

資料 2

終末期医療に関する意識調査等検討会報告書(案)

平成26年3月

終末期医療に関する意識調査等検討会

目次

I.	はじめに	2
II.	これまでの経緯	3
III.	人生の最終段階における医療に関する意識調査結果の概要	4
1	調査の目的	4
2	調査時期	4
3	調査の方法	4
4	調査対象及び客体	4
5	調査項目及びフェイスシート	6
6	クロス集計について	7
7	前回調査からの主な変更点	7
8	当該調査で使用した用語の定義	8
IV.	人生の最終段階における医療に関する意識調査結果について	9
1	調査結果の概要	9
2	調査結果の詳細	11
1)	回収率	11
2)	回答者の背景について	11
3)	人生の最終段階における医療について (回答者:一般国民、医療福祉従事者)	12
4)	医療福祉従事者としての人生の最終段階における医療について (回答者:医療福祉従事者)	18
5)	施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況 (回答者:施設長)	20
V.	終末期医療に関する意識調査等検討会の主な意見	23
VI.	まとめ	26
1	国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保について	26
2	本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療提供体制の整備について	27
3	次回の調査への提言	28
4	「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への名称変更について	28
VII.	終末期医療に関する意識調査等検討会の審議経過	29
VIII.	終末期医療に関する意識調査等検討会構成員名簿	29

I. はじめに

厚生労働省(厚生省)は昭和62年以來、概ね5年毎に全5回に渡って、人生の最終段階における医療※に関する検討を行ってきており、平成5年からは、国民及び医療従事者等対して人生の最終段階における医療に関する意識調査を実施し、国民や医療従事者の意識や希望を把握するとともに、その結果に基づいて課題を整理してきた。また、平成19年5月には、人生の最終段階における医療に係る意思確認の方法や医療内容の決定手続きなどについて、広くコンセンサスを得られる点について、「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。

この間、日本人の死亡場所は、自宅死亡が減少し医療機関の割合が年々伸びる傾向が続
き、8割近くにまで達した。しかし、医療技術の進歩に合わせて人生の最終段階における医療の選択肢も多様化しているにもかかわらず、これまでの調査では、自然な死を迎えることを希望する者が多いということも明らかになっている。さらに、近年の人口減少と高齢化の急激な進展の中で、国民の間で、改めて人生の最後の時期をどう過ごすかということについて、どのような医療を受けたいかということに留まらず、最後まで自分らしく過ごすための準備等に関心が高まっている。

こうした状況を踏まえ、今回の検討会では意識調査の対象、内容を見直し、人生の最終段階における医療に対する新たなニーズや提供体制の状況等を把握した。検討会において、調査結果の考察に係る議論を行い、今後の方向性等を以下の通り取りまとめたので報告する。

※VI-4 「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への名称変更について、を参照(P28)

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～平成元年)

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。がんによる末期医療を中心課題として、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した。

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した。

3)「末期医療に関する意識調査等検討会」(平成9年～平成10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した。

4)「終末期医療に関する調査等検討会」(平成14年～平成16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した。

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。

6)「終末期医療のあり方に関する懇談会」(平成20年～平成22年)

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月に終末期医療に関する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12月に報告書を取りまとめるまでに、7回の検討会と懇談会、2回のワーキングを開催した。意識調査の結果を踏まえ、主に1)終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて、2)終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差、3)終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及、4)緩和ケアについて、5)家族ケア・グリーフケアなどについて検討された。

III. 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果の概要

1 調査の目的

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、国民、医師、看護師、施設介護職員(今回から施設長を追加)における意識を調査し、その変化等を把握することで、患者の意思を尊重した望ましい人生の最終段階における医療のあり方の検討に資する。

2 調査時期

平成25年3月

3 調査の方法

郵送配布、郵送回収

4 調査対象及び客体

一般国民、医師、看護師、施設介護職員(介護老人福祉施設の介護職員をいう。以下同じ。)及び対象となった医療福祉従事者の施設長に意識調査を実施した。今回の調査では、医療機関及び介護老人福祉施設の人生の最終段階における医療に係る相談体制等を調査するため、調査対象として新たに施設長を追加した。施設長を追加したことから調査客体の数は18,800人(前回14,402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よって抽出し、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22年)から150地点を無作為に選び、この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、看護師

- ・ 病院・診療所の医師3,300人と病院・診療所・訪問看護ステーション・介護老人福祉施設の看護職員4,300人を客体とした。
- ・ 病院については、全国から1,100施設を無作為に選び、各施設で施設長が医師2人と看護師2人を選定した。医師2人及び看護師2人のうち各々1人は人生の最終段階における医療に特に携わっていると考えられる者を選定した。
- ・ 診療所については、全国から計1,100施設を無作為に選び、各施設で医師1人、看護師1人を各施設の施設長が選定した。
- ・ 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、各施設で看護師1人を各施設の施設長が選定した。
- ・ 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、各施設で看護師1人を各施設の施設長が選定した。

○ 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人を各施設の施設長が選定し、2,000人を客体とした。

○ 施設長

- ・ 医師票、施設介護職員の配布先と同じ病院1,100施設、診療所1,100施設、介護老人福祉施設2,000施設の施設長4,200人を客体とした。

対象者	対象施設	抽出方法	施設数	1施設の 対象数	対象者数
一般国民		全国の20歳以上の男女から層化二段無作為抽出 平成22年国勢調査区から各地点の標本数が22～39程度となるように150地点を無作為抽出した上で、各地点の住民基本台帳から無作為抽出した。			5,000
医師	病院	無作為抽出	1,100	2	3,300
	診療所	無作為抽出	1,100	1	
看護師	病院	医師票の配布先と同じ施設の看護師	1,100	2	4,300
	診療所	医師票の配布先と同じ施設の看護師	1,100	1	
	訪問看護ステーション	無作為抽出	500	1	
	介護老人福祉施設	施設介護職員票の配布先と同じ施設の看護師	500	1	
施設 介護職員	介護老人福祉施設 (看護師票配布あり)	無作為抽出	500	1	2,000
	介護老人福祉施設 (看護師票配布なし)	無作為抽出	1,500	1	
施設長	病院	医師票の配布先と同じ施設の施設長	1,100	1	4,200
	診療所	医師票の配布先と同じ施設の施設長	1,100	1	
	介護老人福祉施設	施設介護職員票の配布先と同じ施設の施設長	2,000	1	
合計					18,800

5 調査項目及びフェイスシート

○ 調査項目

調査項目	
I 人生の最終段階における医療について (対象者:一般国民、医師、看護師、施設介護職員)	
1.	人生の最終段階における治療方針の決定方法
問1	人生の最終段階における医療についての家族との話し合いについて
問2	意思表示の書面を作成しておくことについて
問2-1	意思表示の書面の作成状況
問2-2	意思表示の書面の取り扱いについての希望
問3	意思表示の書面に従った治療を行うことを法律で定めることについて
問4	人生の最終段階における治療方針を定めることを希望する相手
問5	人生の最終段階における治療方針を定める人をあらかじめ決めておくことについて
問6	人生の最終段階における治療方針を定めることを家族等から依頼された場合の対応
問7	人生の最終段階における治療方針を定める人が決定した治療を行うことを法律で定めることについて
2.	さまざまな状況において希望する治療方針
①	末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合
問8-1	過ごしたい場所
問8-2	希望する治療方針
②	末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合
問9-1	過ごしたい場所
問9-2	希望する治療方針
③	重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合
問10-1	過ごしたい場所
問10-2	希望する治療方針
④	認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合
問11-1	過ごしたい場所
問11-2	希望する治療方針
⑤	交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合
問12-1	過ごしたい場所
問12-2	希望する治療方針
⑥	交通事故により心肺停止となったのち蘇生したもの、2週間を経過した時点では意識はなく人工呼吸器と点滴を受けている場合
問13	希望する治療方針
II 医療職・介護職としての人生の最終段階における医療について (調査対象:医師、看護師、施設介護職員)	
1.	人生の最終段階における治療方針の決定方法
問1	亡くなる患者(入所者)を担当する頻度
問2	患者(入所者)やその家族に対する治療方針の話し合いの実施状況
問3	患者(入所者)の治療方針について他の医療職(介護職)職員と意見の相違が起った経験
問3-2	院内(施設内)の倫理委員会等への相談の実施状況
問4	「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況
問5	学会等により作成された終末期医療に関するガイドラインの利用状況
問6	終末期の定義や延命治療の不開始、中止等の判断基準についての考え方
問6-2	判断基準をどのように示すべきかについて
2.	さまざまな状況において勧める治療方針
①	末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合
問7-1	人生の最終段階を過ごすことを勧める場所
問7-2	勧める治療方針

