

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、
実施事業
平成 24 年度報告書

平成 2 5 年 3 月

株式会社三菱総合研究所

目 次

1 . 序章	1
(1) 背景	1
(2) 目的	1
2 . 実施体制	2
3 . 実施方法	3
(1) 終末期医療に関する県民意識調査の実施	4
(2) 医療機関（在宅療養支援病院・診療所）向けアンケート調査	6
(3) 終末期医療従事者向けヒアリング調査	7
(4) 啓発ポイントの洗い出し	9
(5) 終末期医療に関する意思表示方法の検討	9
4 . 終末期医療に関する県民意識調査の実施	10
(1) 終末期医療に関する県民意識インターネット調査	10
5 . 終末期医療に関する医療職意見収集・啓発ポイントの洗い出し	51
(1) 医療機関（在宅療養支援病院・診療所）向けアンケート調査	51
(2) 終末期医療従事者へのヒアリング調査	101
(3) 啓発ポイントの洗い出し	116
6 . 終末期医療に関する意思表示方法の検討	117
7 . まとめ	119
(1) まとめ	119
(2) 今後の課題	124
参考資料 終末期医療に関する調査 調査票	125

1 . 序章

(1) 背景

千葉県においては、平成 22 年の高齢化率は 21.5%で、全国平均の 23.0%と比較して全国 41 位と低いが、平成 37 年には高齢化率が 28%を超えると見込まれている。65 歳以上人口は急増することとなり、死亡者に占める高齢者の割合が増大し、高齢者の終末期医療およびケアの重要性はますます高まることが予想される。

近年、厚生労働省や、様々な学会、関係団体などが終末期医療に関するガイドラインや勧告等を公表しており、終末期医療に関する関心が高まっている。今後、高齢者が急増する中で、最期を迎える方法、場所を含め、希望する最期の迎え方について、県民にとっての考えるきっかけづくり、情報提供、啓発等が必要になっている。

(2) 目的

終末期医療の現場において、本人または家族が希望する方法で最期を迎えられるよう、終末期のあり方についての選択に資する知識を啓発するプログラムを開発し、広く周知する方法について検討を行った。

2 . 実施体制

本研究の実施に際し、調査研究の企画、調査方法、調査結果の分析・まとめを行う場として、有識者会議を設置した。

< 有識者会議の構成 >

(有識者会議メンバー：50音順、敬称略)

井上 峰夫	千葉県福祉医療施設協議会 会長
大岩 孝司	さくさべ坂通り診療所 院長
加藤 誠	成田赤十字病院 院長
栗原 正彦	社団法人千葉県歯科医師会 理事
権平 くみ子	千葉県訪問看護ステーション連絡協議会 会長
清水 哲郎	東京大学大学院人文社会系研究科 教授
高林 克日己	千葉大学医学部附属病院 副院長、企画情報部長
田中 知華	京葉浦安法律事務所 弁護士
土橋 正彦	社団法人千葉県医師会 副会長
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 (NPOピュア) 代表
星野 恵美子	公益社団法人千葉県看護協会 常任理事
眞鍋 知史	社団法人千葉県薬剤師会 副会長

< オブザーバー >

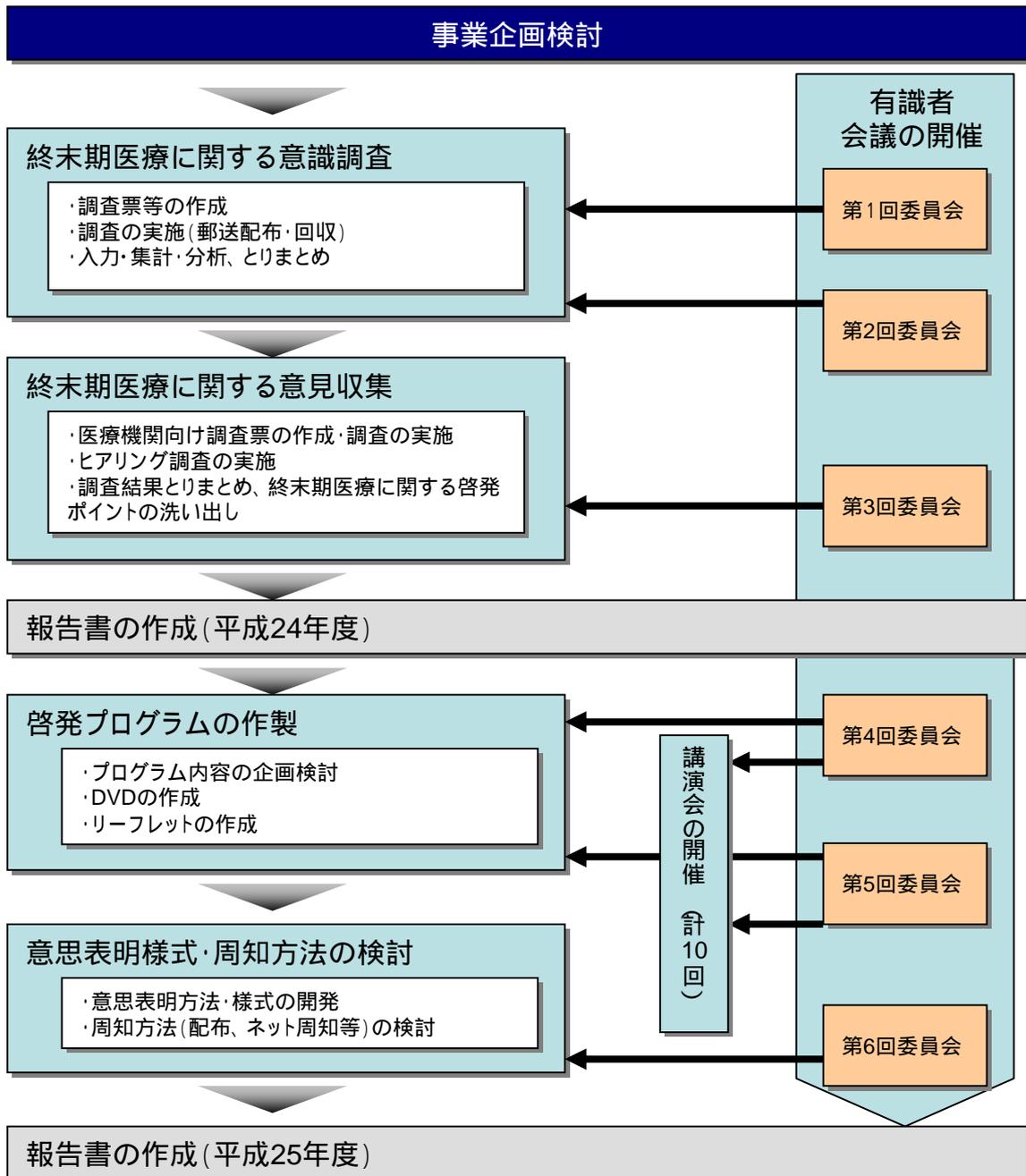
千葉県 千葉県健康福祉部 健康福祉政策課 政策室

< 事務局 >

株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

回	時期	議題
第1回	9月	事業の概要について 県民意識調査について 医療機関向けアンケート調査について
第2回	2月	アンケート調査結果(県民調査)について アンケート調査(医療機関調査)について ヒアリング調査の状況について 報告書とりまとめについて
第3回	3月	報告書案について 啓発プログラムの内容について

3. 実施方法



(1) 終末期医療に関する県民意識調査の実施

調査の概要

看取りに関する希望や延命治療など終末期医療の意識確認を行う方法のあり方を検討するため、千葉県民を対象に意識調査を実施した。

調査対象

本調査は満 40 歳以上の千葉県民を対象とし、ネットモニターを活用したインターネット調査を行った。

対象者	対象者数
満40歳以上の男女	10,126 人

調査方法

Web 上に専用フォームを設置し、ネットモニターに回答を依頼した。

調査時期

平成 25 年 2 月 5 日 ~ 平成 25 年 2 月 18 日

調査内容

調査内容は以下の各項目から構成し、インターネットにて調査を行った。

大項目	具体的な項目
本人の属性	<ul style="list-style-type: none"> ・ 居住地、要介護認定の有無、主な疾患、職業、家族形態
死別の経験	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族の死の経験の有無 ・ 亡くなる前に受けた医療行為 ・ 医師や看護師等からの治療の目的や、治療のメリット等の説明の有無 ・ 治療方法についての事前調査の有無 ・ 亡くなった場所
家族に死期が迫っている場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 両親・配偶者・兄弟・姉妹の有無 ・ 家族への延命治療についての意向 ・ 家族が最期を迎える場所についての意向
自分の死期が迫っている場合	<ul style="list-style-type: none"> ・ 知りたいこと ・ 自分の延命治療についての意向 ・ 自分が最期を迎える場所についての意向 ・ 自宅で最期まで療養できるための相談体制やサポート
終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不安に感じること ・ 今後の説明を聞くことへの意向 ・ 自分の「死」について家族と話し合うことについて ・ 延命治療についての家族・医療従事者との話し合いの有無 ・ 終末期医療やケアの情報源
終末期における意思の表示方法	<ul style="list-style-type: none"> ・ 書面での意思表示の有無 ・ 意思表示のために必要な説明 ・ 書面に残す時期 ・ 意思表示ができない場合の治療方針の決定について
千葉県の取組み	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期医療やケアについての理解度向上を図るために盛り込んだほうが良いプログラム ・ 終末期医療の意思表示の望ましい方法 ・ 終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会参加希望の有無 ・ 終末期を安心して迎えるために県に望むこと

(2) 医療機関(在宅療養支援病院・診療所)向けアンケート調査

調査の概要

千葉県における終末期医療に関わる医療従事者側の現状や課題等を把握するため、病院・診療所・訪問看護ステーション向けアンケート調査を実施した。

調査対象

調査対象は、千葉県内の病院、診療所、訪問看護ステーションとした。

調査対象機関	箇所数	備考	回答者
病院	269 箇所	産婦人科のみの病院および一般病床を有しない精神科病院を除く。	医師(もしくは看護職員) 1名
診療所	696 箇所	「ちば医療なび」で在宅患者訪問診療ありと報告している診療所を対象とする。	医師(もしくは看護職員) 1名
訪問看護ステーション	221 箇所	全訪問看護ステーションを対象とする。	管理者または看護職員 1名

調査方法

自記式調査票の郵送配布・郵送回収により実施した。

調査時期

平成 25 年 1 月

調査内容

調査内容は以下のとおり。

大項目	具体的な項目
医療機関の属性	<ul style="list-style-type: none">所在地、開設主体 等看取りへの対応
終末期医療に対する現状	<ul style="list-style-type: none">終末期の患者への対応について感じていること等
終末期の意思表示方法や患者・家族への関与のあり方	<ul style="list-style-type: none">リビングウィルの要否についてリビングウィル等について患者・家族への関与について
終末期医療に対する教育のあり方	<ul style="list-style-type: none">患者・家族に対する教育・普及啓発医療従事者に対する教育取り組んでいる患者や医療者への教育・啓発活動
啓発プログラムの開発と、意思表示方法のあり方	<ul style="list-style-type: none">啓発プログラムに盛り込むべき事項意思表示方法
終末期医療に対する問題点・課題、千葉県に対する要望	

(3) 終末期医療従事者向けヒアリング調査

調査の概要

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムに盛り込む内容の検討のため、医療者側から見た終末期に関して県民に知っておいてほしい/知っておくべき知識、啓発すべき事項等についての情報を収集するとともに、終末期を迎えての意思表示様式のあり方についても情報を収集して整理した。

調査対象

調査対象は以下の通りである。全国的に先進的に終末期医療・在宅看取りを進めている医療従事者にも聞き取り調査を行い、理想的な終末期医療体制を検討した。

図表 1 ヒアリング対象者

ヒアリング対象者	所属
秋山 正子	ケアーズ白十字訪問看護ステーション 統括所長
岩尾 総一郎	日本尊厳死協会理事長
及川 信哉	虹色クリニック医院長
飯島 節	筑波大学大学院教授
石飛 幸三	特別養護老人ホーム芦花ホーム 常勤医

調査方法

訪問調査を行った(1回、約1時間半程度)

調査時期

平成 25 年 1 月～平成 25 年 3 月

調査内容

調査内容は以下の通りである。

図表 2 調査項目

ヒアリング項目	ヒアリング内容
1．所属機関・自身の属性等	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本属性 ・ 終末期医療への取り組みの方針、概要
2．終末期への対応の現状と望ましいあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期ガイドラインについて（参照されているガイドライン、それに対する意見等） ・ リビングウィルの確認方法（現状の実施方法、体制、手順、書式等）および確認の際の問題点等 ・ 本人・家族への余命告知の方法、および告知の際の問題点とその要因、工夫など ・ 延命治療の説明、実施の状況およびその際の問題点とその要因、工夫など ・ 終末期医療の実施体制、職員向け研修、関係機関との連携の状況等
3．本人・家族とのコミュニケーションの現状と望ましいあり方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 本人・家族と医療者との情報共有について、コミュニケーションにおける留意点、工夫等 ・ 本人、家族の誤解や不安解消のための工夫点
4．啓発プログラムに盛り込むべき事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ ありがちな先入観や知識不足による誤解 ・ 県民にあらかじめ知っておいてほしいこと・考えておいてほしいこと ・ 啓発のポイント ・ 効果的な啓発方法について
5．意思表示様式等について	<ul style="list-style-type: none"> ・ リビングウィルの表明方法について ・ 必要と考えられる様式と明記されるべき事項 ・ 様式の運用方法について
6．その他、終末期の対応や看取りにおける課題・普及啓発の考え方	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療提供体制のあり方 ・ 教育（患者・医療従事者）、普及啓発のあり方 ・ 外部機関との連携のあり方

(4) 啓発ポイントの洗い出し

県民の意識調査や医療機関向けアンケート調査、ヒアリング調査により、千葉県において理想的な終末期医療を進める上で、「誰に」「何を」「どのように」伝えるかを総合的に整理し、普及啓発向けプログラムの開発につなげることとした。

(5) 終末期医療に関する意思表示方法の検討

終末期医療の現場が直面している課題や治療方針に関する患者の意思表示の重要性については、認識されつつあるものの、その具体的な方法や様式の運用については慎重な議論が必要と考えられる。

そのため、今年度は終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムに盛り込む内容の検討にもつなげるよう、終末期、意思表示（リビング・ウィル等）、在宅医療等に関する資料を収集・整理した。

4 . 終末期医療に関する県民意識調査の実施

(1) 終末期医療に関する県民意識インターネット調査

本調査の集計に当たっては、年代別に区分し、集計を行った。

千葉県の国勢調査の年代別、性別の人口割合に近い割合となるよう目標を設定し、計 10,000 票の回収を目標とした。総回収数は、10,126 票である。

回収した調査票のうち、これらの区分で分析に使用した調査票数は以下のとおり。

図表 3 有効回収数

年代別	男性	女性
40代	2,218 (21.9%)	2,254 (22.3%)
50代	1,802 (17.8%)	1,374 (13.6%)
60代	1,244 (12.3%)	617 (6.1%)
70代以上	507 (5.0%)	110 (1.1%)
計	5,771 (57.0%)	4,355 (43.0%)

本アンケート調査において、「延命治療」「終末期」「リビングウィル」については、以下のよう
に説明を行った。

延命治療：高齢になり、治る見込みがなく死期が間近に迫っていると告げられた場合、治療によって生活の質が下がる（例えば、入院治療を受けることで、点滴や酸素の吸入などでベッドから動けなくなる、食べ物も食べられなくなり、胃に穴をあけて栄養を注入する（胃ろう）、排せつにはオムツを使用することなどが考えられる）としても、とにかく延命を最優先することを目的とした治療

終末期：高齢で体の衰えが進み、（回答者が有する）病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、さらに病状が進行することが明らかとなり、近い将来の死が避けられないような状態になったと想定

リビング・ウィル：知的な判断能力を有する成人が、判断能力を失うなど意思表示ができなくなった場合に、自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面（書面、カード等）等で示しておくこと（出典：終末期医療の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究（社）全日本病院協会）

本人の属性

ア．性別

性別は、「男性」が 57.0%、「女性」が 43.0%となっている。

図表4 性別

	全体	
	N	%
男性	5771	57.0
女性	4355	43.0
全体	10126	100.0

イ．年齢

年齢は、「40代」が 44.2%、「50代」が 31.4%、「60代」が 18.4%、「70代以上」が 6.1%となっている。

図表5 年齢

	全体	
	N	%
40代	4472	44.2
50代	3176	31.4
60代	1861	18.4
70代以上	617	6.1
全体	10126	100.0

ウ．結婚

結婚の状況は、「既婚」が 78.6%、「未婚」が 21.4%となっている。

図表6 結婚

	全体	
	N	%
未婚	2163	21.4
既婚	7963	78.6
全体	10126	100.0

エ．性別と年齢

性別と年齢は、以下のとおり。70代以上女性の割合が低くなっている。

図表7 性別と年齢

	全体	
	N	%
男性 / 40代	2218	21.9
男性 / 50代	1802	17.8
男性 / 60代	1244	12.3
男性 / 70代以上	507	5.0
女性 / 40代	2254	22.3
女性 / 50代	1374	13.6
女性 / 60代	617	6.1
女性 / 70代以上	110	1.1
全体	10126	100.0

オ．居住地

医療圏別居住地は、以下のとおり。

図表8 居住地（医療圏別）

	全体	
	N	%
千葉	1723	17.0
東葛南部	3108	30.7
東葛北部	2311	22.8
印旛	1183	11.7
香取海匝	237	2.3
山武長生夷隅	580	5.7
安房	179	1.8
君津	456	4.5
市原	349	3.4
県計	10126	100.0

カ．職業

職業は、「常勤の被雇用者」が38.7%と最も多く、次いで「専業主婦・主夫」が18.4%、「契約・派遣・臨時・パート、アルバイト」が17.9%となっている。

図表9 職業

	全体	
	N	%
自営業	888	8.8
常勤の被雇用者	3919	38.7
契約・派遣・臨時・パート、アルバイト	1812	17.9
内職	22	0.2
その他	198	2.0
専業主婦・主夫	1867	18.4
無職(退職者を含む)	1404	13.9
仕事に就いたことはない	16	0.2
全体	10126	100.0

キ．家族形態

家族形態は、「夫婦と子ども」が41.1%と最も多く、次いで「夫婦のみ」が26.0%、「ひとり暮らし」が11.3%となっている。

図表10 家族形態

	全体	
	N	%
ひとり暮らし	1146	11.3
夫婦のみ	2636	26.0
夫婦と子ども	4159	41.1
夫婦と親	250	2.5
夫婦、子どもと親	562	5.6
本人と子ども	286	2.8
本人と親	832	8.2
その他	255	2.5
全体	10126	100.0

ク．主な疾患

主な疾患は、「特になし」が74.9%と最も多く、次いで「糖尿病」が5.1%、「循環器系の疾患」が4.9%となっている。

図表11 主な疾患（複数回答）

	全体	
	N	%
がん	164	1.6
糖尿病	516	5.1
脳血管疾患(脳卒中など)	94	0.9
循環器系の疾患	499	4.9
認知症	4	0.0
神経難病	37	0.4
呼吸器系の疾患	184	1.8
肝疾患	70	0.7
泌尿器系の疾患	188	1.9
消化器系の疾患	222	2.2
骨折	38	0.4
その他	969	9.6
特になし	7582	74.9
全体	10126	100.0

ケ．要介護認定の有無

要介護認定の有無は、「受けていない」が99.4%と最も多く、「受けている(要支援1・2)」「受けている(要介護1～5)」が共に0.3%となっている。

図表12 要介護認定の有無

	全体	
	N	%
受けていない	10061	99.4
申請中	6	0.1
受けている(要支援1・2)	30	0.3
受けている(要介護1～5)	29	0.3
全体	10126	100.0

死別の経験

ア. 家族の死の経験の有無

家族の死の経験（最近 10 年間、おおむね 65 歳以上の高齢の家族）の有無は、「経験した」が 49.7%、「経験をしていない」が 50.3%となっている。

図表13 家族の死の経験の有無

	全体	
	N	%
経験した	5034	49.7
経験をしていない	5092	50.3
全体	10126	100.0

家族との関係（最近 10 年間、おおむね 65 歳以上の高齢の家族、直近の経験）は、「親」が 68.0%と最も多く、次いで「その他」が 25.3%となっている。

図表14 家族との関係（死別経験“有”）

	全体	
	N	%
親	3421	68.0
配偶者	69	1.4
兄弟・姉妹	272	5.4
その他	1272	25.3
全体	5034	100.0

その他は、多い順に祖母(449)、義父または義母(263)、祖父(126)、叔父・叔母等

イ．亡くなる前に受けた医療行為

亡くなる前に受けた医療行為は、「点滴」が41.7%と最も多く、次いで「わからない」が20.8%、「受けていない」が19.8%、「痛みをはじめとした、あらゆる苦痛の緩和」が18.5%、「人工呼吸器」が17.3%となっている。

図表15 亡くなる前に受けた医療行為（複数回答）（死別経験“有”）

	全体	
	N	%
心肺蘇生(心臓マッサージなどで、停止した心肺の機能を再び蘇らせること)	588	11.7
人工呼吸器(口に管を入れて、器械につないで、呼吸を維持する装置)	870	17.3
点滴(腕や足などの血管から薬・水分・栄養を注入する)	2099	41.7
輸血(血液成分を血管内に注入する)	285	5.7
中心静脈栄養(首や太腿にある心臓に通じる血管から薬・水分・栄養を注入する)	257	5.1
胃ろう(胃に人工的に作られた穴から薬・水分・栄養を注入する)	305	6.1
経鼻経管栄養(鼻から薬・水分・栄養を注入する)	269	5.3
痛みをはじめとした、あらゆる苦痛の緩和	931	18.5
わからない	1048	20.8
受けていない	995	19.8
全体	5034	100.0

「酸素吸入」という選択肢がなかったため、「人工呼吸器」に酸素吸入が含まれている可能性がある。

図表16 亡くなる前に受けた医療行為（複数回答）（死別経験“有”）【死別家族との関係別】

	全体		親		配偶者		兄弟・姉妹		その他	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
心肺蘇生(心臓マッサージなどで、停止した心肺の機能を再び蘇らせること)	588	11.7	471	13.8	22	31.9	20	7.4	75	5.9
人工呼吸器(口に管を入れて、器械につないで、呼吸を維持する装置)	870	17.3	650	19.0	15	21.7	40	14.7	165	13.0
点滴(腕や足などの血管から薬・水分・栄養を注入する)	2099	41.7	1592	46.5	30	43.5	93	34.2	384	30.2
輸血(血液成分を血管内に注入する)	285	5.7	220	6.4	7	10.1	10	3.7	48	3.8
中心静脈栄養(首や太腿にある心臓に通じる血管から薬・水分・栄養を注入する)	257	5.1	198	5.8	8	11.6	10	3.7	41	3.2
胃ろう(胃に人工的に作られた穴から薬・水分・栄養を注入する)	305	6.1	237	6.9	3	4.3	6	2.2	59	4.6
経鼻経管栄養(鼻から薬・水分・栄養を注入する)	269	5.3	210	6.1	5	7.2	7	2.6	47	3.7
痛みをはじめとした、あらゆる苦痛の緩和	931	18.5	718	21.0	23	33.3	66	24.3	124	9.7
わからない	1048	20.8	448	13.1	5	7.2	100	36.8	495	38.9
受けていない	995	19.8	700	20.5	6	8.7	37	13.6	252	19.8
全体	5034	100.0	3421	100.0	69	100.0	272	100.0	1272	100.0

治療前の想像との違いの有無は、「違いがなかった」が64.5%と最も多く、次いで「覚えていない」が22.1%、「違いがあった」が13.4%となっている。

図表17 治療前の想像との違いの有無（家族が亡くなる前に医療行為を受けた）

	全体	
	N	%
違いがあった	402	13.4
違いがなかった	1928	64.5
覚えていない	661	22.1
全体	2991	100.0

治療前の想像と実際に違っていた点（自由回答）

一部抜粋

- ・いずれは食事を再開できると思っていた。
- ・栄養を注入していても口から摂る食事には及ばないこと。
- ・呼吸器をつけると会話ができなくなること。
- ・もっと苦痛を伴わないかと思ったが、本人は辛そうだった。
- ・簡単に人工呼吸器をはずせない。
- ・痛み緩和のための薬によってしっかりした意識が持てなくなってしまった。 等

ウ．医師や看護師等からの治療の目的や、治療のメリット等の説明の有無

医師や看護師等からの治療の目的や、治療のメリット等の説明の有無は、「ある程度説明を受けた」が40.5%と最も多く、次いで「特に説明を受けていない」が25.3%、「詳しい説明を受けた」が18.4%となっている。

図表18 医師や看護師等からの治療の目的や、治療のメリット等の説明の有無（家族が亡くなる前に医療行為を受けた）

	全体	
	N	%
詳しい説明を受けた	550	18.4
ある程度説明を受けた	1210	40.5
特に説明を受けていない	758	25.3
覚えていない	473	15.8
全体	2991	100.0

図表19 医師や看護師等からの治療の目的や、治療のメリット等の説明の有無（家族が亡くなる前に医療行為を受けた）【死別家族との関係別】

	全体		親		配偶者		兄弟・姉妹		その他	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
詳しい説明を受けた	550	18.4	427	18.8	18	31.0	24	17.8	81	15.4
ある程度説明を受けた	1210	40.5	967	42.5	20	34.5	49	36.3	174	33.1
特に説明を受けていない	758	25.3	577	25.4	17	29.3	35	25.9	129	24.6
覚えていない	473	15.8	302	13.3	3	5.2	27	20.0	141	26.9
全体	2991	100.0	2273	100.0	58	100.0	135	100.0	525	100.0

医師や看護師等からの説明の理解は、「よく理解できた」が74.6%と最も多く、次いで「どちらともいえない」が24.5%、「よく理解できなかった」が0.9%となっている。

