

また、終末期の治療方針等について「話し合いを行いたくない」と回答した者に、その理由を尋ねたところ、「病状や今後のことを知るのがこわいから」「家族に心配をかけるから」39.2%が最も多く、次いで「話し合う必要性を感じないから」29.4%であった。

図表 3-16 話し合いを希望しない理由<複数回答>

	件数	割合
病状や今後のことを知るのがこわいから	20	39.2%
家族に心配をかけるから	20	39.2%
話し合う必要性を感じないから	15	29.4%
意思や希望を聞かれても、自分では決められないと思うから	14	27.5%
話し合いの結果、自分が望まない方針に決まってしまうかもしれないから	12	23.5%
自分の意見がうまく伝えられないと思うから	9	17.6%
医師や看護師、その他の医療従事者の説明を十分に理解できないと思うから	6	11.8%
治療方針を相談できる人、相談したい人が他にいるから	4	7.8%
その他	10	19.6%
総数	51	39.2%

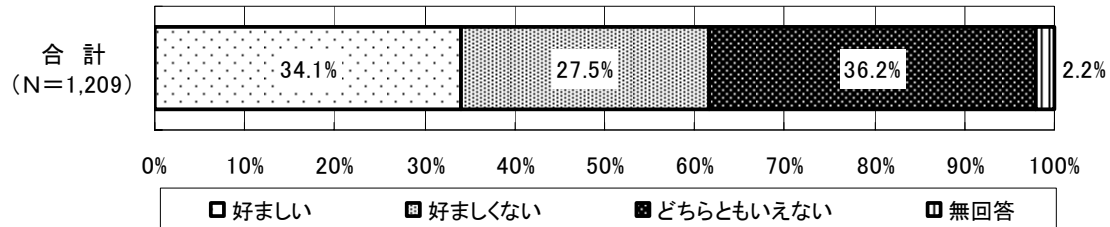
<その他>

- ・自然に任せたいから（2件）
- ・自分のことは自分で決めたいから（2件） 等

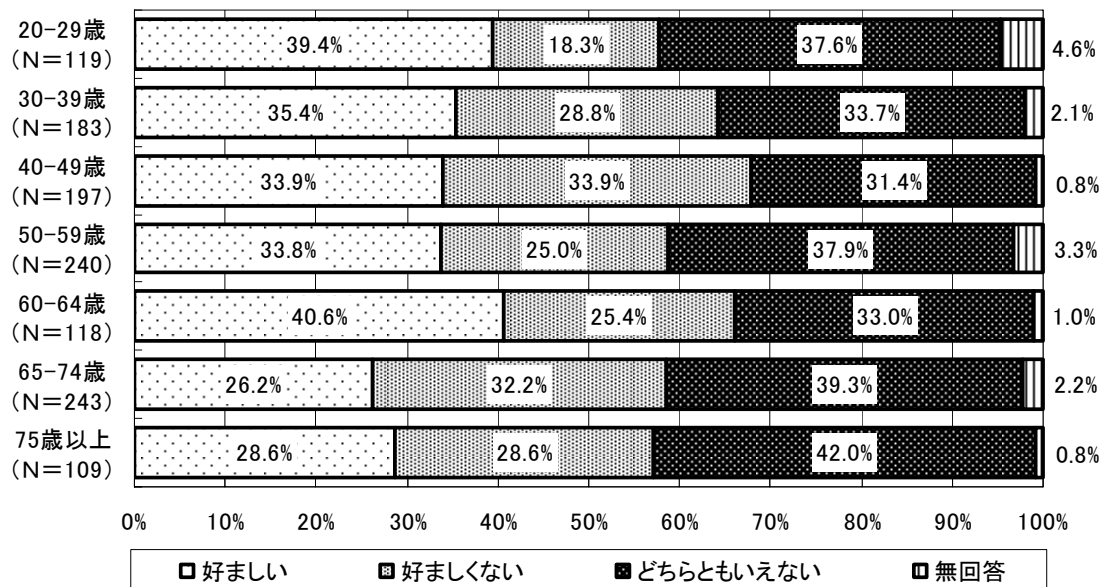
#### (4) 終末期の治療方針等についての話し合い等に対する費用の支払いに関する意識

終末期の治療方針等についての話し合い等に対する公的医療保険から医療機関への費用の支払についての意識をみると、「どちらともいえない」36.2%、「好ましい」34.1%、「好ましくない」27.5%であった。

