症慢性の心臓病では理解しに

くい可能性もあるので、「徐々に心臓の機能が弱っていて回復しないような状態」に改めるのも一案である。一方、「末期認知症」については、「進行して悪化し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなどの身の回りのことに手助けが必要な状態まで衰弱」として説明されているので、修正の必要はないとの結論に達した。

- ・ 医師に対して、胃瘻に関する新たに設問を設けた理由は、社会的な関心が高いこと、諸外国では認知症末期の患者に対する胃瘻の延命効果に対して否定的な見解が多かったことにある。これに対して経鼻経管栄養は、諸外国ではあまり用いられていないが、日本では胃瘻よりも利用頻度が高いので、設問を設けるべきかもしれない。また、主治医として実施した直近の症例数とそれぞれの状況に関する設問を設けることも検討する必要がある。

#### E. 結論

これまで国が実施してきた調査の内容を抜本的に見直すことによって、家族による意思決定のあり方等についての新たな課題、終末期における想定上の病態を明確に提示することによる望まれる延命医療の相違、及び終末期医療の場としての在宅・介護施設・病院の選択が、それぞれ明らかになった。一方、医師については、老年精神と救急と延命医療についての考え方が異なり、医師の特性を考慮して分析する必要があると示唆された。本調査研究で開発した調査手法は、平成 24 年度に予定されている国の調査に

において参考になろう。

F. 健康危険情報

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



## Ⅱ 調査結果の詳細



## 1. 調査の実施方法と回収率

### 1.1. 一般国民対象調査

調査地域…全国

標本数…2,000

地点数…100

調査対象…2011年10月1日現在20歳以上の男女個人

抽出方法…層化二段無作為抽出法

抽出期間…9月8日から10月14日

調査方法…郵送法

#### 【発送の手順】

- ① 発送封筒は、研究班 主任研究者 池上教授名
- ② 返送封筒の宛名は、慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 調査事務局
- ③ 返送封筒には、80円切手を貼付

#### 【同封した添書】

- ① 依頼状 厚生労働省在宅医療推進室長名
- ② 依頼状 研究班 主任研究者 池上教授名
- ③ 趣意書 吉村専任講師名

#### 【郵送の期日】

- ① 調査票発送日…10月19日
  - ② 督促状の発送…10月31日
  - ③ 第二回調査票\*発送日…11月18日
- \*対象者の内、20歳から39歳までの600名に調査票を再送付した  
最終締切日…2012年1月16日到着分まで

	実数	比率
全対象数	2000	100.0%
有効回収数	966	48.3%
(うち二回目発送分)	45	
二回目発送数	600	

#### 【年代別回収数(率)】

	対象数	回収数(率)
20・30歳代	600	239(39.8%)
40・50歳代	627	274(43.7%)
(40歳以上)	1400	706(50.4%)
60歳以上	773	432(55.9%)
合計	2000	945*

\*有効回収数のうち、年齢の無回答は21票

## 1.2. 医師向け調査

### 1.2.1. 日本老年精神医学会 (本文中では老年精神と表記)

標本数…763

調査対象者…専門医

調査方法…郵送法

#### 【発送の手順】

- ① 発送封筒は、慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室名
- ② 返送封筒の宛名は、慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 調査事務局
- ③ 返送封筒には、90 円切手を貼付

#### 【同封した添書】

- ① 依頼状 厚生労働省在宅医療推進室長名
- ② 依頼状 研究班 主任研究者 池上教授名
- ③ 趣意書 吉村専任講師名

#### 【郵送の期日】

- ① 調査票発送日…10 月 18 日
- ② 督促状の発送…10 月 31 日

最終締切日…2012 年 1 月 16 日到着分まで

	実数	比率
全対象数	763	100.0%
有効回収数	268	35.1%

### 1.2.2. 日本救急医学会 (本文中では救急と表記)

標本数…506

調査対象者…指導医

調査方法…郵送法

#### 【発送の手順】

- ① 発送封筒は、日本救急医学会名
- ② 返送封筒の宛名は、日本救急医学会
- ③ 返送封筒には、90 円切手を貼付

#### 【同封した添書】

- ① 依頼状 厚生労働省在宅医療推進室長名
- ② 依頼状 研究班 主任研究者 池上教授名
- ③ 趣意書 吉村専任講師名
- ④ 依頼状 日本救急医学会 有賀代表理事名

#### 【郵送の期日】

① 調査票発送日…11 月 18 日

② 督促状の発送…12 月 2 日

最終締切日…2012 年 1 月 16 日到着分まで

	実数	比率
全対象数	506	100.0%
有効回収数	255	50.4%

## 2. 調査結果

### 2.1. 一般国民、日本老年精神医学会専門医、日本救急医学会指導医の回答結果

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

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
十分に話し合っている	45	4.7	61	22.8	69	27.1
話し合ったことがある	439	45.4	157	58.6	145	56.9
全く話し合ったことがない	466	48.2	50	18.7	40	15.7
無回答	16	1.7	-	-	1	0.4

終末期における延命医療について、家族と話し合ったことがあるかどうかをきいたところ、20歳以上の一般国民(以下：国民)では「十分に話し合っている」が4.7%、「話し合ったことがある」が45.4%、「全く話し合ったことがない」が48.2%と、ほぼ半数が『話しあった』と回答している。

老年精神の専門医(以下：老年精神医)の回答は、「十分に話し合っている」が22.8%で「話し合ったことがある」が58.6%と、『話しあった』は8割を超えて、国民を大きく上回っている。国民と老年精神医の選択肢ごとの回答数で独立性の検定を行ったところP値=0.000、自由度2であった。

救急の指導医(以下：救急医)の回答は、「十分に話し合っている」が27.1%で「話し合ったことがある」が56.9%と、『話しあった』は8割を超えて、国民を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

また、老年精神医と救急医の割合には大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.426、自由度2であった。

なお、本文での独立性の検定(以下：検定)は、無回答を除いて、適合度による $\chi$ 自乗で行っている(以下同様)。

問2. あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかなどを記載した書面を、あらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。（○は1つ）

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
賛成である	625	64.7	215	80.2	199	78.0
反対である	20	2.1	14	5.2	9	3.5
わからない	305	31.6	38	14.2	46	18.0
無回答	16	1.7	1	0.4	1	0.4

自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかなどを記載した書面を、あらかじめ作成しておくことについてきいたところ、「賛成である」は国民で64.7%とほぼ3分の2を占めている。

老年精神医の「賛成である」は80.2%で、国民(64.7%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「賛成である」は78.0%で、国民(64.7%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「賛成である」は老年精神医(80.2%)と救急医(78.0%)でほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.342、自由度2であった。

(「1. 賛成である」をお選びの方)  
 (補問) 実際に書面を作成していますか。(〇は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
作成している	21	3.4	12	5.6	15	7.5
作成していない	599	95.8	203	94.4	183	92.0
無回答	5	0.8	-	-	1	0.5

実際に書面を作成しているかどうかは、「作成している」が国民で3.4%となっている。

老年精神医の「作成している」は5.6%で、国民(3.4%)とほとんど差はみられない。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.155、自由度1であった。

救急医の「作成している」は7.5%で、国民(3.4%)をやや上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.012、自由度1であった。

「作成している」は老年精神医(5.6%)と救急医(7.5%)でほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.413、自由度1であった。