○ フェイスシートの項目

	一般国民	医師	看護師	施設介護職員
性別	○	○	○	○
満年齢	○	○	○	○
婚姻状況	○	○	○	○
同居の状況	○	○	○	○
同居している方	○	○	○	○
最終学歴	○			
世帯収入	○			
最近5年間の入院経験	○	○	○	○
最近5年間の身近な人の入院経験	○	○	○	○
最近5年間の身近な人の死別経験	○	○	○	○
診療科		○		

6 クロス集計について

各調査項目について、フェイスシートの項目とのクロス集計を行った。

クロス集計の結果は、政府統計の総合窓口(e-Stat)で公表している。

公開 URL:<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat>List.do?lid=000001117962>

7 前回調査からの主な変更点

○ 変更の経緯

前回検討会の最終回では、次回の調査においては、「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」であるとされた。

そのため、平成23年度厚生労働科学研究費補助金「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」(研究代表者 池上直己)を行った。これまでの調査は、第1回の調査内容を基本的に継承してきたが、医学の進歩・社会的な関心、検討会(懇談会)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になっていた。また、同じ趣旨の質問であっても、質問文が毎回変化している場合もあり、厳密な比較は不可能な項目も存在した。このようなことから、過去の調査との比較については、できる限り対応しつつ、人生の最終段階における医療の新しいニーズに適応した調査項目等について開発、提言がなされた。

研究で提言された調査方法、調査項目等を踏まえ、検討会での議論を経て、最終的な調査対象、調査票等を決定した。

○ 前回調査からの変更点

新たなニーズに対応した質問を追加するとともに、すでにニーズが満たされた調査対象を削除する等の変更を行った。また回答者の負担軽減のために、優先度の高い質問に限定し、選択肢をわかりやすい内容にする等の修正を行った。主な変更点は下記の通りである。

- ・人生の最終段階における医療に係る相談体制等については、個々の医療従事者の意見よりも施設長に尋ねることが適切であることから、新たに施設長への意識調査を実施した。
- ・延命医療の選択肢として、これまでの調査は延命「中止」に対する質問であったが、これを「開始(人生の最終段階において受けたい医療、受けたくない医療)」も含めた質問に変更した。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。
- ・人生の最終段階の状態像について「遷延性意識障害」、「脳血管障害や認知症等」から、典型的な状態像として「末期がん(症状安定期)」、「末期がん(症状増悪期)」「心臓病」、「認知症」、「植物状態(遷延性意識障害^{※1})」、「臨床的脳死状態^{※2}」に変更した。末期がんにおいては、症状の程度によって希望等が異なると考えられることから、症状が安定している時と、症状が強くなってきた場合を設定した。また、植物状態は自発呼吸ができることが多いことから、より死期が間近に迫った状態として脳死状態を設定した。
 ※1 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。
 ※2 脳幹を含む全脳の機能が不可逆的に停止するに至ったと判定された状態。
- ・過去の調査では、「延命治療」の希望について質問したが、今回は同様の趣旨であるが、個別の医療行為(抗がん剤や放射線による治療、抗生素服用や点滴、水分補給、中心静脈栄養、経鼻栄養、胃ろう、人工呼吸器、心肺蘇生処置)ごとにその受療の希望に関する質問に変更した。
- ・緩和ケア病棟については、がん患者のみを対象としており、人生の最終段階における医療において全人的なアプローチ等の体制が構築されていると考えられることから、特別な調査対象とはせず、「病院」の中に含むものとした。
- ・質問数が膨大になっていたことから、より優先度の高い質問に限定するため、家族の意向についての質問を削除し、本人の意向のみとした。
- ・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しとして提示され煩雑であったことから、これらを「医療機関」、「介護施設」、「居宅」に集約して答えやすくした。
- ・前回までの調査では、自分が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代わりの人に任せることの賛否について尋ねてきたが、代理人による判断の重要性が高まったことに鑑みて、家族等から治療の選択について代わって判断してもらいたいと頼まれた場合、引き受けるかという設問を追加した。
- ・フェイスシートについて、「性別」、「年齢」、「学歴」、「職業」、「最近5年間の入院歴」、「最近5年間の死別経験」に加えて、意思決定に重要とされる身近で相談できる人の存在により、人生の最終段階における医療に関する意向が異なる可能性が考えられたことから、「婚姻状況」、「同居人の有無」、「同居している人」を追加した。また、経済的な背景により意向が異なる可能性も考えられたところから、一般国民については、「年収」も追加した。

8 当該調査で使用した用語の定義

○ 事前指示書

自身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あるいは受けたくないか、自分で判断できなくなった場合に備えて代わりに誰に判断してもらいたいかをあらかじめ記載する書面

IV. 人生の最終段階における医療に関する意識調査結果について

【調査結果に関する留意事項】

- 一般国民、医師、看護師、施設介護職員の回答について、それぞれ国、医、看、介と省略している。職種等について特に記載がないものについては、一般国民の結果である。
- 本報告書における医療福祉従事者とは、医師、看護師、施設介護職員をさす。
- []内の数字は、「人生の最終段階における医療に関する意識調査結果報告書」(別冊)の該当ページである。
- クロス集計結果の比較の際は、「5ポイント以上の差」を基準に設定した。

1 調査結果の概要

- ◆ 自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族と話し合いについて、一般国民では、「全く話し合ったことがない」と回答した者の割合が高かった。

国	55. 9%	医	42. 8%	看	32. 6%	介	47. 6%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ◆ 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面をあらかじめ作成しておくことについて、「賛成である」と回答した者の割合が高かった。

国	69. 7%	医	73. 4%	看	84. 7%	介	83. 8%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ◆ 前問で、書面の作成に賛成と回答した者のうち、実際に書面を作成している人は少なかった。

国	3. 2%	医	5. 0%	看	3. 5%	介	3. 5%
---	-------	---	-------	---	-------	---	-------

- ◆ 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面に従って治療方針を決定することを法律で定めることについて、「定めなくてもよい」「定めるべきではない」という消極的な意見が多かった。特に医師は他職種等よりも割合が高かった。

国	53. 2%	医	71. 3%	看	56. 5%	介	55. 8%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

(「定めなくてもよい」「定めるべきではない」の合算)

- ◆ 自分で判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自分に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、「賛成である」と回答した者の割合が高かった。

国	62. 8%	医	68. 3%	看	74. 2%	介	76. 1%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ◆ 家族等から、治療の選択について代わって判断してもらいたいとあらかじめ頼まれた場合、引き受けるかどうかについて、「引き受ける」と回答した者の割合がもっとも高かった。

国	57. 7%	医	81. 0%	看	64. 9%	介	63. 6%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

次いで「わからない」という回答が多かった。

国	30. 5%	医	12. 1%	看	25. 7%	介	27. 8%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ◆ 希望する療養場所については、居宅を希望する割合は、末期がんであるが、症状が健康なときと同様に保たれている場合を除いて10～37%であり、医療機関や介護施設が多くかった。
- ◆ 希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にかかった場合の抗生素服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57～78%が望んでいなかった。

