

終末期医療のあり方に関する懇談会報告書 (案)

平成 2 2 年 1 0 月

終末期医療のあり方に関する懇談会

目 次

I	はじめに	1
II	これまでの経緯	2
III	終末期医療に関する調査の概要	3
IV	終末期医療に関する調査結果	
	1) 調査結果の概要	6
	2) 各調査項目の結果	8
	① 終末期医療に対する関心	
	② 病名や病気の見通しについての説明	
	③ 治療方針の決定	
	④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方	
	⑤ 遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方	
	⑥ 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方	
	⑦ リビング・ウィルと患者の意思の確認方法	
	⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問	
	⑨ 終末期における療養の場所	
	⑩ がん疼痛治療法とその説明	
	⑪ 終末期医療体制の充実	
V	終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ	22
	1) 終末期医療に関する情報格差	
	2) 緩和ケアについて	
	3)リビング・ウィルと終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実について	
	4) 家族ケア・グリーフケア	
	5) その他の意見	
	6) 次回調査・議論への提言	
VI	終末期医療のあり方に関する懇談会等の審議経過	25
VII	終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿	26

I はじめに

昭和62年以来4回にわたって、日本人の死生観、倫理観等に関する意識調査の結果等を踏まえながら、終末期医療のあり方に関する検討を重ねてきた。これらの報告書や意識調査の結果は、日本人の死生観の変化を示すばかりでなく、実際の医療現場でも検討資料として活用され評価されている。

この度、最終調査から5年の月日を経て、昨今の一般国民の認識及びニーズの変化、医療提供状況の変化などに鑑み、再度、終末期医療に関する意識調査及び検討を開催する運びとなった。平成20年1月に第1回「終末期医療に関する調査等検討会」を開催し、平成20年3月に意識調査を実施した後、平成20年10月からは厚生労働大臣主催の「終末期医療のあり方に関する懇談会」として開催し、平成22年10月までにあわせて7回の検討会と懇談会を行った。

本報告書は、一般国民及び医療福祉従事者（医師、看護師、介護師）に対する終末期医療に関する意識調査、さらに関係者からのヒアリングをもとに、日本人の死生観、倫理観等を踏まえて、終末期医療の現状の問題点の抽出、終末期医療の考え方の整理及び望ましい終末期医療のあり方を検討し、今般、以下のとおりまとめたものである。

II これまでの経緯

1) 末期医療に関するケアの在り方の検討会（昭和62年～）

昭和62年7月に第1回を開催し、平成元年6月に報告書を取りまとめるまでに、計14回にわたり検討会を開催した。がんによる末期を中心に1) 末期医療の現状、2) 末期医療のケア、3) 施設、在宅での末期医療、4) 一般国民の理解などについて検討された。

2) 末期医療に関する国民の意識調査等検討会（平成5年～）

平成5年2月に第1回を開催し、平成5年3月に、末期医療に関する意識調査を実施した。平成5年8月に報告書を取りまとめるまでに、計4回にわたり検討会を開催した。主に1) 末期医療に対する国民の関心、2) 苦痛を伴う末期状態における延命治療、3) 患者の意思の尊重とリビング・ウィル、4) 尊厳死と安楽死などについて検討された。

3) 末期医療に関する意識調査等検討会（平成9年～）

平成9年8月に第1回を開催し、平成10年1月から3月にかけて、末期医療に関する意識調査を実施した。平成10年6月に報告書を取りまとめるまでに、計5回にわたり検討会を開催した。主に1) 末期医療における国民の意識の変化、2) 国民と医療従事者との意識を通じて見た末期医療、3) 適切な末期医療の確保に必要な取り組みなどについて検討された。

4) 終末期医療に関する調査等検討会（平成14年～）

平成14年10月に第1回を開催し、平成15年2月から3月にかけて、終末期医療に関する意識調査を実施した。平成16年7月に報告書を取りまとめるまでに、計7回にわたり検討会を開催した。主に1) 患者に対する説明と終末期医療の在り方、2) 末期状態における療養の場所、3) 癌疼痛療法とその説明、4) 終末期医療体制の充実についてなどについて検討された。

5) 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（平成19年～）

平成18年3月に報道された、富山県射水市民病院における人工呼吸器取り外し事件を契機として、「尊厳死」のルール化の議論が活発になったことから、コンセンサスの得られる範囲に限ったルール作りを進めることとなった。平成19年1月より3回にわたり「終末期医療の決定プロセスのあり方についての検討会」を開催し、同年5月に「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」及び「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編」を策定した。

終末期のあり方を決定する際には、適切な情報提供と説明に基づいて患者が医療従事者と話し合い、患者本人による決定を基本とすることや、終末期医療の内容は医師の独断ではなく、医療・ケアチームによって慎重に判断することなどが盛り込まれた。