図表 3-17 公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



図表 3-18 年齢階層別にみた公的医療保険から医療機関に対して相談料が支払われることへの意識



「好ましい」と回答した者について、後期高齢者終末期相談支援料の年齢区分についての意識を尋ねたところ、「年齢区分は必要ない」69.2%が最も多く、次いで「75歳以上という年齢区分が妥当」17.2%であった。実施意向については、「話し合いを行いたい」84.7%となっていた。

図表 3-19 後期高齢者終末期相談支援料における年齢区分に関する意識

	全 体							
	(N=412)	20-29歳 (N=34)	30-39歳 (N=48)	40-49歳 (N=80)	50-59歳 (N=81)	60-64歳 (N=40)	65-74歳 (N=86)	75歳- (N=43)
年齢区分は必要ない	69.2%	76.5%	79.2%	65.0%	71.6%	70.0%	72.1%	48.8%
75歳以上という年齢区分が妥当	17.2%	2.9%	12.5%	21.3%	13.6%	15.0%	18.6%	32.6%
別の年齢区分を設けるべき	3.9%	8.8%	4.2%	6.3%	2.5%	5.0%	1.2%	2.3%
わからない	5.1%	8.8%	2.1%	2.5%	7.4%	7.5%	3.5%	7.0%

「好ましい」と考える理由については、「医療行為（医師の仕事）であり当然のことだと思ふから」、「医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから」、「医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから」などが挙げられた。

- ・ 医療行為（医師の仕事）であり当然のことだと思ふから（165件）
- ・ 医療機関に時間や労力の負担がかかるため、報酬がなければ成り立たないから（75件）
- ・ 医療機関が責任をもって仕事をしてくれると思うから（70件）
- ・ 患者側が遠慮せずに十分な質問や話し合いができると思うから（16件） 等

一方で「好ましくない」と考える理由については、「相談は診療に含まれていると思うから」、「高齢者の経済的負担を軽くしたい」、「相談で費用が発生することが納得できない」などが挙げられた。

- ・ 相談は診療に含まれていると思うから（129件）
- ・ 高齢者の経済的負担を軽くしたい（50件）
- ・ 相談で費用が発生することが納得できない（21件）
- ・ 相談は医療行為ではないと思うから（21件） 等

また、後期高齢者終末期相談支援料に関する考えとしては、肯定的意見として「終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ」、「納得できる結果が出るなら良い制度である」、「十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など）」などが挙げられた。また、否定的な意見としては「終末期の相談支援料は不要な制度だ」、「相談は通常の診療に含まれているはずだ」、「今以上に医療費の支出を増やしたくない」などが挙げられた。

<肯定的意見>

- ・ 終末期の相談支援料は良い制度だから、普及させていくべきだ（153件）
- ・ 納得できる結果が出るなら良い制度である（37件）
- ・ 十分な相談ができる体制を整えてほしい（医療従事者の育成など）（17件）
- ・ 医療機関や医師で差がないようにしてほしい（17件）
- ・ 患者側が安心感を持って過ごすために必要である（8件） 等

<否定的意見>

- ・ 終末期の相談支援料は不要な制度だ（83件）
- ・ 相談は通常の診療に含まれているはずだ（83件）
- ・ 今以上に医療費の支出を増やしたくない（45件）
- ・ 医療機関の営利目的に悪用される（16件）
- ・ 医療機関への優遇措置としか思えない（5件） 等

<その他意見>

- ・ 年齢区分は不要である（259件）
- ・ 費用の額によって賛否が分かれる（52件）
- ・ 医師不足や医療従事者の忙しさのため十分な相談ができるのか疑問だ（22件）
- ・ 親身に相談に乗ってもらえるのか不安がある（22件）
- ・ 形式的な相談に終わらないか心配（22件）
- ・ お金のある人となない人との間に差が生まれそうだ（14件）
- ・ 「後期高齢者」という名称に不満だ（7件）
- ・ 国民への説明が不十分である（5件） 等

## 4. まとめ

本調査では、施設調査及び事例調査において、医療機関における終末期の診療方針等に関する話し合いの実施状況や話し合いの結果をとりまとめた文書の提供状況、後期高齢者終末期相談支援料の算定状況を把握した。また、意識調査において、終末期の診療方針等に関する話し合いの実施、話し合いの結果をとりまとめた文書の提供、後期高齢者終末期相談支援料等に関する一般国民の意識を調査した。

病院の 43.7%、在宅療養支援診療所の 52.3%、その他の診療所の 21.8%が終末期の診療方針等に関する患者／家族との話し合いを行っていた（図表 1-8）。話し合いを実施するうえで困難なこととしては、「家族の意見にばらつきがある」「本人の意思確認ができないケースが多い」などが挙げられた。話し合いには、家族 94.6%、自院の医師 88.3%、自院の看護職員 74.0%などが参加していたが、本人の参加は 17.7%であった（図表 2-8）。