図表20 医師や看護師等からの説明の理解（医師や看護師から説明を受けた）

	全体	
	N	%
よく理解できた	1313	74.6
どちらともいえない	431	24.5
よく理解できなかった	16	0.9
全体	1760	100.0

良く理解できなかった点（自由回答）

一部抜粋

- ・急だったため、考える余裕がなかった。
- ・専門的すぎてわかりづらかった。
- ・一番知りたいどれくらい生きるのかといった疑問には個人差があると言われなかった。
- ・正しく理解できたかは自信がない。 等

特に知りたかった点（自由回答）

一部抜粋

- ・患者にとってのメリット、デメリット。
- ・回復までの時間、可能性。
- ・あとどれくらい生きられて、苦しむことはないのか。
- ・余命中の苦痛の緩和の方法の選択肢。
- ・機器をはずせる状態に回復する可能性。
- ・意識のあるなし。
- ・治療の効果と負担。 等

エ．医療行為について自分で調べたり、人に話を聞いたりした割合

医療行為について自分で調べたり、人に話を聞いたりした割合は、「自分で調べたり、人に話を聞いたりしていない」が 64.2%と最も多く、次いで「自分で調べたり、人に話を聞いたりした」が 24.8%、「覚えていない」が 11.0%となっている。

図表21 医療行為について自分で調べたり、人に話を聞いたりした割合（家族が亡くなる前に医療行為を受けた）

	全体	
	N	%
自分で調べたり、人に話を聞いたりした	742	24.8
自分で調べたり、人に話を聞いたりしていない	1920	64.2
覚えていない	329	11.0
全体	2991	100.0

オ．家族が亡くなった場所

家族が亡くなった場所は、「医療機関」が 75.5%と最も多く、次いで「自宅」が 15.4%、「介護保険施設」が 8.1%となっている。

図表22 家族が亡くなった場所（死別経験“有”）

	全体	
	N	%
医療機関	3799	75.5
介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム)	406	8.1
自宅	776	15.4
その他	53	1.1
全体	5034	100.0

家族に死期が迫っている場合

ア．両親・配偶者・兄弟・姉妹の有無

両親・配偶者・兄弟・姉妹がいるのは、「配偶者」が 71.3%と最も多く、次いで「両親」が 63.6%、「兄弟」が 55.7%、「姉妹」が 44.8%となっている。

図表23 両親・配偶者・兄弟・姉妹の有無（複数回答）

	全体	
	N	%
両親	6445	63.6
配偶者	7222	71.3
兄弟	5641	55.7
姉妹	4536	44.8
いない	381	3.8
全体	10126	100.0

イ．家族への延命治療についての意向

家族への延命治療についての意向は、「延命治療を望まない」が 41.2%と最も多く、次いで「どちらかという延命治療を望まない」が 35.3%、「わからない」が 16.4%となっている。

本アンケート調査では、高齢になり、治る見込みがなく死期が間近に迫っていると告げられた場合、治療によって生活の質が下がるとしても、とにかく延命を最優先することを目的とした治療を「延命治療」と説明した。

図表24 家族への延命治療についての意向（両親・配偶者・兄弟・姉妹“有”）

	全体	
	N	%
延命治療を望む	693	7.1
どちらかという延命治療を望まない	3439	35.3
延命治療を望まない	4018	41.2
わからない	1595	16.4
全体	9745	100.0

「延命治療を望まない」は、年代とともに高くなる傾向がみられ、男性より女性が高かった。

図表25 家族への延命治療についての意向（両親・配偶者・兄弟・姉妹“有”）【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	436	7.9	210	9.9	138	8.0	66	5.5	22	4.6
どちらかという延命治療を望まない	1965	35.5	752	35.3	667	38.6	406	34.1	140	29.1
延命治療を望まない	2281	41.3	691	32.5	680	39.4	630	52.9	280	58.2
わからない	847	15.3	475	22.3	243	14.1	90	7.6	39	8.1
全体	5529	100.0	2128	100.0	1728	100.0	1192	100.0	481	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	257	6.1	170	7.8	67	5.0	16	2.7	4	3.9
どちらかという延命治療を望まない	1474	35.0	794	36.3	490	36.5	163	27.8	27	26.2
延命治療を望まない	1737	41.2	733	33.5	595	44.3	345	58.9	64	62.1
わからない	748	17.7	488	22.3	190	14.2	62	10.6	8	7.8
全体	4216	100.0	2185	100.0	1342	100.0	586	100.0	103	100.0

「延命治療を望まない」は、家族形態別にみると「夫婦のみ」(48.6%)が最も高かった。

図表26 家族への延命治療についての意向(両親・配偶者・兄弟・姉妹“有”)【家族形態別】

	全体		ひとり暮らし		夫婦のみ		夫婦と子ども		夫婦と親	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	693	7.1	77	7.7	130	5.1	330	8.1	15	6.1
どちらかという延命治療を望まない	3439	35.3	295	29.5	866	33.9	1530	37.6	83	34.0
延命治療を望まない	4018	41.2	440	44.0	1239	48.6	1528	37.6	107	43.9
わからない	1595	16.4	187	18.7	316	12.4	680	16.7	39	16.0
全体	9745	100.0	999	100.0	2551	100.0	4068	100.0	244	100.0
	全体		夫婦、子どもと親		本人と子ども		本人と親		その他	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	693	7.1	41	7.5	10	3.6	73	8.9	17	6.9
どちらかという延命治療を望まない	3439	35.3	221	40.5	104	37.8	264	32.4	76	30.9
延命治療を望まない	4018	41.2	189	34.6	119	43.3	284	34.8	112	45.5
わからない	1595	16.4	95	17.4	42	15.3	195	23.9	41	16.7
全体	9745	100.0	546	100.0	275	100.0	816	100.0	246	100.0

「延命治療を望まない」は、家族との死別経験「有り」(43.6%)の方が高かった。

図表27 家族への延命治療についての意向【家族との死別経験別】

	全体		経験した		経験をしていない	
	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	693	7.1	335	6.9	358	7.3
どちらかという延命治療を望まない	3439	35.3	1755	36.2	1684	34.4
延命治療を望まない	4018	41.2	2116	43.6	1902	38.9
わからない	1595	16.4	646	13.3	949	19.4
全体	9745	100.0	4852	100.0	4893	100.0

延命治療を望む理由は、「とにかく長く生きていてほしいから」が81.7%と最も多く、次いで「自分では決められないから」が24.8%となっている。

図表28 延命治療を望む理由(複数回答)

	全体	
	N	%
とにかく長く生きていてほしいから	566	81.7
自分では決められないから	172	24.8
その他	38	5.5
わからない	5	0.7
全体	693	100.0

「どちらかというとな延命治療を望まない」、または、「延命治療を望まない」場合に望む医療・ケア方法は、「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き、自然に最期を迎えるような方法」が84.8%と最も多く、次いで「一切の延命治療を中止して、最期を迎えるような方法」が9.9%となっている。

図表29 望ましい医療・ケア方法（延命治療を“望まない”または、“どちらかというとな望まない”）

	全体	
	N	%
一切の延命治療を中止して、最期を迎えるような方法	735	9.9
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き、自然に最期を迎えるような方法	6321	84.8
医師による積極的な方法で生命を短縮させる方法	142	1.9
わからない	259	3.5
全体	7457	100.0

延命治療を望まない理由は、「治療による身体的な苦痛を受けさせたくないため」が77.6%と最も多く、次いで「治る見込みがないのであれば、治療しても仕方がないため」が43.7%、「治療による経済的な負担が大きいため」が35.8%となっている。

図表30 延命治療を望まない理由（複数回答）（延命治療を“望まない”または、“どちらかというとな望まない”）

	全体	
	N	%
治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため	3255	43.7
治療による身体的な苦痛を受けさせたくないため	5784	77.6
治療による経済的な負担が大きいため	2672	35.8
自身に介護の負担がかかるため	1255	16.8
その他	288	3.9
全体	7457	100.0

ウ．家族が最期を迎える場所についての意向

家族が最期を迎える場所についての意向は、「医療機関に入院して最期を迎える」が37.3%と最も多く、次いで「自宅で最期まで療養する」が30.3%、「わからない」が24.6%となっている。

図表31 家族が最期を迎える場所についての意向（両親・配偶者・兄弟・姉妹“有”）

	全体	
	N	%
医療機関に入院して最期を迎える	3639	37.3
自宅で最期まで療養する	2949	30.3
介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎える	449	4.6
その他	313	3.2
わからない	2395	24.6
全体	9745	100.0

家族が最期を迎える場所について「自宅」を希望する割合は、女性より男性の方が高い。「医療機関」は、年代とともに希望する割合が高くなっている。

図表32 家族が最期を迎える場所についての意向【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
医療機関に入院して最期を迎える	2102	38.0	656	30.8	705	40.8	525	44.0	216	44.9
自宅で最期まで療養する	1840	33.3	720	33.8	540	31.3	421	35.3	159	33.1
介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎える	262	4.7	81	3.8	85	4.9	58	4.9	38	7.9
その他	132	2.4	46	2.2	41	2.4	31	2.6	14	2.9
わからない	1193	21.6	625	29.4	357	20.7	157	13.2	54	11.2
全体	5529	100.0	2128	100.0	1728	100.0	1192	100.0	481	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
医療機関に入院して最期を迎える	1537	36.5	746	34.1	495	36.9	246	42.0	50	48.5
自宅で最期まで療養する	1109	26.3	605	27.7	336	25.0	139	23.7	29	28.2
介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎える	187	4.4	76	3.5	76	5.7	33	5.6	2	1.9
その他	181	4.3	101	4.6	61	4.5	18	3.1	1	1.0
わからない	1202	28.5	657	30.1	374	27.9	150	25.6	21	20.4
全体	4216	100.0	2185	100.0	1342	100.0	586	100.0	103	100.0

医療機関に入院して最期を迎えてほしい理由は、「常に医師や看護師が対応してくれるため安心感があるため」が77.1%と最も多く、次いで「急変時に対応できる設備があるため」が61.5%、「症状の緩和のための医療が受けられるため」が58.2%となっている。

図表33 医療機関に入院して最期を迎えてほしい理由（複数回答）

	全体	
	N	%
常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため	2806	77.1
急変時に対応できる設備があるため	2238	61.5
症状の緩和のための医療が受けられるため	2118	58.2
息を引き取る直前まで治る希望が持ち続けられるため	490	13.5
医療機関以外で最後を迎えるイメージができないため	498	13.7
その他	80	2.2
全体	3639	100.0

自宅で最期まで療養してほしい理由は、「常に家族がそばにいる安心感があるため」が75.2%と最も多く、次いで「気を遣わず自由でいられるため」が53.6%、「点滴や酸素吸入や尿管など管だらけになるのは辛いため」が22.7%となっている。

図表34 自宅で最期まで療養してほしい理由（複数回答）

	全体	
	N	%
常に家族がそばにいる安心感があるため	2219	75.2
気を遣わず自由でいられるため	1580	53.6
点滴や酸素吸入や尿管など管だらけにはなるのは辛いため	670	22.7
その他	94	3.2
全体	2949	100.0

介護保険施設等（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など）に入所して最期を迎えたい理由は、「常に必要な介護が受けられるため」が85.1%と最も多く、次いで「介護できる家族がいないため」が30.7%となっている。

図表35 介護保険施設等に入所して最期を迎えたい理由（複数回答）

	全体	
	N	%
常に必要な介護が受けられるため	382	85.1
介護できる家族がいないため	138	30.7
その他	18	4.0
全体	449	100.0

その他の場所で最期を迎えたい理由（自由回答）

一部抜粋

- ・本人の希望する場所
- ・本人の意思を尊重したい
- ・そのときの状況による 等

自分に死期が迫っている場合

ア. 知りたいこと

知りたいことは、「今後の身体症状の変化」が54.6%と最も多く、次いで「今後の経済的な負担」が50.5%、「治療に伴う身体的苦痛・生活上の変化」が49.7%、「自分の死後に向けて必要なこと」が41.8%となっている。

図表36 知りたいこと（複数回答）

	全体	
	N	%
今後の身体症状の変化	5533	54.6
今後、可能な治療の内容	3931	38.8
とにかく延命を最優先することを目的とした治療の内容	322	3.2
治療に伴う身体的苦痛・生活上の変化	5037	49.7
今後の治療に関する意思表示の方法	4130	40.8
対応できる医療機関・施設	3356	33.1
今後の経済的な負担	5117	50.5
相談・サポート体制の状況	2529	25.0
自分の死後に向けて必要なこと	4236	41.8
その他	156	1.5
全体	10126	100.0

イ．自分の延命治療についての意向

自分の延命治療についての意向は、「延命治療を望まない」が56.8%と最も多く、次いで「どちらかという延命治療を望まない」が29.3%、「わからない」が10.7%となっている。家族に死期が迫っている場合の延命治療についての意向と比較して、更に延命治療を望まない人の割合が高い。

図表37 自分の延命治療についての意向

	全体	
	N	%
延命治療を望む	333	3.3
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3
延命治療を望まない	5747	56.8
わからない	1080	10.7
全体	10126	100.0

自分の延命治療について、「延命治療を望まない」は、男性より女性のほうが高くなっていることが多く、いずれについても年代とともに高くなる傾向がみられる。

図表38 自分の延命治療についての意向【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	222	3.8	103	4.6	69	3.8	37	3.0	13	2.6
どちらかという延命治療を望まない	1768	30.6	662	29.8	581	32.2	375	30.1	150	29.6
延命治療を望まない	3134	54.3	1070	48.2	974	54.1	767	61.7	323	63.7
わからない	647	11.2	383	17.3	178	9.9	65	5.2	21	4.1
全体	5771	100.0	2218	100.0	1802	100.0	1244	100.0	507	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	111	2.5	69	3.1	30	2.2	9	1.5	3	2.7
どちらかという延命治療を望まない	1198	27.5	651	28.9	370	26.9	141	22.9	36	32.7
延命治療を望まない	2613	60.0	1251	55.5	868	63.2	427	69.2	67	60.9
わからない	433	9.9	283	12.6	106	7.7	40	6.5	4	3.6
全体	4355	100.0	2254	100.0	1374	100.0	617	100.0	110	100.0

現在治療中の疾患の有無別には疾病ありの人のほうが「延命治療を望まない」が若干高い。

図表39 自分の延命治療についての意向【現在治療中の疾患の有無別】

	全体		疾病あり		疾病なし	
	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	333	3.3	94	3.7	239	3.2
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3	773	30.4	2193	28.9
延命治療を望まない	5747	56.8	1495	58.8	4252	56.1
わからない	1080	10.7	182	7.2	898	11.8
全体	10126	100.0	2544	100.0	7582	100.0

家族形態別には、「延命治療を望まない」は「ひとり暮らし」「夫婦のみ」が60%以上で高い。

図表40 自分の延命治療についての意向【家族形態別】

	全体		ひとり暮らし		夫婦のみ		夫婦と子ども		夫婦と親	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	333	3.3	38	3.3	77	2.9	145	3.5	7	2.8
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3	276	24.1	753	28.6	1287	30.9	85	34.0
延命治療を望まない	5747	56.8	695	60.6	1603	60.8	2247	54.0	131	52.4
わからない	1080	10.7	137	12.0	203	7.7	480	11.5	27	10.8
全体	10126	100.0	1146	100.0	2636	100.0	4159	100.0	250	100.0
	全体		夫婦、子どもと親		本人と子ども		本人と親		その他	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	333	3.3	20	3.6	7	2.4	33	4.0	6	2.4
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3	192	34.2	93	32.5	221	26.6	59	23.1
延命治療を望まない	5747	56.8	289	51.4	164	57.3	445	53.5	173	67.8
わからない	1080	10.7	61	10.9	22	7.7	133	16.0	17	6.7
全体	10126	100.0	562	100.0	286	100.0	832	100.0	255	100.0

家族との死別経験別にみると、「経験した」人のほうが「延命治療を望まない」が高い。

図表41 自分の延命治療についての意向【家族との死別経験別】

	全体		経験した		経験をしていない	
	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	333	3.3	147	2.9	186	3.7
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3	1486	29.5	1480	29.1
延命治療を望まない	5747	56.8	3004	59.7	2743	53.9
わからない	1080	10.7	397	7.9	683	13.4
全体	10126	100.0	5034	100.0	5092	100.0

延命治療を望む理由は、「とにかく生きていたいから」が72.4%と最も多く、次いで「自分では決められないから」が23.1%となっている。

図表42 延命治療を望む理由（複数回答）

	全体	
	N	%
とにかく生きていたいから	241	72.4
自分では決められないから	77	23.1
その他	20	6.0
わからない	19	5.7
全体	333	100.0

「どちらかという延命治療を望まない」「延命治療を望まない」場合、望む医療・ケア方法は、「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き、自然に最期を迎えるような方法」が 81.2%と最も多く、次いで「一切の延命治療を中止して、最期を迎えるような方法」が 12.0%となっている。

図表43 望ましい医療・ケア方法（延命治療を“望まない”または、“どちらかという望まない”）

	全体	
	N	%
一切の延命治療を中止して、最期を迎えるような方法	1043	12.0
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き、自然に最期を迎えるような方法	7072	81.2
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	327	3.8
わからない	271	3.1
全体	8713	100.0

延命治療を望まない理由は、「治療による身体的な苦痛を受けたくないため」が 65.3%と最も多く、次いで「治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため」「家族に介護の負担がかかるため」が共に 53.0%となっている。

図表44 延命治療を望まない理由（複数回答）（延命治療を“望まない”または、“どちらかという望まない”）

	全体	
	N	%
治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため	4614	53.0
治療による身体的な苦痛を受けたくないため	5690	65.3
治療による経済的な負担が大きい	4316	49.5
家族に介護の負担がかかるため	4618	53.0
その他	226	2.6
全体	8713	100.0

家族形態別には、「本人と子ども」の「家族に介護の負担がかかるため(58.8%)」の割合が高かった。

図表45 延命治療を望まない理由(複数回答)(延命治療を“望まない”または、“どちらかという望まない”)【家族形態別】

	全体		ひとり暮らし		夫婦のみ		夫婦と子ども		夫婦と親	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため	4614	53.0	553	57.0	1282	54.4	1775	50.2	129	59.7
治療による身体的な苦痛を受けたくないため	5690	65.3	623	64.2	1606	68.2	2245	63.5	148	68.5
治療による経済的な負担が大きいため	4316	49.5	441	45.4	1051	44.6	1837	52.0	104	48.1
家族に介護の負担がかかるため	4618	53.0	373	38.4	1271	53.9	1988	56.3	116	53.7
その他	226	2.6	44	4.5	57	2.4	79	2.2	3	1.4
全体	8713	100.0	971	100.0	2356	100.0	3534	100.0	216	100.0
	全体		夫婦、子どもと親		本人と子ども		本人と親		その他	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため	4614	53.0	241	50.1	129	50.2	368	55.3	137	59.1
治療による身体的な苦痛を受けたくないため	5690	65.3	306	63.6	169	65.8	449	67.4	144	62.1
治療による経済的な負担が大きいため	4316	49.5	238	49.5	140	54.5	379	56.9	126	54.3
家族に介護の負担がかかるため	4618	53.0	260	54.1	151	58.8	327	49.1	132	56.9
その他	226	2.6	4	0.8	8	3.1	22	3.3	9	3.9
全体	8713	100.0	481	100.0	257	100.0	666	100.0	232	100.0

ウ．自分が最期を迎える場所についての意向

自分が最期を迎える場所についての意向は、「医療機関に入院して最期を迎えたい」が37.4%と最も多く、次いで「自宅で最期まで療養したい」が31.6%、「わからない」が23.1%となっている。自分が最期を迎えたい場所と家族に最期を迎えてほしい場所はほぼ同じ割合となった。

図表46 自分が最期を迎える場所についての意向

	全体	
	N	%
医療機関に入院して最期を迎えたい	3786	37.4
自宅で最期まで療養したい	3203	31.6
介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎えたい	509	5.0
その他	287	2.8
わからない	2341	23.1
全体	10126	100.0

自分について「自宅」を希望する割合は、女性より男性の方が高く、「医療機関」は女性のほうが高い。「医療機関」は、いずれも年代とともに希望する割合が高くなっている。

図表47 自分が最期を迎える場所についての意向【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
医療機関に入院して最期を迎えたい	2127	36.9	657	29.6	718	39.8	524	42.1	228	45.0
自宅で最期まで療養したい	2041	35.4	810	36.5	600	33.3	447	35.9	184	36.3
介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎えたい	266	4.6	76	3.4	81	4.5	71	5.7	38	7.5
その他	139	2.4	52	2.3	48	2.7	28	2.3	11	2.2
わからない	1198	20.8	623	28.1	355	19.7	174	14.0	46	9.1
全体	5771	100.0	2218	100.0	1802	100.0	1244	100.0	507	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
医療機関に入院して最期を迎えたい	1659	38.1	778	34.5	549	40.0	278	45.1	54	49.1
自宅で最期まで療養したい	1162	26.7	637	28.3	339	24.7	156	25.3	30	27.3
介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎えたい	243	5.6	112	5.0	94	6.8	33	5.3	4	3.6
その他	148	3.4	67	3.0	59	4.3	20	3.2	2	1.8
わからない	1143	26.2	660	29.3	333	24.2	130	21.1	20	18.2
全体	4355	100.0	2254	100.0	1374	100.0	617	100.0	110	100.0

医療機関に入院して最期を迎えたい理由は、「常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため」が62.8%と最も多く、次いで「家族に迷惑をかけたくないため」が52.6%、「症状の緩和のための医療が受けられるため」が48.3%となっている。

図表48 医療機関に入院して最期を迎えたい理由（複数回答）

	全体	
	N	%
常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため	2376	62.8
急変時に対応できる設備があるため	1628	43.0
症状の緩和のための医療が受けられるため	1828	48.3
息を引き取る直前まで治る希望が持ち続けられるため	308	8.1
医療機関以外で最後を迎えるイメージができないため	516	13.6
家族に迷惑をかけたくないため	1993	52.6
その他	57	1.5
全体	3786	100.0

自宅で最期まで療養したい理由は、「気を遣わず自由にいられるため」が67.8%と最も多く、次いで「常に家族がそばにいる安心感があるため」が62.8%、「点滴や酸素吸入や尿管など管だらけになるのは辛い」が21.8%となっている。

図表49 自宅で最期まで療養したい理由（複数回答）

	全体	
	N	%
常に家族がそばにいる安心感があるため	2011	62.8
気を遣わず自由にいられるため	2173	67.8
点滴や酸素吸入や尿管など管だらけにはなるのは辛い	698	21.8
その他	71	2.2
全体	3203	100.0

介護保険施設等（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など）に入所して最期を迎えたい理由は、「家族に迷惑をかけたくないため」が68.4%と最も多く、次いで「常に必要な介護が受けられるため」が58.3%、「介護できる家族がいないため」が28.1%となっている。

図表50 介護保険施設等に入所して最期を迎えたい理由（複数回答）

	全体	
	N	%
常に必要な介護が受けられるため	297	58.3
介護できる家族がいないため	143	28.1
家族に迷惑をかけたくないため	348	68.4
その他	5	1.0
全体	509	100.0

その他の場所で最期を迎えたい理由（自由回答）

一部抜粋

- ・家族への負担の大きさ、緩和等のバランスを考えて選びたい
- ・家族がいてくれればいい
- ・どんな状況になるかわからない
- ・最も費用のかからないところ
- ・自然に囲まれた場所
- ・どこでも変わらない 等

エ．自宅で最期まで療養できるための相談体制やサポート

自宅で最期まで療養できるための相談体制やサポートは、「往診してくれるかかりつけの医師がいること」が 58.6%と最も多く、次いで「訪問看護（看護師の訪問）サービスが受けられること」が 54.5%、「医療費、介護費用等の支援・補助」が 52.3%となっている。

図表51 自宅で最期まで療養できるための相談体制やサポート（複数回答）

	全体	
	N	%
往診してくれるかかりつけの医師がいること	5938	58.6
訪問看護(看護師の訪問)サービスが受けられること	5519	54.5
訪問介護(ホームヘルパーの訪問)サービスが受けられること	4518	44.6
自宅での療養に関して全般的な相談にのってくれる場があること	4099	40.5
24時間医療・介護相談にのってくれる場があること	3817	37.7
介護してくれる家族の存在	4527	44.7
ボランティアによるサポートの存在	1800	17.8
居住環境の整備	3824	37.8
医療費、介護費用等の支援・補助	5294	52.3
その他	203	2.0
全体	10126	100.0

終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心

ア．不安に感じること（自由回答）

終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心について、本アンケートでは、回答者に「高齢で体の衰えが進み、あなたが有する病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、さらに病状が進行することが明らかとなり、近い将来の死が避けられないような状態」になったと想定したときの気持ち・関心について回答を依頼した。

一部抜粋

- ・残された家族の経済的な負担。
- ・治療にかかる費用。
- ・家族への介護等の不安。
- ・死ぬことへの恐怖。
- ・苦痛の状況と変化。
- ・死亡後の手続きや費用。
- ・痛みの緩和。
- ・死後の片付け。 等

イ．今後の説明を聞くことへの意向

今後の説明を聞きたいのは、「自分と家族」が71.8%と最も多く、次いで「自分のみ」が18.8%となっている。

図表52 今後の説明を誰と聞きたいか

	全体	
	N	%
自分のみ	1905	18.8
自分と家族	7269	71.8
家族のみ	228	2.3
自分が指定した人	653	6.4
その他	71	0.7
全体	10126	100.0

ウ．自分の「死」について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感

自分の「死」について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感は、「全くない」が51.9%と最も多く、次いで「ややある」が41.4%、「かなりある」が6.7%となっている。

図表53 自分の「死」について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感

	全体	
	N	%
全くない	5252	51.9
ややある	4196	41.4
かなりある	678	6.7
全体	10126	100.0

エ．延命治療を受けたいかについての家族との話し合い

延命治療を受けたいかについての話し合いについては、「全く話し合ったことがない」が64.3%と最も多く、次いで「話し合ったことがある」が30.7%、「十分に話し合っている」が4.9%となっている。