Ⅲ 終末期医療に関する調査の概要

1) 調査目的

- 一般国民及び医療福祉従事者の終末期医療に対する意識やその変化を把握し、我が国の終末期医療を考える際の資料として広く活用するため実施した。

2) 調査対象及び客体

- 前回（平成15年）の調査と同様、一般国民、医師、看護職員及び介護施設職員（介護老人福祉施設の介護職員をいう。以下同じ。）を対象に意識調査を実施した。調査客体の数は計14,402人（前回13,794人）であった。
- 一般国民
 - 全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法にて抽出し、客体とした。
 - 各地点の標本数が22～39程度となるように国勢調査区（平成17年）から150地点を無作為に選んだ。
 - 150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に選んだ。
- 医師、看護職員
 - 病院・診療所・緩和ケア病棟の医師3,201人と病院・診療所・緩和ケア病棟・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設の看護職員4,201人を客体とした。なお、今回調査から介護老人福祉施設の看護職員も調査対象として加えた。
 - 病院については、全国から1,000施設を無作為に選び、各施設で医師2人と看護職員2人を選定した。
 - 診療所については、都道府県ごとに23施設、計1,081施設を無作為に選び、各施設で医師1人、看護職員1人を選定した。
 - 緩和ケア病棟は、全国120施設の全数を対象とし、各施設で医師1人と看護職員1人を選定した。
 - 訪問看護ステーションについては、全国から500施設を無作為に選び、各施設で看護職員1人を選定した。
 - 介護老人福祉施設については、全国から500施設を無作為に選び、各施設で看護職員1人を選定した。
- 介護施設職員
 - 介護老人福祉施設については、全国から2,000施設を無作為に選び、各施設で介護職員1人を選定し、2,000人を客体とした。

3) 調査時期

- 平成20年3月

4) 調査項目

- 調査項目は下記①から⑪のとおりである。
 - ① 終末期医療に対する関心
 - ② 病名や病気の見通しについての説明
 - ③ 治療方針の決定
 - ④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方
 - ⑤ 遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方
 - ⑥ 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方
 - ⑦ リビング・ウィルと患者の意思の確認方法
 - ⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問
 - ⑨ 終末期における療養の場所
 <死期が迫っている患者>
 <脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者>
 - ⑩ がん疼痛治療法とその説明
 - ⑪ 終末期医療体制の充実

5) 調査の方法

- 郵送法

6) 結果の集計及び集計客体

- 調査対象者数、回収数は表1のとおりであり、回収率は46.0%であった。

表1 「終末期医療に関する調査」回収結果

対象者	対象施設	調査人数(人)	回収数(人)	回収率(%)
一般国民	—	5,000(5,000)	2,527(2,581)	50.5(51.6)
医師	計	3,201(3,147)	1,121(1,363)	35.0(43.3)
	病院	2,000(2,000)	648(792)	32.4(39.6)
	診療所	1,081(1,034)	368(425)	34.0(41.1)
	緩和ケア	120(113)	75(78)	62.5(69.0)
	不明	—	30(68)	—
看護職員	計	4,201(3,647)	1,817(1,791)	43.3(49.1)
	病院	2,000(2,000)	854(986)	42.7(49.3)
	診療所	1,081(1,034)	310(347)	28.7(32.1)
	緩和ケア	120(113)	89(83)	74.2(73.5)
	訪問看護ステーション	500(500)	303(314)	60.6(62.8)
	介護老人福祉施設	500(-)	242(-)	48.4(-)
	不明	—	19(61)	—
介護施設職員	介護老人福祉施設	2,000(2,000)	1,155(1,253)	57.8(62.7)
総計		14,402(13,794)	6,620(6,988)	46.0(50.7)

注) ()内は前回調査結果

7) クロス集計

- 今回の調査では、年代別のクロス集計、延命医療について家族との話し合いの有無のクロス集計を行った。

① 年代別のクロス集計

20-39歳、40-59歳、60歳以上の3階級でクロス集計を行った。

(参考) 年代別人数 (各調査対象の右列は縦を計100としたときの構成比 (単位%))

	一般		医師		看護		介護		計	
20-39歳	638	25	145	13	459	25	575	50	1817	27
40-59歳	911	36	676	60	1246	69	546	47	3379	51
60歳以上	954	38	272	24	100	6	30	3	1356	20
不明	2	1	28	2	12	1	4	0	68	1
計	2527	100	1121	100	1817	100	1155	100	6620	100

② 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

延命医療について家族と「十分に話し合っている」「話し合ったことがある」と回答した者を「話合あり」、「全く話し合ったことがない」と回答した者を「話合なし」としてクロス集計を行った。

(参考) 話合有無の人数 (各調査対象の右列は縦を計100としたときの構成比 (単位%))

	一般		医師		看護		介護		計	
話合あり	1216	48	647	58	1231	68	577	50	3671	55
話合なし	1279	51	461	41	567	31	572	50	2879	43
不明	32	1	13	1	19	1	6	1	70	1
計	2527	100	1121	100	1817	100	1155	100	6620	100

IV 終末期医療に関する調査結果

- 文中にp__とあるのは、別添「終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果について」の該当ページである。
- 一般国民、医師、看護職員、介護施設職員の回答について、それぞれ般、医、看、介と省略している。
- 本報告書における医療福祉従事者とは、医師、看護職員、介護施設職員を指す。

1) 調査結果の概要

- 終末期医療に対する関心は高い（80～96%）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（48～68%）であり、十分に話し合ったことがある者は少ない（3～7%）。
- 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。
- 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。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。
- 死期が迫っている場合、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しているが、苦痛を和らげることに重点を置く医療・ケアを望む者が半数以上を占める（52～71%）。
- 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が多い。
- 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6割を超える一方、医師と看護職員は意見が二分している。
- 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。
- 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80%を超える。
- 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」という意見で二分している。