問3. あなたは、治療の選択について自分で判断できなくなった場合には、誰に医師と相談して決めてもらいたいですか。(〇は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
親しい人の内一人の方が代表で相談	516	53.4	160	59.7	163	63.9
親しい人達が集まって話し合い相談	345	35.7	88	32.8	65	25.5
関わってもらえそうな人はいない	19	2.0	2	0.7	1	0.4
わからない	41	4.2	6	2.2	3	1.2
無回答	45	4.7	12	4.5	23	9.0

治療の選択について自分で判断できなくなった場合には、誰に医師と相談して決めてもらいたいかをきいたところ、「家族・親戚、親しい友人のうち、自分のことを一番よく分かっている一人の方が代表して医師と相談して決めてほしい(以下:親しい一人)」が国民の53.4%と半数を超え、「家族・親戚、親しい友人達が集まって話し合い、医師と相談して決めてほしい」は35.7%となっている。

老年精神医の「親しい一人」は59.7%で、国民(53.4%)と大きな差はみられない。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.109、自由度3であった。

救急医の「親しい一人」は63.9%で、国民(53.4%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度3であった。

「親しい一人」は老年精神医(59.7%)と救急医(63.9%)に大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.302、自由度3であった。

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

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
賛成である	707	73.2	224	83.6	210	82.4
反対である	42	4.3	12	4.5	12	4.7
わからない	201	20.8	32	11.9	32	12.5
無回答	16	1.7	-	-	1	0.4

どのような治療をうけたいか自分で判断できなくなった場合に備えて、家族・親戚、親しい友人の中から、あなたに代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについてどう思うかきいたところ、「賛成である」は国民で73.2%を占めている。

老年精神医の「賛成である」は83.6%で、国民(73.2%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.003、自由度2であった。

救急医の「賛成である」は82.4%で、国民(73.2%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.009、自由度2であった。

「賛成である」は老年精神医(83.6%)と救急医(82.4%)にほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.963、自由度2であった。

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

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
引き受ける	456	47.2	215	80.2	217	85.1
引き受けようとは思わない	119	12.3	17	6.3	10	3.9
わからない	376	38.9	35	13.1	27	10.6
無回答	15	1.6	1	0.4	1	0.4

前問とは逆に、家族・親戚、親しい友人から、治療の内容について代わって判断してもらいたいと頼まれた場合、引き受けるかどうかきいたところ、「引き受ける」は国民で47.2%と5割弱となっている。

老年精神医の「引き受ける」は80.2%で、国民(47.2%)を大きく上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「引き受ける」は85.1%で、国民(47.2%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「引き受ける」は老年精神医(80.2%)と救急医(85.1%)で大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.282、自由度2であった。

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、さらに状態は徐々に悪化して死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問6-1. どこで治療を受けたいですか。(〇は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
病院	486	50.3	96	35.8	69	27.1
介護施設	116	12.0	27	10.1	34	13.3
在宅	345	35.7	141	52.6	146	57.3
無回答	19	2.0	4	1.5	6	2.4

以下のような病状になった場合、どのような治療を希望するかについて、まずは、どこで治療を受けたいかをきいたところ、国民では「病院」50.3%、「在宅」35.7%、「介護施設」12.0%の順となっている。

老年精神医では「在宅」52.6%、「病院」35.8%、「介護施設」10.1%の順であり、順位・割合ともに国民とは差がみられる。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医では「在宅」57.3%、「病院」27.1%、「介護施設」13.3%の順であり、順位・割合ともに国民とは差がみられる。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

老年精神医と救急医では、順位・割合ともに大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.087、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ〇は1つ)

ア 抗がん剤や放射線による治療

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	265	27.4	64	23.9	34	13.3
望まない	434	44.9	158	59.0	189	74.1
わからない	219	22.7	38	14.2	26	10.2
無回答	48	5.0	8	3.0	6	2.4

どのような治療を希望するかについて、『抗がん剤や放射線による治療』を「望む」は国民で27.4%、「望まない」は44.9%となっている。

老年精神医の「望まない」は59.0%で、国民(44.9%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は74.1%で、国民(44.9%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(59.0%)より救急医(74.1%)が多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)  
 イ 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	500	51.8	216	80.6	157	61.6
望まない	229	23.7	34	12.7	73	28.6
わからない	178	18.4	13	4.9	20	7.8
無回答	59	6.1	5	1.9	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること』を「望む」は国民で51.8%と半数を超えている。

老年精神医の「望む」は80.6%で、国民(51.8%)を大きく上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望む」は61.6%で、国民(51.8%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(80.6%)に救急医(61.6%)より多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)  
 ウ 口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	574	59.4	184	68.7	142	55.7
望まない	196	20.3	48	17.9	80	31.4
わからない	131	13.6	26	9.7	27	10.6
無回答	65	6.7	10	3.7	6	2.4

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴』を「望む」は国民で59.4%を占めている。

老年精神医の68.7%で、国民(59.4%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.059、自由度2であった。

救急医の「望む」55.7%は国民(59.4%)とあまり差がみられないが、「望まない」では救急医(31.4%)が国民(20.3%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.002、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(68.7%)が救急医(55.7%)より多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

エ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること(中心静脈栄養)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	297	30.7	84	31.3	54	21.2
望まない	419	43.4	144	53.7	177	69.4
わからない	199	20.6	36	13.4	20	7.8
無回答	51	5.3	4	1.5	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること』を「望む」は国民で30.7%、「望まない」は43.4%となっている。

老年精神医の「望まない」は53.7%で、国民(43.4%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.006、自由度2であった。

救急医の「望まない」は69.4%で、国民(43.4%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(53.7%)より救急医(69.4%)が多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

オ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること(経鼻栄養)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	125	12.9	52	19.4	42	16.5
望まない	598	61.9	182	67.9	183	71.8
わからない	196	20.3	30	11.2	25	9.8
無回答	47	4.9	4	1.5	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること』を「望む」は国民で12.9%、「望まない」は61.9%となっている。

老年精神医の「望む」は19.4%で、国民(12.9%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望む」は16.5%で、国民(12.9%)をやや上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(19.4%)と救急医(16.5%)に差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.565、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

カ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること(胃ろう)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	83	8.6	51	19.0	35	13.7
望まない	653	67.6	178	66.4	195	76.5
わからない	185	19.2	34	12.7	21	8.2
無回答	45	4.7	5	1.9	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること』を「望む」は国民で8.6%、「望まない」は67.6%となっている。

老年精神医の「望む」は19.0%で、国民(8.6%)を大きく上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望む」は13.7%で、国民(8.6%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(19.0%)が救急医(13.7%)をやや上回っている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.038、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

キ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	77	8.0	27	10.1	20	7.8
望まない	642	66.5	209	78.0	215	84.3
わからない	201	20.8	27	10.1	15	5.9
無回答	46	4.8	5	1.9	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること』を「望む」は国民で8.0%、「望まない」は66.5%となっている。

老年精神医の「望まない」は78.0%で、国民(66.5%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は84.3%で、国民(66.5%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(78.0%)と救急医(84.3%)に大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.121、自由度2であった。

問6-2. 下記ア〜クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

ク 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	147	15.2	16	6.0	5	2.0
望まない	639	66.1	230	85.8	238	93.3
わからない	134	13.9	19	7.1	8	3.1
無回答	46	4.8	3	1.1	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置』を「望む」は国民で15.2%、「望まない」は66.1%となっている。