図表54 延命治療を受けたいかについての家族との話し合い

	全体	
	N	%
十分に話し合っている	501	4.9
話し合ったことがある	3111	30.7
全く話し合ったことがない	6514	64.3
全体	10126	100.0

家族形態別にみると、話し合ったことがある割合は、「夫婦のみ」が高く、「一人暮らし」が低かった。

図表55 延命治療を受けたいかについての家族との話し合い【家族形態別】

	全体		ひとり暮らし		夫婦のみ		夫婦と子ども		夫婦と親	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
十分に話し合っている	501	4.9	44	3.8	196	7.4	151	3.6	14	5.6
話し合ったことがある	3111	30.7	188	16.4	1096	41.6	1190	28.6	94	37.6
全く話し合ったことがない	6514	64.3	914	79.8	1344	51.0	2818	67.8	142	56.8
全体	10126	100.0	1146	100.0	2636	100.0	4159	100.0	250	100.0
	全体		夫婦、子どもと親		本人と子ども		本人と親		その他	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
十分に話し合っている	501	4.9	25	4.4	12	4.2	35	4.2	24	9.4
話し合ったことがある	3111	30.7	159	28.3	94	32.9	198	23.8	92	36.1
全く話し合ったことがない	6514	64.3	378	67.3	180	62.9	599	72.0	139	54.5
全体	10126	100.0	562	100.0	286	100.0	832	100.0	255	100.0

家族と「十分に話し合っている」理由（自由回答）

一部抜粋

- ・延命治療はしたくないから。
- ・経済的な介護の負担があるから。
- ・家族に負担をかけたくないから。
- ・未婚、子どもがいないから。等

家族と「話し合ったことがある」理由（自由回答）

一部抜粋

- ・延命治療を受けたくないから。
- ・テレビ報道等の影響を受けたから。
- ・家族の病気、死を経験したから。等

家族と「全く話し合ったことがない」理由（自由回答）

一部抜粋

- ・まだ元気だから。
- ・実感がないから。 等

家族についても、自分についても、「延命治療を望まない」の割合が高いのは、家族と「十分に話し合っている」であった。

図表56 延命治療を受けたいかについての家族との話し合い×家族の延命治療の意向

	全体		十分に話し合っている		話し合ったことがある		全く話し合ったことがない	
	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	693	7.1	16	3.3	114	3.8	563	9.0
どちらかという延命治療を望まない	3439	35.3	71	14.7	1049	34.6	2319	37.2
延命治療を望まない	4018	41.2	372	76.9	1640	54.1	2006	32.2
わからない	1595	16.4	25	5.2	230	7.6	1340	21.5
全体	9745	100.0	484	100.0	3033	100.0	6228	100.0

図表57 延命治療を受けたいかについての家族との話し合い×自分の延命治療の意向

	全体		十分に話し合っている		話し合ったことがある		全く話し合ったことがない	
	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	333	3.3	15	3.0	36	1.2	282	4.3
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3	48	9.6	776	24.9	2142	32.9
延命治療を望まない	5747	56.8	422	84.2	2209	71.0	3116	47.8
わからない	1080	10.7	16	3.2	90	2.9	974	15.0
全体	10126	100.0	501	100.0	3111	100.0	6514	100.0

オ．自分の「死」についてかかりつけ医や看護師などの医療従事者と話し合い

自分の「死」についてかかりつけ医や看護師などの医療従事者と話し合いについては、「全く話し合ったことがない」が96.5%と最も多く、次いで「話し合ったことがある」が2.6%、「十分に話し合っている」が0.9%となっている。

図表58 自分の「死」についてかかりつけ医や看護師などの医療従事者と話し合いについて

	全体	
	N	%
十分に話し合っている	95	0.9
話し合ったことがある	260	2.6
全く話し合ったことがない	9771	96.5
全体	10126	100.0

かかりつけ医や看護師などの医療従事者と「十分に話し合っている」理由（自由回答）

一部抜粋

- ・延命治療はしたくないから。
- ・話し合いが必要だから。 等

かかりつけ医や看護師などの医療従事者と「話し合ったことがある」理由（自由回答）

一部抜粋

- ・延命治療はしたくないから。

- ・話題に出たから。
- ・家族に医療従事者がいるから。
- ・家族の死を経験したから。 等

かかりつけ医や看護師などの医療従事者と「全く話し合ったことがない」理由（自由回答）
一部抜粋

- ・病気ではないから。
- ・機会がなかったから。
- ・かかりつけ医がいないから。
- ・そのような状態にないから。 等

カ．終末期医療やケアの情報源

終末期医療やケアの情報源は、「調べたことがない」が46.7%と最も多く、次いで「インターネット」が32.5%、「新聞」が29.6%となっている。

図表59 終末期医療やケアの情報源（複数回答）

	全体	
	N	%
新聞	2997	29.6
雑誌	1274	12.6
書籍	1014	10.0
インターネット	3292	32.5
研修会	118	1.2
医療機関	1016	10.0
その他	636	6.3
調べたことがない	4732	46.7
全体	10126	100.0

図表60 終末期医療やケアの情報源（複数回答）【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
新聞	1667	28.9	410	18.5	489	27.1	523	42.0	245	48.3
雑誌	731	12.7	193	8.7	235	13.0	203	16.3	100	19.7
書籍	528	9.1	150	6.8	162	9.0	142	11.4	74	14.6
インターネット	1930	33.4	708	31.9	614	34.1	441	35.5	167	32.9
研修会	55	1.0	14	0.6	19	1.1	15	1.2	7	1.4
医療機関	584	10.1	166	7.5	191	10.6	146	11.7	81	16.0
その他	273	4.7	80	3.6	86	4.8	76	6.1	31	6.1
調べたことがない	2739	47.5	1248	56.3	840	46.6	467	37.5	184	36.3
全体	5771	100.0	2218	100.0	1802	100.0	1244	100.0	507	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
新聞	1330	30.5	515	22.8	481	35.0	276	44.7	58	52.7
雑誌	543	12.5	215	9.5	191	13.9	118	19.1	19	17.3
書籍	486	11.2	182	8.1	176	12.8	108	17.5	20	18.2
インターネット	1362	31.3	662	29.4	472	34.4	194	31.4	34	30.9
研修会	63	1.4	18	0.8	29	2.1	16	2.6	0	0.0
医療機関	432	9.9	197	8.7	155	11.3	69	11.2	11	10.0
その他	363	8.3	164	7.3	129	9.4	59	9.6	11	10.0
調べたことがない	1993	45.8	1181	52.4	556	40.5	216	35.0	40	36.4
全体	4355	100.0	2254	100.0	1374	100.0	617	100.0	110	100.0

終末期における意思の表示方法

ア．書面での意思表示の有無

書面での意思表示の有無は、「あり」が5.3%、「なし」が94.7%となっている。

図表61 書面での意思表示の有無

	全体	
	N	%
あり	540	5.3
なし	9586	94.7
全体	10126	100.0

書面での意思表示の有無は、年代とともに「あり」の割合が高くなっており、60代以上で見ると、女性のほうが男性より「あり」が高い。

図表62 書面での意思表示の有無【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
あり	317	5.5	98	4.4	96	5.3	85	6.8	38	7.5
なし	5454	94.5	2120	95.6	1706	94.7	1159	93.2	469	92.5
全体	5771	100.0	2218	100.0	1802	100.0	1244	100.0	507	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
あり	223	5.1	80	3.5	74	5.4	56	9.1	13	11.8
なし	4132	94.9	2174	96.5	1300	94.6	561	90.9	97	88.2
全体	4355	100.0	2254	100.0	1374	100.0	617	100.0	110	100.0

用意している書面は、「日本臓器移植ネットワーク「臓器提供の意思表示カード」」が53.3%と最も多く、次いで「日本尊厳死協会「尊厳死の宣言書」」が14.3%、「全日本病院協会「終末期医療における希望事項」」が8.5%となっている。

図表63 用意している書面（複数回答）（書面での意思表示“有”）

	全体	
	N	%
日本尊厳死協会「尊厳死の宣言書」	77	14.3
全日本病院協会「終末期医療における希望事項」	46	8.5
日本臓器移植ネットワーク「臓器提供の意思表示カード」	288	53.3
その他	173	32.0
全体	540	100.0

書面を共有している相手は、「配偶者」が 47.0%と最も多く、次いで「共有していない」が 34.8%、「子ども」が 16.3%となっている。

図表64 共有している相手（複数回答）（書面での意思表示“有”）

	全体	
	N	%
配偶者	254	47.0
親	44	8.1
子ども	88	16.3
親戚	9	1.7
医療機関	5	0.9
その他	26	4.8
わからない	12	2.2
共有していない	188	34.8
全体	540	100.0

書面を用意する中で困ったことは、「ある」が 9.1%、「ない」が 90.9%となっている。

図表65 書面を用意する中で困ったことの有無（書面での意思表示“有”）

	全体	
	N	%
ある	49	9.1
ない	491	90.9
全体	540	100.0

書面を用意する中で困った点は、「いざという時に活用できるかどうか不安である」が 53.1%と最も多く、次いで「記入はしたが、家族に知らせることにためらいがある」が 22.4%、「記入時と必要な時とでは、年齢や状況が異なるので答えづらい」が 16.3%となっている。

図表66 書面を用意する中で困った点（複数回答）

	全体	
	N	%
記入はしたが、家族に知らせることにためらいがある	11	22.4
いざという時に活用できるかどうか不安である	26	53.1
記入した後も気持ちが揺れ動いている	5	10.2
書面の内容をすぐ変更できるかどうか不安である	1	2.0
記入時と必要な時とでは、年齢や状況が異なるので答えづらい	8	16.3
その他	13	26.5
全体	49	100.0

イ．自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で示すことについて

自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で示すことについては、「わからない」が53.8%と最も多く、次いで「示したい」が41.1%、「示したくない」が4.0%となっている。

図表67 自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で示すことについて

	全体	
	N	%
示したい	4159	41.1
示したくない	402	4.0
わからない	5448	53.8
その他	117	1.2
全体	10126	100.0

「示したい」割合は、年代とともに高くなる傾向がみられ、女性のほうが男性より高い。

図表68 自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で示すことについて【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
示したい	2103	36.4	734	33.1	662	36.7	511	41.1	196	38.7
示したくない	303	5.3	117	5.3	86	4.8	69	5.5	31	6.1
わからない	3291	57.0	1353	61.0	1032	57.3	638	51.3	268	52.9
その他	74	1.3	14	0.6	22	1.2	26	2.1	12	2.4
全体	5771	100.0	2218	100.0	1802	100.0	1244	100.0	507	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
示したい	2056	47.2	1045	46.4	658	47.9	299	48.5	54	49.1
示したくない	99	2.3	53	2.4	24	1.7	19	3.1	3	2.7
わからない	2157	49.5	1136	50.4	677	49.3	294	47.7	50	45.5
その他	43	1.0	20	0.9	15	1.1	5	0.8	3	2.7
全体	4355	100.0	2254	100.0	1374	100.0	617	100.0	110	100.0

書面等で情報を共有したい相手は、「配偶者」が 72.9%と最も多く、次いで「子ども」が 53.1%、「医療機関」が 21.8%となっている。

図表69 書面等で情報を共有したい相手（複数回答）（自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で“示したい”）

	全体	
	N	%
配偶者	3032	72.9
親	886	21.3
子ども	2208	53.1
親戚	322	7.7
医療機関	908	21.8
その他	248	6.0
わからない	129	3.1
全体	4159	100.0

ウ．意思表示のために必要な説明について（自由回答）

一部抜粋

- ・意思決定の判断材料に足りうる説明。
- ・自分の意思表示に必要な手続き。
- ・治療のメリット、デメリット。
- ・死に至るまでの推移。
- ・どのように最期を迎えるか。
- ・痛みや苦痛の緩和について。
- ・治る見込みについて。等

エ．書面に残す時期

書面に残す時期は、「終末期を迎える前に書面として残したほうが良い」が 55.7%と最も多く、次いで「時期は、いつでもかまわない」が 28.8%、「終末期を迎えた頃に書面として残したほうが良い」が 12.7%となっている。

図表70 書面に残す時期（自分自身が受ける医療の決定に関する指示を書面等で“示したい”）

	全体	
	N	%
終末期を迎える前に書面として残したほうが良い	2316	55.7
終末期を迎えた頃に書面として残したほうが良い	530	12.7
時期は、いつでもかまわない	1198	28.8
わからない	115	2.8
全体	4159	100.0

図表71 書面に残す時期【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
終末期を迎える前に書面として残したほうが良い	1190	56.6	416	56.7	388	58.6	280	54.8	106	54.1
終末期を迎えた頃に書面として残したほうが良い	307	14.6	126	17.2	85	12.8	71	13.9	25	12.8
時期は、いつでもかまわない	549	26.1	170	23.2	168	25.4	148	29.0	63	32.1
わからない	57	2.7	22	3.0	21	3.2	12	2.3	2	1.0
全体	2103	100.0	734	100.0	662	100.0	511	100.0	196	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
終末期を迎える前に書面として残したほうが良い	1126	54.8	552	52.8	383	58.2	162	54.2	29	53.7
終末期を迎えた頃に書面として残したほうが良い	223	10.8	133	12.7	65	9.9	24	8.0	1	1.9
時期は、いつでもかまわない	649	31.6	322	30.8	198	30.1	106	35.5	23	42.6
わからない	58	2.8	38	3.6	12	1.8	7	2.3	1	1.9
全体	2056	100.0	1045	100.0	658	100.0	299	100.0	54	100.0

自分自身が受ける医療の決定に関する指示をあらかじめ書面等で「示したくない」「わからない」または、「その他」の理由。(自由回答)

一部抜粋

- ・その都度希望が変わるかもしれないから。
- ・そのような制度がはじめてあることを知ったから。
- ・現時点では考えられないから。
- ・考えたことがないから。
- ・どんな内容を残せばいいかわからないから。
- ・あまり考えたくないから。 等

オ. 意思表示ができない場合の治療方針の決定について

意思表示ができない場合の治療方針の決定については、「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」が 63.2%と最も多く、次いで「自分が前もって指定した人の意見に従ってほしい」が 15.6%、「担当する医療・ケアチームと配偶者などの身近な人が十分に協議して決めてほしい」が 13.8%となっている。

図表72 意思表示ができない場合の治療方針の決定について(複数回答)

	全体	
	N	%
配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい	6395	63.2
家族や親戚など多数の意見に従ってほしい	1105	10.9
自分が前もって指定した人の意見に従ってほしい	1576	15.6
担当する医療・ケアチームが慎重に考えて決めてほしい	537	5.3
担当する医療・ケアチームと配偶者などの身近な人が十分に協議して決めてほしい	1395	13.8
その他	127	1.3
わからない	1270	12.5
全体	10126	100.0

千葉県の取組み

ア．終末期医療やケアについての理解度向上を図るために盛り込んだほうが良いプログラム (自由回答)

終末期医療やケアについての理解度向上を図るために盛り込んだほうが良いプログラムは、「終末期医療やケアにかかる医療費について」が最も多く、次いで「意思表示、意思決定、本人の意向について」「本人の死後について(独居、家族、心のケアなど)」「医療機関について」「わかりやすい周知方法、啓発について」「終末期における治療やケアの内容について」「終末期における選択肢について」「終末期における苦痛、緩和ケアについて」「終末期の事例について」「延命治療について(メリット、デメリットなど)」「終末期、尊厳死、安楽死の定義について」「相談窓口について」「終末期の迎え方について」となっていた。

一部抜粋

<終末期医療やケアにかかる医療費について>

- ・ケアを受けられる条件及び費用。
- ・経済的負担のモデル。
- ・費用とその長所短所。
- ・選択肢ごとの費用感。
- ・ケアにかかる費用の概算。家族等にかかる人的な負担の具体的な内容。
- ・どういうところで、どんな方法で、どのくらいの費用がかかるのか。
- ・詳細な費用及び公的機関からの補助の有無。
- ・どんな医療やケアがあるのか、経済的負担等わかりやすく示したリーフレットを広範囲に(一世帯に1部)配布してほしい。
- ・終末期において今後延命措置を行なった場合の期間に対する金額(目安など)表記して欲しい。例えばこの病気でこれくらい延命すると費用がこのくらいかかるなどの目安。

<意思表示、意思決定、本人の意向について>

- ・意思決定のチャート作成、意識レベルに応じた、フローチャート。
- ・意思決定の時期と意思決定を行う時のアドバイス。
- ・自分の意思を伝える方法。
- ・希望すれば、自分の意思を表明出来ることを、確実に伝えてほしい。
- ・意思表示をしないことにより、どんな問題が起こりうるか。なぜ意思表示や意思決定が必要なのか。
- ・自己判断ができない場合の意思決定を誰に委ねるか。どのようにしたらいいか。
- ・考えが変わった時の意思表示の仕方。
- ・自分の意志を示すことが可能な段階でのプログラム作成を望む。(高齢者になる前に、講習会などで知識を入れておいたほうがいい。)
- ・いつまでに意思決定をするべきなのか、意思決定をしなければ、どうなるのかということ。
- ・延命治療に関して意思表示の仕方やどんな選択肢があるのかを知りたい。
- ・意思表示する内容や書式の具体的な例。推奨する書式を県や市役所で配布・ダウンロード。
- ・70才以上の人に意思表示を義務つけて家族あてに送る、病院に保管するなど今の気持ちを知らせる(変更もできる)など。
- ・医療機関の待ち時間などですぐにも意思表示が残せるシステム。
- ・いつ迎えるのかわからないので例えば自動車免許を取るとき又更新の時などに意思表示カードを配布。いつでも意思表示できるということが約束してもらえるといい。
- ・自動車免許証や、保険証など、個人が常に持ち歩いているものに意思を書いておけるようにする(臓器提供のように)。

<本人の死後について(独居、家族、心のケアなど)>

- ・ひとり暮らしの人間の終末の迎え方と、死亡後の後始末を何処に託すか、またその方法。
- ・エンディング・ノートや遺言状の書き方、生前葬、銀行口座の手続き方法など。
- ・どんな流れで死まで行くのかをシミュレーションで。
- ・家族の死を体験した人の「あの時こうしてあげればよかった」というような体験談。
- ・どんな内容を家族や身近な人と話し合えば良いのか解りやすい説明。
- ・なるべく早期に家族と話合うことを推奨すること。
- ・残された家族の精神的なケア、必要な手続き、気持ちの整理の仕方。
- ・延命拒否しても残された家族が気にしないような記述が欲しい。
- ・家族が受けることの出来るサポートについて。

- ・家族への負担はどうかあらかじめ理解したい。
- ・本人よりも、家族を啓蒙するような内容であってほしい。

<医療機関について>

- ・かかりつけ医師の見つけ方。
- ・エンディングケアのできる施設・病院の一覧。
- ・セカンドオピニオンが受けられるシステム。
- ・プログラムに賛同する医療機関、医師による経験談、ケーススタディなどの具体的な事例。
- ・どこへ行けばどのような看取りをしてくれるのか、具体的な施設を教えてください。
- ・終末期医療ケアを行っている病院マップとケア内容。
- ・往診可能な医師のリスト。
- ・医療機関でなされているケアの具体的な例を知りたい。聞くところ暗いイメージしかない。
- ・医療機関との具体的な連携について。
- ・主治医やかかりつけの医者がいない場合でも、誰もが安心できる医療機関の連絡網。

<わかりやすい周知方法、啓発について>

- ・プログラム内容よりプログラムの存在を多く広める活動をしてほしい。
- ・取組があることを知らなかったので、基本的なプログラムができたら広く知らせる取組が大切だと思う。
- ・子供でも見たことあるぐらい浸透するように広く告知。年齢に関係なく周知するべきだと思う。
- ・健康や医療の現状について、県民が意識を持つような啓蒙活動。
- ・広報やテレビなど様々なメディアで広めてほしい。
- ・DVD、リーフレット等の一方通行な説明だけでなく、懇談会等の双方向のコミュニケーション。
- ・インターネットでも情報取得が可能な体制。Youtubeでの宣伝普及。
- ・インターネットなどでシミュレーションできるような形は導入できないか。
- ・お年寄りにも子供にも年齢に関係なく理解できるような内容にしてほしい。
- ・疑似体験できるようなドラマ形式のDVDを市町村の検診の場などでみせてほしい。
- ・健康な場合でもある程度の年齢になった時に、プログラムを盛り込む。
- ・自分の最後をどのように迎えるかを表明する「記入式カード」の作成セミナーのような公開講座があれば参加したい。
- ・終末期に関して話す事を憚るような空気を無くし、普通に話ができる雰囲気醸成する活動。
- ・分かりやすい言葉、写真、図等を使って欲しい。

<終末期における治療やケアの内容について>

- ・あらゆる医療・ケアの可能性について、それぞれの短所と長所を医療側と医療を受ける側の両方の立場で説明してほしい。
- ・クオリティ・オブ・ライフを保った治療の方法、痛みや苦痛の和らげ方。
- ・この治療は何の為に、素人にも分かりやすいように、具体的に一覧で説明してほしい。
- ・できるだけ具体的にどのような治療が受けられるのか、その結果どのようなことが考えられるのか、表示してほしい。
- ・どこにお願いすればケアを受けられるかを判断力が低下した時に見ても理解できるように簡素にまとめられたもの。
- ・病気に対する治療、進行してどうなるのかなど、主な死因になる病気だけでもわかりやすく説明をしたものがあれば、イメージしやすい。
- ・医療・ケアの方法の段階を追って分かりやすく。
- ・医療やケアがうまくいかない可能性やリスクなども明確に教えて欲しい。
- ・完治の見込みと治療の必要性。
- ・具体的な医療、ケアがどの程度の効果、結果をもたらすのか知らせて欲しい。
- ・治療する前に本当に治るのかを説明してほしい。いつ治るのかわからないのであれば家族の負担は大きすぎる。
- ・治療による回復の有無、治療時の苦痛の度合い、回復不能時の家庭内での療養の可能性について。
- ・終末期を迎える場所による医療やケアの違いの説明。
- ・終末治療の判断基準、目安を知りたい。

<終末期における選択肢について>

- ・そもそも終末期における選択肢にどのようなものがあるかわかると良い。
- ・どのようなプログラムがあるか、いくつかの選択肢があった方が良い。
- ・QOL（人生の質）を向上させる手段の選択肢を患者に示す。
- ・さまざまなケースを十分に考慮したプログラムを構成して頂きたい。
- ・医療やケアを一切受けない場合は、どのような選択肢があるのかも知りたい。
- ・どのような治療の選択肢があり、結果としての後遺症や、治療後の様子などが明確にわかるようなものにして欲しい。
- ・可能な選択肢をすべて列挙し、それぞれにどれくらいの費用がかかり、どれくらいの苦痛が伴い、どのような効果が得られるか、とにかく詳細にかつ簡潔に。
- ・患者の選択肢が増えるよう、あらゆる選択肢とそのメリット、デメリットがわかるような内容にして欲しい。
- ・幾つかの例が示されていて、その中から選択できるようにするのが良い。
- ・自分が今後どうなっていくのか、そしてどういう選択肢が残っているのかを分かりやすく示して欲しい。
- ・終末期を宣言される前に準備することから始めて、終末期を迎える時の選択肢を載せるとよい。

- ・無理な延命治療はしないことも選択肢に入れておくこと。

< 終末期に受ける苦痛、緩和ケアについて >

- ・緩和ケアなどの知識がないので全般的な話を知りたい。
- ・苦痛を取り除くプログラムを盛り込んでほしい。
- ・どのような病気であれ、一番苦しまず楽な死にかたが出来る方法について、法律で許される範囲の方法論など。
- ・ホスピスのような緩和ケアできる施設を自分で選べるように特徴など具体的に記載してほしい。
- ・医療に伴う痛みや不安の緩和の方に重点を置いてほしい。
- ・治療より痛みや不安の緩和の方に重点を置いてほしい。
- ・延命治療を望まない場合でも緩和ケアを望む人が多いので、緩和ケアについてしっかり盛り込んでほしい。
- ・終末期にかぎらず、緩和ケアの意義や可能性について広く知らせてほしい。

< 終末期の事例について >

- ・具体的な事例を挙げて説得力のある理想的なプログラムを提示してほしい。
- ・パターン分けして例示するなど、とにかく解りやすく。
- ・一般的な終末期医療の詳細と多数の具体的な事例。
- ・看取った経験者の話。
- ・具体的な事例をもとに、あり得る可能性の事例を教えてほしい。
- ・実際に、終末期を迎えられた人がどのような最期をおくられたか、具体例を示してほしい。
- ・終末期に体と心がどのようになるのかケース別の事例が欲しい。

< 延命治療について（メリット、デメリットなど） >

- ・延命治療と通常の治療の違い。
- ・どんな治療が「延命のための治療」に該当するか、わかりやすく説明してほしい。
- ・延命治療、ケアのメリット、デメリットに対するの真摯な説明。
- ・何が延命処置なのかを明確化する。まだ意識がある中での治療の考え方が難しい。

< 終末期、尊厳死、安楽死の定義について >

- ・尊厳死、安楽死についての定義。
- ・「終末期」の定義をはっきりさせてほしい。
- ・どのような症状から終末期と呼ぶのか。
- ・終末期における医療がどのような内容か。

< 相談窓口について >

- ・具体的な相談先。
- ・自宅療養時などに関する相談窓口。
- ・相談等、サポート状況を具体的に。
- ・単身者や身近に親族がいない場合の相談先。
- ・直接相談できる窓口があればその場所や連絡先など。

< 終末期の迎え方について >

- ・今後の心構え。
- ・最期の迎え方。
- ・残りの人生の過ごし方。やっておいた方がよいこと。
- ・死にむかって穏やかな気持ちでいられるようなプログラム。
- ・死を迎えるにあたっての心構えや何をすべきかのプログラム。
- ・自宅で受けられる医療について盛り込んでほしい。
- ・自宅療養の可能性について。等