- 死期が迫っているときの療養場所として、63%の一般国民は自宅で療養することを望んでいるが、66%は自宅で最期まで療養することは困難であると感じている。その理由として、「家族への負担」と「急変した時の対応への不安」をあげる者が多い。
- 死期が迫っているときの療養場所として、自宅で最期まで療養することが実現可能だと回答した者は、一般国民（6.2%）よりも、医療福祉従事者の方が多い（医26%、看37%、介19%）。
- 「WHO方式癌疼痛治療法」¹についてよく知っている医療福祉従事者は少なく（20～31%）、前回調査に比べてやや減少している。
- 終末期医療の普及のために充実していくべき点として、「在宅終末期医療が行える体制作り」、「患者（入所者）、家族への相談体制の充実」をあげる者が多い。

¹WHOが公表しているがん性疼痛緩和のガイドライン

2) 各調査項目の結果

① 終末期医療に対する関心

- 終末期医療に関して、一般国民及び医療福祉従事者ともに「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が高かった(般80%、医90%、看96%、介96%)。また医師で「あまり関心がない」「ほとんど(全く)関心がない」と回答した者の割合は、前回、前々回に比べて、わずかに増加していた(今回10%、前回8%、前々回5%)。

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、話し合いをしていない者よりも「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が多かった。

一般国民及び看護・介護職員は、年代が上がるにつれて、「非常に関心がある」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。(P4-5)

- (終末期に関して「非常に関心がある」、「まあ関心がある」と回答した者を対象) 終末期に関する問題(リビング・ウィル、安楽死、尊厳死)について、一般国民及び医療福祉従事者ともに「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が最も多く、医師は看護・介護職員に比べて「よく知っている」、「詳しくはないが、よく知っている」と回答した者の割合が多かった(般57%、医84%、看74%、介67%)。

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、話し合いをしていない者よりも「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が多かった。年代別では60歳以上の者が「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が多かった。(P6-7)

- 自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通し(治療期間、余命)について知りたいかという問いに対して、一般国民及び医療福祉従事者ともに、病名や病気の見通し(治療期間、余命)について「知りたい」と回答した者の割合が最も多かった(般77%、医88%、看90%、介84%)。一方で、「知りたくない」と回答した者の割合も一定数あった(般9%、医5%、看3%、介5%)。

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「知りたい」と回答した者の割合が多かった。年代別では、介護職員を除き、年代が上がるにつれて「知りたくない」と回答した者の割合が増加する傾向がみられた。(P8-9)

- (自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通しについて知りたいと回答した者を対象) 一般国民及び医療福祉従事者ともに、自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通し(治療期間、余命)に関する説明は、担当医師から「直接受けたい」と回答した者の割合が最も多かった(般94%、医99%、看98%、介護97%)。(P10-11)

② 病名や病気の見通しについての説明

- 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（治療期間、余命）を誰に説明するかという問いに対して、「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」と回答した者の割合は、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（（医：今回65%、前回47%、看：今回37%、前回76%、介：今回19%、前回30%）²。（P12）
- 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、患者（入所者）や家族に納得のいく説明ができていくかという問いに対して、「できている」、「ある程度できている」と回答した者の割合が多かったが、「できている」と回答した者の割合は前回・前々回よりも減少していた（医：今回85%、前回87%、前々回88%、看：今回53%、前回62%、前々回65%、介：今回53%、前回77%）。（P13）

③ 治療方針の決定

- 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、治療方針の決定に当たって、誰の意見を聞くかという問いに対して、「患者（入所者）本人の意見を聞く」と回答した者の割合（医19%、看16%、介8%）よりも、「患者（入所者）本人の状況を見て誰にするかを判断する」と回答した者の割合（医59%、看61%、介49%）が多かった。また、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（今回19%、前回14%）、「家族の意見を聞く」と回答した者が減少したが（今回22%、前回28%）、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：今回20%、前回11%、介：今回42%、前回36%）。（P14）

④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方

【自分自身に死期が迫っている場合】

- 自分が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（数日程度あるいはそれより短い期間）と告げられた場合、心肺蘇生措置³を望むかという問いに対して、心肺蘇生措置に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった。（般74%、医93%、看94%、介86%）。
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、話し合いをしていない者よりも心肺蘇生措置に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P15-16）

² ただし、前回調査においては「意見を聞く対象」を質問したのに対し、今回は「直接説明する対象」を質問したため、単純に比較することはできない。

³ 死が迫ったときに行われる次の行為を指す。「心臓マッサージ、気管内挿管、気管切開、人工呼吸器の装着、昇圧剤の投与等の医療行為」（調査票より抜粋）

- 自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった。（般71%、医84%、看88%、介81%）。

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、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P17-18）

- （「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような治療の中止を望むかという問いに対して、「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」と回答した者の割合が最も多かった（般43%、医51%、看53%、介42%）。

「胃ろう⁴や中心静脈栄養などによる栄養補給まで中止」と回答した者の割合は、一般国民よりも医療福祉従事者の方が多かった（般20%、医30%、看29%、介39%）。

また「点滴の水分補給など、一切の治療を中止」と回答した者の割合は、一般国民よりも医療福祉従事者の方が少なかった（般18%、医15%、看14%、介10%）。（P19-20）