老年精神医の「望まない」は85.8%で、国民(66.1%)を大きく上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は93.3%で、国民(66.1%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(85.8%)より救急医(93.3%)に多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.007、自由度2であった。

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問7-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
病院	512	53.0	81	30.2	89	34.9
介護施設	236	24.4	84	31.3	45	17.6
在宅	201	20.8	98	36.6	115	45.1
無回答	17	1.8	5	1.9	6	2.4

以下のような病状になった場合、どのような治療を希望するかについて、まずは、どこで治療を受けたいかをきいたところ、国民では「病院」53.0%、「介護施設」24.4%、「在宅」20.8%の順となっている。

老年精神医では「在宅」36.6%、「介護施設」31.3%、「病院」30.2%がいずれも3割台で、順位・割合ともに国民とは大きな差がみられる。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医では「在宅」45.1%、「病院」34.9%、「介護施設」17.6%の順であり、順位・割合ともに国民とは大きな差がみられる。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

老年精神医と救急医の間でも、順位・割合ともに大きな差がみられる。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)  
 ア 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	543	56.2	213	79.5	173	67.8
望まない	243	25.2	36	13.4	54	21.2
わからない	145	15.0	14	5.2	24	9.4
無回答	35	3.6	5	1.9	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること』を「望む」は国民で56.2%と半数を超えている。

老年精神医の「望む」は79.5%で、国民(56.2%)を大きく上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望む」は67.8%で、国民(56.2%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.005、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(79.5%)が救急医(67.8%)より多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.006、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)  
 イ 口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	568	58.8	199	74.3	154	60.4
望まない	226	23.4	46	17.2	72	28.2
わからない	133	13.8	18	6.7	25	9.8
無回答	39	4.0	5	1.9	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴』を「望む」は国民で58.8%を占めている。

老年精神医の「望む」は74.3%で、国民(58.8%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望む」は60.4%で、国民(58.8%)とほとんど差はみられない。国民と救急医の間の検定はP値=0.117、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(74.3%)が救急医(60.4%)より多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.002、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

ウ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること(中心静脈栄養)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	304	31.5	89	33.2	63	24.7
望まない	430	44.5	140	52.2	169	66.3
わからない	188	19.5	34	12.7	18	7.1
無回答	44	4.6	5	1.9	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること』を「望む」は国民で31.5%となっている。

老年精神医の「望む」は33.2%で、国民(31.5%)と大きな差はみられない。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.019、自由度2であった

救急医の「望む」は24.7%で、国民(31.5%)よりやや少なくなっている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった

「望む」は老年精神医(33.2%)が救急医(24.7%)より多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.003、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

エ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること(経鼻栄養)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	128	13.3	60	22.4	58	22.7
望まない	604	62.5	180	67.2	173	67.8
わからない	191	19.8	24	9.0	20	7.8
無回答	43	4.5	4	1.5	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること』を「望む」は国民で13.3%となっている。

老年精神医の「望む」は22.4%で、国民(13.3%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.002、自由度2であった

救急医の「望む」は22.7%で、国民(13.3%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった

「望む」は老年精神医(22.4%)と救急医(24.7%)にほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.901、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

オ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること(胃ろう)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	80	8.3	54	20.1	48	18.8
望まない	659	68.2	178	66.4	186	72.9
わからない	184	19.0	31	11.6	17	6.7
無回答	43	4.5	5	1.9	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること』を「望む」は国民で8.3%、「望まない」は68.2%となっている。

老年精神医の「望む」は20.1%で、国民(8.3%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望む」は18.8%で、国民(8.3%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(20.1%)と救急医(18.8%)にほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.115、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

カ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	85	8.8	29	10.8	32	12.5
望まない	649	67.2	206	76.9	203	79.6
わからない	189	19.6	28	10.4	15	5.9
無回答	43	4.5	5	1.9	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること』を「望む」は国民で8.8%、「望まない」は67.2%となっている。

老年精神医の「望まない」は76.9%で、国民(67.2%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

救急医の「望まない」は79.6%で、国民(67.2%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(76.9%)と救急医(79.6%)に大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.152、自由度2であった。

問7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

キ 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	142	14.7	23	8.6	13	5.1
望まない	663	68.6	222	82.8	228	89.4
わからない	123	12.7	18	6.7	10	3.9
無回答	38	3.9	5	1.9	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置』を「望む」は国民で14.7%、「望まない」は68.6%となっている。

老年精神医の「望まない」は82.8%で、国民(68.6%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は89.4%で、国民(68.6%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(8.6%)と、救急医の(5.1%)に大きな差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.088、自由度2であった。

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問8-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
病院	331	34.3	28	10.4	25	9.8
介護施設	503	52.1	183	68.3	176	69.0
在宅	104	10.8	53	19.8	49	19.2
無回答	28	2.9	4	1.5	5	2.0

以下のような病状になった場合、どのような治療を希望するかについて、まずは、どこで治療を受けたいかをきいたところ、国民では「介護施設」52.1%、「病院」34.3%、「在宅」10.8%の順となっている。

老年精神医では「介護施設」68.3%、「在宅」19.8%、「病院」10.4%の順で、順位・割合ともに国民とは差がみられる。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医では「介護施設」69.0%、「在宅」19.2%、「病院」9.8%の順となっており、順位・割合ともに国民とは差がみられる。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

また老年精神医と救急医の間では、順位・割合ともにほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.960、自由度2であった。

問8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

ア 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	386	40.0	175	65.3	77	30.2
望まない	408	42.2	72	26.9	160	62.7
わからない	133	13.8	18	6.7	15	5.9
無回答	39	4.0	3	1.1	3	1.2

どのような治療を希望するかについて、『肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること』を「望む」は国民で40.0%となっている。

老年精神医の「望む」は65.3%で、国民(40.0%)を大きく上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった

救急医の「望む」は30.2%で、国民(40.0%)をより少なくなっている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった

「望む」は老年精神医(65.3%)が救急医(30.2%)よりかなり多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

問8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

イ 口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	428	44.3	147	54.9	71	27.8
望まない	379	39.2	94	35.1	170	66.7
わからない	115	11.9	24	9.0	11	4.3
無回答	44	4.6	3	1.1	3	1.2

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な水分をとれなくなった場合の点滴』を「望む」は国民で44.3%となっている。

老年精神医の「望む」は54.9%で、国民(44.3%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.028、自由度2であった。

救急医の「望む」は27.8%で、国民(44.3%)より少なくなっている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望む」は老年精神医(54.9%)が救急医(27.8%)よりかなり多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

問8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

ウ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること(中心静脈栄養)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	200	20.7	37	13.8	22	8.6
望まない	566	58.6	200	74.6	221	86.7
わからない	153	15.8	29	10.8	9	3.5
無回答	47	4.9	2	0.7	3	1.2

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、太い血管に針で管を刺して栄養剤を入れること』を「望む」は国民で20.7%、「望まない」は58.6%となっている。

老年精神医の「望まない」は74.6%で、国民(58.6%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は86.7%で、国民(58.6%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(74.6%)より救急医(86.7%)に多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