- ◆ 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかどうかについて、「ガイドラインを知らない」と回答した者がもつとも多かった。

医	33. 8%	看	41. 4%	介	50. 2%
---	--------	---	--------	---	--------

- ◆ 施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、介護老人福祉施設で「行っている」との回答が56. 3%でもつとも高かった。

病院	28. 4%	診療所	7. 3%	介護老人福祉施設	56. 3%
----	--------	-----	-------	----------	--------

2 調査結果の詳細

1) 回収率

対象者・対象施設	調査 人数	回収数	回収率	(参考) 平成20年調査			
				対象者・対象施設	調査人数	回収数	回収率
一般国民	5,000	2,179	43.6%	一般国民	5,000	2,527	50.5%
医 師	3,300	921	27.9%	医 師	3,201	1,121	35.0%
病院	2,200	550	25.0	病院	2,000	648	32.4
診療所	1,100	370	33.6	診療所	1,081	368	34.0
不明	0	1	—	緩和ケア	120	75	62.5
				不明	0	30	—
看 護 師	4,300	1,434	33.3%	看 護 師	4,201	1,817	43.3%
病院	2,200	627	28.5	病院	2,000	854	42.7
診療所	1,100	306	27.8	診療所	1,081	310	28.7
訪問看護ステーション	500	283	56.6	訪問看護ステーション	500	303	60.6
介護老人福祉施設	500	217	43.4	介護老人福祉施設	500	242	48.4
不明	0	1	—	緩和ケア	120	89	74.2
				不明	0	19	—
介護職員	2,000	880	44.0%	介護職員	2,000	1,155	57.8%
介護老人福祉施設・看護あり	500	213	42.6	累 計	14,402	6,620	46.0%
介護老人福祉施設・看護なし	1,500	666	44.4				
不明	0	1	—				
施 設 長	4,200	1,488	35.4%				
病院	1,100	296	26.9				
診療所	1,100	262	23.8				
介護老人福祉施設・看護あり	500	233	46.6				
介護老人福祉施設・看護なし	1,500	696	46.4				
不明	0	1	—				
累 計	18,800	6,902	36.7%				

2) 回答者の背景について

- 医師、看護師、施設介護職員における回答者の年齢階級の構成比は、医師がもっとも年齢が高く、次いで看護師、施設介護職員であった。

	20～39歳	40～59歳	60歳以上
医 師	7.7%	59.8%	31.3%
看 護 師	19.1%	71.3%	8.7%
施設介護職員	46.9%	46.5%	4.4%

- 前回調査と比較して、すべての調査対象者で60歳以上の回答者の割合が増加した。

	平成20年	平成25年
一 般 国 民	38.0%	45.9%
医 師	24.0%	31.3%
看 護 師	6.0%	8.7%
施設介護職員	3.0%	4.4%

- 回答者の性別は、一般国民は男性47.8%、女性50.4%、医師は男性87.1%、女性11.8%、看護師は男性3.8%、女性95.4%、施設介護職員39.3%、女性58.

5%であった。

- ・ 所属施設別の割合は、医師は病院59. 7%、診療所40. 2%であった。看護師は病院43. 7%、診療所21. 3%、訪問看護ステーション19. 7%、介護老人福祉施設15. 1%であった。
- ・ 最終学歴別では、学歴が高いほど20～39歳が占める割合が高くなっている。
- ・ 世帯収入別のうち1, 000万円未満では、年収が高いほど60歳未満の者が占める割合が高くなっている。

3) 人生の最終段階における医療について (回答者：一般国民、医療福祉従事者)

3) - 1 人生の最終段階における治療方針の決定方法

○ 人生の最終段階における医療についての家族との話し合いの有無 [P17, 18]

- ・ 自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療についての家族との話し合いについて、一般国民と施設介護職員は、「全く話し合ったことがない」と回答した者の割合が高かった。

国	55. 9%	医	42. 8%	看	32. 6%	介	47. 6%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ・ 前回の調査※でも、一般国民と施設介護職員は、「全く話し合ったことがない」と回答した者が多く、前回と同様の傾向が見られた。

※前回調査の質問は「自分自身の延命治療を続けるべきか中止すべきかという問題について、ご家族で話し合ったことがありますか。」である。

- ・ 男女別では、女性の方が話し合っている者が多かった。

男	37. 2%	女	47. 1%
---	--------	---	--------

(「詳しく話し合っている」と「一応話し合ったことがある」の合算)

- ・ 年齢階級別では、年齢が高くなるほど話し合いを行っている者が多かった。

20～39歳	27. 5%	40～59歳	35. 8%	60歳以上	53. 3%
--------	--------	--------	--------	-------	--------

- ・ 身近な人の死別経験がある人のほうが話し合いを行っている人が多かった。

経験有	46. 2%	経験無	37. 3%
-----	--------	-----	--------

○ 意思表示の書面を作成しておくことについて [P19]

- ・ 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくない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、「賛成である」と回答した者の割合がもっとも高かった。

国	69. 7%	医	73. 4%	看	84. 7%	介	83. 8%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ・ 前回の調査と比較して、賛成する者の割合が、一般国民は高くなり(61. 9%→69. 7%)、医師は低くなっている(79. 9%→73. 4%)が、質問方法が異なる※ことに留意する必要がある。

※前回調査の質問は「『治る見込みがなく、死期が近いときには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。』(リビング・ウィル)という考え方について、あなたはどのようにお考えになりますか。」である。

- ・ 男女別では、女性の方が賛成する者が多かった。

男	64. 9%	女	74. 6%
---	--------	---	--------

- ・ 年齢階級別では、低年齢ほど賛成する者が多かった。

20～39歳	76. 8%	40～59歳	74. 0%	60歳以上	63. 7%
--------	--------	--------	--------	-------	--------

- 家族と話し合いをしている者の方が、意思表示の書面の作成についても賛成した者が多かった。

話し合い有	79. 0%	話し合い無	63. 7%
-------	--------	-------	--------

- 同居家族がいる人の方が、賛成する者が多かった。

同居有	70. 7%	同居無	64. 1%
-----	--------	-----	--------

○ 意思表示の書面の作成状況 [P22]

- 前問で、書面の作成に賛成と回答した者のうち、実際に書面を作成している人は少なく、ほとんど作成していなかった。

国	3. 2%	医	5. 0%	看	3. 5%	介	3. 5%
---	-------	---	-------	---	-------	---	-------

(作成している割合)

- 書面を作成している人はわずかであるが、年齢が高いほど作成している人の割合が高くなる傾向が見られる。

20～39歳	0. 6%	40～59歳	1. 8%	60歳以上	6. 0%
--------	-------	--------	-------	-------	-------

(作成している割合)

○ 意思表示の書面の取り扱いについての希望 [P23]

- 書面の作成に賛成と回答した者のうち、自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面の取り扱いについて、「書面に記載した希望を尊重しつつ、家族等や医師又は医療・ケアチームの判断も取り入れながら、治療して欲しい」と回答した者がもっと多かった。

国	65. 3%	医	62. 7%	看	59. 6%	介	65. 9%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

○ 意思表示の書面に従った治療を行うことを法律で定めることについて [P24]

- 自分で判断できなくなった場合に備えて、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかなどを記載した書面に従って治療方針を決定することを法律で定めることについて、「定めなくても良い」「定めるべきではない」という消極的な意見が多かった。特に医師は他職種等よりも割合が高かった。

国	53. 2%	医	71. 3%	看	56. 5%	介	55. 8%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

(「定めなくてもよい」「定めるべきではない」の合算)