- （「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）

具体的にどのような医療・ケア方法を望むかという問いに対して、「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おく方法」と回答した者の割合が、前回に比べて減少しているものの、最も多かった（般：今回52%、前回59%、医：今回71%、前回84%、看：今回71%、前回83%、介：今回61%、前回75%）。

また、前回と比べると「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」と回答した者の割合が増え（般：今回28%、前回25%、医：今回18%、前回13%、看：今回17%、前回14%、介：今回29%、前回21%）、「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」と回答した者は減少している（般：今回5%、前回14%、医：今回1%、前回3%、看：今回0.3%、前回2%、介：今回0.4%、前回3%）。（P21-22）

【自分の家族に死期が迫っている場合】

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6か月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般52%、医78%、看77%、介60%）。

⁴ 人工的に胃壁に作られた穴（ろう孔）を指す。食物摂取が困難な際にこの穴を介し、胃に栄養分を注入する。（調査票より抜粋）

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、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 24-25)

- (「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような治療の中止を望むかという問いに対して、「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」と回答した者の割合が最も多かった(般47%、医55%、看60%、介47%)。(P 26-27)

- (「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にはどのような医療・ケア方法を望むかという問いに対して、「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おく方法」と回答した者の割合が最も多かった(般54%、医72%、看74%、介65%)。(P 28-29)

【自分の患者(入所者)に死期が迫っている場合】

- 自分の患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、延命医療の中止についてどのように考えるかという問いに対して、延命医療に消極的な回答(「どちらかというとな望まない」、「望まない」)をした者の割合が多かった(医77%、看65%、介50%)。(P 30)

- (「どちらかというとな延命医療は中止したほうがよい」、「延命医療は中止すべきである」と回答した医療福祉従事者を対象)

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「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」と回答した者の割合が最も多かった(医65%、看66%、介55%)。(P 31)

- (「どちらかというとな延命医療は中止したほうがよい」、「延命医療は中止すべきである」と回答した医療福祉従事者を対象)

具体的にどのような医療・ケア方法が考えられるかという問いに対して、「痛みを始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」と回答した者の割合が最も多かった(医74%、看72%、介55%)。(P 32)

⑤ 遷延性意識障害⁵の患者に対する医療のあり方

【自分自身が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 自分が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答(「どちらかというとな望まない」、「望まない」)をした者の割合が多かった(般79%、医88%、看92%、介89%)。

⁵脳幹以外の脳の機能が障害され、通常3-6ヶ月以上自己及び周囲に対する意識がなく、言語や身振りなどによる意思の疎通はできないが、呼吸や心臓の動き、その他内臓機能は保たれている状態をいう。(調査票より抜粋)

また、延命医療について家族と話し合いをしているの方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 33-34)

- (「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような時期に中止することを望むかという問いに対して、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合(般55%、医64%、看59%、介60%)が「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合(般42%、医34%、看39%、介38%)よりも多かった。

また、延命医療について家族と話し合いをしているの方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。(P 35-36)

- (「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命維持のための特別な治療までを中止」と回答した者の割合が多かった(般40%、医42%、看47%、介43%)。(P 37-38)

【自分の家族が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 自分の家族が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答(「どちらかというとな望まない」、「望まない」)をした者の割合が多かった(般59%、医80%、看79%、介65%)。一方で「延命医療を望む」と回答した者も一定数見られた(般21%、医9%、看11%、介15%)。

また、延命医療について家族と話し合いをしているの方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 39-40)

- (「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような時期に中止することを望むかという問いに対して、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」(般42%、医52%、看38%、介38%)と「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」(般54%、医47%、看60%、介59%)で回答が二分した。

医師は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合が少なかったが、一般国民及び看護・介護職員は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。(P 41-42)

- 「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が多かった（般44%、医48%、看56%、介49%）。（P43-44）

【自分の患者（入所者）が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が遷延性意識障害で治る見込みがない場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな中止するべきである」、「中止するべきである」）をした者の割合が多かった（医75%、看62%、介46%）。（P45-46）

- 「どちらかというとな延命医療は中止するべきである」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象)

具体的にどのような時期に中止することが考えられるかという問いに対して、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（医41%、看27%、介31%）よりも、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（医57%、看70%、介64%）と回答した者の割合の方が多かった。（P47-48）

- 「どちらかというとな延命医療は中止するべきである」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象)

具体的にどのような治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が多かった（医55%、看61%、介50%）。（P49-50）

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

【自分自身が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分が高齢となり、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、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般84%、医91%、看94%、介89%）。

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、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P51-52）

- 「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような時期に治療を中止することを望むかという問いに対して、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（般37%、医34%、看35%、介37%）より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（般60%、医65%、看64%、介61%）と回答した者の割合が多かった。

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、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態となり、そこから回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。(P 53-54)

- 「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった(般40%、医41%、看44%、介42%)。

また、年代別では、年代が上がるにつれて、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が増加する傾向がみられた。(P 55-56)

【自分の家族が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分の家族が高齢となり、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、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答(「どちらかというとな望まない」、「望まない」)をした者の割合が多かった(般65%、医86%、看87%、介71%)。