問8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

エ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること(経鼻栄養)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	100	10.4	35	13.1	24	9.4
望まない	675	69.9	205	76.5	215	84.3
わからない	144	14.9	25	9.3	13	5.1
無回答	47	4.9	3	1.1	3	1.2

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、鼻から管を入れて流動食を入れること』を「望む」は国民で10.4%、「望まない」は69.9%となっている。

老年精神医の「望まない」は76.5%で、国民(69.9%)がやや上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.030、自由度2であった。

救急医の「望まない」は84.3%で、国民(69.9%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(76.5%)より救急医(84.3%)にやや多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.056、自由度2であった。

問 8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

オ 口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること(胃ろう)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
望む	52	5.4	33	12.3	20	7.8
望まない	723	74.8	208	77.6	221	86.7
わからない	144	14.9	23	8.6	11	4.3
無回答	47	4.9	4	1.5	3	1.2

どのような治療を希望するかについて、『口から十分な栄養をとれなくなった場合、手術で胃に穴を開けて直接管を取り付け、流動食を入れること』を「望む」は国民で 5.4%、「望まない」は 74.8%となっている。

老年精神医の「望む」は 12.3%で、国民(5.4%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度 2 であった

救急医の「望む」は 7.8%で国民(5.4%)とほとんど差はみられないが、「望まない」は 86.7%で国民(74.8%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度 2 であった

「望む」は老年精神医 (12.3%) が救急医 (7.8%) よりやや多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.023、自由度 2 であった。

問 8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

カ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなります)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)	回答数	割合 (%)
望む	59	6.1	17	6.3	11	4.3
望まない	704	72.9	230	85.8	233	91.4
わからない	155	16.0	18	6.7	7	2.7
無回答	48	5.0	3	1.1	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること』を「望む」は国民で 6.1%、「望まない」は 72.9%となっている。

老年精神医の「望まない」は 85.8%で、国民(72.9%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度 2 であった。

救急医の「望まない」は 91.4%で、国民(72.9%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度 2 であった。

「望まない」は老年精神医 (85.8%) より救急医 (91.4%) にやや多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.056、自由度 2 であった。

問 8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

キ 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	102	10.6	14	5.2	6	2.4
望まない	717	74.2	237	88.4	240	94.1
わからない	105	10.9	14	5.2	5	2.0
無回答	42	4.3	3	1.1	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置』を「望む」は国民で10.6%、「望まない」は74.2%となっている。

老年精神医の「望まない」は88.4%で、国民(74.2%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は94.1%で、国民(74.2%)を大きく上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(88.4%)より救急医(94.1%)にやや多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.029、自由度2であった。

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはほぼなく、いずれ肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 9-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
病院	718	74.3	145	54.1	98	38.4
介護施設	120	12.4	77	28.7	108	42.4
在宅	89	9.2	40	14.9	41	16.1
無回答	39	4.0	6	2.2	8	3.1

以下のような病状になった場合、どのような治療を希望するかについて、まずは、どこで治療を受けたいかをきいたところ、国民では「病院」74.3%が断然多く、「介護施設」12.4%、「在宅」9.2%の順となっている。

老年精神医では「病院」54.1%、「介護施設」28.7%、「在宅」14.9%の順で、国民とは差がみられる。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医では「介護施設」42.4%、「病院」38.4%、「在宅」16.1%の順となっており、順位・割合ともに国民とは差がみられる。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

老年精神医と救急医では、順位・割合ともに差がみられる。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度2であった。

問9-2. 下記ア～ウの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)  
 ア 肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	267	27.6	115	42.9	68	26.7
望まない	553	57.2	136	50.7	177	69.4
わからない	104	10.8	16	6.0	5	2.0
無回答	42	4.3	1	0.4	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『肺炎にもかかった場合、抗生剤を飲んだり点滴したりすること』を「望む」は国民で27.6%、「望まない」は57.2%となっている。

老年精神医の「望む」は42.9%で、国民(27.6%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった

救急医の「望む」は26.7%で国民(27.6%)とほとんど差はみられないが、「望まない」は69.4%で国民(57.2%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった

「望む」は老年精神医(42.9%)が救急医(26.7%)より多くなっている。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

問9-2. 下記ア～ウの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)  
 イ 呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること(言葉を発声できなくなりま  
 す)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	85	8.8	21	7.8	26	10.2
望まない	717	74.2	234	87.3	219	85.9
わからない	115	11.9	11	4.1	6	2.4
無回答	49	5.1	2	0.7	4	1.6

どのような治療を希望するかについて、『呼吸ができにくくなった場合、気管に管を入れて人工呼吸器につなげること』を「望む」は国民で8.8%、「望まない」は74.2%となっている。

老年精神医の「望まない」は87.3%で、国民(74.2%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は85.9%で、国民(74.2%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(87.3%)と救急医(85.9%)にほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.356、自由度2であった。

問9-2. 下記ア～ウの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

ウ 心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置(心臓マッサージ、心臓への電気ショック、人工呼吸などを行うこと)

	国民		老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
望む	92	9.5	12	4.5	13	5.1
望まない	734	76.0	244	91.0	234	91.8
わからない	90	9.3	10	3.7	3	1.2
無回答	50	5.2	2	0.7	5	2.0

どのような治療を希望するかについて、『心臓や呼吸が止まった場合の蘇生処置』を「望む」は国民で9.5%、「望まない」は76.0%となっている。

老年精神医の「望まない」は91.0%で、国民(76.0%)を上回っている。国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

救急医の「望まない」は91.8%で、国民(76.0%)を上回っている。国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

「望まない」は老年精神医(91.0%)と救急医(91.8%)にほとんど差はみられない。老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.172、自由度2であった。

## 2.2. 日本老年精神医学会専門医、日本救急医学会指導医の回答結果

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

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
1ヶ月に1名以上	53	19.8	192	75.3
半年に1名程度	102	38.1	34	13.3
1年に1名程度	65	24.3	4	1.6
亡くなることはまずない	43	16.0	15	5.9
無回答	5	1.9	10	3.9

老年精神医と救急医に担当する患者の死亡する人数をきいたところ、老年精神医では「半年に1名程度」(38.1%)が約4割で最も多く、救急医では「1ヶ月に1名以上」(75.3%)が4人に3人の割合を占めている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度3であった。

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

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
十分行われている	53	19.8	65	25.5
一応行われている	120	44.8	128	50.2
ほとんど行われていない	36	13.4	48	18.8
死が間近い患者に関っていない	53	19.8	9	3.5
無回答	6	2.2	5	2.0

死が間近い患者の治療方針について、医師や看護・介護職員等の関係者が集まって十分な話し合いが行われているかどうかについては、「十分行われている」は老年精神医で19.8%、救急医で25.5%、「一応行われている」は老年精神医で44.8%、救急医で50.2%となっており、救急医での割合が高くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度3であった。

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

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
ある	80	29.9	134	52.5
ない	123	45.9	100	39.2
死が間近い患者に関っていない	59	22.0	16	6.3
無回答	6	2.2	5	2.0

死が間近い患者の治療方針について、医師や看護・介護職員等の間に意見の相違がおこったことがあるかどうかについては、「ある」は老年精神医で29.9%、救急医で52.5%で半数を超えており、救急医での割合が高くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度2であった。

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

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
はい	58	21.6	54	21.2
いいえ	148	55.2	156	61.2
わからない	55	20.5	40	15.7
無回答	7	2.6	5	2.0