イ．終末期医療の意思表示の望ましい方法

終末期医療の意思表示の望ましい方法は、「文書で残す」が最も多く、次いで「準備された様式に記入する」「カード化して携帯する」「チェック方式で意思表示をする」「面談や話し合いを行う」「本人の意思が尊重された意思表示とする」「エンディングノートや、遺書のような文書を準備する」「簡単に意思表示ができる」「インターネット上で登録できる」「意思表示を録音、映像で残す」「意思表示を管理してもらう」「ある年齢に達した場合、意思表示を必須とする」となっていた。

一部抜粋

<文書で残す>

- ・直筆の書面で残す。
- ・前もって書面で残しておく。正式に認められるような書類でなくても、本人の意思だと分かるものなら認めてくれる寛容さが欲しい。
- ・医師等（専門家）による聞き取りに基づく書面（定型化されており、法的効力を有するもの。）
- ・医療機関において書面を用意して、誤解のないよう理解を得た上で治療前に記入する。
- ・家族と良く相談した上で、書面で残しておく。
- ・カーボン式の紙に、終末期の医療意思について書き記し、医療機関及び家族などの介護人、第三者機関にそれぞれ渡し保管する。感情論が大きいのので、言った、言わないなど、トラブル回避のため。
- ・市の施設や役所などに意志表明できる用紙をおき、自分で記入して自宅保管できるようにする。
- ・自筆のサインがある文書なら公的な認証がなくても効力のあるものとする。

<準備された様式に記入する>

- ・書式が出来ていて、そこに箇条書きで書き込んでいけるような、書面タイプのものが多い。
- ・国や地方自治体、医療機関などが用意した意思表示用の用紙に記入する。
- ・インターネットで作成する方法。手軽に書き換えることの出来るような方法がいい。印刷して自筆の署名も入れられるような書式で。
- ・分かりやすいテンプレートを用意して、必要事項を記入すればいいようなもの。誰にでも用意できるもので、本人自書でなくてもいいようなもの。自分の手で文字が書ける人ばかりではないと思うから。
- ・項目が箇条書きで記されている書式（参考・推奨として国や県が発する）があればなおよい。
- ・基本的な書式のようなものがあり、どんな事を決めておけば良いかが分かりやすいといい。医療機関等で用意するように薦め、作成の相談に乗ってくれるといい。
- ・雛形があった方が書きやすい。自分に合った雛形を検索しやすいようにしてほしい。例えば、Q&A形式で、5問くらい選択すると、「あなたにはこの書式が相応しいかもしれません」といった形で、例示されるとか。
- ・千葉県でわかりやすい書式を作成し、役所に置き、相談もそこで自由に行える。
- ・法的に有効な書式を決める。
- ・公的に認証される様式。
- ・条件毎にフローチャート式に判断できる様式。
- ・状況の変化に対応できるような記載ができる様式。
- ・一般的なもの、疾患病態別など複数のフォーマットがあるとよいのではないかと思う。
- ・本人と家族、医療機関が同じ見方が出来る（誰が見ても）様式が望ましい。

<カード化して携帯する>

- ・お薬手帳や保険証に添付もしくはICカード化して書き込んでおく。
- ・かかりつけ医のカルテ、健康保険証の裏面に表記する欄を設けて欲しい。
- ・住民登録とともに記録する。
- ・臓器移植カードと一体。
- ・ドナーカードのような、簡単に記入でき、法的な根拠があり、携帯しやすいもの。
- ・IDカードなどに登録。
- ・小さく持ち運べるカードのようなものが良い。ネットなどでその内容について確認、更新出来ると良い。
- ・常に携帯しておけるような形式（免許証など）に記載できること、家族の同意署名欄。

<チェック方式で意思表示をする>

- ・×で意思表示が出来るような様式のものがあるとよい。
- ・チェックシートみたいなもので余白に自分で書き込むスペースがあれば良い。
- ・簡単に誰でも記入できるように、文章が予め作成されており、穴埋め式に自分の選択を記入する。または、いくつかの中から選択できるような形式。
- ・具体的な質問内容を数多く設定してもらい「はい・いいえ」で意思表示できるようにする。
- ・終末期でも簡単に意志を表明できるよう、チェック方式など簡単なものがよい。医師・家族と相談できる環境で作成。

- ・選択肢があまりに細分化されるとわかりにくいので、大きな設問についてはあまり多くの選択肢はほらない。医療は日進月歩なので詳細は時々において決めれば良い。
- ・普通のアンケート形式で箇条書きにされた内容と、「して欲しい」、「して欲しくない」を5段階で選択させる。
- ・年齢や時期によって気持は変わるので、いつでもすぐ書き換えられるような物が良いと思う。細かい内容をチェック方式で必ず日付が入る形の物が良いと思う。

< 面談や話し合いを行う >

- ・家族・担当医に口頭で伝える。
- ・家族と信頼できる医師と話し合う。
- ・家族に伝えておく。
- ・会話が可能なら口頭でよいが、意識レベルなどにより会話できない場合には、リビング・ウィルが有効だと思う。
- ・口頭・記述共に効力を有する方法で、家族・担当医を含む確認署名が残せる形。
- ・口頭での意思表示を複数の医療関係者と家族が聞く。
- ・状況によって変わるので家族の意見と相談の上決定したい。
- ・担当医と家族立会いのもとで相談しながら決めたい。
- ・普段から家族に話していればよいと思う。
- ・本人の口頭による意思表示を尊重してほしい。

< 本人の意思が尊重された意思表示とする >

- ・自分の意識のあるうちに意思決定をすることが望ましい。
- ・すべての人が意思表示の登録を義務づける制度。
- ・意思表示が無ければ延命行為はできないようにしてほしい。延命行為をしてほしい人が意思表示をするようにすればいいと思う。
- ・意思表示に関し、年1回の登録変更が公的に可能であれば良い。
- ・事前に本人が意思表示をする体制をとる。本人が意思表示していなかった場合は、家族の意思を尊重する。
- ・自分が指定した人に、すべての権限が与えられること。

< エンディングノートや、遺書のような文書を準備する >

- ・遺書と同等レベルの公式文書として扱ってほしい。
- ・エンディングノートへの記入。
- ・臓器移植カードや遺言書のように、リビングウィルについても効力のある定型的な様式を明示してほしい。
- ・役場の窓口や病院の受付にエンディングノートのような書き込みのできる手帳のようなものを置いて配布できるようにする。

< 簡単に意思表示ができる >

- ・あまり難しくない方法。誰もが作成できるレベル。
- ・記入しやすく、理解しやすい。他人に誤解を与えない言葉遣い。
- ・極めて簡単に表現できる方法を望む。
- ・長文ではなく、簡潔に分かりやすく。見やすい内容。

< インターネット上で登録できる >

- ・インターネット上の認証先サイトに登録。希望内容や想定期間等、書き換えがしやすい。文書紛失の心配もない。
- ・県民データベースにインターネット経由で保存できて、閲覧できる家族を指定されている事。

< 意思表示を録音、映像で残す >

- ・映像で残すことが良いように思う。
- ・音声録音。

< 意思表示を管理してもらう >

- ・行政で管理した方が良い。
- ・第三者機関が保管してくれる。
- ・公的な様式があり、公的機関で管理してもらえると安心。
- ・カードなどで、意思の存在を明らかにし、その意思の詳細は管理された機関で保管するなど。(公正証書遺言みたいな形だが、費用はあまりかからないものが望ましい)
- ・公的機関で毎年、意思表示をアンケート方式で聞き、そこで保管してほしい。

< ある年齢に達した場合、意思表示を必須とする >

- ・定期的(5年おきとか)に健康診断のような機会に確認し、その結果を健康保険システムのデータの中に盛り込み必要な場合にカルテに表示される、もしくは個人的には保険証に何かマークで一目瞭然で医療機関が確認できるようにするのがよいと思う。
- ・ある年齢に達した場合、自分の意思を表明する仕組みが必要。 等

ウ．終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会参加希望の有無

終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会は、「わからない」が50.2%と最も多く、次いで「参加したくない」が25.1%、「参加したい」が24.7%となっている。

図表73 終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会参加希望の有無

	全体	
	N	%
参加したい	2504	24.7
参加したくない	2542	25.1
わからない	5080	50.2
全体	10126	100.0

図表74 終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会参加希望の有無【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
参加したい	1238	21.5	334	15.1	323	17.9	400	32.2	181	35.7
参加したくない	1716	29.7	685	30.9	544	30.2	341	27.4	146	28.8
わからない	2817	48.8	1199	54.1	935	51.9	503	40.4	180	35.5
全体	5771	100.0	2218	100.0	1802	100.0	1244	100.0	507	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
参加したい	1266	29.1	543	24.1	442	32.2	228	37.0	53	48.2
参加したくない	826	19.0	458	20.3	236	17.2	117	19.0	15	13.6
わからない	2263	52.0	1253	55.6	696	50.7	272	44.1	42	38.2
全体	4355	100.0	2254	100.0	1374	100.0	617	100.0	110	100.0

研修会等の希望する内容は、「終末期を過ごすことができる施設等の情報」が75.5%と最も多く、次いで「終末期にすべきこと、やっておかねばいけないことの例」が73.7%、「自宅で終末期を過ごした事例」が65.9%となっている。

図表75 研修会等の希望する内容（複数回答）（終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会参加希望“有”）

	全体	
	N	%
医師からの終末期の症状・状態に関する研修	1578	63.0
終末期を過ごすことができる施設等の情報	1891	75.5
自宅で終末期を過ごした事例	1649	65.9
医療機関で終末期を過ごした事例	1459	58.3
家族による看取りの体験談	1106	44.2
終末期にすべきこと、やっておかねばいけないことの例	1845	73.7
その他	53	2.1
全体	2504	100.0

「家族による看取りの体験談」は、年代が上がるとともに、減少する傾向がみられる。

図表76 研修会等の希望する内容（複数回答）【年代別】

	男性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
医師からの終末期の症状・状態に関する研修	794	64.1	220	65.9	204	63.2	259	64.8	111	61.3
終末期を過ごすことができる施設等の情報	881	71.2	240	71.9	224	69.4	286	71.5	131	72.4
自宅で終末期を過ごした事例	814	65.8	217	65.0	213	65.9	263	65.8	121	66.9
医療機関で終末期を過ごした事例	716	57.8	180	53.9	181	56.0	249	62.3	106	58.6
家族による看取りの体験談	517	41.8	150	44.9	135	41.8	163	40.8	69	38.1
終末期にすべきこと、やっておかねばいけないことの例	834	67.4	216	64.7	210	65.0	291	72.8	117	64.6
その他	29	2.3	7	2.1	10	3.1	5	1.3	7	3.9
全体	1238	100.0	334	100.0	323	100.0	400	100.0	181	100.0
	女性									
	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
医師からの終末期の症状・状態に関する研修	784	61.9	348	64.1	263	59.5	136	59.6	37	69.8
終末期を過ごすことができる施設等の情報	1010	79.8	427	78.6	356	80.5	185	81.1	42	79.2
自宅で終末期を過ごした事例	835	66.0	368	67.8	281	63.6	151	66.2	35	66.0
医療機関で終末期を過ごした事例	743	58.7	336	61.9	254	57.5	122	53.5	31	58.5
家族による看取りの体験談	589	46.5	268	49.4	206	46.6	91	39.9	24	45.3
終末期にすべきこと、やっておかねばいけないことの例	1011	79.9	437	80.5	358	81.0	174	76.3	42	79.2
その他	24	1.9	13	2.4	7	1.6	3	1.3	1	1.9
全体	1266	100.0	543	100.0	442	100.0	228	100.0	53	100.0

図表77 研修会等の希望する内容（複数回答）【家族との死別経験別】

	全体		経験した		経験をしていない	
	N	%	N	%	N	%
医師からの終末期の症状・状態に関する研修	1578	63.0	874	62.9	704	63.1
終末期を過ごすことができる施設等の情報	1891	75.5	1060	76.3	831	74.5
自宅で終末期を過ごした事例	1649	65.9	906	65.2	743	66.6
医療機関で終末期を過ごした事例	1459	58.3	795	57.2	664	59.6
家族による看取りの体験談	1106	44.2	595	42.8	511	45.8
終末期にすべきこと、やっておかねばいけないことの例	1845	73.7	1032	74.3	813	72.9
その他	53	2.1	34	2.4	19	1.7
全体	2504	100.0	1389	100.0	1115	100.0

研修会等の希望する内容（自由回答）

一部抜粋

- ・金銭面を具体的に知りたい。
- ・尊厳死について。
- ・遺言等の書き方。
- ・終末期以前にしておくべきことの例。
- ・年代別に用意・考えておくべきこと。
- ・家族がいない場合の情報。
- ・1人暮らしで頼れる人がなく、体が辛くなって思うように行動できない時のサポートについて。
- ・心の整え方（宗教人や心理療法家の話）
- ・質疑応答を行う。
- ・参加できなかった人も理解できるように、できれば、研修会終了後はその内容をネットで公開してほしい。 等

エ．終末期を安心して迎えるために県に望むこと（自由回答）

一部抜粋

- ・自宅でも医療機関でも、できるだけ本人が希望する場所で最期を迎えられるサポート体制を作ること。
- ・介護負担の軽減。
- ・最後にゆったりと暮らせる場所の提供。
- ・終末期を安心して過ごせる施設の充実。
- ・施設設備の充実。
- ・ホスピスの充実。
- ・担当スタッフの確保。
- ・かかりつけ医や往診できる医師の数を増やしてほしい。
- ・死ぬまで居られる医療機関と経済的支援（低所得者）
- ・家族に対する精神的、経済的補助。
- ・医療費の補助。
- ・訪問診療の充実。
- ・相談窓口の設置。
- ・1人暮らしの終末期ケア。
- ・孤独死を防ぐ見守り。
- ・情報提供。
- ・準備の方法などをPRしてほしい。
- ・セミナーの随時開催。
- ・終末医療についての案内、とくに自宅で最後を迎えるケースについての講演会などをやってほしい。
- ・終末期について、今まで具体的に考えたことがなかったが、よい取り組みだと思う。明るく宣伝してほしい。 等

5 . 終末期医療に関する医療職意見収集・啓発ポイントの洗い出し

(1) 医療機関 (在宅療養支援病院・診療所) 向けアンケート調査

本調査の集計に当たっては、病院票、診療所票および訪問看護ステーション票の調査票別に区分し、集計を行った。

回収した調査票のうち、これらの区分で分析に使用した調査票数は以下のとおり。

図表 78 有効回収調査票

調査票種別	有効回収数	有効回収率
病院票	111	41.3%
診療所票	279	40.1%
訪問看護ステーション票	123	55.6%

医療機関の属性

ア．所在地

所在地は、以下の通り。

図表79 所在地（医療圏別）

	病院		診療所						訪問看護 ステーション	
			在宅療養支援 診療所届出あり		在宅療養支援 診療所届出なし					
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
合計	111	100.0	279	100.0	148	100.0	126	100.0	123	100.0
千葉	21	18.9	45	16.1	21	14.2	22	17.5	21	17.1
東葛南部	21	18.9	77	27.6	48	32.4	28	22.2	31	25.2
東葛北部	18	16.2	49	17.6	33	22.3	15	11.9	25	20.3
印旛	10	9.0	26	9.3	11	7.4	15	11.9	9	7.3
香取海匝	8	7.2	14	5.0	7	4.7	7	5.6	10	8.1
山武長生夷隅	10	9.0	33	11.8	12	8.1	21	16.7	6	4.9
安房	6	5.4	15	5.4	8	5.4	7	5.6	11	8.9
君津	12	10.8	7	2.5	3	2.0	3	2.4	3	2.4
市原	1	0.9	11	3.9	5	3.4	6	4.8	7	5.7
無回答	4	3.6	2	0.7	0	-	2	1.6	0	-

イ．開設主体

開設主体は、以下の通り。

図表80 開設主体（病院票・診療所票）

	件数	公立	公益人・ 社会福祉	その他公的	医療法人	個人	無回答
病院	111	16 14.4%	9 8.1%	11 9.9%	64 57.7%	7 6.3%	4 3.6%
診療所	279	2 0.7%	2 0.7%	-	162 58.1%	109 39.1%	4 1.4%
在宅療養支援診療所届出あり	148	-	1 0.7%	-	98 66.2%	48 32.4%	1 0.7%
在宅療養支援診療所届出なし	126	2 1.6%	1 0.8%	-	63 50.0%	58 46.0%	2 1.6%

図表81 開設主体（訪問看護ステーション票）

	件数	社会福祉法人	医療法人	社団・財団法人	営利法人	NPO法人	生活協同組合	その他法人	市区町村	その他	無回答
合計	123	4 3.3%	58 47.2%	5 4.1%	30 24.4%	4 3.3%	-	4 3.3%	10 8.1%	6 4.9%	2 1.6%

ウ．有床/無床の区分〔診療所〕

有床/無床の区分は、有床診療所は 6.8%、無床診療所は 93.2%となっている。

図表82 有床/無床の区分（診療所票）

	件数	有床診療所	無床診療所
合計	279	19 6.8%	260 93.2%
在宅療養支援診療所届出あり	148	11 7.4%	137 92.6%
在宅療養支援診療所届出なし	126	8 6.3%	118 93.7%

エ．在宅療養支援病院届出、在宅療養支援診療所届出の有無〔病院・診療所〕

在宅療養支援病院の届出ありは、病院は 16.2%、診療所は 53.0%となっている。

図表83 在宅療養支援病院、在宅療養支援診療所の届出の有無（病院票・診療所票）

	件数	在宅療養支援病院 在院届出あり	在宅療養支援病院 在院届出なし	無回答
病院	111	18 16.2%	77 69.4%	16 14.4%

	件数	在宅療養支援診療所 在宅療養支援あり	在宅療養支援診療所 在宅療養支援なし	無回答
診療所	279	148 53.0%	126 45.2%	5 1.8%

オ．地域医療連携室設置の有無〔病院〕

病院では、地域医療連携室「あり」が55.0%となっている。

図表84 地域医療連携室設置の有無（病院票）

	件数	地 域 医 療 連 携 室 あ り	地 域 医 療 連 携 室 な し	無 回 答
合 計	111	61 55.0%	41 36.9%	9 8.1%

カ．併設訪問看護ステーションの有無〔病院・診療所〕

併設訪問看護ステーション「あり」は、病院が27.9%、診療所は8.2%となっている。

図表85 併設訪問看護ステーションの有無（病院票・診療所票）

	件数	併 設 あ り ス テ ー シ ヨ	併 設 な し ス テ ー シ ヨ	無 回 答
病院	111	31 27.9%	74 66.7%	6 5.4%

	件数	併 設 あ り ス テ ー シ ヨ	併 設 な し ス テ ー シ ヨ	無 回 答
診療所	279	23 8.2%	255 91.4%	1 0.4%

キ．病床数〔病院・診療所〕

病床数平均は、病院は一般病床 147.79 床、療養病床 33.64 床、診療所は 16.06 床となっている。

図表86 病床数（病院票）

	件数	0床	1 } 5 0床未満	5未 } 0 } 1 0床	1床 } 0 } 2 0床	2 0 0床以上	無回答	平(単 均位 :床 値)	標(単 準位 :床 差)
一般病棟	111	21 18.9%	18 16.2%	24 21.6%	17 15.3%	27 24.3%	4 3.6%	147.79	182.55
療養病床	111	66 59.5%	13 11.7%	16 14.4%	8 7.2%	4 3.6%	4 3.6%	33.64	56.68
その他	111	84 75.7%	9 8.1%	5 4.5%	3 2.7%	6 5.4%	4 3.6%	28.13	80.93

図表87 病床数（診療所票）

	件数	0床	1 } 1 0床未満	1 } 0 } 1 5床未満	1 } 5 } 2 0床未満	2 0床以上	無回答	平(単 均位 :床 値)	標(単 準位 :床 差)
合計	19	-	2 10.5%	3 15.8%	13 68.4%	-	1 5.3%	16.06	4.52
在宅療養支援診療所届出あり	11	-	1 9.1%	1 9.1%	9 81.8%	-	-	16.36	5.01
在宅療養支援診療所届出なし	8	-	1 12.5%	2 25.0%	4 50.0%	-	1 12.5%	15.57	3.54

ク．入院患者数〔病院・診療所〕

入院患者数は、病院の平均は 161.03 人、診療所は 10.67 人となっている。

図表88 入院患者数（病院票）

	件数	0人	1 } 5 0人未満	5 0 } 1 0 0人未満	1 0 } 2 0 0人未満	2 0 0人以上	無回答	平均（単位：人）	標準偏差（単位：人）
合計	111	-	24 21.6%	25 22.5%	29 26.1%	28 25.2%	5 4.5%	161.03	150.34

図表89 入院患者数（診療所票）

	件数	0人	1 } 1 0人未満	1 0 } 1 5 人未満	1 5 } 2 0 人未満	2 0 人以上	無回答	平均（単位：人）	標準偏差（単位：人）
合計	19	3 15.8%	2 10.5%	7 36.8%	6 31.6%	-	1 5.3%	10.67	6.57
在宅療養支援診療所届出あり	11	2 18.2%	1 9.1%	2 18.2%	6 54.5%	-	-	12.09	7.12
在宅療養支援診療所届出なし	8	1 12.5%	1 12.5%	5 62.5%	-	-	1 12.5%	8.43	4.84

ケ．病院の特性〔病院〕

病院の特性は、「急性期医療への対応が主」が 55.0%と最も多く、次いで、「慢性期医療・在宅医療への対応が主」が 42.3%となっている。

図表90 病院の特性（病院票）

	件数	急性期が医療への対応	慢性期医療への対応	その他	無回答
合計	111	61 55.0%	47 42.3%	11 9.9%	2 1.8%

コ．併設または隣接している医療機関〔訪問看護ステーション〕

併設または隣接している医療機関は、「医療機関・老人保健施設は併設していない」が 39.8%と最も多く、次いで「病院併設」が 32.5%、「老人保健施設併設」が 18.7%、「無床診療所併設」が 14.6%となっている。

図表91 併設または隣接している医療機関（訪問看護ステーション票）（複数回答）

	件数	病院併設	有床診療所併設	無床診療所併設	老人保健施設併設	医療機関・老人保健施設は併設していない	無回答
合計	123	40 32.5%	9 7.3%	18 14.6%	23 18.7%	49 39.8%	6 4.9%

サ．利用者数及び延べ訪問回数〔訪問看護ステーション〕

利用者数及び延べ訪問回数は、以下の通り。

図表92 利用者数（訪問看護ステーション票）

	件数	0人	1～20人未満	20～30人未満	30～50人未満	50～70人未満	70～100人未満	100人以上	無回答	平均の分母	(単位：人) 実数合計	(単位：人) 平均値	(単位：人) 標準偏差	(単位：人) 最大値	(単位：人) 最小値
介護保険	123	4 3.3%	19 15.4%	18 14.6%	28 22.8%	31 25.2%	10 8.1%	5 4.1%	8 6.5%	115	5052	43.93	33.59	265	0
医療保険	123	7 5.7%	15 12.2%	27 22.0%	22 17.9%	13 10.6%	15 12.2%	16 13.0%	8 6.5%	115	1892	16.45	17.43	96	0
その他	123	103 83.7%	6 4.9%	2 1.6%	-	1 0.8%	-	3 2.4%	8 6.5%	115	139	1.21	8.03	81	0

図表93 延べ訪問回数（訪問看護ステーション票）

	件数	0回	1～100回未満	100～150回未満	150～200回未満	200～250回未満	250～300回未満	300回以上	無回答	平均の分母	(単位：回) 実数合計	(単位：回) 平均値	(単位：回) 標準偏差	(単位：回) 最大値	(単位：回) 最小値
介護保険	123	4 3.3%	16 13.0%	21 17.1%	16 13.0%	20 16.3%	7 5.7%	31 25.2%	8 6.5%	115	26877	233.71	205.28	1405	0
医療保険	123	7 5.7%	9 7.3%	25 20.3%	26 21.1%	16 13.0%	11 8.9%	20 16.3%	9 7.3%	114	12446	109.18	102.89	494	0
その他	123	101 82.1%	4 3.3%	5 4.1%	-	1 0.8%	1 0.8%	3 2.4%	8 6.5%	115	1007	8.76	52.43	500	0

シ．ステーションの得意とする分野〔訪問看護ステーション〕

ステーションの得意とする分野は、「要介護高齢者」が 65.9%と最も高く、次いで、「がん末期」が 42.3%、「神経難病」が 34.1%となっている。

図表94 ステーションの得意とする分野（訪問看護ステーション票）(複数回答)

	件数	要介護高齢者	要支援高齢者	がん末期	がん以外の末期	精神疾患	神経難病	小児	リハビリテーション	認知症	その他	利用者を受けたくない(広)	無回答
合計	123	81 65.9%	39 31.7%	52 42.3%	40 32.5%	13 10.6%	42 34.1%	12 9.8%	39 31.7%	29 23.6%	-	22 17.9%	1 0.8%

ス．職員数〔訪問看護ステーション〕

訪問看護ステーションの職員数(常勤換算職員数)は、平均 3.93 人となっている。

図表95 職員数（訪問看護ステーション票）

	件数	1 人未満	2 人未満	3 人未満	4 人未満	5 人以上	無回答	平均 (単位：人)	標準偏差 (単位：人)
合計	123	1 0.8%	31 25.2%	33 26.8%	29 23.6%	26 21.1%	3 2.4%	3.93	1.44

セ．看取りへの対応

看取りへの対応は、病院では「院内で看取りを行っている」が 78.4%と最も多く、診療所では「看取りを実施している」が 74.6%、訪問看護ステーションでは「看取りを実施している」が 87.8%となっている。

図表96 看取りへの対応

	件数	院内で看取りを行っている	地域での医療機関に つなげられている	その他	無回答
病院	111	87 78.4%	8 7.2%	11 9.9%	5 4.5%

	件数	看取りを実施している	看取りは実施していない	無回答
診療所	279	208 74.6%	68 24.4%	3 1.1%
訪問看護ステーション	123	108 87.8%	14 11.4%	1 0.8%