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、話し合いをしていない者よりも、延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 57-58)

- 「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような時期に治療を中止することを望むかという問いに対して、医師は、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」(医48%)より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」(医51%)と回答した者の割合が多かったが、一般国民及び看護・介護職員は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」(般47%、看42%、介40%)より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」(般49%、看57%、介56%)と回答した者の割合が多かった。

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、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。(P 59-60)

- 「どちらかというとな延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象)

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった(般45%、医48%、看53%、介46%)。(P 61-62)

【自分の患者（入所者）が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 医療福祉従事者のうち、自分の患者（入所者）が高齢となり、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、延命医療を中止するかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという中止するべきである」、「中止するべきである」）をした者の割合が多かった（医 80%、看 67%、介 50%）。（P 63－64）

- （「どちらかという中止するべきである」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）
具体的にどのような時期に治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」（医 56%、看 65%、介 64%）より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」（医 43%、看 33%、介 32%）と回答した者の割合が多かった。（P 65－66）

- （「どちらかという中止するべきである」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）
具体的にどのような治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（医 53%、看 57%、介 48%）。（P 67－68）

⑦ リビング・ウィル⁶と患者の意思の確認方法

- リビング・ウィルに関して、「賛成する」と回答した者の割合が多く、前回、前々回に比べて増加した（般：今回 62%、前回 59%、前々回 48%、医：今回 80%、前回 75%、前々回 70%、看：今回 83%、前回 75%、前々回 68%、介：今回 82%、前回 76%）。
一方、前回、前々回に比べて、「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減少した（般：今回 22%、前回 25%、前々回 35%、医：今回 13%、前回 13%、前々回 18%、看：今回 9%、前回 14%、前々回 19%、介：今回 7%、前回 11%）。
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、話し合いをしていない者よりも「賛成する」と回答した者の割合が多かった。（P 69－70）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）
リビング・ウィルについて、どのように扱われるのが適切かという問いに対して、一般国民と介護職員では「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」と回答した者の割合が最も多かった（般 62%、介 58%）。
また、医師・看護職員は、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべ

⁶ 治る見込みがなく、死期が近いときに、延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する方法（調査票より抜粋）

きである」(医54%、看44%)と「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」(医45%、看53%)とで回答が二分した。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。

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、話し合いをしていない者よりも「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多かった。(P71-72)

○ (リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象)

死期が近いときの治療方針についての意思について入院(入所)前、入院(入所)時、あるいは入院(入所)後に、病院や介護施設(老人ホーム)から、書面により患者(入所者)の意思を尋ねることに賛成するかという問いに対して、「賛成する」と回答した者の割合が最も多かった。また、前回に比べて、医師・介護職員では「賛成する」と回答した者の割合が増加した(般:今回70%、前回73%、医:今回77%、前回68%、看:今回74%、前回74%、介:今回81%、前回74%)。

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、話し合いをしていない者よりも「賛成する」と回答した者の割合が多かった。(P73-74)

○ (リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象)

リビング・ウィルを残す時期はいつが良いかという問いに対して、一般国民及び医師は「時期はいつでもかまわない」(般30%、医28%)という回答した者の割合が、看護・介護職員は、「入院(入所)時に書類として残した方が良い」という回答した者の割合が最も多かった(看26%、介37%)。(P75-76)

○ 一般国民に対して、リビング・ウィルを見せれば、医師はその内容を尊重してくれると思うかの問いに対して、「そのときの状況による」と回答した者の割合が最も多かった。(般44%)

また、医師・看護職員は、意思が記載された書面を「尊重する」「尊重せざるを得ない」と回答した者の割合が多かった(医83%、看73%)が、介護職員は「その時の状況による」と回答した者の割合が最も多かった(介53%)。

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、話し合いをしていない者よりも「尊重する」「尊重せざるを得ない」と回答した者の割合が多かった。(P77-78)

○ リビング・ウィルの書き直しの可否について、「何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている」と回答した者の割合が最も多かった(般36%、医76%、看67%、介57%)。一方で、一般国民においては、「1度書いたら、書き直しは不可能だと思っていた」(般25%)、「1度書いたら、書き直すことは、重大な理由が必要である」(般20%)と回答した者も一定数みられた。

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、話し合いをしていない者よりも「何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている」と回答し

た者の割合が多かった。(P 79-80)

- 事前に本人の意思が確認できなかった患者(入所者)の場合、書面ではなく代理人による意思表示という考え方(家族や後見人が延命医療を拒否したら、それを本人の意思の代わりとして治療方針などを決定すればよい)についてどう思うかという問いに対して、「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が(般58%、医72%、看65%、介61%)、「その時の状況による」という回答した者も一定数みられた(般29%、医20%、看28%、介31%)。

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、話し合いをしていない者よりも「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。(P 81-82)

- 一般国民のうち、自分が終末期に明確な意思表示を行うことが困難と思われる場合、事前に治療方針に関する判断を自分以外の者に任せておくことは可能であるかという問いに対して、「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が最も多かった(般63%)。

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、話し合いをしていない者よりも「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が多かった。(P 83)