- 前回調査でも、医師以外の職種等では、「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ればよい」と回答した者の割合が最も高かった。
- 法制化に消極的な意見が多いが、家族との話し合いの有無別でみると、話し合いをしている者の方が法制化に賛成する割合が高かった。

話し合い有	:28. 4%	話し合い無	17. 6%
-------	---------	-------	--------

○ 人生の最終段階における治療方針を定めることを希望する相手 [P26]

- ・治療の選択について自分で判断できなくなった場合の治療方針は、一般国民、看護師、施設介護職員は「家族等が集まって話し合った結果」と回答をした者の割合がもっとも高く、医師は「家族等のうち、自分のことを一番よくわかっている一人の方」と回答した者の割合がもっとも高かった。(医:50. 3%)

国	44. 6%	医	33. 6%	看	44. 4%	介	46. 8%
(「家族等が集まって話し合った結果」の割合)							

○ 人生の最終段階における治療方針を定める人をあらかじめ決めておくことについて [P27]

- ・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、家族等の中から、自身に代わって判断してもらう人をあらかじめ決めておくことについて、「賛成である」と回答した者の割合がもっとも高かった。さらに、一般国民より医療福祉従事者の方が高い傾向がみられた。

国	62. 8%	医	68. 3%	看	74. 2%	介	76. 1%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

- ・前回調査でも、質問方法は異なるが、「事前に任せておくことは可能である」と回答した者の割合がもっとも高かった。(国:63. 2%)

○ 人生の最終段階における治療方針を定めることを家族等から依頼された場合の対応 [P28]

- ・家族等から、治療の選択について代わって判断してもらいたいとあらかじめ頼まれた場合、引き受けるかどうかについて、「引き受ける」と回答した者が、多かった。

国	57. 7%	医	81. 0%	看	64. 9%	介	63. 6%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

次いで「わからない」という回答が多かった。

国	30. 5%	医	12. 1%	看	25. 7%	介	27. 8%
---	--------	---	--------	---	--------	---	--------

○ 人生の最終段階における治療方針を定める人が決定した治療を行うことを法律で定めることについて [P29]

- ・自分が判断できなくなった場合に備えてあらかじめ定めた、自身に代わって判断してほしい人が、どのような治療を受けたいか、あるいは受けたくないかを判断し、それに従って治療方針を決定することを法律で定めることについて、「定めなくても良い」「定めるべきではない」という消極的な意見が多かった。特に医師は他職種等よりも割合が高かった。

国	59. 3%	医	76. 1%	看	63. 4%	介	61. 0%
(「定めなくてもよい」「定めるべきではない」の合算)							

3) - 2 さまざま状況において希望する治療方針

人生の最終段階において具体的にどのような医療を希望するかについては、その症状の違いによって希望が異なると考えられることから、今回調査では、さまざまな人生の最終段階の状況を例示し、人生の最終段階を過ごしたい場所、および具体的な治療についての希望を聞いた。

今回調査で例示した人生の最終段階の状況は以下の6通りである。

- 【ケース①】末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合＜末期がん(症状安定期)＞
- 【ケース②】末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合＜末期がん(症状増悪期)＞
- 【ケース③】重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合＜心臓病＞
- 【ケース④】認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合＜認知症＞
- 【ケース⑤】交通事故により半年以上意識がなく管から栄養を取っている状態で、衰弱が進んでいる場合＜植物状態＞
- 【ケース⑥】交通事故により心肺停止となつたのち蘇生したものの、2週間を経過した時点で意識はなく人工呼吸器と点滴を受けている場合＜脳死状態＞

○ どこで過ごしながら医療を受けたいか [P30, 31, 34, 43, 49, 56]

- ・ 希望する療養場所については、居宅を希望する割合は、末期がんであるが、症状が健康なときと同様に保たれている場合を除いて 10～37% であり、医療機関や介護施設が多かった。
- ・ 末期がんで食事や呼吸が不自由な場合は場合及び重度の心臓病の場合、一般国民は医療機関をもっとも希望しており、医療福祉従事者は居宅を希望する者がもっとも多かった。
- ・ 認知症が進行し、身の回りの手助けが必要な状況では、いずれも介護施設を希望する割合がもっとも高いが、医療福祉従事者で特に高かった。
- ・ 植物状態の場合は、いずれも医療機関を希望する割合がもっとも高いが、一般国民で特に高かった。

		①末期がん (症状安定期)	②末期がん (症状増悪期)	③心臓病	④認知症	⑤植物状態
一般国民	医療機関	19.0%	47.3%	39.5%	26.8%	71.5%
	介護施設	8.2%	13.7%	34.9%	59.2%	14.4%
	居宅	71.7%	37.4%	23.5%	11.8%	10.3%
医 師	医療機関	8.0%	31.4%	23.7%	9.6%	39.4%
	介護施設	3.0%	9.8%	22.1%	64.6%	39.0%
	居宅	87.7%	57.5%	52.0%	23.7%	19.3%
看 護 師	医療機関	4.8%	24.8%	26.4%	7.7%	47.8%
	介護施設	2.6%	7.5%	25.9%	76.9%	34.7%
	居宅	92.0%	66.6%	46.1%	13.2%	15.5%
施 設 介護職員	医療機関	7.2%	28.3%	16.9%	8.1%	62.6%
	介護施設	6.9%	12.6%	39.9%	74.2%	18.6%
	居宅	85.7%	58.6%	41.6%	16.6%	16.3%

○ 希望する治療方針

✧ ケース①末期がん（症状安定期）の場合 [P33]

「自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療」と回答した者の割合がもっとも高かった。

国	73.8%	医	86.6%	看	90.5%	介	88.1%
（「自分のやりたいこと、自分の生活を優先した医療」を希望する割合）							

✧ ケース②末期がん（症状増悪期）、③心臓病、④認知症、⑤植物状態の場合 [P35]

～39, 44～48, 51～55, 57～58]

- ・ 希望する治療方針は、状態像によって差があるが、概ね「肺炎にかかった場合の抗生剤服用や点滴」「口から水を飲めなくなった場合の水分補給」は希望する割合が高く、「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」は57～78%が望んでいなかった。
- ・ 認知症、植物状態では、他の状態像よりもさまざまな治療を望む割合が低かった。
- ・ 概ね、一般国民より医療福祉従事者の方がさまざまな治療を望む割合が低かった。

<表側の治療を「望む」割合>

		②末期がん (症状増悪期)	③心臓病	④認知症	⑤植物状態
抗がん剤や 放射線による 治療	一 般 国 民	28.6%	—	—	—
	医 师	14.2%			
	看 護 師	13.0%			
	施設介護職員	15.1%			
肺炎にもか かかった場合 の抗生剤服 用や点滴	一 般 国 民	57.8%	56.8%	44.6%	26.5%
	医 师	77.6%	78.7%	49.6%	34.2%
	看 護 師	73.0%	71.1%	46.8%	36.1%
	施設介護職員	65.2%	64.8%	56.6%	31.3%

		②末期がん (症状増悪期)	③心臓病	④認知症	⑤植物状態
口から水を 飲めなくなつ た場合の点 滴	一般 国 民	61.1%	58.6%	46.8%	—
	医 師	61.9%	63.5%	41.6%	
	看 護 師	55.8%	57.0%	36.9%	
	施設介護職員	59.2%	59.8%	52.6%	
中心静脈 栄養	一般 国 民	18.8%	18.7%	13.6%	—
	医 師	15.5%	22.4%	10.4%	
	看 護 師	14.8%	17.4%	8.6%	
	施設介護職員	8.6%	9.8%	7.3%	
経鼻栄養	一般 国 民	12.7%	13.1%	10.1%	—
	医 師	10.6%	12.2%	8.8%	
	看 護 師	3.9%	4.7%	2.9%	
	施設介護職員	3.6%	4.2%	3.8%	
胃ろう	一般 国 民	7.9%	7.6%	5.8%	—
	医 師	6.5%	9.6%	5.8%	
	看 護 師	3.3%	3.5%	2.6%	
	施設介護職員	5.5%	5.7%	5.1%	
人工呼吸器 の使用	一般 国 民	11. 1%	10.7%	8.7%	9.0%
	医 師	4.6%	6.2%	4.2%	5.2%
	看 護 師	1.3%	1.4%	0.9%	2.0%
	施設介護職員	4.8%	4.9%	3.8%	4.5%
心肺蘇生 処置	一般 国 民	16.2%	15.8%	12.3%	10.5%
	医 師	4.2%	5.2%	3.7%	3.9%
	看 護 師	1.7%	1.9%	1.3%	1.6%
	施設介護職員	10.8%	9.8%	8.9%	6.6%