話し合いの内容は、「予測される病状の変化」「病状の変化に対応した医療上の対処方法の説明」「延命に関する希望」などが多かった。話し合い後の患者・家族の様子については、患者本人は話し合いに参加していない場合が多いものの、家族は「話し合っただけよかった」との回答が 51.7%であった（図表 2-10、2-11）。話し合いが患者・家族へもたらした影響についても「不安が軽減されたようだった」「患者にとってよりよい（自分らしい）決定に生かされたようだった」「医療提供者への信頼が深まったようだった」といった肯定的な内容が多くみられた。

話し合いを行っている施設のうち、全ての話し合いについてその結果をとりまとめた文書等を提供している施設は、病院 11.0%、在宅療養支援診療所 4.5%、その他の診療所 7.1%にすぎなかった（図表 1-11）。文書等を提供しない理由としては、「これまで患者・家族から文書提供の要望がなかったから」「話し合いの際の言葉のニュアンスを文書で伝えることは難しいから」というものが多く挙げられた（図表 1-12）。また、文書等を提供するうえで困難なこととしては、「患者や家族が医療用語を理解することが困難であり、共有できていない」「家族の意見に不一致がある場合の対応」「全て患者に伝えるべきか迷う」などが挙げられた。

なお、後期高齢者終末期相談支援料を算定していた施設は、病院 9 施設、在宅療養支援診療所 1 施設のみであった。また、後期高齢者終末期相談支援料については、「75 歳以上に限定せず実施すべきである」「終末期に限らず病状の急変や診療方針の変更等の話し合いを評価すべき」「もともと診療報酬によって評価する性質のものではない」などの回答が多かった（図表 1-17）。また、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」（平成 19 年 5 月 21 日医政局発第 0521011 号）の認知度は低く、話し合いを実施している施設で「内容を知っている」との回答は、病院、在宅療養支援診療所、その他の診療所でそれぞれ 32.5%、18.8%、14.3%であった（図表 1-19）。

一般国民の意識では、終末期の診療方針等の話し合いの実施希望は高く（図表 3-9）、話し合いの内容をとりまとめた文書等の提供希望も高かった（図表 3-13）。話し合いのたい内容としては、「予測される病状の変化の説明」「病状の変化に対応した医療上の対処

方法」「家族にかかる具体的負担の説明」などが多かった（図表 3-11）。また、文書等の提供を希望する理由としては、「説明を受けたことについて、後で確認したいから」「参加できない家族も含めて、家族全員で、話し合いの内容を共有したいから」などが多くみられた（図表 3-14）。

終末期の診療方針等の話し合い等に対する公的医療保険から医療機関への費用の支払いについての意識としては、「好ましい」「好ましくない」「どちらともいえない」との回答がそれぞれ 34.1%、27.5%、36.2%と拮抗していた（図表 3-17）。なお、「好ましい」と回答した者の 69.2%は後期高齢者終末期相談支援料の年齢区分について「必要ない」との意向を示していた（図表 3-19）。