- 一般国民のうち、自分が終末期に明確な意思表示が示せない場合、治療方針の決定は誰に従ってほしいかという問いに対して、「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が最も多かった(般77%)。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、話し合いをしていない者よりも「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が多かった。
医療福祉従事者のうち、担当する患者(入所者)本人の明確な意思表示がわからない場合の終末期における治療方針の決定について、「配偶者など最も身近な人の意見に従うべき」と回答した者の割合が最も多かった(医67%、看80%、介76%)。(P 84-85)

⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、悩みや疑問を感じた経験があるかどうかという問いに対して、「頻繁に感じる」、「たまに感じる」と回答した者の割合は、全ての医療福祉従事者において80%を超えた。(P 86)

- (医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、悩みや疑問を「頻繁に感じる」「たまに感じる」と回答した者を対象)

終末期医療に関する悩みや疑問の内容について、医師は「在宅医療の体制が十分でないこと」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」、看護・介護職員は「痛みをはじめとした症状を緩和すること」、「病院内の設備や終末期医療の施設

が乏しいこと」と回答した者の割合が多かった。(P 87-88)

⑨ 終末期における療養の場所

<死期が迫っている患者>

【自分自身に死期が迫っている場合】

- 一般国民のうち、自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合の療養の場所について、「自宅で最期まで療養したい」と回答した者の割合は11%であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

前回、前々回の結果と比較し、「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」と回答した者の割合が減少し、「自宅で最期まで療養したい」と回答した者の割合が増加した。

また、年代別では、年代が上がるにつれて「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」、「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。(P 89-90)

- 自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった(般66%、医56%、看43%、介55%)。一方で、「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医26%、看37%、介19%)。(P 91)

- (自宅で最期まで療養することは「実現困難である」と回答した者を対象)
自宅で最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「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」と回答した者の割合が多かった。(P 92-93)

【自分の家族または自分の患者(入所者)に死期が迫っている場合】

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、どこで療養したいかという問いに対して、自宅で療養して、必要になれば医療機関等に入院させたいと回答した者の割合が多かった(般46%)。

自分の担当する患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている場合、どこで療養することを薦めるかという問いに対して、医師・看護職員は、自宅で療養して、必要になれば医療機関等に入院を薦めると回答した者の割合が多かったが(医69%、看64%)、介護職員は「老人ホームを薦める」と回答した者の割合が多かった(介31%)。

また、年代別では、年代が上がるにつれて、なるべく早く医療機関等に入院させたい(を薦める)と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。(P 94-95)

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった（般59%）。「実現可能である」と回答した者の割合は9%であった。
自分の担当する患者（入所者）が治る見込みがなく死期が迫っている場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった（医56%、看43%、介55%）。「実現可能である」と回答した者の割合は医26%、看37%、介19%であった。
また、年代別では、年代が上がるにつれて「実現可能である」と回答した者の割合が減少する傾向が見られた。（P96-97）
- （自宅で最期まで療養することは「実現困難である」と回答した者を対象）
自宅で最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「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」と回答した者の割合が多かった。（P98-99）

<脳血管障害や認知症によって全身状態が悪化した患者>

【自分自身が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分が高齢となり、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、治る見込みのない状態になった場合の療養の場所について、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（般：今回44%、前回38%）、「老人ホーム」と回答した者は前回よりも減少した（般：今回15%、前回25%）。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（医41%、看38%、介40%）。（P100-102）
- 自宅で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」、「家族との時間を多くしたい」と回答した者の割合が多かった。（P103）
- 自宅以外で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「家族の介護などの負担が大きいから」、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。（P104-106）

【自分の家族または自分の患者（入所者）が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分の家族や担当する患者（入所者）が高齢となり、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、治る見込みのない状態になった場合の療養の場所について、一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多かった（般43%）。医師は「介護型療養病院」（医35%）、看護職員は「自宅」（37%）、介護職員は「介護老人福祉施設」（34%）と回答した者の割合が最も多かった。

また、一般国民において、年代が上がるにつれて、「病院」と回答する者の割合が増加する傾向が見られた。(P 107-109)

- 自宅で最期まで療養させたいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えさせたい」、「最期まで自分の好きなように過ごさせたい」、「家族との時間を多くしたい」、「家族に看取られて最期を迎えさせたい」と回答した者の割合が多かった。(P 110)
- 自宅以外で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「自宅では家族の介護などの負担が大きいから」、「自宅では、緊急時に家族が大変になるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。また、一般国民は「自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから」と回答した者も多かった。(P 111-112)

⑩ がん疼痛治療法とその説明

- 医療福祉従事者のうち、世界保健機関(WHO)が作成した「WHO方式癌疼痛治療法」を知っているかという問いに対して、「内容をある程度知っている」、「内容をよく知っている」と回答した者は、医47%、看26%、介5%であった。「知らない」と回答した者は医28%、看42%、介74%であった。
また、医師及び看護職員で「内容をよく知っている」と回答した者の割合は、前回、前々回に比べると微増している傾向が見られた。(P 113)
- 医療福祉従事者のうち、モルヒネの使用にあたって、有効性と副作用について、患者(入所者)にわかりやすく具体的に説明することができるかという問いに対して、「説明することができる」と回答した者の割合が減少した(医:今回36%、前回42%、前々回45%、看:今回15%、前回20%、前々回25%、介:今回0.7%、前回2%)。
一方で、「説明できない」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた(医:今回12%、前回6.2%、前々回5.6%、看:今回19%、前回14%、前々回11%、介:今回68%、前回59%)。(P 114)