✧ ケース⑥脳死状態の場合 [P61]

(あ) 状態が悪くなるのに対応して、薬の量や呼吸の補助のための機械の設定を増やすなどの更なる治療

一般国民では、「望まない」と回答した者があつとも多く79. 7%、「望む」は7. 0%、「わからない」は10. 2%であった。医療福祉従事者は、「望まない」と回答した者の割合がさらに高かった。

国	79. 7%	医	83. 4%	看	88. 1%	介	88. 5%
(「望まない」割合)							

(い) 現在の治療を継続すること

一般国民では、「望まない」と回答した者があつとも多く68. 2%、「望む」は14. 6%、「わからない」は14. 5%であった。医師以外の医療福祉従事者は、「望まない」と回答した者の割合がさらに高かった。

国	68. 2%	医	65. 8%	看	73. 2%	介	70. 3%
(「望まない」割合)							

4) 医療福祉従事者としての人生の最終段階における医療について（回答者：医療福祉従事者）

○ 亡くなる患者（入所者）を担当する頻度 [P63]

- 医師と看護師は、「1ヶ月に1名以上」担当すると回答した者の割合は、医師と看護師は同程度であった。施設介護職員は他職種よりも頻度は低かった。

医	34.9%	看	34.7%	介	25.5%
---	-------	---	-------	---	-------

- 医師、看護師ともに一般病床のみ、療養病床のみ、複数の病床を有する病院で「1ヶ月に1名以上」が46～66%を占め、関与の頻度が高かった。精神病床のみの病院では関与の度合いが低かった。

○ 関係者及び患者（入所者）やその家族に対する話し合いの実施状況 [P64]

- 「十分行っている」と回答したのは、施設介護職員がもっとも多かった。

医	43.1%	看	37.2%	介	49.8%
（「十分行っている」の割合）					
医	29.3%	看	41.6%	介	36.4%
（「一応行っている」の割合）					

○ 患者（入所者）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起こった経験 [P66]

- 意見の相違が起こった経験が「ない」と回答した者の割合がもっとも高いのは施設介護職員であり、次いで医師、看護であった。

医	62.0%	看	52.4%	介	74.9%
---	-------	---	-------	---	-------

- 過去の調査*と比較すると、いずれの職種も意見の相違が「ある」と回答した者は減少傾向が見られる。

*平成25年の調査は、それまでの「ある」「ない」に加えて「死が間近な患者（入所者）に関わっていない」という選択肢が追加された。

○ 院内（施設内）の倫理委員会等への相談の実施状況 [P68]

- すべての職種で「倫理委員会等の相談するための体制がない」がもっとも多かった。

医	57.0%	看	60.6%	介	57.5%
（「倫理委員会等の相談するための体制がない」の割合）					

- 医師と看護師は、「相談した」者より「倫理委員会等はあるが相談していない」（医：30.4%、看：27.5%）と回答した者が多く、施設介護職員は、「相談した」者の方が35.9%と多かった。

- 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況 [P69]
 - 担当される死が間近な患者(入所者)の治療方針の決定に際して、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかどうかについて、「ガイドラインを知らない」と回答した者がもつとも多かった。

医	33. 8%	看	41. 4%	介	50. 2%
---	--------	---	--------	---	--------

(「ガイドラインを知らない」の割合)
 - いずれの職種も「参考にしている」と回答した者と「参考にしていない」と回答した者の割合は、それぞれ20%前後であった。
- 学会等により作成された終末期医療に関するガイドラインの利用状況 [P70]
 - 学会等により作成されたガイドラインについても、「ガイドラインを知らない」との回答がもつとも多かった。

医	30. 9%	看	42. 1%	介	54. 3%
---	--------	---	--------	---	--------

(「ガイドラインを知らない」の割合)
 - 「参考にしている」のは医師24. 2%、看護師16. 7%、施設介護職員17. 5%であった。一方、「参考にしていない」という回答も多く、医師23. 1%、看護師22%、施設介護職員19. 3%であった。
- 終末期の定義や、延命治療の不開始、中止等を行う場合の判断基準についての考え方 [P71]
 - 終末期の定義や、延命治療の不開始、中止等を行う場合の判断基準について、「大まかな基準を作り、それに則った詳細な方針は、医師又は医療・ケアチームが患者(入所者)・家族等と十分に検討して決定すればよい」と回答した者の割合がもつとも多かった。

医	52. 1%	看	54. 7%	介	50. 5%
---	--------	---	--------	---	--------

(「大まかな基準を作り、それに則った詳細な方針は、医師又は医療・ケアチームが患者(入所者)・家族等と十分に検討して決定すればよい」の割合)
 - 次に多かったのは「一律な基準は必要なく、医師又は医療・ケアチームが患者(入所者)・家族等と十分に検討して方針を決定すればよい」で、「詳細な基準を示すべきである」と回答した者は少なかった

医	6. 0%	看	5. 6%	介	7. 2%
---	-------	---	-------	---	-------

(「詳細な基準を示すべきである」の割合)
- (前問で、「詳細な基準を示すべきである」又は「大まかな基準を作り、それに則った詳細な方針は、医師又は医療・ケアチームが患者(入所者)・家族等と十分に検討して決定すればよい」と回答した方に) 判断基準をどのように示すべきかについて [P73]
 - 判断基準の位置づけは、「法律ではなく専門家によって作成されたガイドライン等で示すべきである」と回答した者の割合がもつとも高かった。

医	80. 2%	看	77. 9%	介	74. 0%
---	--------	---	--------	---	--------

(「法律ではなく専門家によって作成されたガイドライン等で示すべきである」の割合)

○ さまざまな状況においてすすめる治療方針

末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康などと同様の場合

✧ 療養をすすめる場所 [P74]

医師と看護師は、「居宅」と回答した者の割合がもっとも高かった。(医:53. 1%、看:61. 7%)。施設介護職員は、「介護施設」と回答した者が39. 4%でもっと多く、医療機関は29. 7%、居宅は29. 2%と同程度であった。

✧ すすめる治療方針 [P76]

「抗生剤服用や点滴」「水を飲めなくなった場合の点滴」はすべての医療福祉従事者で「すすめる」という回答の割合が高かった。職種別では医師がもっとも高かった。

「抗がん剤等」「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」はすすめない割合が高かった。

<表頭の治療を「すすめる」割合>

	抗がん剤や放射線による治療	抗生剤服用や点滴	水を飲めなくなった場合の点滴	中心静脈栄養	経鼻栄養	胃ろう	人工呼吸器の使用	心肺蘇生処置
医 師	17.2%	82.4%	69.5%	20.5%	18.3%	9.9%	5.8%	6.9%
看 護 師	15.2%	79.1%	60.7%	22.6%	11.2%	7.5%	3.2%	5.4%
施 設 介 護 職 員	11.6%	72.2%	64.2%	11.0%	9.2%	11.8%	6.5%	20.8%