患者(利用者)が亡くなった後、家族の悲しみに対して施設として対応する体制が整備されているかどうかについて、「はい」は老年精神医で21.6%、救急医で21.2%と、両者にほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.288、自由度2であった。

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

ア 反復性誤嚥性肺炎

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	145	54.1	112	43.9
中程度に重要である	72	26.9	98	38.4
さほど重要でない	27	10.1	16	6.3
全く重要ではない	6	2.2	13	5.1
分からない	11	4.1	10	3.9
無回答	7	2.6	6	2.4
重要である(計)	217	81.0	210	82.4
重要ではない(計)	33	12.3	29	11.4

一般的に認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、『反復性誤嚥性肺炎』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で54.1%と半数を超えて、救急医の43.9%より多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.010、自由度4であった。

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

イ ベッドサイドで行う嚥下評価で誤嚥の危険性がある

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	42	15.7	46	18.0
中程度に重要である	127	47.4	131	51.4
さほど重要でない	55	20.5	46	18.0
全く重要ではない	14	5.2	12	4.7
分からない	21	7.8	14	5.5
無回答	9	3.4	6	2.4
重要である(計)	169	63.1	177	69.4
重要ではない(計)	69	25.7	58	22.7

次に、『ベッドサイドで行う嚥下評価で誤嚥の危険性がある』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で15.7%、救急医で18.0%、両者にはほとんど差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.662、自由度4であった。

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

ウ レントゲン線透視検査で誤嚥の危険性がある

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	21	7.8	41	16.1
中程度に重要である	99	36.9	106	41.6
さほど重要でない	76	28.4	65	25.5
全く重要ではない	19	7.1	18	7.1
分からない	42	15.7	19	7.5
無回答	11	4.1	6	2.4
重要である(計)	120	44.8	147	57.6
重要ではない(計)	95	35.4	83	32.5

『レントゲン線透視検査で誤嚥の危険性がある』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で7.8%、救急医で16.1%と、救急医に多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.003、自由度4であった。

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

エ 口瘡の発生

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	25	9.3	19	7.5
中程度に重要である	80	29.9	83	32.5
さほど重要でない	71	26.5	97	38.0
全く重要ではない	16	6.0	21	8.2
分からない	67	25.0	28	11.0
無回答	9	3.4	7	2.7
重要である(計)	105	39.2	102	40.0
重要ではない(計)	87	32.5	118	46.3

『口瘡の発生』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で9.3%、救急医で7.5%とほとんど差はみられないが、「さほど重要でない」は老年精神医の26.5%より救急医の38.0%が多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度4であった。

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

オ 6ヶ月に10%以上の体重減少

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	25	9.3	15	5.9
中程度に重要である	83	31.0	85	33.3
さほど重要でない	102	38.1	96	37.6
全く重要ではない	24	9.0	34	13.3
分からない	26	9.7	18	7.1
無回答	8	3.0	7	2.7
重要である(計)	108	40.3	100	39.2
重要ではない(計)	126	47.0	130	51.0

『6ヶ月に10%以上の体重減少』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で9.3%、救急医で5.9%と、両者にあまり差はみられない。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.231、自由度4であった。

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

カ 低い血清アルブミン値

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	25	9.3	15	5.9
中程度に重要である	98	36.6	72	28.2
さほど重要でない	99	36.9	103	40.4
全く重要ではない	25	9.3	43	16.9
分からない	13	4.9	15	5.9
無回答	8	3.0	7	2.7
重要である(計)	123	45.9	87	34.1
重要ではない(計)	124	46.3	146	57.3

『低い血清アルブミン値』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医で9.3%、救急医で5.9%とあまり差はみられないが、「中程度に重要である」を加えた『重要である(計)』は老年精神医の45.9%が、救急医の34.1%より多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.025、自由度4であった。

問5. 一般的に認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、以下ア～ケの臨床的状态はどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は一つ)  
 キ 飢餓によって苦しんで死ぬことを防ぐため

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	48	17.9	24	9.4
中程度に重要である	94	35.1	82	32.2
さほど重要でない	67	25.0	77	30.2
全く重要ではない	24	9.0	45	17.6
分からない	25	9.3	21	8.2
無回答	10	3.7	6	2.4
重要である(計)	142	53.0	106	41.6
重要ではない(計)	91	34.0	122	47.8

『飢餓によって苦しんで死ぬことを防ぐため』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医の17.9%が、救急医の9.4%より多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.003、自由度4であった。

問5. 一般的に認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、以下ア～ケの臨床的状态はどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は一つ)  
 ク 脱水によって苦しんで死ぬことを防ぐため

	老年精神		救急	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
極めて重要である	43	16.0	25	9.8
中程度に重要である	93	34.7	85	33.3
さほど重要でない	75	28.0	71	27.8
全く重要ではない	26	9.7	49	19.2
分からない	22	8.2	19	7.5
無回答	9	3.4	6	2.4
重要である(計)	136	50.7	110	43.1
重要ではない(計)	101	37.7	120	47.1

『脱水によって苦しんで死ぬことを防ぐため』の臨床的状态はどれだけ重要かをきいたところ、「極めて重要である」は老年精神医の16.0%が、救急医の9.8%より多くなっている。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.015、自由度4であった。

問5. 一般的に認知症末期の患者に胃ろうの適応を検討するにあたり、以下ア～ケの臨床的状态はどれだけ重要だと考えますか。(それぞれ○は一つ)  
 ケ 不十分なカロリー摂取総数

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.090、自由度4であった。

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

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.076、自由度4であった。

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

イ 苦痛・苦しみの緩和

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.100、自由度4であった。

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

ウ 科学的根拠に基づいた医療を実践すること

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.133、自由度4であった。

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

エ 口瘡の発生

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度4であった。

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

オ 主に本人の意向

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.081、自由度4であった。

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

カ 主に介護してきた家族の方の意向

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.135、自由度4であった。

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

キ 主に介護してきた方以外の家族や親族の意向

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.019、自由度4であった。

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

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.062、自由度3であった。

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

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.002、自由度2であった。

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

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.866、自由度1であった。

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

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

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

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.588、自由度5であった。

## 2.3. 回答者の属性

最後に、あなたご自身のことについてお答えください。

### 1. 性別 (○は1つ)

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

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

老年精神医では「男性」85.4%、「女性」13.1%。

救急医では「男性」98.0%、「女性」2.0%となっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度1。

国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度1。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度1であった。

### 2. 満年齢 (○は1つ)

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

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

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

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

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.000、自由度5。

国民と救急医の間の検定はP値=0.000、自由度5。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.001、自由度5であった。

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

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

教育歴(国民のみ)については、「高校」が最も多く 40.2%となっている。

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

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

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

5. あなたは最近5年間に病気や怪我で入院しましたか。(○は1つ)

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

最近5年間で病気や怪我で「入院した」は、国民で 19.3%となっている。

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

国民と老年精神医の間の検定は P 値=0.256、自由度 1。

国民と救急医の間の検定は P 値=0.701、自由度 1。

老年精神医と救急医の間の検定は P 値=0.221、自由度 1 であった。

6. 身近なご家族で最近5年間に病気や怪我で入院した方はいましたか。

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

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

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.067、自由度1。

国民と救急医の間の検定はP値=0.525、自由度1。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.344、自由度1であった。

7. あなたは、最近5年間に身近な大切な人の死を経験しましたか。(〇はいくつでも)

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

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

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

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.002、自由度3。

国民と救急医の間の検定はP値=0.019、自由度3。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.169、自由度3であった。

8. このアンケートに要した時間をお答えください。(○は1つ)

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

このアンケートの記入時間は、国民では「5～10分」が44.2%で最も多くなっている。

「5～10分」は老年精神医(43.3%)、救急医(47.1%)でも最も多くなっている。

国民と老年精神医の間の検定はP値=0.037、自由度4。

国民と救急医の間の検定はP値=0.118、自由度4。

老年精神医と救急医の間の検定はP値=0.352、自由度4であった。



# Ⅲ 資料



## 英文誌文献レビュー (Pub Med)

## 一般人口調査

査読あり論文

## 1. 終末期ケアや死ぬ場所に対する日本人の選好：人口ベースの全国調査

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. 認知症における延命治療および安楽死に対する大衆の態度.