資料1 施設調査における主な自由回答意見

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
1	患者や家族の個々の希望に合わせて、丁寧に話し合いを進めていくことは大切だが難しい。また時間もかかる。
2	本人の意思確認ができないケースがほとんどである限り、推測するしかないこと。家族がどう いう選択肢があるかわからず、説明するのが大変であること。
3	24時間体制で対応などができない。
4	患者の思い、家族の考えなどの調整。
5	家族の意見がバラバラ。
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅での看取りが、家庭の都合で困難。</li> <li>・理解が全体に伝わらない。</li> </ul>
7	急変時の対策が困難。
8	理解力の不足。
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族間での統一見解が得られない場合。</li> <li>・病状の変化や経済的に家族の対応が変化する。</li> <li>・医療側の説明が十分に理解されているか不明であることが多い。</li> </ul>
10	高齢者の場合、臨死状態とは言いがたい時（ゆっくり終末期をむかえる）時に必要ない。又、 （急変もありうるので）認知症もあることも多い。理解力も低い。
11	家族が告知を強く拒否する場合、本人が不信感を持ち、関わりが困難になるケース。
12	介護者の理解職が貧しく、くり返し説明が必要。（主な介護者以外の）家族全員の治療方針が 統一しておらず、状態悪化する度に家族会議がひらかれるなど、治療が中断してしまう。
13	回復の見込みがないことを納得していただくこと。
14	家人（患者の）の考えが一致しない時。
15	1. 具体的な日付までは不明な為、経過をみているうちに変更になることがあること。2. 身近な 親族と話し合いができて、遠い親族がきて、話し合いの内容が変更となることがある。
16	本人（患者）の理解を得られることが難しい。認知症、難聴などの合併を有する人が多く、又 がん末期の場合、本人に告知することもあります。
17	当院は、重症心身障害児施設であり、患者自身に対する話し合いは困難である（言語の理解が 困難）。話し合いは専ら保護者・家族に対するものとなる。保護者等は一般的に話し合いに理 解を示している（数は全く少ないが）。
18	家族の理解力が乏しい場合（今回2人は問題なし）。
19	本人が認知症のため、意思確認が困難。
20	疾患や状態に対する理解が家族、本人では困難な事が多い。何時間、何回説明しても困難な方 も非常に多い。
21	本人の意思の確認はほとんどの例で不可能であり、家族も、同居している人と、遠方に住み、 終末期のみ帰ってくる人では意見が異なる事が多い。話し合いを誰と行い、誰の意向を尊重す るべきか。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
22	しいてあげれば時間の調整。
23	家族の来院が困難の場合、延命の有無等の確認が難しい。
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の中で意見が違う場合（ペインコントロールや、最後の看取り方など）。</li> <li>・定期的にメンバーがまとまって時間をとるのが難しい（特に医師）。</li> </ul>
25	精神的に弱い患者さんに説明すると体調が悪くなることが多いので、患者さんによってある程度わけて行っている。
26	終末期の方向性は本人の意向より家族の事情に左右されることが多く、両者の意見を合わせるのが困難である。
27	当院は本人の意思確認が困難なものが大半。基準では家族の意思での代用は不可と解釈される・・・？
28	家族全員の意見の統一。
29	もし急変した場合に、どのような処置をどこまで行うのかということが患者さんの家族全員に伝えるのが難しい（家族によって意見が違う場合があるため）。
30	患者の責任者（家族、親族）内で意見がくい違う事があり、対応が困難な場合がある⇒延命措置を希望しないといたり、転院を希望したりで、意見が統一されていない事がある。
31	患者本人の意見をしっかり把握する事。
32	終末期であることを本人に話すのは、本人の精神的ダメージが大きいので主として家族とのみ話し合いをしている。
33	医師・看護師間での感覚のギャップを充足しながら連携につなげるのに労力を費やすことがある。
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状に対する理解が難しい場合において今後の生活の場所を検討していくにあたって、繰り返しの説明が必要である点。</li> <li>・本人の意向は自宅退院であるが、看護・介護の問題で病院で最後を迎えられることとなる状況。</li> </ul>
35	当院では終末期に限らず入院時に、当院で対応できない場合の緊急搬送先の希望の有無や、急変時の対応の確認、終末期になった場合、当院でどの程度まで対応できるかの話をして入院患者に対して実施していますが、たいていの場合、終末期の治療法等の話をする、怒り出すことがほとんどです。我々、医療従事者が、一般的に認められている医学的知見に基づき回復を見込むことが難しいと判断したとしても、患者様や家族等が、そのことに対して、心の準備という現実を受け止められないケースがほとんどです。終末期の診療方針の話し合いを実施するうえで、終末期という現実を受け入れる心の準備が、本人や家族にできていない場合が一番困難であり、話し合いにならないケースが多いことです。また、キーパーソンになる家族と話し合う機会は多いのですが、日ごろ病院に訪れない、身内・親族が多く、死期が切迫している状態になって、初めて病院を訪れ、これまでの話し合いの経過を無視し、合意内容を一から構築し直すことが多く、そういった切迫した状況では、時間が足りないのが現実で、困難を極めています。