診療所で看取りを実施している場合、看取りを行った場所は、「在宅」が 94.7%、「院内」が 6.7%となっている。

図表97 診療所における看取りを行った場所（看取りを実施している）

	件数	在宅	院内	無回答
診療所	208	197 94.7%	14 6.7%	9 4.3%

終末期医療に対する現状について

ア．終末期の患者への対応について、日頃問題だと思っていること、感じていること

(ア) 医療・介護資源に関すること

医療・介護資源に関することは、病院では「最期を迎えるために病院に送られてくる患者が多い」病院に入院させれば安心と考えている医療機関・介護事業所が多い」がいずれも 54.1%と最も多く、次いで「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が 48.6%となっている。

診療所では「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が 49.5%と最も多く、次いで「病院が最期を迎えるための入院を受け入れてくれない」が 25.4%となっている。

訪問看護ステーションでは「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が 43.9%と最も多く、次いで「病院が最期を迎えるための入院を受け入れてくれない」が 26.8%となっている。

図表98 医療・介護資源に関すること（複数回答）

	件数	地域でできる在宅看取りが	地域で在宅看取りが	病院が最期を迎えるために患者	病院と介護事業所が医療多安機	その他	無回答
病院	111	24 21.6%	54 48.6%	60 54.1%	60 54.1%	15 13.5%	9 8.1%
	件数	地域でできる在宅看取りが	病院が最期を迎えるために患者	連携できる訪問看	その他	無回答	
診療所	279	138 49.5%	71 25.4%	30 10.8%	34 12.2%	64 22.9%	
	件数	地域でできる在宅看取りが	病院が最期を迎えるために患者	連携できないか	その他	無回答	
訪問看護ステーション	123	54 43.9%	33 26.8%	25 20.3%	26 21.1%	28 22.8%	

病院のうち、「在宅療養支援病院届出なし」の病院は「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が51.9%と最も多く、「在宅療養支援病院届出あり」の病院は「最期を迎えられるために病院に送られてくる患者が多い」が77.8%と最も多い。

図表99 医療・介護資源に関すること（複数回答）【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	地域でまよくなる引継ぎにつくこと	地域で体制が整っていない	最期に迎えられてくれるために患者	病院に入院させれば安機	心と介護事業所が多機	その他	無回答
合計	111	24 21.6%	54 48.6%	60 54.1%	60 54.1%	15 13.5%	9 8.1%	
在宅療養支援病院届出あり	18	4 22.2%	8 44.4%	14 77.8%	11 61.1%	3 16.7%	-	
在宅療養支援病院届出なし	77	14 18.2%	40 51.9%	38 49.4%	39 50.6%	12 15.6%	6 7.8%	
無回答	16	6 37.5%	6 37.5%	8 50.0%	10 62.5%	-	3 18.8%	

病院のうち、「急性期医療への対応が主」の病院は「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が60.7%と最も多く、「慢性期医療・在宅医療への対応が主」の病院は「最期を迎えられるために病院に送られてくる患者が多い」が66.0%と最も多い。

図表100 医療・介護資源に関すること（複数回答）【病院：病院の特性別】

	件数	地域でまよくなる引継ぎにつくこと	地域で体制が整っていない	最期に迎えられてくれるために患者	病院に入院させれば安機	心と介護事業所が多機	その他	無回答
合計	111	24 21.6%	54 48.6%	60 54.1%	60 54.1%	15 13.5%	9 8.1%	
急性期医療への対応が主	61	18 29.5%	37 60.7%	33 54.1%	35 57.4%	8 13.1%	3 4.9%	
慢性期医療・在宅医療への対応が主	47	6 12.8%	20 42.6%	31 66.0%	28 59.6%	6 12.8%	2 4.3%	
その他	11	1 9.1%	3 27.3%	2 18.2%	3 27.3%	3 27.3%	3 27.3%	
無回答	2	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	

病院のうち、看取りを「院内では行わず、地域の医療機関につなげている」病院は「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が87.5%と最も多く、「院内で看取りを行っている」病院は「最期を迎えられるために病院に送られてくる患者が多い」が59.8%と最も多い。

図表101 医療・介護資源に関すること（複数回答）【病院：看取りへの対応別】

	件数	地域で在宅看取りが できない引き継ぎと が	地域の体制が整って いない	最期を迎えられて いる患者	院内で看取りを行 っている	病心関 院と介 入に考 え入れ させら れれば 安機い	その他	無回答
合計	111	24 21.6%	54 48.6%	60 54.1%	60 54.1%	15 13.5%	9 8.1%	
院内で看取りを行っている	87	17 19.5%	43 49.4%	52 59.8%	49 56.3%	10 11.5%	5 5.7%	
院内では行わず、地域の医療機関につなげている	8	3 37.5%	7 87.5%	1 12.5%	2 25.0%	-	1 12.5%	
その他	11	2 18.2%	3 27.3%	4 36.4%	6 54.5%	3 27.3%	1 9.1%	
無回答	5	2 40.0%	1 20.0%	3 60.0%	3 60.0%	2 40.0%	2 40.0%	

図表102 医療・介護資源に関すること（複数回答）【診療所：在宅療養支援診療所届出の有無別】

	件数	地域で在宅看取りが できない	病院内で最期を迎 えられている患者	連携がとれている 訪問看護	その他	無回答
合計	279	138 49.5%	71 25.4%	30 10.8%	34 12.2%	64 22.9%
在宅療養支援診療所届出あり	148	66 44.6%	34 23.0%	14 9.5%	20 13.5%	39 26.4%
在宅療養支援診療所届出なし	126	69 54.8%	35 27.8%	16 12.7%	12 9.5%	25 19.8%
無回答	5	3 60.0%	2 40.0%	-	2 40.0%	-

図表103 医療・介護資源に関すること（複数回答）【診療所：看取りへの対応別】

	件数	地域で在宅看取りが できない	病院内で最期を迎 えられている患者	連携がとれている 訪問看護	その他	無回答
合計	279	138 49.5%	71 25.4%	30 10.8%	34 12.2%	64 22.9%
看取りを実施している	208	95 45.7%	53 25.5%	15 7.2%	30 14.4%	54 26.0%
看取りは実施していない	68	42 61.8%	17 25.0%	13 19.1%	4 5.9%	10 14.7%
無回答	3	1 33.3%	1 33.3%	2 66.7%	-	-

図表104 医療・介護資源に関すること（複数回答）【訪問看護ステーション：看取りへの対応別】

	件数	地域で在宅看取りが難しい	病院が最も受け入れられない	けん入るため入院を要しない	連携でできるか	その他	無回答
合計	123	54 43.9%	33 26.8%	25 20.3%	26 21.1%	28 22.8%	
看取りを実施している	108	45 41.7%	28 25.9%	17 15.7%	26 24.1%	25 23.1%	
看取りは実施していない	14	9 64.3%	4 28.6%	8 57.1%	-	3 21.4%	
無回答	1	-	1 100.0%	-	-	-	

(イ) 患者に関すること

患者に関することは、「医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い」が 59.3%と最も多く、次いで「医療機関でできることとできないことを理解してもらうことが困難」が 37.8%、「患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い」が 37.6%となっている。病院については、「患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い」が 56.8%で 2 番目に多い。

図表105 患者に関すること（複数回答）

	件数	患者本人に、自身の状況に対する理解力がない								
合計	513	193 37.6%	169 32.9%	143 27.9%	154 30.0%	194 37.8%	304 59.3%	50 9.7%	43 8.4%	
病院	111	63 56.8%	59 53.2%	31 27.9%	33 29.7%	56 50.5%	76 68.5%	11 9.9%	6 5.4%	
診療所	279	89 31.9%	68 24.4%	65 23.3%	83 29.7%	111 39.8%	149 53.4%	24 8.6%	23 8.2%	
訪問看護ステーション	123	41 33.3%	42 34.1%	47 38.2%	38 30.9%	27 22.0%	79 64.2%	15 12.2%	14 11.4%	

病院のうち、「在宅療養支援病院届出あり」の病院は「医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い」「患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い」割合が高い。

図表106 患者に関すること（複数回答）【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	患者本人に、自身の状況に対する理解力がない								
合計	111	63 56.8%	59 53.2%	31 27.9%	33 29.7%	56 50.5%	76 68.5%	11 9.9%	6 5.4%	
在宅療養支援病院届出あり	18	13 72.2%	10 55.6%	6 33.3%	6 33.3%	9 50.0%	16 88.9%	1 5.6%	-	
在宅療養支援病院届出なし	77	40 51.9%	41 53.2%	19 24.7%	22 28.6%	40 51.9%	50 64.9%	10 13.0%	5 6.5%	
無回答	16	10 62.5%	8 50.0%	6 37.5%	5 31.3%	7 43.8%	10 62.5%	-	1 6.3%	

病院のうち、「急性期医療への対応が主」の病院は特に「医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い」割合が高い。

図表107 患者に関すること（複数回答）【病院：病院の特性別】

	件数	患者本人に、理解力がない状態	患者本人がどのようしない	患者と家族の意向が分	家族の意向がわか	医療機関でできることと	医療機関に入院する家族	その他	無回答
合計	111	63 56.8%	59 53.2%	31 27.9%	33 29.7%	56 50.5%	76 68.5%	11 9.9%	6 5.4%
急性期医療への対応が主	61	33 54.1%	32 52.5%	16 26.2%	17 27.9%	29 47.5%	49 80.3%	7 11.5%	3 4.9%
慢性期医療・在宅医療への対応が主	47	31 66.0%	28 59.6%	16 34.0%	16 34.0%	27 57.4%	32 68.1%	5 10.6%	-
その他	11	6 54.5%	5 45.5%	1 9.1%	1 9.1%	4 36.4%	4 36.4%	1 9.1%	2 18.2%
無回答	2	-	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	-	1 50.0%

病院のうち、「院内で看取りを行っている」病院は「医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い」「患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い」の割合が高く、「看取りを行っていない」病院は「患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い」「患者本人がどのような治療を実施してほしいかの判断ができない」割合が高い。

図表108 患者に関すること（複数回答）【病院：看取りへの対応別】

	件数	患者本人に、理解力がない状態	患者本人がどのようしない	患者と家族の意向が分	家族の意向がわか	医療機関でできることと	医療機関に入院する家族	その他	無回答
合計	111	63 56.8%	59 53.2%	31 27.9%	33 29.7%	56 50.5%	76 68.5%	11 9.9%	6 5.4%
院内で看取りを行っている	87	51 58.6%	46 52.9%	25 28.7%	27 31.0%	46 52.9%	61 70.1%	8 9.2%	3 3.4%
院内では行わず、地域の医療機関につなげている	8	5 62.5%	5 62.5%	1 12.5%	1 12.5%	3 37.5%	4 50.0%	-	-
その他	11	6 54.5%	6 54.5%	4 36.4%	4 36.4%	6 54.5%	8 72.7%	2 18.2%	1 9.1%
無回答	5	1 20.0%	2 40.0%	1 20.0%	1 20.0%	1 20.0%	3 60.0%	1 20.0%	2 40.0%

終末期の意思表示方法（リビングウィル等）や患者・家族への関与のあり方について
 ア．リビングウィル等の要否

リビングウィル等の要否は、「必要である」が 77.4%と最も多く、次いで「わからない」が 14.8%となっている。

図表112 リビングウィル等の要否

	件数	必要である	不要である	わからない	無回答
合計	513	397 77.4%	9 1.8%	76 14.8%	31 6.0%
病院	111	87 78.4%	2 1.8%	12 10.8%	10 9.0%
診療所	279	216 77.4%	7 2.5%	42 15.1%	14 5.0%
訪問看護ステーション	123	94 76.4%	-	22 17.9%	7 5.7%

図表113 リビングウィル等の要否【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	必要である	不要である	わからない	無回答
合計	111	87 78.4%	2 1.8%	12 10.8%	10 9.0%
在宅療養支援病院届出あり	18	16 88.9%	-	2 11.1%	-
在宅療養支援病院届出なし	77	58 75.3%	2 2.6%	9 11.7%	8 10.4%
無回答	16	13 81.3%	-	1 6.3%	2 12.5%

図表114 リビングウィル等の要否【病院：病院の特性別】

	件数	必要である	不要である	わからない	無回答
合計	111	87 78.4%	2 1.8%	12 10.8%	10 9.0%
急性期医療への対応が主	61	52 85.2%	1 1.6%	5 8.2%	3 4.9%
慢性期医療・在宅医療への対応が主	47	36 76.6%	1 2.1%	6 12.8%	4 8.5%
その他	11	6 54.5%	-	3 27.3%	2 18.2%
無回答	2	1 50.0%	-	-	1 50.0%

図表115 リビングウィル等の要否【病院：看取りへの対応別】

	件数	必要である	不要である	わからない	無回答
合計	111	87 78.4%	2 1.8%	12 10.8%	10 9.0%
院内で看取りを行っている	87	69 79.3%	2 2.3%	9 10.3%	7 8.0%
院内では行わず、地域の医療機関につなげている	8	7 87.5%	-	1 12.5%	-
その他	11	8 72.7%	-	2 18.2%	1 9.1%
無回答	5	3 60.0%	-	-	2 40.0%

図表116 リビングウィル等の要否【診療所：在宅療養支援診療所届出の有無別】

	件数	必要である	不要である	わからない	無回答
合計	279	216 77.4%	7 2.5%	42 15.1%	14 5.0%
在宅療養支援診療所届出あり	148	115 77.7%	4 2.7%	22 14.9%	7 4.7%
在宅療養支援診療所届出なし	126	97 77.0%	3 2.4%	20 15.9%	6 4.8%
無回答	5	4 80.0%	-	-	1 20.0%

図表117 リビングウィル等の要否【診療所：看取りへの対応別】

	件数	必要である	不要である	わからない	無回答
合計	279	216 77.4%	7 2.5%	42 15.1%	14 5.0%
看取りを実施している	208	165 79.3%	6 2.9%	28 13.5%	9 4.3%
看取りは実施していない	68	48 70.6%	1 1.5%	14 20.6%	5 7.4%
無回答	3	3 100.0%	-	-	-

イ．リビングウィル等について

リビングウィル等については、「リビングウィル等に対する患者・家族の認知度を高める必要がある」が 72.9%と最も多く、次いで「リビングウィル等の標準的な様式を定めてほしい」が 39.6%、「リビングウィル等に対する幅広く国民的議論を進めてほしい」が 34.9%となっている。

図表118 リビングウィル等について（複数回答）

	件数	リビングウィル等に対する患者・家族の認知度を高める必要があるに反対	リビングウィル等の幅広い国民的議論を進めてほしい	リビングウィル等の幅広い国民的議論を進めてほしい	リビングウィル等の幅広い国民的議論を進めてほしい	標準的な様式を定めてほしい	無回答
合計	513	374 72.9%	179 34.9%	130 25.3%	203 39.6%	52 10.1%	
病院	111	82 73.9%	50 45.0%	36 32.4%	45 40.5%	10 9.0%	
診療所	279	198 71.0%	89 31.9%	74 26.5%	105 37.6%	28 10.0%	
訪問看護ステーション	123	94 76.4%	40 32.5%	20 16.3%	53 43.1%	14 11.4%	

図表119 リビングウィル等について（複数回答）【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	リビングウィル等に対する患者・家族の認知度を高める必要があるに反対	リビングウィル等の幅広い国民的議論を進めてほしい	リビングウィル等の幅広い国民的議論を進めてほしい	リビングウィル等の幅広い国民的議論を進めてほしい	標準的な様式を定めてほしい	無回答
合計	111	82 73.9%	50 45.0%	36 32.4%	45 40.5%	10 9.0%	
在宅療養支援病院届出あり	18	14 77.8%	12 66.7%	4 22.2%	9 50.0%	1 5.6%	
在宅療養支援病院届出なし	77	55 71.4%	30 39.0%	28 36.4%	30 39.0%	6 7.8%	
無回答	16	13 81.3%	8 50.0%	4 25.0%	6 37.5%	3 18.8%	

図表120 リビングウィル等について（複数回答）【病院：病院の特性別】

	件数	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	無回答
合計	111	82 73.9%	50 45.0%	36 32.4%	45 40.5%	10 9.0%
急性期医療への対応が主	61	47 77.0%	36 59.0%	22 36.1%	29 47.5%	3 4.9%
慢性期医療・在宅医療への対応が主	47	33 70.2%	15 31.9%	15 31.9%	17 36.2%	5 10.6%
その他	11	8 72.7%	5 45.5%	3 27.3%	3 27.3%	2 18.2%
無回答	2	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%

図表121 リビングウィル等について（複数回答）【病院：看取りへの対応別】

	件数	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	リビングウィルを希望する患者・家族等が認知している	無回答
合計	111	82 73.9%	50 45.0%	36 32.4%	45 40.5%	10 9.0%
院内で看取りを行っている	87	62 71.3%	40 46.0%	28 32.2%	38 43.7%	6 6.9%
院内では行わず、地域の医療機関につなげている	8	7 87.5%	3 37.5%	3 37.5%	2 25.0%	1 12.5%
その他	11	10 90.9%	5 45.5%	4 36.4%	3 27.3%	1 9.1%
無回答	5	3 60.0%	2 40.0%	1 20.0%	2 40.0%	2 40.0%

図表122 リビングウィル等について（複数回答）【診療所：在宅療養支援診療所届出の有無別】

	件数	リビングウィルを希望する高齢者・家族等が対知	度を高める必要がある	リビングウィル等の議論	を進めてほしい	リビングウィル等の法を	効用があるといふ	制定してほしい	リビングウィル等を定める標	無回答
合計	279	198 71.0%	89 31.9%	74 26.5%	105 37.6%	28 10.0%				
在宅療養支援診療所届出あり	148	103 69.6%	44 29.7%	33 22.3%	55 37.2%	16 10.8%				
在宅療養支援診療所届出なし	126	91 72.2%	41 32.5%	38 30.2%	45 35.7%	12 9.5%				
無回答	5	4 80.0%	4 80.0%	3 60.0%	5 100.0%	-				

図表123 リビングウィル等について（複数回答）【診療所：看取りへの対応別】

	件数	リビングウィルを希望する高齢者・家族等が対知	度を高める必要がある	リビングウィル等の議論	を進めてほしい	リビングウィル等の法を	効用があるといふ	制定してほしい	リビングウィル等を定める標	無回答
合計	279	198 71.0%	89 31.9%	74 26.5%	105 37.6%	28 10.0%				
看取りを実施している	208	147 70.7%	66 31.7%	49 23.6%	80 38.5%	25 12.0%				
看取りは実施していない	68	49 72.1%	22 32.4%	25 36.8%	25 36.8%	3 4.4%				
無回答	3	2 66.7%	1 33.3%	-	-	-				

図表124 リビングウィル等について（複数回答）【訪問看護ステーション：看取りへの対応別】

	件数	リビングウィル等に関する家族等に対する認知	リビングウィル等の議論を幅広く行う必要性の認識	リビングウィル等の議論を促進する国策の議論	リビングウィル等の議論を促進する国策の議論	リビングウィル等の議論を促進する国策の議論	無回答
合計	123	94 76.4%	40 32.5%	20 16.3%	53 43.1%	14 11.4%	
看取りを実施している	108	81 75.0%	35 32.4%	17 15.7%	45 41.7%	13 12.0%	
看取りは実施していない	14	13 92.9%	5 35.7%	3 21.4%	7 50.0%	1 7.1%	
無回答	1	-	-	-	1 100.0%	-	

リビングウィル等についての意見（自由回答）

- ・健康時と病気をした時ではリビングウィルが異なっているのではないかと。
- ・いざという時に変わることがあり、やむをえないかもしれないが、対応する者はふりまわされることが多々ある。
- ・用語として「事前指示書」の方が日本人には分かりやすいのではないかと。リビングウィル等を用いて医療者と話し合うこと（アドバンスケアプランニング）の認知、議論が大切。
- ・日本人の死生観が確立されていない。
- ・リビングウィルが国民的に普及していないので、そちらが優先されるべき。
- ・80才以上の方の延命について等。人口呼吸器も含め（経管栄養、CVルート、点滴、本当に必要と本人が言えないままされている現状。早く意志が重視される様にしてほしい。）
- ・本人の判断能力が十分でないケースが多く、本人以外が記入したりする内容等の検討をして欲しい。
- ・医療機関が終末期への理解をもたないとうまくいかない。
- ・最期まで生きようとするのが人間で、それを決めるのは寿命のみと思う。
- ・意思表示に対応してくれる医療機関を知らない（知らされていない）、十分な周知徹底ができていない。
- ・法律の制定が一番大切。
- ・何でも文書にすればよいということではない。
- ・自分の死に対して考える機会がつくられるとよい。
- ・若い元気な時に書いたリビングウィルが果たして、高齢者になってそのままでありうるのか分からない。

ウ．患者・家族への関与について

患者・家族への関与については、「治療、ケアの方針に関する、医師と患者・家族との十分な話し合いが必要」が76.4%と最も多く、次いで「医療従事者に対して患者へのかかわり方の教育が必要」が49.3%、「患者や家族に関する専門的な知識・技術を持った看護師の関与が必要」が40.5%となっている。

図表125 患者・家族への関与について（複数回答）

	件数	医療従事者にかかわり方に対して教育が必要	患者や家族に必要とする専門的な知識・技術	患者や家族に必要とする専門的な知識・技術	治療、ケアの方針に関する話し合いが必要	患者の死後、遺族に必要とする	無回答
合計	513	253 49.3%	154 30.0%	208 40.5%	392 76.4%	140 27.3%	35 6.8%
病院	111	59 53.2%	40 36.0%	51 45.9%	91 82.0%	27 24.3%	7 6.3%
診療所	279	115 41.2%	62 22.2%	89 31.9%	199 71.3%	58 20.8%	20 7.2%
訪問看護ステーション	123	79 64.2%	52 42.3%	68 55.3%	102 82.9%	55 44.7%	8 6.5%

図表126 患者・家族への関与について（複数回答）【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	医療従事者にかかわり方に対して教育が必要	患者や家族に必要とする専門的な知識・技術	患者や家族に必要とする専門的な知識・技術	治療、ケアの方針に関する話し合いが必要	患者の死後、遺族に必要とする	無回答
合計	111	59 53.2%	40 36.0%	51 45.9%	91 82.0%	27 24.3%	7 6.3%
在宅療養支援病院届出あり	18	10 55.6%	9 50.0%	10 55.6%	14 77.8%	6 33.3%	1 5.6%
在宅療養支援病院届出なし	77	38 49.4%	24 31.2%	36 46.8%	62 80.5%	17 22.1%	5 6.5%
無回答	16	11 68.8%	7 43.8%	5 31.3%	15 93.8%	4 25.0%	1 6.3%

図表127 患者・家族への関与について（複数回答）【病院：病院の特性別】

	件数	医療従事者への関与が主	患者や家族への関与が主	専門的な知識や技術を持つ専門家の関与が主	看護師や医師の関与が主	治療、ケアの方針に関与する	十分な話し合いが必要とされる	患者の死後、遺族に対するサポートが必要	無回答
合計	111	59 53.2%	40 36.0%	51 45.9%	91 82.0%	27 24.3%	7 6.3%		
急性期医療への対応が主	61	39 63.9%	24 39.3%	35 57.4%	51 83.6%	22 36.1%	2 3.3%		
慢性期医療・在宅医療への対応が主	47	24 51.1%	14 29.8%	18 38.3%	40 85.1%	9 19.1%	3 6.4%		
その他	11	-	4 36.4%	3 27.3%	8 72.7%	-	2 18.2%		
無回答	2	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	

図表128 患者・家族への関与について（複数回答）【病院：看取りへの対応別】

	件数	医療従事者への関与が主	患者や家族への関与が主	専門的な知識や技術を持つ専門家の関与が主	看護師や医師の関与が主	治療、ケアの方針に関与する	十分な話し合いが必要とされる	患者の死後、遺族に対するサポートが必要	無回答
合計	111	59 53.2%	40 36.0%	51 45.9%	91 82.0%	27 24.3%	7 6.3%		
院内で看取りを行っている	87	47 54.0%	29 33.3%	41 47.1%	71 81.6%	21 24.1%	4 4.6%		
院内では行わず、地域の医療機関につなげている	8	5 62.5%	3 37.5%	3 37.5%	8 100.0%	1 12.5%	-		
その他	11	4 36.4%	5 45.5%	4 36.4%	10 90.9%	2 18.2%	1 9.1%		
無回答	5	3 60.0%	3 60.0%	3 60.0%	2 40.0%	3 60.0%	2 40.0%		

図表129 患者・家族への関与について（複数回答）【診療所：在宅療養支援診療所届出の有無別】

	件数	医への必要 療従事者 にかかわり 方に対して 教育者が	患者や家族 に医やカ ウンセン ト	患者や家族 に技術を持 つ専門た	看護師の関 与が必要と す	治療、医 師やケアの 方針に家族 と	患者の死後 、サビ遺族 が必要とす	無回答
合計	279	115 41.2%	62 22.2%	89 31.9%	199 71.3%	58 20.8%	20 7.2%	
在宅療養支援診療所届出あり	148	63 42.6%	31 20.9%	47 31.8%	117 79.1%	35 23.6%	9 6.1%	
在宅療養支援診療所届出なし	126	49 38.9%	27 21.4%	39 31.0%	78 61.9%	20 15.9%	11 8.7%	
無回答	5	3 60.0%	4 80.0%	3 60.0%	4 80.0%	3 60.0%	-	

図表130 患者・家族への関与について（複数回答）【診療所：看取りへの対応別】

	件数	医への必要 療従事者 にかかわり 方に対して 教育者が	患者や家族 に医やカ ウンセン ト	患者や家族 に技術を持 つ専門た	看護師の関 与が必要と す	治療、医 師やケアの 方針に家族 と	患者の死後 、サビ遺族 が必要とす	無回答
合計	279	115 41.2%	62 22.2%	89 31.9%	199 71.3%	58 20.8%	20 7.2%	
看取りを実施している	208	89 42.8%	36 17.3%	64 30.8%	155 74.5%	43 20.7%	15 7.2%	
看取りは実施していない	68	24 35.3%	25 36.8%	24 35.3%	41 60.3%	15 22.1%	5 7.4%	
無回答	3	2 66.7%	1 33.3%	1 33.3%	3 100.0%	-	-	