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

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

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

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

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

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

著者 : Ikegami N, Ikezaki S.

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

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

## 5. どこで死ぬことを希望するか：死に場所に関する高齢者の志向の相関性

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

著者：Iecovich E, Carmel S, Bachner YG.

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

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

## 6. 日本社会における事前指示書に対する見解：集団ベースアンケート調査

出典：BMC Med Ethics. 2003 Oct 31;4:E5.

著者：Akabayashi A, Slingsby BT, Kai I.

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

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

## 査読なし論文

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

所属：Lake Research Partners, California Healthcare Foundation

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

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

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

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

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

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

著者 : I. J. Higginson

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

要旨 : 方法に関する情報なし。

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

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

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

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

出典 : NHS Next Stage Review document published 2007

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

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

## 方法学的関心に関する小規模一般人口質問票研究

### 1. 延命治療に関する高齢者の志向：障害、予後および疼痛の役割

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

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

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

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

### 2. 延命治療への志向の妥当性：将来の治療計画の意味

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

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

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

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

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

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

(設定) 広範囲シアトル地域。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

## 医師に対する調査

### 査読あり論文

#### 1. 高度認知症における経管栄養法：医師の知見に関する探究調査

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

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

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

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

#### 2. 終末期ケアにおける死の早期化：医師の調査

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

著者 : Seale C.

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

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

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

### 3. 延命治療の抑制または中止に関する医師の決定

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6. 高度認知症における栄養チューブ取り付けの実施を制限する障壁

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

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

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

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

## 7. 延命治療使用における医師および看護師の志向

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

著者 : Carmel S, Werner P, Ziedenberg H.

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

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

## 8. 医師の信仰および終末期ケアに対する態度と行動

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

著者 : Wenger NS, Carmel S.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

著者：Sharp HM, Shega JW.

所属：Western Michigan University, MI, USA.

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

## 12. 終末の意思決定の覚悟に関する腎臓専門医の報告

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

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

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

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

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

出典：BMC Med Ethics. 2007 Jun 19;8:7.

著者：Bito S, Asai A.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 15. 高齢者における QOL の認識と延命治療に対する選好

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

著者：Uhlmann RF, Pearlman RA.

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

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

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

## 査読なし論文

### 16. 日本老年医学会調査 (2011 年)

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

---

## 事前指示書と意思決定代理者に関する論文

### 査読あり論文

#### 1. 認知症における事前指示書：妥当性と有効性に関する問題

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. コミュニケーション行為としての事前指示：無作為化比較試験

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

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

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

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

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

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

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



### 和文誌文献レビュー（医中誌）

#### 一般人口調査

##### 査読あり論文

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3. 一般高齢者と入院高齢患者における終末期ケアの意向に関する比較調査

著者：松井美帆(米国)

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

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

### 4. 入院高齢患者の終末期ケアに関する意向

著者：松井美帆(山口大学 医学部保健学科), 井上正規

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

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

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

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

出典：老年精神医学雑誌(0915-6305)15 巻 4 号 Page434-445(2004. 04)

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

## 6. 終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査

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

出典：日本老年医学会雑誌(0300-9173)36 巻 1 号 Page45-51(1999. 01)

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

## 医療職に対する調査

### 査読あり論文

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

著者：会田薫子(東京大学 大学院人文社会系研究科死生学・応用倫理センター)

出典：医学のあゆみ(0039-2359)239巻5号 Page564-568(2011.10)

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

#### 2. 安楽死・尊厳死に関する患者, 医師, 看護師の意識差

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

出典：日本看護学会論文集：看護総合(1347-815X)34号 Page72-74(2003.12)

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

### 3. 高齢者終末期医療 高齢者は何処へ行くのか 終末期医療に対する認識

著者：浅井幹一(藤田保健衛生大学 医学部一般内科)，佐藤芳，天野瑞枝

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

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

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

著者：水川真二郎(杏林大学 医学部高齢医学)

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

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

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

著者：志真泰夫(国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟)，森田達也，安達勇

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

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

平成23年度地域医療基盤開発推進事業

「終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究」

## 終末期医療についての意向と実態に 関する全国調査

**宛名のご本人の方がご記入ください**

### <調査票への回答方法>

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

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

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

平成23年10月

研究代表者 慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学 教授 池上 直己

### 【問い合わせ先】

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室

専任講師 吉村 公雄(よしむら きみお)

住所：〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

TEL：03-3353-1211(ext 62711)

FAX：03-3225-4828 (月～金：9：00～17：00)

E-mail：[kyoshimu@hpm.med.keio.ac.jp](mailto:kyoshimu@hpm.med.keio.ac.jp)

＜終末期医療についてのご対応やご意見をお尋ねします＞

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

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

問 2. あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかなどを記載した書面を、あらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。(○は1つ)

- 1 賛成である
- 2 反対である
- 3 わからない

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

- 1 作成している
- 2 作成していない

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

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

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

- 1 賛成である
- 2 反対である
- 3 わからない

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

- 1 引き受ける
- 2 引き受けようとは思わない
- 3 わからない

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、さらに状態は徐々に悪化して死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 6-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 6-2. 下記ア～クの治療を望みますか。(○は1つ)

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 7-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(○は1つ)

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 8-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(○は1つ)

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはほぼなく、いずれ肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 9-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 9-2. 下記ア～ウの治療を望みますか。(○は1つ)

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

<フェイスシート>

最後に、あなたご自身のことについてお答えください。

1. 性別（○は1つ）

1 男性	2 女性
------	------

2. 満年齢（○は1つ）

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

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

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

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

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

5. あなたは最近5年間に病気や怪我で入院しましたか。（○は1つ）

1 入院した	2 入院していない
--------	-----------

6. 身近なご家族で最近5年間に病気や怪我で入院した方はいましたか。

1 いる

2 いない

7. あなたは、最近5年間に身近な大切な人の死を経験しましたか。

(○はいくつでも)

1 家族を亡くした

2 親戚を亡くした

3 友人を亡くした

4 経験していない

8. このアンケートに要した時間をお答えください。(○は1つ)

1 5分以内

2 5分～10分

3 10分～15分

4 15分～20分

5 20分以上



長い間ご協力  
くださりまして、  
ありがとうございました。

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

医師向け調査

宛名のご本人の方がご記入ください

＜調査票への回答方法＞

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

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

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

平成23年10月

研究代表者 慶應義塾大学 医学部 医療政策・管理学 教授 池上 直己

【問い合わせ先】

慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室

専任講師 吉村 公雄 (よしむら きみお)