5) 施設における国のガイドラインに沿った体制等の整備状況（回答者：施設長）

○ 死が間近な患者に対する治療方針の話し合いの実施状況 [P86]

- 死が間近な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、病院では、「一応行われている」が58. 8%もっと多く、次いで「十分行われている」で22. 3%であった。
- 診療所は、「死が間近な患者(入所者)に関わっていない」(50. 4%)以外では、「一応行われている」がもっと多く20. 6%であった。
- 介護老人福祉施設では、「十分行われている」がもっと多く48. 9%、次いで「一応行われている」で39%であった。

○ 亡くなった患者（入所者）の家族の悲しみに対応する体制の整備状況 [P87]

- 家族に対する支援体制は、介護老人福祉施設で「はい」との回答がもっとも高かった。

病院	29. 7%	診療所	11. 1%	介護老人福祉施設	58. 3%
----	--------	-----	--------	----------	--------

- 院内（施設内）の倫理委員会等の設置状況 [P88]
 - 通常の話し合いでは、延命のための処置を開始しないことや処置を中止することなどの方針の決定が難しい場合に、医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなる委員会（倫理委員会やコンサルテーションチームのようなもの）は、病院でもあまり多くない。

病院	26. 4%	介護老人福祉施設	11. 6%
----	--------	----------	--------
- 人生の最終段階における治療方針やその代理人を定める書面（事前指示書）の利用状況 [P89]
 - 事前指示書を施設の方針として用いているのは、介護老人福祉施設がもっとも多かった。

病院	15. 2%	診療所	5. 0%	介護老人福祉施設	42. 2%
----	--------	-----	-------	----------	--------
- 事前指示書を用いる場合に適切だと思う時期（複数回答） [P90]
 - （仮に）施設として事前指示書を用いる場合に適切な時期は、病院では、「病気の進行に伴い、死期が迫っているとき」58. 1%、「患者や家族から終末期医療について相談があったとき」53. 4%、「治療困難な病気と判断されたとき」56. 1%、「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）」53. 4%と、いずれの時期も適切という回答が多かった。介護老人福祉施設では、「病気の進行に伴い、死期が迫っているとき」66. 5%、「患者や家族から終末期医療について相談があったとき」53. 3%、「治療困難な病気と判断されたとき」49. 0%、「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）」36. 4%と、前者ほど適切な時期であるとの回答が多かった。
- 緩和ケアチームの整備状況 [P91]
 - 可能な限り疼痛やその他の不快な症状を緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行う緩和ケアチームがあるところは、病院でも多くはなかった。

病院	18. 9%	介護老人福祉施設	4. 2%
----	--------	----------	-------

（「緩和ケアチームがある」の割合）

病院	35. 5%	介護老人福祉施設	53. 9%
----	--------	----------	--------

（「固定したチームはないが、多職種で対応する体制がある」の割合）
- 「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の利用状況 [P92]
 - 担当される死が間近な患者（入所者）の治療方針の決定に際して、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を参考にしているかについて、病院と介護老人福祉施設との施設長は「知っているが、特に活用していない」との回答がもっと多く、「ガイドラインに沿うよう指導している」は少なかった。

病院	21. 6%	診療所	5. 0%	介護老人福祉施設	22. 9%
----	--------	-----	-------	----------	--------

（「ガイドラインに沿うよう指導している」の割合）

○ 学会等により作成された人生の最終段階における医療に関するガイドラインの利用状況 [P93]

- ・ 学会等のガイドラインを参考にしているかについて、病院と介護老人福祉施設の施設長は「ガイドラインがあることは知っているが、使用していない」との回答がもっと多く、「ガイドラインに沿うよう指導している」は少なかった。

病院	12. 8%	診療所	2. 7%	介護老人福祉施設	8. 6%
(「ガイドラインに沿うよう指導している」の割合)					

○ 職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修の実施状況 [P94]

- ・ 施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修は、介護老人福祉施設で「行っている」との回答がもっとも高かった。

病院	28. 4%	診療所	7. 3%	介護老人福祉施設	56. 3%
(「教育・研修を行っている」の割合)					

○ 死が間近の方が家族等とゆっくり過ごせる環境に配慮した部屋の設置状況 [P95]

- ・ 死が間近い方がゆっくり家族などと過ごせるような環境に配慮した部屋については、介護老人福祉施設で比較的設置されていた。

病院	18. 3%	介護老人福祉施設	46. 2%
(「(ICU 等を除き、)全ての部屋にそのような配慮をしている」と「特別な部屋を用意している」の合算)			

○ 患者（入所者）が望む場所での療養を実現するための支援の実施状況 [P96]

- ・ 「専門の職員を配置し、支援している」のは病院がもっと多かった。「担当医師や医療・ケアチームが支援するよう、職員に対して指導している」のは介護老人福祉施設がもっと多かった。

病院	24. 0%	介護老人福祉施設	3. 4%
(「専門の職員を配置し、支援している」の割合)			

病院	18. 6%	介護老人福祉施設	23. 4%
(「担当医師や医療・ケアチームが支援するよう、職員に対して指導している」の割合)			

V. 終末期医療に関する意識調査等検討会の主な意見

1 回答者の背景等について

- 前回調査と比較して、回収率の低下がみられており、人生の最終段階における医療に関して意識が高い方の意見を反映している可能性がある。
- 前回調査と比較して、回答者の高齢化が認められており、前回調査よりも高齢者の意見がより反映されている可能性がある。
- 一般国民と医療福祉従事者とでは、属性が異なっていることに留意すべきである。医学が進歩してきているために人生の最終段階の医療の選択肢が極めて多くなっているが、そのことを一般国民は必ずしも知らない一方で、医療福祉従事者は具体的に知っている人が多い。また、直接人生の最終段階を生きている人をどれだけ見てきたかという経験についても一般国民は非常に限られており、一つの経験で意識が全く変わる可能性がある。一方で医療福祉従事者は、色々なケースを経験してきているため、一つの経験で大きく考え方方が変わることは少ないと考えられる。
- 最終学歴別及び世帯収入別の回答者の年齢構成では、学歴が高い及び世帯収入が高いほど60歳未満の割合が高い傾向がみられており、年齢の影響に留意する必要がある。

2 人生の最終段階における医療に関する家族との話し合いの実施状況

- 一般国民では全く話し合ったことがない者の割合が過半数を超えており、人生の最終段階における医療への関心が十分高いとは言い難い。

3 意思表示の書面、事前指示書、リビング・ウィルについての考え方

- 意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方によると約70%の人が賛成している一方、実際に書面を作成している人は約3%であり、この原因を今後明らかにしていく必要がある。
- 事前指示書/リビング・ウィルに関心はあっても実際に作成するという行動を起こすのは、かなり強く関心を持った人である。漠然としたイメージで「事前指示書/リビング・ウィルがあつたらいい」と考える人が大半だと思われる所以、今後は具体的なイメージにつながる情報提供が不可欠である。
- 国民が、意思表示の書面(事前指示書/リビング・ウィル)を作成するには、人生の最終段階における医療や療養の方法に関する選択肢の情報や具体的な人生の最終段階の療養がイメージできなければ困難であろう。まずは、人生の最終段階の療養方法が選択できるよう十分な情報提供を行なうとともに、健康なうちから人々が生老病死について考える風土の醸成と、例えば子供の頃から生死に関する教育を行う等の議論が必要である。
- 意思決定のためには十分な説明が必要であり、十分な説明や話し合いといった背景が不明なまま、書面に記載された内容を患者の最終決定と見なすことは問題である。
- 家族との話し合いの有無と事前指示書を分けて質問しているが、この2つを合わせて意思を確認していくことがアドバンスケアプランニングであり、今後は別々ではなく、これから過ごし方とともに話し合っていく、アドバンスケアプランニングとして普及させていくことが重要である。
- 意思表示の書面をあらかじめ作成しておくという考え方によると多くの人が賛成している一方、法制化には消極的である。生き方は千差万別であり、なるべく法律で規制しない方がよい。
- ドナーカードのように人生の最終段階をどう生きるのかを考えるきっかけになるような機会に出会えるような仕組みを作っていく必要がある。
- 次回の調査で、成人になった際に、意思表示のカードに記入し、携帯することをどう考えるかという質問を入れてはどうか。