図表131 患者・家族への関与について（複数回答）【訪問看護ステーション：看取りへの対応別】

	件数	医療従事者から患者や家族に教育が必要	精神的な関与が必要	専門的な知識・技術を持つ	治療、医師のケアと話し合いが必要	患者の死後、遺族に必要	無回答
合計	123	79 64.2%	52 42.3%	68 55.3%	102 82.9%	55 44.7%	8 6.5%
看取りを実施している	108	68 63.0%	45 41.7%	60 55.6%	88 81.5%	51 47.2%	7 6.5%
看取りは実施していない	14	11 78.6%	7 50.0%	8 57.1%	13 92.9%	4 28.6%	1 7.1%
無回答	1	-	-	-	1 100.0%	-	-

患者・家族への関与についての意見（自由回答）

- ・意志と患者・家族と十分話し合いを行うには、時間を多く割かざるを得ない。患者は一人ではないと思うことがしばしばである。
- ・精神科医や、カウンセラー、患者や家族に関する専門的な知識・技術を持った専門家を増やすことには限界がある。
- ・プライマリーの医療者の基本的緩和ケアのスキルアップ。必要時、専門家にコンサルトできる。チーム医療を非がん・地域にも拡大する必要がある。
- ・患者の死後、遺族に対する援助サービスは病院ではなく、行政や民間で行っていただきたい。
- ・元気な時から、60才以上になったら、意志を聞き取り入れてもらえる社会になってほしい。社会教育が大切。
- ・インフォームドコンセントは治療方針等は十分時間を取っている様だが、終末期のコミュニケーションは十分ではないと思う。病院によってはそんな時間はとれない状況かもしれない。
- ・結果を引き受ける覚悟が必要。
- ・人間に必ず死が訪れるということを理解していない。
- ・親の死への覚悟のない家族にしばしば遭遇する。これは教育・文化の問題だと思う。医療の限界を国民は知るべき。
- ・終末期になって遠い親せきが、急に口を出して、現場を混乱させることも多い。
- ・リビングウィルは強制出来ない。しかし家族は十分に知った上で判断してもらいたい。
- ・患者の状態に合わせて、その都度、医師により家族患者への連絡が必要と思われる。

終末期医療に対する教育のあり方について

ア．患者・家族に対する教育・普及啓発について

患者・家族に対する教育・普及啓発については、「終末期に対する患者・家族の認知度を高める取り組みを行うべき」が70.2%と最も多く、次いで「家族間で終末期に関する考え方を話し合えるような土壌をつくるべき」が63.2%、「延命治療の実態についての周知を広く行うべき」が49.7%となっている。

図表132 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）

	件数	終末期に 対する 患者・ 家族 の認知 度を 高める べき	延命治 療の 実態 につ いて	家族間 で終 末期 に関 する 考え 方を 話し 合え るよ うな 土壌 をつ くる べき	論を進 めるに 対する 国民 的議 論	無回答
合計	513	360 70.2%	255 49.7%	324 63.2%	159 31.0%	23 4.5%
病院	111	82 73.9%	61 55.0%	71 64.0%	42 37.8%	5 4.5%
診療所	279	189 67.7%	131 47.0%	159 57.0%	92 33.0%	14 5.0%
訪問看護ステーション	123	89 72.4%	63 51.2%	94 76.4%	25 20.3%	4 3.3%

図表133 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	終末期に 対する 患者・ 家族 の認知 度を 高める べき	延命治 療の 実態 につ いて	家族間 で終 末期 に関 する 考え 方を 話し 合え るよ うな 土壌 をつ くる べき	論を進 めるに 対する 国民 的議 論	無回答
合計	111	82 73.9%	61 55.0%	71 64.0%	42 37.8%	5 4.5%
在宅療養支援病院届出あり	18	14 77.8%	10 55.6%	10 55.6%	9 50.0%	-
在宅療養支援病院届出なし	77	54 70.1%	40 51.9%	52 67.5%	27 35.1%	4 5.2%
無回答	16	14 87.5%	11 68.8%	9 56.3%	6 37.5%	1 6.3%

図表134 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）【病院：病院の特性別】

	件数	終末期に 対する 患者・ 家族 の 認識を 高める べき 取 り	延命治 療の 実態 につ いて	家族間 で 終 末 期 に 関 する 考 え を 話 し 合 え る よ う な 土 壌 を つ く る べ き	論を進 めるに 対する 国民 的議	無 回 答
合 計	111	82 73.9%	61 55.0%	71 64.0%	42 37.8%	5 4.5%
急性期医療への対応が主	61	47 77.0%	36 59.0%	39 63.9%	30 49.2%	1 1.6%
慢性期医療・在宅医療への 対応が主	47	37 78.7%	27 57.4%	33 70.2%	13 27.7%	-
その他	11	6 54.5%	5 45.5%	6 54.5%	4 36.4%	3 27.3%
無回答	2	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%

図表135 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）【病院：看取りへの対応別】

	件数	終末期に 対する 患者・ 家族 の 認識を 高める べき 取 り	延命治 療の 実態 につ いて	家族間 で 終 末 期 に 関 する 考 え を 話 し 合 え る よ う な 土 壌 を つ く る べ き	論を進 めるに 対する 国民 的議	無 回 答
合 計	111	82 73.9%	61 55.0%	71 64.0%	42 37.8%	5 4.5%
院内で看取りを行っている	87	65 74.7%	47 54.0%	59 67.8%	33 37.9%	2 2.3%
院内では行わず、地域の医 療機関につなげている	8	6 75.0%	6 75.0%	4 50.0%	3 37.5%	-
その他	11	8 72.7%	6 54.5%	6 54.5%	3 27.3%	1 9.1%
無回答	5	3 60.0%	2 40.0%	2 40.0%	3 60.0%	2 40.0%

図表136 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）【診療所：在宅療養支援診療所届出の有無別】

	件数	終末期に 対する 患者・ 家族 の 認識 を 高める べき 取 り 方	延命治 療の 実態 につ いて	家族間 で 終 末 期 に 関 する 考 え 方 を 話 す よ う	な ら ば 土 壌 を つ く る べ き よ う	人 の 死 に 対 す る 国 民 的 議 論 を 進 め る べ き	無 回 答
合 計	279	189 67.7%	131 47.0%	159 57.0%	92 33.0%	14 5.0%	
在宅療養支援診療所届出あり	148	101 68.2%	68 45.9%	85 57.4%	53 35.8%	8 5.4%	
在宅療養支援診療所届出なし	126	84 66.7%	60 47.6%	71 56.3%	36 28.6%	5 4.0%	
無回答	5	4 80.0%	3 60.0%	3 60.0%	3 60.0%	1 20.0%	

図表137 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）【診療所：看取りへの対応別】

	件数	終末期に 対する 患者・ 家族 の 認識 を 高める べき 取 り 方	延命治 療の 実態 につ いて	家族間 で 終 末 期 に 関 する 考 え 方 を 話 す よ う	な ら ば 土 壌 を つ く る べ き よ う	人 の 死 に 対 す る 国 民 的 議 論 を 進 め る べ き	無 回 答
合 計	279	189 67.7%	131 47.0%	159 57.0%	92 33.0%	14 5.0%	
看取りを実施している	208	142 68.3%	101 48.6%	118 56.7%	72 34.6%	10 4.8%	
看取りは実施していない	68	46 67.6%	29 42.6%	38 55.9%	20 29.4%	4 5.9%	
無回答	3	1 33.3%	1 33.3%	3 100.0%	-	-	

図表138 患者・家族に対する教育・普及啓発について（複数回答）【訪問看護ステーション：
看取りへの対応別】

	件数	終末期に 認めるべき 患者・取り 組むべき 家族	延命治療の 周知の広 く行いつ いて	家族間で 話し合 うべき こと	土壌をつ くべき こと	人の死に 対する 国民的 議論	無回答
合計	123	89 72.4%	63 51.2%	94 76.4%	25 20.3%	4 3.3%	
看取りを実施している	108	78 72.2%	56 51.9%	80 74.1%	23 21.3%	3 2.8%	
看取りは実施していない	14	11 78.6%	7 50.0%	13 92.9%	2 14.3%	1 7.1%	
無回答	1	-	-	1 100.0%	-	-	

患者・家族に対する教育・普及啓発についての意見（自由回答）

- ・終末期となると、常には顔を見せない親族が口をはさみ、家族を動揺させることが多く、困ることがある。
- ・延命治療の実態の周知は必要であるがなかなか理解されない。
- ・メディアの利用（特にテレビ放送、テレビドラマなど誤った情報も多い）、エンディングノートなど市民が興味を持っていることをテーマにした講演会の実施。学校教育が人の死を考える機会をつくる。
- ・国が国民に知らせる必要（義務）がある（医療費を抑えたいのならなおさら国が対応すべきである）。医療機関が本来対応すべき問題ではない。
- ・終末期とはどういう状態でどの時期なのか。年齢か、病気の経過か。医療サイドも患者サイドも大変あいまいな判断、価値観がある。
- ・国民規模で行ってほしい。
- ・人の死に対する国民的議論を進めるべき。
- ・胃ろうに関して、「罪悪」であるかのようなマスコミの誘導がある。
- ・医療者に自己決定をゆだねるケースが多く、どのように過ごしたいか言葉で表示できる患者が少ない。
- ・超高齢化社会であるにもかかわらず（特にその家族が）人には寿命があることを受け入れようとしないことが多い。人の死を身近で看ることが少なくなったためと思われ、日頃より人の死に対して議論することを多く持つべきである。
- ・家族間の意見をまとめることが困難である事もある。
- ・「終末期」について医療チームと患者家族との話し合いを十分に行えるような土壌作りができるとういのは。
- ・倫理的側面からどこまで積極的治療を行うべきか、本人が判断できるうちにインフォームドコンセントが必要。
- ・人の死は集約的意見によるものでなく、あくまでも個別的であるべき。
- ・40歳で倒れた息子を案ずる両親が植物状態になっても必死に延命を希望する例がある。食べられなくなった時点を死ぬ時期と定めて良いのか？

イ. 医療従事者に対する教育について

医療従事者に対する教育については、「終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき」が57.7%と最も多く、次いで「終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき」が50.5%、「医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるべき」が45.8%となっている。

図表139 医療従事者に対する教育について（複数回答）

	件数	終末期医療の充実を図るべき	終末期医療従事者の理解の支援を行うべき	患者や家族にやさしく対応する専門セ	ラーを育成すべき	患者の家族・育成に技術を持つ専門	看護師を育成するべき	医学生や看護学生などへの	の教育を充実させるべき	無回答
合計	513	296 57.7%	259 50.5%	131 25.5%	188 36.6%	235 45.8%	35 6.8%			
病院	111	60 54.1%	68 61.3%	35 31.5%	46 41.4%	53 47.7%	9 8.1%			
診療所	279	153 54.8%	112 40.1%	51 18.3%	80 28.7%	115 41.2%	22 7.9%			
訪問看護ステーション	123	83 67.5%	79 64.2%	45 36.6%	62 50.4%	67 54.5%	4 3.3%			

図表140 医療従事者に対する教育について（複数回答）【病院：在宅療養支援病院届出の有無別】

	件数	終末期医療の充実を図るべき	終末期医療従事者の理解の支援を行うべき	患者や家族にやさしく対応する専門セ	ラーを育成すべき	患者の家族・育成に技術を持つ専門	看護師を育成するべき	医学生や看護学生などへの	の教育を充実させるべき	無回答
合計	111	60 54.1%	68 61.3%	35 31.5%	46 41.4%	53 47.7%	9 8.1%			
在宅療養支援病院届出あり	18	9 50.0%	12 66.7%	7 38.9%	11 61.1%	9 50.0%	1 5.6%			
在宅療養支援病院届出なし	77	41 53.2%	48 62.3%	21 27.3%	30 39.0%	38 49.4%	6 7.8%			
無回答	16	10 62.5%	8 50.0%	7 43.8%	5 31.3%	6 37.5%	2 12.5%			

図表141 医療従事者に対する教育について（複数回答）【病院：病院の特性別】

	件数	終末医療の充実を図るべき	終末医療の内容について理解の深い	支援を行うべき	患者や家族にやさしく対応する専門	患者や家族にやさしく対応する専門	看護師や家族にやさしく対応する専門	医学生や看護学生などへの教育を充実させるべき	無回答
合計	111	60 54.1%	68 61.3%	35 31.5%	46 41.4%	53 47.7%	9 8.1%		
急性期医療への対応が主	61	36 59.0%	42 68.9%	20 32.8%	28 45.9%	32 52.5%	3 4.9%		
慢性期医療・在宅医療への対応が主	47	25 53.2%	28 59.6%	14 29.8%	18 38.3%	20 42.6%	5 10.6%		
その他	11	4 36.4%	4 36.4%	2 18.2%	4 36.4%	4 36.4%	2 18.2%		
無回答	2	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%	1 50.0%		

病院のうち、「院内で看取りを行っている」病院は「終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき」「終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき」が多く、「院内では行わず、地域の医療機関につなげている」病院は「医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるべき」「終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき」の割合が高い。

図表142 医療従事者に対する教育について（複数回答）【病院：看取りへの対応別】

	件数	終末医療の充実を図るべき	終末医療の内容について理解の深い	支援を行うべき	患者や家族にやさしく対応する専門	患者や家族にやさしく対応する専門	看護師や家族にやさしく対応する専門	医学生や看護学生などへの教育を充実させるべき	無回答
合計	111	60 54.1%	68 61.3%	35 31.5%	46 41.4%	53 47.7%	9 8.1%		
院内で看取りを行っている	87	49 56.3%	53 60.9%	26 29.9%	37 42.5%	40 46.0%	6 6.9%		
院内では行わず、地域の医療機関につなげている	8	4 50.0%	3 37.5%	3 37.5%	3 37.5%	5 62.5%	-		
その他	11	6 54.5%	9 81.8%	4 36.4%	4 36.4%	5 45.5%	1 9.1%		
無回答	5	1 20.0%	3 60.0%	2 40.0%	2 40.0%	3 60.0%	2 40.0%		

図表143 医療従事者に対する教育について（複数回答）【診療所：在宅療養支援診療所届出の有無別】

	件数	△末期医療の充実を図るべき	△末期医療従事者の理解の	△支援を行うべき	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	無回答
合計	279	153 54.8%	112 40.1%	51 18.3%	80 28.7%	115 41.2%	22 7.9%				
在宅療養支援診療所届出あり	148	88 59.5%	61 41.2%	29 19.6%	43 29.1%	71 48.0%	7 4.7%				
在宅療養支援診療所届出なし	126	62 49.2%	48 38.1%	18 14.3%	34 27.0%	41 32.5%	14 11.1%				
無回答	5	3 60.0%	3 60.0%	4 80.0%	3 60.0%	3 60.0%	1 20.0%				

図表144 医療従事者に対する教育について（複数回答）【診療所：看取りへの対応別】

	件数	△末期医療の充実を図るべき	△末期医療従事者の理解の	△支援を行うべき	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	△患者や家族にやさしく対応する専門	無回答
合計	279	153 54.8%	112 40.1%	51 18.3%	80 28.7%	115 41.2%	22 7.9%				
看取りを実施している	208	112 53.8%	86 41.3%	34 16.3%	57 27.4%	88 42.3%	17 8.2%				
看取りは実施していない	68	39 57.4%	26 38.2%	17 25.0%	22 32.4%	27 39.7%	5 7.4%				
無回答	3	2 66.7%	-	-	1 33.3%	-	-				

訪問看護ステーションのうち、「看取りを行っている」ステーションは「終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき」が最も多く、「看取りは実施していない」ステーションは「終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき」の割合が最も高い。

図表145 医療従事者に対する教育について（複数回答）【訪問看護ステーション：看取りへの対応別】

	件数	終末期医療の充実に実をけるべき	終末期医療を行うべき内容に理解の	患者や家族に医師の専門	患者や家族に医師の専門	患者や家族に医師の専門	患者や家族に医師の専門	患者や家族に医師の専門	無回答
合計	123	83 67.5%	79 64.2%	45 36.6%	62 50.4%	67 54.5%	4 3.3%		
看取りを実施している	108	76 70.4%	68 63.0%	39 36.1%	56 51.9%	61 56.5%	3 2.8%		
看取りは実施していない	14	6 42.9%	11 78.6%	6 42.9%	6 42.9%	6 42.9%	1 7.1%		
無回答	1	1 100.0%	-	-	-	-	-	-	

医療従事者に対する教育について（自由回答）

- ・特に終末期ではその人（個）の価値観や意思決定を重視し、個別な対応が必要であり、そのプロセスが後に残る家族の緩和のケアになる（医療者の満足につながる）ことを学ぶことができるようにしていきたい。
- ・医師個人にこれ以上の負担をさせるべきではない。本来なら入院以前の問題である。
- ・終末期医療に関わる医師、看護師等の医療関係者に対するコミュニケーションや心のケアに関する研修・教育制度を充実させてほしい。
- ・命が全て平等である。その疾患にはこれだけのコストがとれるという考え方の病院が多い。高齢者の看取りを穏やかに理想的に行っても病院経営は成り立たない。
- ・人生は有限であるとの認識。生は善であり死は悪であるという常識は間違っている。医療は死を避けるための手段である。
- ・医療従事者があれこれ考えても仕方ない。「人の死に対する国民的議論を進めるべき」
- ・終末期医療に従事する医師がまだまだ少なく、専門医などを増やすべきである。
- ・終末期についての専門的な説明を患者家族が受け入れられるような手助けをして欲しい。
- ・インフォームドコンセントは医師の責任が大きい。どれだけ患者、家族に寄添ったかわかり方が出来るかによって信頼関係が出来、不安軽減につながる。医師への教育が必要。

ウ．取り組んでいる患者や医療者への教育・啓発活動（自由回答）

- ・高齢者が多く自分で意思決定はしづらく、家族に対して十分に話したり、意見を聞いたりして方針決定をするよう啓発。
- ・入院時に診療治療計画を話す時に終末期までの過程を説明するようにしている。理解の程度に差があることが終末期を迎えた時点ではっきりすることがある。難しい問題だと思っている。
- ・患者向けに院内テレビ放送で OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）「お家へ帰ろう」をくりかえし放送中。院内テレビ放送でオレンジシルバープロジェクト緩和ケアムービーをくりかえし放送予定。がん相談支援室前に終末期医療に関する本を含む患者向け書籍を設置。医療者向けには、看護職を対象に「看取りの時期にある患者と家族について」の講演、勉強会の実施。地域緩和ケア症例検討会（院内、地域の多職種が集まり）にて、病院、在宅で終末期医療を受け在宅看取りをした事例についての検討会を実施。デスカンファレンスの実施。
- ・慢性腎不全患者に対する透析中止、非導入のオプションの提示（全患者ではなく問題発生時に主に提示する）。
- ・入院時に「わたくしの診察に関する希望書」という物に記入して、ある程度終末期に対する考えを把握する様にしている。
- ・家人への徹底した説明。生き方ではなく「死に方」の説明。
- ・医師研修会（ピース）、地域住民への啓蒙、教育活動。緩和ケアチーム専従看護師、認定看護師を中心とした講演会、勉強会、カンファレンス参加。学生講義。

- ・市民公開講座開催。
- ・研修会への参加。看護研究発表。
- ・1日1回多職種でカンファレンスを行う。患者にとってより良い医療が提供できるように努めている。
- ・常に選択肢を用意し、家族の間でのコンセンサスを取り治療に入るようにしている。キーパーソンと蜜に話をすることで死というものをきちんと受容してもらう。
- ・医療者へ緩和ケアチームによる院内研修を行っている。
- ・緩和ケアのチームを中心に多職種メンバーが集まり、委員会活動を実施している（研修会や事例）。さらにデスクカンファレンスを通して、介入に関する評価し、研修会での知識伝達に活用している。
- ・緩和ケアチームによる院内全体教育。緩和ケア認定看護師による看護師教育。
- ・高齢者が多い、入院日数が長いという条件がある為、患者及び家族とのコミュニケーションが取りやすく、又、何回も同じ事を説明する機会がある。終末期の対処について主に家族に記入してもらう用紙を用意している。
- ・退院支援の一環として、患者・家族の意向により在宅療養に向け家族を含めた院内外のスタッフと合同カンファレンスを実施している。
- ・緩和ケア委員会（月1回開催）年1回終末期医療についてのシンポジウム開催。一般講演で終末期医療、看取りについての啓蒙をしている。
- ・認定看護師による院内勉強会の開催。緩和ケアチームによる病棟単位でのプレゼン、カンファレンス参加。
- ・終末期医療に関するセミナー等へは職員に積極的に参加してもらっている。
- ・看取りへの研修の機会を与えている。
- ・デス・カンファレンスを実施し、記録に残している。
- ・1年に2回程度、緩和ケアに関連した講師を呼び地域の医療者やメディカルに呼びかけセミナーを開催している。
- ・毎週1回終末期医療に関して倫理カンファレンスをして、研修医への教育を行っている。数か月に1回、多職種で終末期医療カンファレンスを行っている。外部から倫理のスペシャリストを招いて勉強会をする。
- ・入院中心の病院であるため入院時面談で十分に話し合い理解してもらったうえで入院としている。職員にはケースバイケースであり、その都度、話し合ったり説明をしたりで対応している。
- ・緩和外来を開設し、がんのターミナル期や高齢者への過剰な医療を控えている。
- ・アクシデントによる（誤嚥など）もの以外に、長時間にわたる心マッサージでの人工呼吸、レスピレーター呼吸などは行わず、極力自然の死を選ぶように説明し、理解を求める努力をしている。ほとんどの家族は理解納得してくれている。
- ・ターミナルケア研究会等にて研修会の企画をしている。また、ピアカウンセラーを導入しての「がんのお悩み相談」を実施している。がん患者の在宅看取りへの支援、退院調整委員会等で退院支援や事前、事後カンファレンスを実施している。
- ・延命というより、入院された方々への生命の尊厳をそこなわず、寝たきりであっても1人の人間として扱うように指導している。
- ・本当は病院からの問題提起、情報発信が一番よいのではないかと思う。

終末期医療に関する県民向けの啓発プログラム（DVD、リーフレット等）の開発と、終末期における医療の意思表示方法のあり方についての検討について

ア．終末期医療の県民向け啓発プログラムに盛り込むべき事項（広く県民に周知しておく必要があること、知っておいてほしいこと）について（自由回答）

【病院】

< 終末期、終末期医療について >

- ・医療内容とともに終末期の臨床症状につき十分説明する必要性を痛感している。そして、医療の限界について説明する必要がある。
- ・延命治療とはどういうことなのか。意思表示の重要性。具体的な事例をDVD化し、本人・家族の立場で考えられるような映像を作成する。
- ・人工呼吸器や心臓マッサージの実際（どうことを行うか、図などを用いて説明）。
- ・終末期医療に限らず医療は患者（家族）が選択し、参加するものであるという事。日頃から自分の意思を明らかにしてよい事など。
- ・病院で行われている現状を説明した上で（DVDで見てもらう）、自分が行ってほしい事は何かを自由記載してもらう。
- ・終末期医療は、病院以外の場所でも受けることができること。
- ・「終末期」における正しい知識。
- ・終末期医療という言葉すら知らない方が多いので、少しでも周知して頂けるよう講演をたらよいのではないかと。
- ・終末期は通常の医療が成り立たない事。
- ・終末期の定義の明確化。医療内容について。
- ・終末期、終末期医療とは何か、考え方。それを知ったうえで自分の過ごす場所、過ごし方を考えてもらいたい。
- ・終末期医療とはどういう事か、延命治療とは何か、どこまでなのか、寿命はどこを基準にしているのか等、具体的な事はわかっていないので、盛り込んで欲しい。
- ・病院でも（医療を受けても）治せないことがあることを認識してほしい。
- ・緩和医療の実際について（何もしない事＝緩和と思っている人が多い）。
- ・チューブ栄養が延命につながることを周知。
- ・延命イコール苦痛や自然な看取りイコール放置ということではないということを知ってほしい。
- ・延命治療の方法、合併症、予後について。
- ・治療可能な場合でも、終末（高齢を理由）とってしまうので、グッドリビングが何かも伝えてほしい。
- ・経鼻栄養、胃瘻、中心静脈栄養による延命は社会的損失と考えている。10年以上延命している患者も数人以上入院しているが、その処置に悩んでいる。社会的合意が必要と考えている。
- ・延命ということが、どこの線引きでなされるのかを明確にして欲しい。

< 自分で選択する必要性 >

- ・積極的治療を選択しないことへの罪悪感（特に家族の持つ）の払拭。
- ・自己決定の必要性。医療者のインフォームド・コンセントの必要性。
- ・患者自身が治療方針のイニシアティブをもつべきであるという教育が必要。
- ・自然死を希望していても、親不孝者と思われたくないという家族がかなりいるため、自然死を受け入れられるような内容にして欲しい。
- ・本人の意志が事前に家族の共通認識として表示されていることの大切さ。いつでも変更できること。
- ・経管栄養等で自分の意思が示せない人にどうするべきか。

< 最期の迎え方を事前に考える >

- ・どういう最期を迎えたいか考えておく。
- ・「アドバンスプランニング」について。「事前意思」「推定意思」「代理意思」の違い。
- ・OPTIM（緩和ケア普及のための地域プロジェクト）で使用した「わたしのノート」のようなものを作成するのであれば、サイズ（カバンに入るものA5ぐらい）、表紙はシンプルに。
- ・延命治療を行うかどうかに関して、患者が元気な内に十分相談しておく必要があると思われる。実際状態が悪化してから相談した場合、冷静に判断が出来ない状態にあるため。
- ・病状の進行などについて、早い段階で家族など周囲の方と十分相談するようにしてもらう（相談できる場の必要性など）。「最後をどこで迎えたいか」「どのように過ごしたいのか」を明確にする必要性について。
- ・健康なときに、自分の終末期について考えておかないと、自分が癌等に罹患した時には、考える余裕や時間がなくなってしまうことを理解させる内容。
- ・自分の死をどのように迎えたいかと思っているかを日頃から語る環境を作る。
- ・生前、どのような最期を迎えたいかと思っているかを話し合っておく事が重要。希望を知らせておく事が大切。
- ・終末期医療の意思表示の方法。何かの折りに家族で話題にして話し合っておくこと（リビングウィル）