⑪ 終末期医療体制の充実

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療の普及に関し、終末期医療の普及のために充実していくべき点は何かという問いに対して、「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」と回答した者の割合が多かった。(P 115-116)
- 自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」(般48%、医58%、看68%、介50%)と「全く話し合ったことがない」(般51%、医41%、看31%、介50%)で回答が二分した。(P 117-118)

- 延命医療の継続に関する医師と患者（入所者）間の話し合いについて、一般国民及び医療福祉従事者ともに「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（般51%、医67%、看61%、介57%）。
延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「十分に行われていると思う」と回答した者の割合が多かった。（P119-120）
- 医療福祉従事者のうち、自分の施設で、終末期医療における治療方針について、医師や看護・介護職員等の職員間で十分な話し合いが行われているかという問いに対して、「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（医59%、看54%、介50%）。（P121）
- 医療福祉従事者のうち、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、「詳細な基準を作るべきである」と回答した者の割合（医39%、看38%、介35%）よりも、「一律な基準を作らなくても医療・ケアチームでの十分に検討して方針を決定すればよい」と回答した者の割合（医44%、看38%、介41%）の方がやや多かった。（P122）
- 「詳細な基準を作るべきである」と回答した者は、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の作成の可否について、「現時点では難しいが、検討を進めていくべきである」と回答した者の割合が最も多かった（医66%、看71%、介69%）であった。（P123）
- 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34%、介31%であったが、看護職員は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。（P124）
また、意見の相違があった場合の調整方法については、「本人または家族との意見に基づく」と回答した者が最も多かった。（P125）
- 医療福祉従事者は、終末期医療における重点課題について、「痛みなどの緩和方法の徹底と追及」、「治療方針等に関する患者・入所者等との十分な話し合い」、「終末期医療におけるチーム医療の充実」と回答した者が多かった。（P126）
- 医療に対してどのようなことを望むかという問いに対して、「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が最も多かった（般67%、医79%、看87%、介86%）。
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、話し合いをしていない者よりも「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が多かった。（P127-128）

V 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ

1) 終末期医療に関する情報格差

- 終末期医療のあり方を決定するプロセスにおいて最も重要な原則は、平成19年5月に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にも記載されているとおり、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めること」である。
- 「適切な情報」とは患者の病状や可能な治療法だけではなく、療養場所やこれからの過ごし方の選択肢といった「支える」医療・ケアについての情報も含む。
- しかしながら、現状では、例えば患者や患者家族がどのようなサービス・ケアを受けることが可能なのか、終末期についてどのようなことを事前に家族や医療福祉従事者と話し合っておく必要があるのかなど、十分な情報提供や説明がないまま、患者や患者家族は判断を迫られる状況におかれているとも考えられる。「自宅で最期まで療養できると考えるか」という問いに対して「実現可能である」と回答した者が、一般国民は6.2%であるのに対して、医療福祉従事者が上回っているのも（医26%、看37%、介19%）、こうした情報量の格差を反映している可能性がある。
- 医療福祉従事者から十分な情報提供や説明を行うためには、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- また、特に在宅で療養する場合、終末期医療は患者や患者家族の日常生活とも密接に関連することから、医療福祉従事者が情報提供する際には、患者がなるべく充実した生活を送ることができるよう、そして患者家族には過大な負担がかからぬよう、生活の視点に立った情報を提供することが必要である。
- なお、医療福祉従事者に対する終末期医療に関する教育及び話し合う機会を確保することが情報格差を解消するためには重要であるが、その前提として、終末期医療体制を整備し、患者がより充実した終末期を過ごせるための選択肢を広げることも必要である。

2) 緩和ケアについて

- 緩和ケアとはWHO（世界保健機関）によれば「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。」⁷とされている。従って、緩和ケアは医療・介護・福祉すべてを含み、その

⁷ 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ(<http://www.hpcj.org/what/definition.html>)より抜粋。

対象者は、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族である。

- 緩和ケアを進める際の課題の一つは、多くの患者が「緩和ケア＝死を迎えること」と考えていることである。こうしたイメージを払拭していくためには、患者を初めから最期まで支え続けるという姿勢で、治癒を目的とした治療の初期から緩和ケアを提供し、治療と緩和ケアを同時に並行して行っていく「パラレルケア」を浸透させることが必要である。
- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい緩和ケアの知識の普及が重要である。

3) リビング・ウィルと終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実について

- リビング・ウィルの法制化については、「法制化するべきである」という意見がある一方、「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」という意見が多かった。⁸
- 一方で、リビング・ウィルが患者の意思を尊重した終末期を実現する方法として、リビング・ウィルそのものに対する考え方を支持する者も増えている。リビング・ウィルを適切に活用するためにも、リビング・ウィルの正しい知識⁹を普及し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- すでに、「終末期医療のガイドライン」(平成19年8月日本医師会)、「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(平成19年11月日本救急医学会)、「終末期医療に関するガイドライン」(平成21年5月全日本病院協会)が策定されるなど、終末期医療の決定プロセスについて現場への普及活動もみられるが、今後、さらに患者・患者家族に対する相談体制の整備と活用、多職種の医療福祉従事者・患者・患者家族が話し合える機会の確保、医療福祉従事者への教育の充実等が必要である。