問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
36	入院のとき、当院の医療の程度（治療可能な範囲）を説明しているが、家族の理解要求の変化や、家族間での対立などにより、転院となる時、困難な事がある。
37	家族の希望する治療と患者の状態との落差。
38	家族の統一した意見が得られない。
39	終末期の定義が不明確。特に癌再発患者に関しては常時終末期をも想定して診療を行っている。
40	本人、配偶者、家族との終末期に対する考えが異なることが多い。訪問看護士と医師との死生観の相違も、多々存在することもあり、方針決定が定まらないことがある。
41	本人の死後の事（遺言、財産分与）まで持ち込まれた場合、話し合いがスムーズに行かず進行に困った。
42	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に告知を希望しない家族が多いため、対応に苦慮する。</li> <li>・終末期を在宅で迎えることが、まだ少ないために、患者本人との思いのくい違いが見られることがある（外泊の場合も同じような状況がある）。</li> </ul>
43	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の間で意見がわかる。</li> <li>・家族、医療者間で日時の設定。</li> <li>・理解力が不十分な場合のフォロー。</li> <li>・希望にあった治療が、自病院でできないとき。</li> </ul>
44	10月以降現在まで患者様本人の同席は2例あったが、なかなか同席が難しい。
45	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時に終末期を迎えることになった場合を想定し、お話をしているが、突然なことでご家族様はキョートーンとされ、考えが伴わないことがある。</li> <li>・度々の話し合いで家族間で考えがくい違う場合は困ります。</li> </ul>
46	<ul style="list-style-type: none"> <li>・化学療法の効果が期待できない場合、治療中止等、家族の納得が得られない。</li> </ul>
47	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の意志が十分わからない場合（せん妄等）に本当は何を望んでいるのかわからない。</li> <li>・患者本人と家族の意向がくい違っている</li> <li>・患者・家族・医療スタッフとも死生観をきちんと持っていない。</li> <li>・医療スタッフと患者・家族との状態把握について認識に差がある。</li> <li>・本人や家族がまだ決意できない時は何度も話し合いを行わなければならない。動揺も大きく不安を助長させてしまう可能性も大きいことから早い時期からの説明が必要。</li> </ul>
48	当院は高齢者の認知症専門病院であり、入院時に家族と終末期の対応や診療について説明し、一応方針を話し合っている。この時はまだ終末期ではないので具体的な方針は決めかねないという問題がある。もちろん、終末期になった場合には改めて話し合い方針を決定している。
49	<ul style="list-style-type: none"> <li>・経口摂取ができなくなり、栄養補給の方法として、胃瘻増設をした場合の療養の場が制限され、選択肢が限定される（家庭でも特養でも受け入れなくなる傾向）。</li> <li>・核家族・家長制の崩壊で、在宅で療養できない。</li> </ul>
50	重度の意識障害等の症状により、患者本人が終末期の話し合いに参加が困難な場合がほとんどであり、家族の意向を反映せざるをえない状況である。

問9 終末期の診療方針等に関する話し合いを実施する上で困難と感じていること	
51	ターミナル期として他院より紹介転入の場合に病状理解の相違があり、紹介状との違い、患者様・御家族それぞれに精神的面を考慮しつつ受け止め方を知る時。
52	患者本人に延命等に関する意志がある場合には、家族、本人との話し合いは容易に行うことができるが、本人に意志がない場合には（不明、またはまだ考えていない場合）、本人を外して家族とだけの話し合いになること。
53	普段から患者と家族の関係が疎遠の場合、全く身寄りがいない患者の場合に話し合いの場を設けることすら困難を感じることもある。
54	最後の時、どこで病院又は自宅で迎えるのか、親族も大変迷う場合がある。状態急変時も、自宅で処置を行うと決定していても、いざその場合、病院へ搬送を希望する。
55	延命処置を施行するかどうか等。家人（本人）に、どこまでの医療を希望されるかどうかなどです。
56	時間が足りない。
57	家族間の意見の統一がむずかしい。
58	ろくにつきあいのない遠い親戚が、病状や治療経過もしらないくせに口をはさむこと。
59	その保険点数まで言い出しにくい。今までどおり、ふつうに「こうしましょうか」と提案しているだけ。了承は得ながら。カルテには記入する。
60	家族との話し合いができていたのにたまに来る遠方の親戚が騒ぎ出すこと（この様な状況で何故病院に入院させないのか？）。
61	安楽死、尊厳死、自然死の区別がついていない家族に対し説明が必要な時。
62	家人、親類で各々意見が異なる。
63	文書に表現することは難しい面がある。
64	老々介護や家族の介護が乏しい場合では終末期を自宅では困難なことが多い。
65	本人と家族の意見、思い、考え方が違う時。
66	患者は在宅を希望するが、家族の受入れが困難。 ・老々介護 ・医療的処置がある（気管内吸引・IVHポート管理等） ・夜間の負担増
67	急変時に家族が動揺されるのは当然である。診療（往診）毎に治療方針を説明し、信頼感を築くことが大事。
68	家族全員の意見が、同一ではない。
69	患者の家族間の意見の相違や、終末期医療に対する認識のズレなど調整や説明の困難な場合。
70	在宅で行うか、病院に入院するかについて、家族の介護力のある高齢者では在宅を望まれるが、老々介護の場合など在宅で終末期医療を行うことが難しい。
71	1. 終末期とする判断基準が明確でない事 1. 医療者側を法的に守る確かな物がない。