<相談窓口>

- ・患者、家族が相談できる場所と内容の例。
- ・終末期を自宅で迎えることへの家族の不安を受け止められる相談窓口についての案内。自宅で死を迎えることが「何もしてあげていない」というような家族の罪悪感につながらない配慮。
- ・相談窓口を明確にする。患者会などの紹介。末期にならないと様々なサービスを利用しない人が多いが、出来るだけ早期から相談者とつながっていることを進めてほしい。

<終末期に活用できる資源等>

- ・終末期に活用できる社会資源や在宅医療について（在宅中心静脈栄養法・在宅酸素療法でも家に帰ることができる等）。
- ・急性期、慢性期により医療サービス、病院の役割があること。在宅医療、社会資源活用についてのインフォメーション。
- ・介護保険の申請方法。

<死について>

- ・人間は死ぬという事実。寿命は医療では治せないという事実。生き方よりも死に方の教育を。
- ・生けるものは、100%の致死率を有していて、寿命があるということを冷静に理解することが重要と思われる。
- ・高齢で老衰が近くなると食事がとれなくなることは、自然な経過であることを周知してもらいたい。
- ・死生学的内容。

<教育・周知等>

- ・医療機関、介護事業所等の連携が必要とされるので、研修や医療機関の集まる時に説明をして周知してもらう。

<医療問題>

- ・医療経済のことを県民に議論させるべき。
- ・2025年問題、今後の死亡者数の増加など医療情勢について。
- ・高齢者が急増する千葉県では、現在の80%以上が病院で亡くなる状態では病院が不足すること。在宅またはそれに近い環境で亡くなる方がむしろ幸せであることが多いことを周知して欲しい。

<その他>

- ・法律的なこと。
- ・「(4)終末期医療に対する教育のあり方について」の選択肢の内容は是非入れてほしい。
- ・「いつまでも～」といった文言を入れた健康推進は控え、「いつかは～」といった内容（人生を終えるための）でお願いしたい。
- ・ソーシャルサポートを知っている人、そうでない人の差が非常に大きい。がん患者が（家族も）安心して過ごせるソーシャルサポートの確立が必要。
- ・尊厳死の定着。

【診療所】

<終末期、終末期医療について>

- ・終末期そのものの意味。死に関する考え方。
- ・終末期医療とはどんなものか。
- ・終末期医療の概念をわかりやすく国民に教育することが大切だと思う。
- ・終末期医療の目的を明確に提示して欲しい。在宅における過剰医療（有効性の乏しい補液等）が必ずしも必要でない等、盛り込んで頂ければ幸いである。
- ・終末期の延命治療は本人にも家族にも負担となる事を知ってもらう必要がある。延命治療を拒否しても苦痛を取り除く緩和ケアを受けることができる。
- ・無意味な延命をいかに行ってきたかの事例。それにより、医療者、患者、介護者が得たものはあったかの検討。
- ・寝たきりで意識がなく、長期生存する人が存在すること。介護には労力が必要で、家族の負担になること。
- ・がん性患者に対する麻薬使用に対する正しい知識を周知して欲しい。
- ・病診連携の進化と地域医師の融合性。
- ・看取り（心停止までの約半日間）の具体的（家族）対応の仕方を周知してもらう。
- ・胃ろう、点滴の実施について、そのメリット、デメリットを知って、意志表示をしておいてほしい。
- ・胃ろう、経管栄養は可能な限り選択しないこと。
- ・胃ろうの必要性については患者側の意見も早期に伺えるようにして頂きたい。
- ・「自然死」も選択肢の一つであること。最も尊厳のある「死に方」であることを知ってほしい。
- ・避けられない加齢と死に対して、正しい情報を伝え、医療がどのように対応できれば有効かを分かりやすく説明する。「終末期」が何を意味するかも同様。
- ・終末期医療が自宅で不可能になった場合、入院受け入れ医療機関があることを周知させる。
- ・在宅、入院の選択。医療が関与する範囲（どの程度までの治療が必要か）。
- ・終末期に患者を見守ることと放置することは違うということを周知してもらいたい。

<在宅医療について>

- ・在宅でも病院と変わらない緩和ケアが受けられる。24時間の往診体制をもつ医療機関があるということの周知。
- ・在宅でできる事、できない事を理解してほしい。何でもやってもらえるという(24時間診てもらえる)意識が強い。
- ・終末期の病態。グリーフケア。
- ・特に在宅においては、治療をやりすぎると家族が見きれない状況が発生しがち。そのため、どのレベルまで行くかを明確にし、キーパーソンは一人と限定する必要がある。在宅医療と入院治療とは方針上まったく異なることを理解させるべき。
- ・適切な医療・介護によっておだやかに終末期を過ごすことが、自宅においても可能であること。
- ・自宅で過ごせる医療があるということを啓発していただきたい。
- ・自宅で最期を迎える方法等。終末期の介護の方法。
- ・自宅で亡くなりたいと思っているのに、病院で亡くなる人が多い。自宅で亡くなった人の実態や介護看護体制をもつと知らせるべき。
- ・まだまだ自宅看取することに抵抗のある患者家族が多い(患者は自宅で希望する人が多いように思う)。今後の病院機能のあり方からも自宅看取りは増えてくると考えられるため、使えるサービスや医療のあり方について、講演などで広く知る機会が必要だと思う。
- ・在宅での死も可能であること。常に支援診療所とのかかわりをもつことが突然の死にも対応できると考える。

<自分で選択する、家族で話し合う必要性>

- ・医療を望むのか、できるだけ家庭で(自然に無痛のみを医療で求める)を望むかの方針をはっきりさせておく。
- ・家族間での話し合いの重要性について強調して欲しい。
- ・在宅で最後を迎えるか、病院か又はその時の状況による判断を誰が行うか。家族は自宅で最後を迎えたいと言っても、親族が病院を勧めることが多い。
- ・急変時対応時の家族の意思統一が全て。安定している時に話し合いをしておく事が必要。
- ・直面する前に、あらゆる側面から今後の医療について情報収集し自己決定していくことが大切。誰かがやってくれるわけではない、人まかせにできないことを、しっかり理解してもらいたい。

<最後の迎え方を事前に考える>

- ・自然死、尊厳死について普段から身内や家族等に話すこと。
- ・いざ家族が息をひきとるといふ自然を受け止められない人が多い。ホスピスも沢山できると良い。死の受け入れをどこまで自分でできるかの覚悟も必要。若い時から。
- ・リビングウィル等国民的合意作りの必要がある(過度の延命医療の是非を含め)。
- ・どのように医療者から情報を得て、得た情報をどのように活用しながら意思決定を行うかを盛り込むべき(操作、誘導する医療者が多い)。
- ・尊厳を持って死を迎えるということを考えてほしい。

<相談窓口>

- ・どこに相談したら良いかを医療機関や市民へ広く周知させるようにCMなどを流してほしい。

<終末期に活用できる資源等>

- ・医療保険、介護保険の利用をスタートさせる具体策の明示 スタートをどうしたらよいか迷っている者が多い。

<死について>

- ・人は必ず死ぬこと(年齢差はあること)の理解とその時どうするか決定できる考えを持つこと。思う事と結果が一緒にならない時、あまりにも医療関係者のせいにしすぎる。
- ・自然の流れの中での一時期であるという認識を持たせるべきと考える。
- ・人の生命とは何かを十分に理解させて欲しい。人の終末期の状態への理解を徹底させて欲しい。
- ・死は誰にでも訪れること。ある年令の節目節目に自分の最期について知ってほしいことを、家族や友人に伝えることをすすめていく必要がある。
- ・日本人は欧米に比べて「死を受容する」という概念を受け入れ難いため、実際の終末期医療のケースを提示して啓発すること。
- ・人間は全員いつか死ぬ生き物だということ。
- ・生と死は別のもではなく生の延長線上に死があるということ。日頃から自分はどんな死に方を迎えたいかタブー扱いせず話し合うようにしておいてもらいたい。
- ・死は必然であり自然なものであること。死を病への敗北と定義することは間違いであること。

<教育・周知等>

- ・県民全体の教育が必要。
- ・家族(特にキーパーソンの指定、概念)の教育。
- ・終末期の実態を具体的に伝えられるような啓発プログラム。DVD、リーフレット、ポスターが有効。患者は「苦しまずに死にたい」とよく言うが、実際は時に苦しく痛みを伴い恐怖を感じるものである。
- ・定期的に研修をとり入れている。看護協会主催の研修に参加をし、その他の職員へは伝達講習を通して啓発している。
- ・関連DVD、リーフレット、講演会を行い、出来るだけ参加して絶えず研修すべきものとする。

< 医療問題 >

- ・医療資源は時に国民、県民の望む環境に足りない事を知っていた方が良い。将来において患者本人の「望む終末期」を達成できない可能性が有る。
- ・習志野市では在宅医看取りが 17%。83%は病院等で行われ、今後更に死者数が増えれば急性期医療は破綻して生きるべき人、防ぎうる死が防げなくなる事について識論するべき。
- ・医師、看護師、介護士は必要だが、それだけでは 24 時間体制は無理。24 時間看取ることができる家族、その他の労働力が必須。

< その他 >

- ・県庁は県民だけの啓蒙より、地域的な自発的な計画を取り入れてから企画すべきと思われる。
- ・死後、検死を行うことがあるが、検死についても家族等にどういうものか理解してもらえるとよい。

【訪問看護ステーション】

< 終末期、終末期医療について >

- ・救命（延命）に関して、どのような方法があるのか、それによりどのような状態になるのかの具体的な明記があると良い。（例えば、人工呼吸器や P E G など）
- ・終末期の病院での治療、処置はどのようなことを行い、緩和ケア病棟とはどのようなものか、また家族の介護力があるならば自宅での看取りも十分可能なケースは多いということを知って欲しい。
- ・終末期の体の変化や、それに対する医療の対応（例えば点滴など）。在宅で看取ると警察が関わると思っている人が多いので、かかりつけ医、往診医の役割などを周知。
- ・医療の現実。かかりつけ医を若い時期からつくっておくことの重要性。
- ・緩和医療について。出現する可能性のある症状とその対処方法についてなど。
- ・終末期のとらえ方（どういう状態が終末期なのか）について具体的に理解できるように。
- ・終末期医療サービスを行ってくれる医師や看護師、病院、施設がどこにあるかの情報がほしい。
- ・終末期医療が行われる場合とそれぞれの特徴。相談方法。終末期に行われる医療とは。
- ・負荷をかけない、自然の最期の安楽な事を知ってほしい。
- ・終末期における医療機関と在宅でのそれぞれの関わり方の違い。それぞれのメリット、デメリットについて。終末期における経過や対応。

< 在宅医療について >

- ・一般的なパンフレットがあると、それに基づいて説明ができる。そこに在宅での看取が可能であること、その為のサービスが充実していることを紹介して欲しい。
- ・在宅で看取する場合の活用できる資源、できない資源。
- ・在宅でも看取りはできること（訪問診療、訪問介護等の存在）。痛み等も自宅でコントロール可能なこと。
- ・訪問看護を利用する必要性について。
- ・在宅医療についての啓発プログラムも必要。
- ・終末期になった場合、パンフレットでの説明と共に訪問して「エンドオブライフ」のチェックリストを作成し、タイムリーに適切に説明が行き届くよう工夫している。
- ・在宅での終末期に対して、かかりつけ医の必要性と訪問看護の役割を入れてほしい。
- ・在宅で看取るにはどんなサービスが必要なのか。受けたいと思うサービスを受ける方法（どこに問い合わせれば良いのか）。
- ・在宅で終末を迎えるために安心安全を提供する。安心安全とは介護保険を利用して何が出来るかを具体的に啓発し、理解を得ること（訪問看護、ヘルパー、入浴等）。又、往診医等をしっかり伝えるべき。
- ・在宅医療の様子をもっと知らせてほしい。介護力や地域力があれば、住みなれた家で最期をむかえられること。
- ・終末期を自宅で過ごすことや、種々の医療機器を使用している、自宅で過ごすことができることなど、まだまだ認知度は低いと感じている。在宅医療や在宅と病院の連携のこと等、啓発してほしい。
- ・在宅でも看取りができることへのアピール。その人らしい最期を過ごせることへのアピール。
- ・まだ在宅で酸素使用したり、点滴を受けたりできる事を知らない人も多い。自宅で死を迎える事に抵抗がある。病院にいと安心との思いが強い。
- ・緩和ケアの内容について。在宅での看取りについて（心構え、病院との違い、できることできないこと等）、リビングウィルについて。
- ・在宅での看取りについての支援の内容をもっと分かりやすく紹介。信頼関係のもと、かなりの事が在宅で出来る事例の紹介。
- ・決して在宅死を美化する必要はないが、在宅死を選択して良かったと思えるように周知していただきたい。
- ・在宅での看取りの具体的な流れについて、又、実際に行われているところなど、わかりやすく視覚的に訴える。

< 自分で選択する、家族で話し合う必要性 >

- ・本人及び家族にとって一番理想的であるという方法を提示することができるよう、看取ったあとのデスカンファレンスを行っている。その経験値の積み重ねで次の訪問看護の時に生かされるようスタッフ間で話しあう。
- ・どこで最期を過ごしたいか。延命は何があり、ケアを理解した上で希望して欲しい。地域でのサポート、ボランティアの必要性。

<最後の迎え方を事前に考える>

- ・医師（受け持ち）に、自分がどの様に終末を迎えたいかをしっかり伝えたり、手紙を書いたりするように徹して欲しい。

<相談窓口>

- ・悩んだ時はどこ（誰に）に相談ができるのかを盛りこんでほしい。

<死について>

- ・死とは何か。尊厳死とは何か。その意味について考えるような事例があればわかりやすいと思う。
- ・今は同居が少ない為、あまり人の死にむきあわない様に思われる。そのところを考えていただければと思う。
- ・人には寿命がある、みな亡くなるのだというあたりまえの事が、感情で理解できない方が多い。辛いことだが受け止める。命のつながりを再認識してほしい。訪問看護ステーションの役割を知ってほしい。
- ・人は平等に「死」が訪れる事を理解して頂きたい。

<教育・周知等>

- ・わかりやすく、イメージしやすい内容にして欲しい。字は大きく絵を入れて。自宅での看取りが自然の流れであることを印象づけてほしい。（不必要な医療処置は本人の苦痛になることを盛り込む）
- ・DVD、リーフレット等ができること期待している。各機関へ郵送していただきたい。（有料可）
- ・医療用語を極力使わず、平易な言葉とイラストなどでわかりやすいもの。
- ・利用者及び家族への看取り教育。
- ・終末期における体の変化について医療用語を使用せず、わかりやすい言語で明記していただけると良い。又、家族でも行うことができるケア・工夫についての知識。
- ・千葉テレビで終末期医療についてどこに相談したらよいかから事例に基づいて住民に理解してもらえるような放映をしてほしい。

<医療問題>

- ・千葉県の人口動態や高齢地帯や地域で終末期を支える力がどれだけあるかを示す。

<その他>

- ・終末期であっても残された時間で少しでも安心して過ごせる様な支援。県としての具体的な取り組みなどを明記し、相談、利用できる体制を周知して欲しい。
- ・医療処置についても、マスコミが1つの事を取りあげ、その医療行為を批判すると、その行為を行っているまたは行う事すべてがいけない様な風潮になってしまう人間の心理があるが、人それぞれに違うことを知ってもらう。
- ・現場で行われている事（具体的なケア、説明している場面など）。体調に変化がない時に家族で落ち着いて話し合いを持つことの勧め。
- ・自分の病気を知る。理解する。どういう経過をたどるのが想像できず、その場その場での取り組みになっている。又、日本では終末期に対して、まだ言葉を濁して伝える事が多い。自分の残された命をどう生きるかは、自分の残りの人生がどうなるのか理解していないと、リビングウィルも形だけのものになり、トラブル予防のものにすぎなくなる。そうではない事を理解してもらいたい。
- ・終末期の老々介護での施設（ショート）等の受け入れ体制も整えてほしい。地域での中心病院の医師と在宅医の連携強化図ってほしい。

イ．終末期における医療の意思表示方法（様式等）について

（ア）様式に明記されるべき事項について（自由回答）

一部抜粋

【病院】

< 記載内容 >

- ・終末期医療の在り方についてまず説明すべき。
- ・臓器提供意思カードのようなものがあると良い。（例）氏名、年齢、意思確認者署名「私 〇〇〇〇 はただ命を長らえるだけの延命措置を望みません。（人工呼吸器の使用、胃ろうによる栄養管理、高カロリー輸液など）」
- ・どこまでの治療（医療）を望むのか明記。
- ・拒否する医療内容を具体的に表明できるようにする。
- ・何をやってほしいのか、又、何を望まないのか書けると良い。
- ・延命治療の有無。人工呼吸器装着、心臓マッサージ施行、心肺停止の蘇生処置、人工呼吸器装着、気管内挿管、経管栄養、胃ろう造設、点滴、栄養補給、補液について必要と思われるかを問う。
- ・延命と自然の看取りの内容詳細を記載。
- ・延命治療とはどのようなものか。延命治療、終末期医療を行うことについて、本人または家族の意思を確認し、相談しながら行うことを伝える。そのうえで各内容についての意思表示をしてもらう。
- ・意思表示の方法は千葉県内における死因と死亡時の年齢（区分）等を分析して、多くの方々が可能な方法を選択すべきではないか。終末期をどのように過ごしてどうなりたいかが明記されている必要があると思う。それを記述式にするのかチェック方式にするのか、対象の状況や運用方法によって異なる。
- ・説明もするが、具体的な記入内容がよい。医療者サイドは当然わかっていると思っても、患者サイドはわからない内容が多い。
- ・急変が有り得ること。
- ・意志表示の時期、状況について。家族の同意の有無（家族の理解）等。
- ・自分の意思表示の他に、意志が確認できなくなった時に誰の意見を聞いてほしいか確認できる欄を入れてほしい。
- ・意思表示しているからといって、必ず意思どおりになるものとは限らないことを、明記すべきと考える。

< 元気なうちに本人が意思表示すること >

- ・当院では入院時に「わたくしの診察に関する希望書」というのを記入し、ある程度の終末期に対しての意思表示をもらっている。但し、ほとんどが家族の希望であり、本人の意志はどこまで反映されているか疑問。もっと本人が元気なうちに終末期になった時の意志表示ができ、法的に有効な様式の運用が必要である。
- ・家族の要望とは切り離し、本人の意思として記入、サインすること。
- ・ほとんどのケースは家族の意向が主体となり、患者本人の意志表示は少ない。患者自身が元気な時にしっかりと考え意志表示できるシステムが必要だと思う。

< 内容の変更 >

- ・自由意志に基づく内容であり、内容変更がいつでも可能であること。
- ・終末期の定義がきちんとされることを前提に、いつでも変更可能。終末期に意志表示が可能であれば、再度確認がされること。家族の意志よりも尊重されること。

< その他 >

- ・医療的知識がない人が、部分的に胃ろうや人工栄養の事を考えることは危険。医療行為の選択は医療者が考えるべき。本人や家族だけに責任や決定を押しつけるべきではない。
- ・患者、家族に選択させるのは無理。よく内容を説明、納得させて選ばせる必要がある。

【診療所】

< 記載内容 >

- ・とことん治療をする、自然にまかせる、などのおおまかな事項が重要。
- ・「自然死」を望むか望まないか（延命治療を望まない）より積極的な希望がある方がよい。
- ・終末期の生活の場をどこにしたいか（看取りの場はどこにしたいか）、今の「生きがい」は何か。それをかなえるにはどうしたいか。
- ・在宅か入院か。医療の範囲。
- ・積極的な医療を望むか、医師の病気への判断にまかせるか。
- ・臓器提供、延命、呼吸不全時の挿管、人工呼吸器、酸素マスク、経管栄養、心肺蘇生、末梢点滴、中心静脈栄養、胃ろう造設、心マッサージ、蘇生処置、疼痛管理への本人の意志。何もしないなら（なし）という選択も可能に。家族の代表者の署名、押捺。
- ・主治医（主たる病院、診療所名）は誰か、どこで最期を迎えたいか、迎えさせたいかということが明確になっていれば、あまり具体的な記載は必要ではないと思う。
- ・病院搬送を希望するか否か。
- ・末期がんにて不治の病の時の延命治療は行わず、疼痛、苦痛の除去を最優先とする医薬の確認。

- ・在宅での看取りを希望するかどうか。延命治療を希望するかどうか。作成年月日（最も新しいものが有効）。尊厳ということの意味、そして対象となる方にとっての尊厳とは何かを記す。
- ・「予想される経過以外（交通事故など）の場合には適応しない」ことを追加する必要があるかもしれない。

< 本人の意思表示 >

- ・極力本人の意思が反映できる内容にして頂き、記載された内容を家族が変更できないようにしてほしい。
- ・文書で意思表示し、本人の確認のサインが必要である。
- ・本人の意思表示と同じく、その意志に同意されている家族等の氏名（直筆）サイン等があると良い。
- ・キーパーソンとの取り決めを、他の兄弟・親族がくつつがえさないこと。
- ・健康な時に自分の死に方について多くの人が考えて、エンディング・ノートなどに書いて家族にも意志表示するよう啓蒙すべき。
- ・早い段階で最期をどうするか、本人・家族に確認すべき。

< 書類の場合の留意点等 >

- ・書類が作られるのなら、簡潔なものにして頂きたい。（例えば × 式のもの、医療現場に負担がかからないもの）
- ・全ての職種においてすぐに確認できるものにして頂きたい。
- ・特に一定の書式はなく、個々に対応して様式を作成。
- ・文章的な様式が確立していると便利。
- ・書面は非常に難しいと思う。

< 内容の変更 >

- ・いつでも変更可能。
- ・日頃から話し合い、決めておくことが良い。しかし、終末期になってしまうと内容が変わってくるのではないかな。

< その他 >

- ・全く快復の望みのない患者の場合は患者の気持ち、家族の気持ちを尊重する。意識の明瞭な方には死を早めることはしないようにする。
- ・法的な自宅看取りのあり方についての問題。
- ・後になって医師がトラブルや訴訟に巻き込まれないような保障が必要と考える。
- ・健康な人間でも必ず終末を迎えとういことを常に自覚をして、自分のことと重ね合わせることで、より身近に感じる問題として提起していったらどうか。（身近にあった出来事などの症例などを通して）

【訪問看護ステーション】

< 記載内容 >

- ・してほしいこと、してほしくないこと、自分で判断がむずかしいようになった時は、家族他、誰に自分の意志を代弁してもらおうのか。
- ・「自分の理想的な最期」についてのフリーコメント。
- ・最期をどこで迎えたいか。（在宅、病院、施設）
- ・延命処置についての意向の確認。心肺蘇生、手術、注射、検査、麻薬の使用、栄養（食べられなくなった時）処置、挿管、胃ろう、心マッサージ、電気ショック、酸素投与、末梢点滴、中心静脈栄養、延命、人工呼吸器、点滴への意向。
- ・延命について、具体的行為を選択できるように。家族内の意思統一ができていないか。
- ・在宅療養について（在宅緩和ケアチーム）終末期の症状の変化と対応方法。
- ・死後の対応についても、わかればよい。
- ・インフォームドコンセントで何と何を行ったか、患者はどの様に受けとめたかを具体的に（日付、事柄、場所）明記される。治療の場が変わってもインフォームドの内容が継続される形式。
- ・終末期にどこまで処置が必要、望むのか。何もしないのか。人なので、いざ終末期に気持ちが変わることもあるので、本人が答えられないとき、決定をだれにゆだねるのか。
- ・どこまでやってほしいか、理解できるような事項。例えば食べられなくなったら「胃ろうをつけてほしい」or「自然にまかせてほしい」 その後はこうなる、といったような。
- ・具体的な医療処置のあり方について可否を明確にして欲しい。（例）脱水の時の補液は可。抗生剤は不可。など
- ・薬物の副作用や認知症等により著しく判断力が低下した際に自身の意志を委ねられる人。
- ・意思表示を理解してくれる人（知らせるべき人）の名前の記入。

< 内容の変更 >

- ・時を経て変更できる様式。
- ・あくまでも意思表示は決定ではなく、その時点での希望ととらえた方がよいのでは。

< 書類の場合の留意点等 >

- ・文章だけでなく、図や絵を入れていただいた方がわかりやすい。
- ・受診時の問診票に記入欄をもうけて、告知の有無や延命を望むかチェックしてもらおうとよい。
- ・終末期は本人がうまく表明したり、記入できないことが多いので、家族が認めればよいような書式に。

(イ) 様式の運用方法について(自由回答)

一部抜粋

【病院】

<検討するタイミング>

- ・元気なうちに考えておき、本人の意志に添うように。
- ・終末期になって「終末期だ」と告げるのはむずかしい。最初の手術を受けた時点で自分の死生観と向き合うことが必要だと考えるので、この時期に家族で検討し、表示できればいい。(導入は急性期)
- ・がんの診断がついた段階で必ず意思表示をしてもらう。
- ・健康で頭がしっかりしているときに作製する。自筆のサインと証人のサインを必ず記入したものを有効とする。
- ・心肺停止状態の時、家族、代理人と確認、発病時に本人が医療者に指示する。
- ・ターミナル期までの入院時に意思確認する。状況変更は都度確認。

<カード>

- ・カードなどに記載し、携帯する。運転免許証などに記載する欄をつくる。
- ・カルテ記載に加え、表明カード等をつくると良い。
- ・保険証、免許証に記入する。

<家族の同意等>

- ・全員家族の同意を得る。(普段関わっていない方に対しても適用)
- ・たとえ家族のだれかが延命を希望しても無効とする。

<内容の変更>

- ・有効期限のようなもの。定期的に内容を確認する必要がある。本人に確認できないなら誰に相談をするか。
- ・運用については「いつ」決めたことかによって、有効・無効の判断が難しいと思う。人の気持ちは変わる。