4) 家族ケア・グリーフケア

- 患者の終末期のあり方は、家族や近親者の生活、あるいは死別後の人生に影響を及ぼすこともあり、患者をそばで支える家族や近親者に対するケア、死別後の遺族に対するグリーフケアについては今後さらに議論を深め

⁸ 調査結果では、一般国民と介護職員では「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」と回答した者の割合が最も多かった(般62%、介58%)。また、医師・看護職員は、「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」(医54%、看44%)と「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」(医45%、看53%)とで回答が二分した。

⁹ 例えば、リビング・ウィルの書き直しの可否について、「何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている」と回答した者の割合が最も多かったが、一般国民においては、「1度書いたら、書き直しは不可能だと思っていた」(25%)、「1度書いたら、書き直すことは、重大な理由が必要である」(20%)と回答した者も一定数みられた。

ていくべきである。特に、病気の子供を持つ両親は若いことが多く、子供が発症した直後から家族に対する支援が必要である。

5) その他の意見

- 患者が意思を表示できない、あるいは判断できなくなった状況に陥った時点で、患者の意思を推定し、終末期のあり方を総合的な観点から判断できるよう、患者に近い者を代弁者として選定しておくべきであるという意見があった。
- 終末期のあり方については、健康な時から家族・近親者で話し合うことが重要であり、そのためには、国民の終末期医療に対する関心を高めていく取り組みも必要であるという意見があった。

6) 次回調査・議論への提言

- 次回調査に関しては、国民及び医療福祉従事者の終末期医療に対する考え方が、その時の日本人の死生観や、医療提供体制等によって変化すると考えられることから、今後とも一定期間ごとに調査を行うことが望ましい。これまでの調査が5年おきに実施されていることを踏まえ、次回調査は平成24年度に行われるべきである。この際、過去の調査との連続性も考慮しつつ、調査方法、調査項目について検討すべきである。具体的には、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。
- 次回議論に関しては、終末期は患者によって期間、状態も異なり、課題も多様であることから、焦点を絞って議論し、よりよい終末期医療を実現するための、具体的な方向性を示すことが期待される。特に、終末期医療を含め、在宅での医療・ケアは家族に負担がかかっていること、さらに少子高齢化を迎え、単身世帯及び二人暮らしの世帯が増加することが予想される中、どのような形で在宅での医療・ケアの提供体制を整えていくのか、医療機関のみならず、地域社会を念頭に置いた議論を深める必要がある。

VI 終末期医療のあり方に関する懇談会等の審議経過

- 平成20年1月24日 第1回終末期医療に関する調査等検討会
 - 終末期医療の検討に関するこれまでの経緯について
 - 平成19年度調査の実施について
- 平成20年10月27日 第1回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 平成19年度「終末期医療に関する調査」結果報告
 - 調査結果についての検討・議論
- 平成20年12月15日 第2回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム設置について
 - 終末期医療のあり方について(ヒアリング)
- 平成20年12月19日
第1回「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム会議
- 平成21年1月26日
第2回「終末期医療に関する調査」結果を解析するためのワーキングチーム会議
- 平成21年2月24日 第3回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - ヒアリング：終末期医療のケアのあり方について
 - 「終末期医療に関する調査」解析結果について
- 平成21年4月14日 第4回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 「終末期医療に関する調査」解析結果（追加報告）
 - これまでの議論の整理
 - 委員からの発表
- 平成21年12月24日 第5回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 委員からの発表
 - 終末期医療に関する調査等懇談会報告書骨子（案）について
- 平成22年10月28日 第6回終末期医療のあり方に関する懇談会
 - 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書（案）について

Ⅶ 終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿

一 懇談会委員名簿 (50音順、敬称略、◎＝座長)

池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
伊藤 たてお	日本難病・疾病団体協議会代表
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
川島 孝一郎	仙台往診クリニック院長
木村 厚	社団法人全日本病院協会常任理事
近藤 博子	財団法人がんの子供を守る会理事
櫻井 紀子	公益社団法人全国老人福祉施設協議会
田村 里子	医療法人東札幌病院MSW課長
池主 憲夫	社団法人日本歯科医師会常務理事
中川 翼	医療法人溪仁会定山溪病院院長
中山 康子	NPO法人在宅緩和ケア支援センター虹代表理事
羽生田 俊	社団法人日本医師会副会長
林 章敏	聖路加国際病院緩和ケア科医長
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授
福井 トシ子	社団法人日本看護協会常任理事
増成 隆士	筑波大学名誉教授
◎町野 朔	上智大学法学研究科教授
南 砂	読売新聞東京本社編集委員
山本 保博	東京臨海病院病院長
ワット 隆子	あけぼの会会長

一 懇談会参考人名簿 (50音順、敬称略)

井形 昭弘	日本尊厳死協会理事長
石島 武一	聖ヨハネ会桜町病院名誉院長
土屋 文人	社団法人日本薬剤師会副会長
橋本 操	日本ALS協会副会長
福永 秀敏	国立病院機構南九州病院院長
藤田 敦子	特定非営利活動法人千葉・在宅ケア市民ネットワークピュア代表