住所：〒160-8582 東京都新宿区信濃町 35

TEL：03-3353-1211(ext 62711)

FAX：03-3225-4828 (月～金：9：00～17：00)

E-mail：[kyoshimu@hpm.med.keio.ac.jp](mailto:kyoshimu@hpm.med.keio.ac.jp)

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

＜終末期医療へのご対応やご意見をお尋ねします＞

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

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

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

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

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

- 1 ある
- 2 ない
- 3 死が間近い患者に関っていない

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

- 1 はい
- 2 いいえ
- 3 わからない

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

	極めて重要である	中程度に重要である	さほど重要でない	全く重要ではない	分からない
ア 反復性誤嚥性肺炎	1	2	3	4	5
イ ベッドサイドで行う嚥下評価で誤嚥の危険性がある	1	2	3	4	5
ウ レントゲン線透視検査で誤嚥の危険性がある	1	2	3	4	5
エ 口褥瘡の発生	1	2	3	4	5
オ 6ヶ月に10%以上の体重減少	1	2	3	4	5
カ 低い血清アルブミン値	1	2	3	4	5
キ 飢餓によって苦しんで死ぬことを防ぐため	1	2	3	4	5
ク 脱水によって苦しんで死ぬことを防ぐため	1	2	3	4	5
ケ 不十分なカロリー摂取	1	2	3	4	5

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

	極めて重要である	中程度に重要である	さほど重要でない	全く重要ではない	分からない
ア 命の尊厳・生命の崇高	1	2	3	4	5
イ 苦痛・苦しみの緩和	1	2	3	4	5
ウ 科学的根拠に基づいた医療を実践すること	1	2	3	4	5
エ 口褥瘡の発生	1	2	3	4	5
オ 主に本人の意向	1	2	3	4	5
カ 主に介護してきた家族の方の意向	1	2	3	4	5
キ 主に介護してきた方以外の家族や親族の意向	1	2	3	4	5

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

- 1 詳細な基準を作るべきである
- 2 一律な基準を作らなくても、医療・ケアチームが患者・家族と十分に検討して方針を決定すればよい
- 3 わからない
- 4 その他 (具体的に )

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

- 1 ある
- 2 ない
- 3 わからない

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

- 1 している
- 2 していない

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

- 1 治療困難な病気と診断されたとき
- 2 治療方針が大きく変わったとき (例: 根治的治療をやめるとき)
- 3 病気の進行に伴い死期が迫っているとき
- 4 患者や家族から終末期医療について相談があったとき
- 5 その他 ( )
- 6 わからない

第 2 部では、一般国民としての個人的なご意見を伺います。

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

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

問 2. あなたは、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいかなどを記載した書面を、あらかじめ作成しておくことについてどう思いますか。(○は1つ)

- 1 賛成である
- 2 反対である
- 3 わからない

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

- 1 作成している
- 2 作成していない

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

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

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

- 1 賛成である
- 2 反対である
- 3 わからない

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

- 1 引き受ける
- 2 引き受けようとは思わない
- 3 わからない

[ここから先の質問では、あなたご自身が回復の難しい状態になった場合の、治療

に関するご希望を伺います。]

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、さらに状態は徐々に悪化して死に至る。」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 6-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 6-2. 下記ア～クの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 7-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 7-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはなく、徐々に悪化して肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 8-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 8-2. 下記ア～キの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

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

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

—あなたのご病状—

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

—医師の見解—

「回復の見込みはほぼなく、いずれ肺炎などで死に至る」とのことです。

お考えに近いものを選んでください。

問 9-1. どこで治療を受けたいですか。(○は1つ)

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

問 9-2. 下記ア～ウの治療を望みますか。(それぞれ○は1つ)

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

<フェイスシート>

最後に、あなたご自身のことについてお答えください。

1. 性別（○は1つ）

1 男性	2 女性
------	------

2. 満年齢（○は1つ）

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

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

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

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

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

5. あなたは最近5年間に病気や怪我で入院しましたか。（○は1つ）

1 入院した	2 入院していない
--------	-----------

6. 身近なご家族で最近5年間に病気や怪我で入院した方はいましたか。

1 いる

2 いない

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

- 1 家族を亡くした
- 2 親戚を亡くした
- 3 友人を亡くした
- 4 経験していない

8. このアンケートに要した時間をお答えください。(○は1つ)

- 1 5分以内
- 2 5分～10分
- 3 10分～15分
- 4 15分～20分
- 5 20分以上



長い間ご協力  
くださいまして、  
ありがとうございました。



## 資料 4-1

団体名	郵便番号	住所	電話	E-mail
一般社団法人 日本難病・疾病団 体協議会	162-0822	東京都新宿区下宮比町 2-28 飯田橋ハイタウン 610 号	03-6280-7734	jpa@ia2.itkeeper. ne.jp
社団法人 全日本病院協会	101-8378	東京都千代田区三崎町 3-7-12 清話会ビル 7 階	03-3234-5165	info@ajha.or.jp
財団法人 がんの子供を守 る会	111-0053	東京都新宿区四谷 3 丁目 3-1	03-5825-6311	
公益社団法人 全国老人福祉施 設協議会	102-0093	東京都千代田区 平河町 2-7-1 塩崎ビル 2 階	03-5211-7700	js.jimukyoku@ro ushikyo.or.jp
社団法人 日本歯科医師会	102-0073	東京都千代田区九段北 4 丁 目 1 番 20 号		
NPO 法人 在宅緩和ケア支 援センター虹	982-0813	仙台市太白区山田北前町 49-20	022-244-7003	centerniji @ yahoo.co.jp
社団法人 日本医師会	113-8621	東京都文京区本駒込 2-28-16	03-3946-2121	wwwinfo@po.me d.or.jp
社団法人 日本看護協会	150-0001	東京都渋谷区神宮前 5-8-2	03-5778-8831	
あけぼの会	153-0043	東京都目黒区東山 3-1-4-701	03-3792-1204	akebonoweb@m9 .dion.ne.jp
一般社団法人 日本尊厳死協会	113-0033	東京都文京区本郷 2-29-1 渡 辺ビル 201	03-3818-6563	info@songenshi- kyokai.com
社団法人 日本薬剤師会	160-0004	東京都新宿区四谷 3 丁目 3-1	03-3353-1170	
日本 ALS 協会	102-0073	千代田区九段北 1-15-15 瑞 鳥ビル 1 F	03-3234-915	jalsa@jade.dti.n e.jp
NPO 法人 千葉・在宅ケア市 民ネットワーク ピュア	273-0853	船橋市金杉 7-4-0-3	070-5554-373 4	pure-jime@wind.sa nnet.ne.jp
日本認知症学会	156-8506	東京都世田谷区上北沢 2-1-6(財)東京都医学総合研 究所内	03-3304-5715 (FAX)	
日本認知症ケア 学会	162-0825	東京都新宿区四谷 3 丁目 3-1 神楽坂	03 - 5206 - 7431	d-care@nqfm.ft bb.net