- 4 人生の最終段階における治療方針を定める人をあらかじめ決めておくことについて**
- 自分が判断できなくなった場合に備えて、家族等の中から、自身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賛同する方が60%に達するので、こうした体制を整備し、また引き受けやすい環境にする必要がある。
- 5 さまざまな人生の最終段階の状況において希望する治療方針について**
- 末期がんで食事もとれ、痛みもなく比較的元気な状態を、人生の最終段階における医療の一つの状態像として含めるべきか疑問との意見がある。
 - 一方で、がんの場合は弱っていくプロセスが非常に早く、ぎりぎりまで意識や判断力は保たれて、最後の数日で急速に弱る人も多いため、終末期と捉えてもよいとの意見もある。
 - 人生の最終段階であっても、できるだけ最後まで口から食事を食べられるように、専門職からの支援をしていくことが重要であり、そのような医療及びケアが提供できることを患者・家族及び医療従事者が知っていることが必要である。口腔内の疼痛等の緩和に対するニーズは高く、また、胃ろうから経口摂取に回復できるケースも約25%あったという報告がある。本人のQOLを確保する観点から、人生の最終段階においても歯科に関する医療およびケアが大切である。
 - 一般国民の回答で、治療を希望する者の属性は、処置の内容によらず、男性、低年齢、高学歴、高収入で、身近な人の死別体験がない、という傾向がうかがわれる。この結果の解釈については、特に慎重であるべきである。実際に治療を選択する場合、ひとりひとり状況が異なるので、調査結果にあらわれた属性の傾向によらず、個別に意思決定支援のプロセスを重ねることが重要である。
- 6 亡くなる患者（入所者）を担当する頻度**
- 医師が他職種よりも「亡くなる方はまずない」と回答した者の割合が高いのは、所属の診療科が多岐に渡っているためと考えられる。
- 7 ガイドラインの利用状況**
- 終末期の定義や、延命治療の不開始、中止等を行う場合の判断基準について、「法律ではなく専門家によって作成されたガイドライン等で示すべきである」と回答した者が多い一方、ガイドラインの利用状況が低くなっているのは、周知不足なのか、他に要因があるのかを検討する必要がある。
 - ガイドラインの活用については、現任者の教育・研修のみならず、医学・歯学・看護・介護等の学生教育における医療倫理教育の充実が重要である。
- 8 患者（入所者）・家族と医療福祉従事者の話し合いの実施状況**
- 医療・介護従事者が、どのような話し合いをして、合意できたと患者・家族が考えているのかという話し合いの内容までわかるとよい。また、その際生きることの全体をとらえた生活機能に着目して調査する必要がある。
 - 医師は「話し合い」とはインフォームドコンセントの如く、病気や症状の診断、予後の見通しや治療の方針等の医学的な事柄を「説明」し、今後行うことの「了承（=免責）を得る」ことをイメージしているようと思うが、患者や家族は「話し合い」によって、希望が持てる時もそうでない時も、医師に悩みを受け止めもらい、「共感」を得、行程を共にする「一体感」を得たいと思っている。相手の状況や必要性等を十分考慮しないまま、適切でない形で患者や家族に対して医学的知見としての余命告知等がなされ、予期せぬダメージを与えたりすることがあるのも、両者の「意識のズレ」によるのではないか。

- ・「話し合いを一応行っている」「行っていない」と回答する者が一定数あったことから、十分話し合いが行えない背景について検証し対策を講ずるべきではないか。

9 医療福祉従事者がすすめる人生の最終段階における医療について

- ・現状では、話し合いも十分ではなく、文書にしている人も少ないので、医療従事者、特に医師の意見が患者の意思決定に大きな影響を与えていると考えられる。医師が、自分がそうなった場合にはどういうことを希望しているかということは、患者への説明にも反映されると考えられるため、医療福祉従事者の希望を把握することで、患者へどのように説明しているかということを間接的に把握できる。

10 院内（施設内）の倫理委員会等への相談の実施状況

- ・研究倫理審査委員会とは別の、臨床倫理に特化した委員会のあり方について、今後さらに検討していく必要がある。

11 グリーフケア（患者が亡くなった後の家族の悲しみに対する対応）の体制について

- ・約30%の病院がグリーフケアの体制を整えていると回答しているが、今後の調査では、「体制を整える準備はある」というだけなのか、「実際に実施している」のかといった実態がわかるような調査が必要である。

12 職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修の実施状況

- ・今後の内科、総合診療等専門医教育においても、人生の最終段階における意思決定を支える教育を重視すべきである。
- ・人生の最終段階における医療に携わる看護職をはじめとする関係職種においても、患者やその家族に対し、適切な情報提供と意思決定支援が行えるよう教育研修を重視すべきである。
- ・職員研修や相談員等の養成においては、歯科に関する教育を加えるべきである。

VI. まとめ

- 1) 書面によるかを別として、一般国民は事前の意見の形成・表明を重要と考えていること、
- 2) そのためには、一般国民に対して考える機会を提供することが必要であること、
- 3) しかし、人生の最終段階における医療は多様であり、実際の自分の人生の最終段階についてイメージすることは難しい、
- 4) このようなことから、自分で判断ができなくなる以前から、自分の希望を理解していると信頼する者を指名しておくということも十分に考えられる、
- 5) 人生の最終段階における医療について、こうした本人の意思決定、家族の対応を支援するため、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」の普及とともに、医療福祉従事者の人材育成等の施策が必要である。

1 国民が人生の最終段階における医療に関して考えることができる機会の確保について

今回の調査では、自身の死が近い場合に受けたい医療や受けたくない医療について、家族と話し合ったことがあるかどうかについて、前回の調査と同様に一般国民においては話し合ったことがある方よりも、話し合ったことがない方の割合が高かった。身近な人の死別経験がある方や年齢が高い方ほど話し合っている割合が高いことが示しているように、死別経験の無い方や年齢の若い方にとっては、まだ実感がわからないという可能性がある。また人生の最終段階における医療について、具体的にどのような選択肢があるのかを知らないという面もあると考えられた。

自分が判断できなくなった場合に備えて、事前に意思表示の書面を作成しておくという考え方について、一般国民の70%以上が賛成と回答しているが、実際に作成しているのはそのうちの3%であり、書面作成という行動にはさらなるハードルがあると考えられた。

意思表示の書面の取り扱いについては、「書面に記載した希望を尊重しつつ、家族等や医師又は医療・ケアチームの判断も取り入れながら治療して欲しい」という回答がもっとも多く、書面の法制化に対しては消極的な意見が多かった。このことから、書面の作成について希望と行動に乖離がみられる理由としては、国民は一律に書面等を作成してそれに従うことと希望しているわけではなく、本人の揺れ動く気持ちや家族への配慮等に柔軟に対応して欲しいという思いがあるためと推察される。また、正面から死を意識したくないという逡巡が存在する可能性もある。

一方、今回の調査では、人生の最終段階における状態像として複数のケースを想定し、療養を希望する場所及び個別の治療方法について、できる限り丁寧な説明を付してその希望を尋ねた。希望する療養場所としては、居宅を希望する割合は、末期がんであるが、症状が健康なときと同様に保たれている場合を除いて医療機関や介護施設が多くた。希望する治療法としては、状態像による差は認められるものの、概ね「中心静脈栄養」「経鼻栄養」「胃ろう」「人工呼吸器の使用」「心肺蘇生処置」といった侵襲性の高い治療は望んでいない方が多かった。