## 資料 4-2

委員名	役職名	勤務先郵便番号	勤務先住所
伊藤 たてお	日本難病・疾病 団体協議会代表	162-0822	東京都新宿区下宮比町 2-28-610
大熊 由紀子	国際医療福祉大 学大学院教授	107-0062	東京都港区南青山 1-3-3 青山 1 丁目タワー4・5 階 国際医療福祉大学大学院 東京サテライトキャンパス
川島 孝一郎	仙台往診クリニ ック院長	980-0013	仙台市青葉区花京院 2-1-7
木村 厚	社団法人全日本 病院協会常任理 事	101-8378	東京都千代田区三崎町 3-7-12 清話会ビル 7 階
近藤 博子	財団法人がんの 子供を守る会理 事	111-0053	東京都台東区浅草橋 1-3-12
櫻井 紀子	公益社団法人全 国老人福祉施設 協 議会	102-0093	東京都千代田区平河田町 2-7-1 塩崎ビル 2F
田村 里子	医療法人東札幌 病院MSW課長	003-8585	北海道札幌市白石区東札幌 3 条 3 丁目
池主 憲夫	社団法人日本歯 科医師会常務理 事	102-0073	東京都千代田区九段北 4 丁目 1 番 20
福井 トシ子	社団法人日本看 護協会常任理事	150-0001	東京都渋谷区神宮前 5-8-2
中川 翼	医療法人溪仁会 定山溪病院院長	061-2303	札幌市南区定山溪温泉西 3-71
中山 康子	NPO法人在宅 緩和ケア支援セ ン ター虹代表理事	982-0813	仙台市太白区山田北前町 49-20
樋口 範雄	東京大学大学院 法学政治学研究 科 教授	113-0033	東京都文京区本郷 7-3-1 東京大学法学部
羽生田 俊	社団法人日本医 師会副会長	113-8621	東京都文京区本駒込 2-28-16

委員名	役職名	勤務先郵便番号	勤務先住所
増成 隆士	筑波大学名誉教授	305-0005	つくば市天久保 4-7-12
南 砂	読売新聞東京本社編集委員	100-8055	東京都千代田区大手町 1-7-1
山本 保博	東京臨海病院病院長	134-0086	東京都江戸川区臨海町 1-4-2
ワット 隆子	あけぼの会会長	153-0043	東京都目黒区東山 3-1-4-701

## 資料 5

### 「終末期医療についての意向と実態に関する全国調査」に対する意見について

<団体からの意見>

① 社団法人全日本病院協会 常任理事 木村 厚

医師、看護師にはこれで結構だと思います。かなり噛み砕いた文章にはなっていますが、介護職の場合、問 6.7.8 の選択肢を選ばなかった場合はその後どうなるのかの説明が必要かもしれません。

② 社団法人日本歯科医師会

患者向け調査の中で、「口から十分な栄養がとれなくなった場合」の項目がございますが、その前に「最後まで口から食べたいか」といった項目を追加いただけないかとの、役員よりの提案がございました。

③ 公益社団法人日本看護協会 常任理事 松月みどり

この度のご依頼につきまして、下記のとおり意見を述べさせていただきます。なお本意見は、患者・家族のもっとも身近にかかわる専門職として、一回答者の立場に立って述べていることを申し添えます。

1. 調査の目的・用途、厚生労働省調査との関係性等について、十分な説明が必要である。

調査目的が明記されていないことに加え、設問の表現が曖昧だったり、内容が唐突だったりするため、設問の意図が分からず回答に窮する個所が多数ある。本調査を行うことになった背景（終末期医療を取り巻く現状）を含め、本調査の目的・用途などを丁寧に記述する必要がある。

殊に、国民は十分な知識を備えているわけでないので丁寧な説明が必要であり、逆に医療職は専門的知識があるために曖昧な表現に対しては回答が困難なため、丁寧な説明が求められる。

2. 使用する用語を整理したうえで、多様な解釈が可能な用語については、十分な説明が必要である。

国民は、終末期や終末期医療については漠然としたイメージしか持っていない人が多い。そのため、調査で用いる用語を整理・統一し、本調査における各用語の定義を示す必要がある。

例えば、調査票には「終末期医療」「終末期における延命医療」「回復の難しい状態になった場合の、治療」という用語が混在しているため、その相違が分からず回答者は混乱する。

また、「延命治療」という“単なる延命措置”または“痛みを緩和する治療とは別のもの”というような誤ったイメージを持たれるおそれのある用語は、使用を避けた方がよいと考える。

さらに、事前指示書についても、その内容をいつでも変更可能ということについて、国民は十分理解していない可能性があるため、事前指示書とはどのようなものであるかを予め説明する必要がある。

3. 国民に対しては、専門用語、病状や治療名等について十分な説明が必要である。

国民は、問 6～9 の設問で提示されているそれぞれの診断名をはじめ、それに対する治療の内容について十分な知識を持っていない。状況設定の相違を理解してもらうためには、提示している病状の具体的な状況、選択肢に挙げているそれぞれの治療のメリット・デメリットについて、平易な言葉で説明を行う必要がある。

また、問 2～3 に記載されている「自分で判断できなくなる」状態についても、具体的にどのような状況を示すのか丁寧な説明が必要である。

4. 倫理的配慮について、十分な説明が必要である。

倫理的配慮について「個人情報明らかにされることはない」ことその他、調査票の管理方法やデータの提供先（厚生労働省調査との関係）などを明記する必要がある。

#### ④ 社団法人日本薬剤師会 常務理事 安部好弘

##### 1. 本人向け調査票（医師等向けにも同じ質問有）

<問 6～9>

「肺炎にもかかった場合、抗生剤をのんだり点滴すること」については他の延命措置とは異質であると感じる。肺炎治療は、終末期といえども苦痛軽減にもつながることから延命治療と同列にすることはいかなるものでしょうか。

<問 8>

認知症の状態はわかるが、それと衰弱の原因の因果関係が不明である。認知症自体が終末期と捉えて設問に答えるのか不明であり、表現に検討の余地があると考えます。

<問 9>

「回復の見込みはほぼなく、いずれ・・・」とあるが、他の設問では「回復の見込みはなく」と断定している。問 9 のみ予後が不明確であり、6 から 9 の質問の流れを考えると、この微妙な違いを回答者が理解できるか、検討の余地があると考えます。

##### 2. 医師等向け調査票

<問 5>

「認知症末期の」で「胃ろう」という流れに違和感があります。

重度・軽度という意味でしょうか。また、敢えて使用している用語であるとして、介護職が正確に理解できるかについて疑問に感じます。

##### 3. 全体

なお、各設問の回答肢を勘案すると、この設問から導かれる結論が、一定の方向に流れてしまう可能性が考えられる。設問の設計は非常に難しいものであるが、今後の課題として指摘させていただきます。

<個人からの意見>

日本救急医学会指導医からの意見

今回のアンケートでは脳死関係の内容は含まれておりませんが、小生は現在、日本救急医学会の「脳死・臓器組織移植に関する委員会」委員をしております。法的脳死判定に限らず、重症脳障害患者に対する通常の診療行為としての臨床的な脳死判定と、その結果に基づく治療方針の決定は、重要な課題であると感じています。



平成 23 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  
終末期医療のあり方に関する調査手法の開発に関する研究

平成 24(2012)年 3 月

発行 慶應義塾大学  
医学部 医療政策・管理学教室  
〒160-8582  
東京都新宿信濃町 35 番地

\*無断転載複製を禁じます