このように人生の最終段階における医療に対する国民の関心や希望はさまざまであり、こうした思いを支えることができる相談体制やそれぞれのライフステージに適した情報を提供すること等により、国民が主体的に考えることができる機会を提供することが重要である。例

えば、自分で判断ができなくなった場合の意思表示について、すべての内容を網羅する必要はなく、「少なくとも誰に委ねたいか」ということを表明しておくことも一つの方法であり、有効な自己決定であることを共有することなども重要である。

これらを踏まえ、考える機会の提供方法については、今後丁寧な検討が必要であるが、例えば、若年者や関心が少ない方には、医療に係る一般的な普及啓発活動において人生の最終段階における医療をテーマとして取り上げる、意識が高い方には、情報を得るために相談窓口の設置、意思表示を希望する場合の書面の様式の標準化等が考えられよう。また、人生の最後の時期を迎える意思決定が必要な段階においては、本人の病状認識等を踏まえ、希望を引き出し、本人や家族、関係者の合意形成を図ることができる意思決定を支援できる人材の配置等が必要である。

今後の高齢化の進展に伴い、ますます独居世帯が増加し、家族形態のあり方が変化していく中で、人生の最終段階における医療の選択において、本人のみで意思決定せざるをえなかったり、家族以外の第三者に相談しなければならない状況も生じ得る。また、認知症高齢者の増加も見込まれ、このような方々の意思決定支援をどう進めしていくかということも課題である。

2 本人の意思を尊重した人生の最終段階における医療提供体制の整備について

1) 本人の意思の尊重とプロセスガイドラインについて

平成19年に厚生労働省が作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」(以下、「厚労省ガイドライン」という。)について、今回初めて普及・活用状況を調査した。結果は、ガイドラインを知らないという医療福祉従事者がもっと多く、知っていても参考にしていない者も一定数存在し、普及や活用が不十分であることが明らかになった。

一方、学会等が作成しているガイドラインの普及・活用状況も、厚労省ガイドラインとほぼ同じ傾向であった。学会等のガイドラインは、理念的に厚労省ガイドラインと共通部分が多く、医学の専門分野に特化して想定される状況に準拠し、より具体的な内容であることから、現場での活用が見込まれる。

平成26年度には、人生の最終段階における医療に係る相談員の養成を予定しているが、その養成プログラムは厚労省ガイドラインの趣旨に沿って構成される予定である。ガイドラインの周知に加えて、ガイドラインに基づく具体的な支援方法を提示するなどの取組も取り入れていくことが必要である。

また、厚労省ガイドラインにある人生の最終段階における治療方針の決定が難しい場合に、医療従事者等が助言を求めることができる複数の専門家からなる委員会(倫理委員会やコンサルテーションチームのようなもの)の設置も少なかったことから、医療機関内のシステムとしてこれらを設置することで、医療福祉従事者の活動を支援することも重要なことである。

2) 人生の最終段階における医療に関わる医療福祉従事者の資質向上について

施設の職員に対する人生の最終段階における医療に関する教育・研修が行われているのは、介護老人福祉施設で約60%、病院で約30%、診療所は10%未満であり、十分とはいえない状況であった。専門分野については、積極的に研修が行われている

と思われるが、人生の最終段階における医療についての知識や意思決定支援の技術に関する研修までは十分ではないという現状があろう。また、研修を行う講師の不足や、効果的な教育プログラムが確立されていないといった理由も考えられる。今後は厚労省ガイドラインに準拠した意思決定支援の研修プログラムの開発等、施設が研修に取組みやすい環境を整えることが必要である。

人生の最後の時期の過ごし方についての国民の希望はさまざまであるが、医療のみならず、本人が誰とどこでどのように過ごしたいかという生き方に対する考え方を踏まえて支援をしていくことが重要である。そのためには、本人の生活の基盤がある地域において、自宅で人生最期のときを過ごそうとする患者・家族を訪問によって支援し続ける体制を充実させ同時に人材を育成する必要がある。この中には、大切な人を失い、残された家族が悲しみを癒やす過程を支えるグリーフケアも含まれ、生前の本人と家族、そして死後の家族すべてに一貫して提供されるべき全人的なケアとして考えていく必要がある。

今後は医療機関のみならず、地域包括ケアシステムを支えるすべての人々に対し看取りを含めた人生の最終段階における医療・ケアの質を向上させるための教育・研修が必要である。

3 次回の調査への提言

今回の意識調査では、調査の実施に先立って過去の調査との連続性・整合性にも留意しつつ調査対象・内容の見直しを行い、調査項目を整理した。今後の調査においては、調査毎に新たなニーズに適応した調査項目等を検討することは重要であるが、回答者の負担とのバランスも十分に考慮する必要がある。

また、調査毎に回収率の低下がみられていることから、次回の調査では、回収率を向上させるための方策を検討の上、実施することが望ましい。

4 「終末期医療」から「人生の最終段階における医療」への名称変更について

昭和62年から平成10年の3回の検討会では、主に痛みを伴うがんの末期患者や、治る見込みのない持続的植物状態の患者を想定して医療がどのようにあるべきかを議論していたことから、「末期医療」という名称が使われた。平成16年以降は、高齢化の進展に伴い、高齢になって身体が衰弱し、長期に療養生活を送った後に亡くなる人が増えるなどを背景として、状態像をがんに限定せずに議論する必要性が高まったことから、「終末期医療」という名称に変更された。さらに、今回、調査の実施に際し調査名を「終末期医療に関する意識調査」から「人生の最終段階における医療に関する意識調査」に変更した。「終末期医療」という名称から、平成24年に成立した社会保障制度改革推進法等を参考に「人生の最終段階における医療」という名称に変更することで、医療行為のみに注目するのではなく、最後まで尊厳を尊重した人間の生き方に着目していくことに重点をおく。

VII. 終末期医療に関する意識調査等検討会の審議経過

- 1 平成24年12月27日 第1回終末期医療に関する意識調査等検討会
 - これまでの経緯と最近の動向について
 - 平成24年度調査の実施について
- 2 平成25年6月27日 第2回終末期医療に関する意識調査等検討会
 - 平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査の結果について
- 3 平成25年12月4日 第3回終末期医療に関する意識調査等検討会
 - 平成24年度人生の最終段階における医療に関する意識調査の結果(クロス集計)について
 - 患者の意思を尊重した人生の最終段階における医療を実現するための体制整備支援について
 - 終末期医療に関する意識調査等検討会報告書骨子(案)について

VIII. 終末期医療に関する意識調査等検討会構成員名簿

(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
川本 利恵子	公益社団法人日本看護協会常任理事 (公益社団法人日本看護協会常任理事 松月みどり(第1回))
木村 厚	社団法人全日本病院協会常任理事
佐伯 仁志	東京大学大学院法学政治学研究科教授
田中 徹	公益財団法人がんの子供を守る会評議員
田村 里子	医療法人東札幌病院 MSW 課課長
中川 翼	医療法人済仁会定山渓病院院長
林 章敏	聖路加国際病院緩和ケア科部長
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授
深井 積博	公益社団法人日本歯科医師会理事 (公益社団法人日本歯科医師会常務理事 佐藤保(第1回))
増成 隆士	筑波大学名誉教授
◎町野 朔	上智大学生命倫理研究所教授
松原 謙二	公益社団法人日本医師会副会長 (公益社団法人日本医師会副会長 羽生田俊(第1回～第2回))
南 砂	読売新聞東京本社編集局総務
村上 勝彦	公益社団法人全国老人福祉施設協議会総務・組織委員会委員長
山口 育子	NPO 法人ささえあい医療人権センター コムル理事長
山本 保博	東京臨海病院病院長