<かかりつけ医に預ける>

- ・かかりつけ医、病院のカルテに入れておく。
- ・比較的元気な時に意志表示し、主治医にあずける方針がよいのでは。2～3年毎に更新できるとよいのでは。

<その他>

- ・リーフレットなど作製。
- ・全国共通ガイドラインの作成。書式作成。メディアでの広報活動。
- ・治療に対する希望書、心肺蘇生が必要な状態での処置について確認する。
- ・家族の協力が得られない場合の対応を決めておく。
- ・役所にも様式を置き、説明できるスタッフを配置する。
- ・生前の本人の意志、署名。
- ・考え方や例示などがあるとよい(様式に記入するにあたって)

【診療所】

<検討するタイミング>

- ・施設への入所時。

<カード等>

- ・保険証に記入してあると便利だが、個人情報の配慮が必要である。
- ・運転免許証など携帯できるものに表明してもらう。

<家族の同意等>

- ・家族(患家)と病院に同じものを置いておく。
- ・家族、本人の意志の確認をすることが出来る。

<内容の変更>

- ・一度決めても変更できるように逃げ道をつくっておく。
- ・地域連携パスの様に統一し、意志が変わることは十分考えられるので、変更できる様に。

<書式について>

- ・わかりやすく、柔軟に、気軽に。
- ・統一様式が望まれる。
- ・公文書として扱う。
- ・国内で統一したものにしたい。
- ・共通の書式が望ましい。
- ・様式を作成して説明。

< 保管場所 >

- ・ 本人、家族、主たる医療機関でそれぞれ保管する。
- ・ 元気なうちから考えておくべき問題であるので、例えば受診のたびに意思確認し、各医療機関で共有できる情報にしたい。
- ・ 本人と医療機関相互で持っておく。
- ・ かかりつけ医で常備しておき、いつでも誰でも意志表示ができる。

< その他 >

- ・ 在宅医（とくに在宅支援）への案内。当アンケート結果・資料の伝達。
- ・ 日記などでは読みとり、見解が難しいため、決まった用紙があると良い。本人のサインなどで有効なもの。
- ・ 特に決めるべきでない。
- ・ 終末期医療に対する認知度を上げることがまず重要。
- ・ 人それぞれなので、一律には言えないと思う。
- ・ 本人のみでなくキーパーソンの署名も入れるような運用方法を希望する。
- ・ 延命治療の具体的内容をもう少し明記しても良い。点滴はしない、人工呼吸器はつけない、心臓マッサージはしないなどの具体的内容。
- ・ 法制化。

【訪問看護ステーション】

< 検討するタイミング >

- ・ 主治医から家族に話すか、訪問看護ステーションから訪問時に説明をしながら話す。
- ・ 在宅医療を開始（契約）した時に、ある程度意思判断をしてもらい、病状に応じ医師と検討し、それによって再度意思判断を確認していく。

< カード >

- ・ 本人が携帯するよう、コンパクトなもの。

< 家族の同意 >

- ・ 意思表示を文書化した時点で、家族などに提示し、署名・捺印する。
- ・ 親族が納得すること。

< 内容の変更 >

- ・ 当人たちの重荷にならないこと。その場その場で心理面の変化があると考ええる。
- ・ 2～3年に一度更新し、主治医にコピーを渡す。明らかにターミナルになった時に見直す。
- ・ 本人及び家族の気持ちは死を前にして大変ゆれ動く。様式で明記していても在宅から病院へ、病院から在宅へなど変更もありえるので、それは可能であるようにした方がよい。

< 保管場所 >

- ・ 主治医のカルテ等に保管。

< 関係者への情報共有 >

- ・ 主治医、訪問看護師、ケアマネジャーは情報共有したい。
- ・ 必要な医療者に確実に届くよう工夫が必要。
- ・ 退院調整時のオリエンテーション。居宅事業所や地域包括センターでの利用。
- ・ カンファレンスを持ち、確認しあう。一度だけではなく、支援中、定期的にその意志を確認していく。その内容は記録し残しておく。文書化する。

< 書式について >

- ・ 治療が始まった段階から最終段階まで、同じ様式が使われること（保険料や介護保険証を提出する様に）。

< その他 >

- ・ 家族の思い、本人の思い、その他周辺の方達の思いが異なり方針が定まらない時の情報となる。
- ・ 様式や制度だけ作って、あとは医療機関に丸投げでは困るので、相談窓口を作ってほしい。
- ・ 認知度が広がらないと難しい。様式だけ先行すると、よくないと思う。
- ・ どの程度の効力があるものなのか、はっきりさせておくべき。（例えば文書であれば）
- ・ 小中高と学校での教育の中で、命の大切さとともに、死ぬ時も自分の意志を示すことの大切さを教えてほしい。

一部抜粋

【病院】

< 終末期の環境整備 >

- ・終末期医療を満足に過ごせる環境が少ない事。ホスピス、緩和ケア等の充実。在宅で終末期医療が行える体制の整備等を要望する。
- ・終末期の患者を受け入れる（ホスピス）施設が少ないので、入るまでが大変である。入る前に死亡してしまう。施設と医療従事者を増やしてほしい。
- ・がんを伴う高齢者の看取りを老人ホームや施設でも受け入れられるような整備が必要だと思う。そうしなければ本当に終末期医療を受けなければならない人が平等に医療を受けられないケースがあり、苦慮する所である。
- ・終末期、在宅医療をするためには、地域ごとに緩和ケア病棟を持つ拠点病院を中心とした在宅医師とのネットワークが必要。そのネットワークの確立をはかり、終末期在宅医療を希望する患者をすぐに紹介できるようなシステムがほしい。医師会のみでは困難で、行政といっしょにネットワークを作って欲しい。特に千葉市美浜区には紹介できる在宅医がなくて苦労している。

< 在宅医療の体制 >

- ・終末期医療も在宅でと国でも考えていると思うが、核家族が増え、日中介護できる人がいない。介護保険で十分にサービスが賄えるのかと考え、結局は医療機関に家族は安心を求めるのではないか。
- ・在宅医療の体制を整えてもらいたい。看取りのできる体制を。
- ・急性期治療から慢性期治療に移行した後も、急性期病院への入院継続を希望する場合、長期入院になってしまう。地域完結型の医療、介護（体制）である事をインフォメーションする必要がある。

< 啓発・情報発信 >

- ・患者家族への啓発事業が必要。
- ・今後、著名な医師を招聘し啓蒙をはかろうと考えている。
- ・在宅での看取りへの理解を深めていく必要あり。
- ・死亡をタブー視せず、地域社会における看取りを再生することを目標とする社会を作っていただきたい。
- ・敬老の記念品として一定の年令に達したらエンディングノートを配布するのはどうか。
- ・どのような場で周知するかを検討していただき、多くの方々に考えて頂きたい。
- ・千葉県でどのような取り組みを「今」しているのが十分に伝わっていない。情報発信をもっとして欲しい。

< その他 >

- ・在宅での看取りを医療機関のボランティア精神に依存しない形での推進（医療機関が頑張ればよい訳ではない。）
- ・診察材料費のコストがしっかり取れるようにしていただきたい。
- ・在宅での看取りを可能にするべくかかりつけ医も奮闘している様だが、最後の看取りで入院してくるケースは減少していない。小規模な病院でどんなに一生懸命に患者の理想的と思われる最期を看取っても、誰も評価はしてくれない。
- ・在宅死を美化しすぎると、孤立死やネグレクト、検死が増える。医療行為を行わない、看取りのための入院も必要であると思う。今後の医療は「死にかかわる医療」が重要になると思う。
- ・リビングウィルに対する法律を定めてほしい。
- ・悪性疾患による終末期と、老人における終末期とでは考え方、対処法に大きな違いがあるが、本アンケートではそれを区別していない。本来なら、この「終末期医療」とは何たるものかを定義してから質問すべきであったと考える。
- ・がんの末期と寝たきりとは末期の意味が違うのではっきりわかるべき。
- ・医療は何でも可能で、治療の失敗（必ずしも医療者側のミスではない）を医療者の責任とする風潮が強すぎる。
- ・現場まかせにせず、県が取り組むのは良いことだと思う。経済優先にならないよう配慮してほしい。
- ・本人が終末期をどう迎えたいのか、意志決定できるように支援する。
- ・元気だった家族がある日突然脳死状態になったら、家族はなかなか受け入れられないと思う。リビングウィルの様式に延命は望まないと明記してあっても短期間は猶予期間をもうけたらいいのではないか。
- ・国民的議論が必要である。
- ・単に延命だけの終末期医療には疑問を感じている。
- ・人の考えは最後まで変ることがあることを認識し、あまりにもマニュアル化するのは問題。
- ・どんなときも蘇生処置や延命処置を希望するのか、またはしないのか。もとの状態に回復する可能性があれば蘇生処置を開始してもよいか。回復して安定化しても非常に悪い状態で安定化したとして、どんな状態ならそういった延命をゴールにするのではなく、緩和をゴールにしてほしいのか。延命をゴールにするにしてもどの程度の医療による身体的負担・苦痛なら受け入れるか（挿管、気管切開、心臓マッサージ、胃ろう、など）
- ・老人ホーム、長期療養型施設に入るときに、説明の上、希望者に文書を作成。かかりつけ医がある場合、希望者にかかりつけ医が文書を作成。入院患者は、入院時と退院時に作成。
- ・高齢独居の人は、蘇生処置に関する自分の考えや価値観を、自宅冷蔵庫に貼り付けるなどをする（これは貼り場所を指定しておく）、救急隊が訪問すればまずそのドキュメントを探し、それにそって医療が行われる、というシステムが必要。もし助かる見込みがなければ、延命ではなく緩和をゴールに治療する。（意思が明確であれば）
- ・蘇生処置を行わない場合の医療従事者、救急隊の免責について。どんなときも（たとえ助かる見込みがあったとしても）心肺蘇生をしないでほしいと明確な希望を持たれている高齢者はたくさんいるが、意識なく倒れると、心肺蘇生

が始まり、救急隊が引き継ぎ、救急センターに搬送、その後集中治療室。その後、意識がないまま気管切開、胃ろうを作成され長期療養型病院へという運命をたどる人が多い。米国のように“Do not resuscitation” ring を手首に巻いていれば、蘇生処置がなくても法的に救急隊や医療従事者が免責されるシステムが必要。でない高齢者は外出先で倒れることができない。

- ・救急センターに入院した場合でも、その情報を問い合わせる治療のゴールを延命にするか、緩和にするか決めるのに役立つようなシステムも必要。
- ・がんで死ぬ人は全体の 30%で、その人たちは割と穏やか死を自宅で迎える素地が出来ている。健康保険でもがん患者の終末医療は手厚くカバーされている。一方、非がん患者の終末期医療で、緩和ケアをやって病院に利益が生じない仕組みになっているので、取り組みががんほど進んでいないと考える。ホスピスも基本的にはがん患者がメインである。こういった診療報酬に関するシステムを改善すれば、非がん患者の医療費を最終的には低くすることが出来ると考える。例：終末期に関する価値観、リビングウィルに関する話し合いをすれば保険請求が出来る。がん患者でなくても緩和ケアをすれば緩和ケア加算が取れる。
- ・終末期医療に関する教育。低負担（身体的精神的負担）で回復なら、救命・延命治療を説得しなければならない。医療従事者はその辺の見極めを可能にする能力が必要。高齢者はすべて救命・延命処置をしないと考えるようになってはいけない。予後を見極める力、個々の価値観・人生観を理解する力を教育することが大切。患者や家族への正しい終末期医療を教育することが大切。その他、終末期に関して患者、家族教育を行う医療従事者への教育も大切。

【診療所】

< 終末期の環境整備 >

- ・「緩和ケア支援センター」を強化し、各地域で充実させる。
- ・医学、看護、介護、医療、病院の連携、システム整備が必要。
- ・膨張した患者の権利意識と萎縮した医療のギャップがますます広がる中で、在宅療養支援のようなシステムだけ運用するのは困難であり危険である。医療従事者も患者、患者家族も共に責任感を持ち、信頼関係が築けるような精神的な環境を整える必要があると思う。それには時間がかかると思う。
- ・患者家族がおまかせできる医療機関が複数あるべきである。
- ・地域で終末期に関する包括的ケアを行うべきシステムを、早期に形成することが重要。
- ・終末期医療を行うために看護師の充実をはかる事。
- ・家族や近親者、医療スタッフ双方の責任や負担の分担をどう教育していくかが課題。移植はコーディネーターという職種があるように終末期においても在宅、病院のどちらかを選択すべきか第三者的にコーディネートできる職種があっても良い。
- ・看取り患者（特にがん以外）の受け入れを可能とした組織づくりを望む。高齢の慢性疾患患者の受け入れ等は特に困難（家族が自宅看取りできない場合）
- ・終末期医療をスムーズにするため、医師、看護師、家族が上手に連携し、連携&ネットワークづくりが必要である。
- ・終末期を受け入れる医療機関が少ない。ホスピスを充実させてほしい。在宅療養支援診療所を届けていても夜間対応や看取りについては格差がある。
- ・在宅での終末期医療の医師の係り方に保険上の理解が欲しい。昼夜を問わず頻回に対処しても診療料は変わらない。
- ・終末期医療の中で死に臨む患者の心のケアを一般の医師に求めるのは無理である。宗教関係者等が医療に参加するシステムを普及させることが望ましい。
- ・終末期の患者に苦痛が出現し、在宅の看取りが困難になった時に受け入れてくれる病院がない事、緊急入院ができるような病院は平均在院日数の問題もあり、余命数週の状態のまま退院となってしまうことが問題。
- ・終末期についてリビング・ウィルをはっきりと意思表示できる高齢者、癌患者の人ばかりではない。独居老人、認知症の高齢者だけの世帯もある。孤独死を生じる可能性がある方は、地域で巡回していただける体制構築を作る。
- ・看取りをしようという施設でも、職員教育等の問題で遅々として進まない。相互間の連携をうまく取る人が必要。
- ・入院治療を希望している患者/家族が、病院から見捨てられるようになりかかりつけ医や在宅医に紹介されてしまい、納得できないまま死を迎えるという状況がある。
- ・全て専門家が必要なわけではない。専門性を求めると「専門」という言葉だけが1人歩きし、力がなくてもビジネスライクでも「専門」だからいいと一般の人が思いこみ、本質が失われてしまうおそれがある。「専門医」「専任ナース」などの数が質の向上であると勘違いしないでもらいたい。
- ・施設（グループホーム、老人ホーム）での看取りは問題山積（家族の意志、職員教育、病院の受け入れ等）だと思っているので、一つ一つクリアしていかないと、結局、現実的にはならず、何も変わらないと思う。

< 在宅医療の体制 >

- ・24 時間 365 日対応したいと考えているが、一医師のみでは負担が大きい。連携できる環境作りを公的に示していただくと支援診療所が増える。
- ・終末期を在宅で過ごせる環境をつくるべき。病院 - 在宅医、訪問看護との連携を強化。特に訪問看護が成立する条件を整えていかないと、これから大変なことになる。
- ・終末期の在宅看取りを広めるため医師会内で医療機関の連携を密にする必要がある。
- ・高齢者の単身世帯が増えており、終末期をどう過ごすか、本人（家族は遠方）が決められない人が多い。自治体と医療機関との連絡を密にとりながらそういった世帯への医療サービスを充実させていきたい。
- ・在宅医療で終末期医療を行うには、専門在宅医を増やすか、ホームドクターが横の連携を密にして 365 日対応をより充実させていくためのチーム医療を確立していくか、あるいは大学病院の若い体力のある医師とも連携して夜間の看護に即応していくか、マンパワーの充実の議論が必要。

- ・在宅医療に移行すると患者の負担が大きくなる（家族）。その為に、交通費・加算もとれなく一個人としての在宅には負担が大きい。
- ・在宅で看取りをしている医師、施設が少なすぎる。
- ・訪問看護ステーションは各地域に多々あるが、訪問診療医師がなかなかいない。
- ・まだまだ看取りを自宅することに抵抗のある患者家族が多い（患者は自宅希望する人が多いように思う）。
- ・地域によってはまだまだ在宅医療の体制が整っていない。在宅支援診療所としては、休日・夜間に調剤薬局を利用できないのがひとつの壁である。
- ・がん患者を在宅療養に切り換える時期が遅すぎるため、在宅での患者が過ごす時間が短いと思われる。病院側はもう少し早く患者を在宅にもっていくことを考える必要がある。

<啓発・情報発信>

- ・宗教家（仏教、キリスト教、イスラム教すべて）の動員をはかり、死について静かに向き合っ、できる限り医療ソースを使わないことの教育を繰り返して行なうべき。
- ・現在、インターネット等で情報の獲得が容易になっている反面、その洪水の中で混乱している。「かかりつけ医」（相談医）を作るよう啓蒙する。
- ・一人一人が自分のこととして想像して考え、話をし合いながら向き合えるような環境づくりができればよい。
- ・啓発運動は良いと思いますが、国のレベルで全国共通で行うべきと考える。リビングウィルも千葉県独自のものを作っても、その方が他県で医療を受けた場合、どうなるのか。全国統一が望ましい。
- ・終末期医療をもっと身近に感じられるようなニュースが絶えずほしい。
- ・支援態勢の強化は中々困難であり、先進地区の紹介などの指導が必要である。
- ・自宅で最期を迎えた場合、警察の介入が必要と考えている方が多い。警察、消防（救急隊）、役所等にて在宅で亡くなることを理解してほしい。
- ・人間は生物であり、生物はやがて死を迎えることを理解する教育が必要である。死によって世代交代、進化があることを理解する教育が必要である。
- ・今後の病院機能のあり方からも自宅看取りは増えてくると考えられるため、使えるサービスや医療のあり方について、講演などで広く知る機会が必要だと思う。
- ・啓発プログラムや様式を考える前に看取り、孤独死等、実態がどうなのか、もっと具体的な内容を周知することが先決。

<その他>

- ・高齢化率の高い千葉では、真正面から取り組むべき課題だと思う。是非モデルケースとなって「千葉で死にたい」と思わせるようになったらよい。
- ・ターミナルは報酬が良いと積極的に治療を行うところが増えている。それはとても良いことだと思う。しかしながら、在宅医は倫理観を高めなければならないと思う場合によく遭遇する。在宅医師、看護師向けの倫理と意思決定への支援について研修をお願いしたい。
- ・これは千葉県独自で行うべきものでなく厚労省がやるべきこと。
- ・個々の問題として解決すべき。県の関与は不要。
- ・意思表示できる時は良いが、その機会を逃したり、突然の場合には医療側が最善の治療を行い、のちに後遺症や治療代に悩むことにもなりかねないところが難しい。
- ・高度の認知症となり、また身体的機能が低下し寝たきりとなっても、透析を行ったり胃瘻による栄養管理を行っている例がある。どこまでの医療が社会として適切か、自分だったらどういう最後を迎えたいかを考える必要がある。
- ・かかりつけ医が在宅医療により積極的に取り組む必要がある。
- ・生命倫理の問題。
- ・胃ろう造設に対して一定の基準をもうけるべき。
- ・個人では 365 日 24 時間の対応困難。
- ・「終末期」に人体に何が起きているのか、どうするのが一番よいのか科学的な研究も必要。
- ・家族に最後まで面倒みられないという覚悟がないように感じる。すぐ入院させたり、悪く言えば楽をしたい感じさえる。最後の状況を説明しても誰かがすぐ救急車を呼んでしまうことが多い。
- ・独居者にとっては、病院より長屋的な絆の環境が必要。たとえば骨折でもギブスをすれば退院させられる。
- ・個人診療所では何でもできるわけではないが、何もできないわけでも無い。可能な範囲を示してやっていけるようにしたい。
- ・終末期医療への意思表示は年代や環境など日々変化するものだと思う。単に 1 度表明したから終わりではなく、定期的に見なおす必要がある。ドナーカードのように身につけておくものではなく、誰もが更新しやすい方法で行う必要があると思う。

【訪問看護ステーション】

<終末期の環境整備>

- ・在宅か施設か選択ができるよう、緩和ケアの施設が充実することが望ましいと思う。どこまでは延命治療なのか、各医師により考え方の隔たりが大きい。
- ・延命処置と安楽死のことや、自然死の違いなど。医療者が論議すべきことではないか。そこから思う。又、県北と県南（とくに長生、夷隅地区）の考え方の違いを感じる（医師や医療従事者の）。そこから何とかしなければ。
- ・看取った家族介護者が、看取りを知らない人や考えている人の相談に乗れるようなボランティアグループ、聞き書き

などのボランティアグループの構築。

- ・ どの病院が主治医でも看取りの出来るシステム。
- ・ 地域や医師、病院、医院等での差が大きい。
- ・ 終末期に特化したナースホームなどの推進を検討して欲しい。
- ・ 訪問看護だけでなく、さまざまな方にかかわっていただき、チーム医療を行えばよいと思う。そして、患者本人と介護者が、どのような最後を迎えるのか、迎えるほうがよいのかという事が、考えられるきっかけとなるものがあればよいと思う。
- ・ 家族の介護負担や精神的不安、知識。高額医療費に対しての費用負担。在宅往診専門医の不足。
- ・ 病院、往診医、訪問看護の連携がとりやすい環境づくり。在宅での看取りを希望していないのに、在宅で看取りになってしまうパターンが多いのをどうにかしてほしい。入院を希望された時の受け入れ病院がないことがある(多い)。
- ・ 病院で死ぬ事が困難になったと同時に、在宅へ帰された後の介護不安を入院中に解消してあげる支援が出来ていない。病院 在宅関係者の連携が出来ない。病院は退院させる事で精一杯。
- ・ 医師が「命がつかえることを告知して、静かに見送る方法があるので、そうしましょう。」と言ってくれるのが、全てのスタートとなる。訪問看護は告知がない為に、その後の支えを開始できなくて困ることが多い。
- ・ 現在は病院で亡くなる方が多いが、在宅での看取りも可能。しかし、本人及び家族に選択する権利があると思う。医療側や行政の方針ではなく選べる自由があった方がよい。
- ・ 在宅支援診療所の指定を受けるには、外来診療を行わないとならないため、外来診療もやっている。外来中は対応できない場合があるが、終末期医療の場合は即対応して頂きたいので制度の見直しが必要。
- ・ がんのターミナルだけが訪問制限がないが、終末期は身体面、精神面共に援助を必要とすると思うので制限が緩和されるとよい。
- ・ 医療関係者(医師、看護師)の知識、技術不足が問題点にあげられる。
- ・ 医者への理解が低い。総合病院で担当医以外では死亡確認できず、検死となる。最期まで家族は看っていて、最期が検死では関係者として不満がのこる。家族も、後悔、くやしさが残ると思う。

<在宅医療の体制>

- ・ 高齢化社会の現状がさらにこれから高齢者数が増加するので、その現状に合わせた対応が必要。在宅死に関わる職種にもさまざまなサービスがあるので、その支援を受け本人の望まれる最期を送っていただけるような県になって欲しい。
- ・ 在宅看取りをすすめるには、24時間のサポート体制が必須。現在のマンパワーと診療報酬、介護報酬では各スタッフの熱意で支えられている部分が多い。国や県が在宅看取りをすすめていくのであれば、コスト面を手厚くしない限り、普及は難しい。
- ・ 「在宅で終末期を」と、本人・家族の意見により自宅に戻られた直後や往診がまだ入ってない方が亡くなると検死になってしまうが、病院や家族了解のもと在宅に戻られた場合の検死のあり方に問題を感じる。
- ・ 治療を希望しない為、病院にすることが出来ない場合、日中独居や介護力不足等で自宅が難しい時に選択できる場所が必要。
- ・ 農村部等の訪問診療や往診のできる在宅医の圧倒的な不足。訪問看護の自己負担の費用の高さ。ステーションにはきちんと報酬としていただきたいが、患者の負担が少なくなるようなシステムがほしい。ターミナル期の入院先の不足。訪問看護師の人材不足。
- ・ 医師に往診依頼をし、がん末期にもかかわらず、急変や状況変化に対し、対応できない事があり苦労した。退院前のケア会議、積極的に参加しているが、病院職員よりこんな状態では無理ですよと言われ、患者、家族は不安になることがある。
- ・ 退院し、在宅で頑張っている患者・家族に対し、介護保険で行っているディサービスやショートステイが利用出来れば(点滴や処置も可能な) もっと在宅看取りが安心して出来るのではないか。
- ・ かかりつけでない患者が、がんの治療後、地域に戻って来られた時、地域の医療機関(開業医)での継続治療を引き受けてくださる医師が少ない。往診医が少ない。
- ・ 病院で患者がうける内容が在宅医療の理解がないと思えるケースが多い。
- ・ 看取りを実施できる医師の確保。
- ・ 在宅で看取る医師が不足している。何とかしないと現在往診している先生が疲弊して仕事ができなくなる。もしくは処置が必要な方に対して、対応が遅れたり、間違えたりしそうである。開業医が時間外で対応できる仕組みなどあれば救いになる。
- ・ 安心して最期を迎えられるような地域の往診医が増えると良い。医師への安心感は大きい。
- ・ 在宅で終末期を過ごすことを希望する方が多くなっているが、在宅医療資源が乏しい。在宅医の充実をお願いしたい。がんセンターの緩和病棟はバックベットのとして活躍し大変助かっている。さらにバックベットを増やしていくと、本人・家族だけでなく在宅医療チームも安心が広がると思う。
- ・ 在宅医もすべての地域をカバーできていない(東習志野~八千代台にかけて弱い)。訪問看護師、訪問看護ステーションも受け入れ不可能で、他院の利用者も当ステーションに依頼される状況にあり、みな疲弊しながら患者さんのためにがんばっている。看護師不足のせいで、母体の病院から人手がまわってこない。いつまで気力が持つかないと思いつつ働いている。
- ・ 地域における在宅看取りができるネットワーク作り。高度な専門知識・技術をもった看護師の育成。また、継続させる土壌作り。訪問看護ステーションに対する病院の理解。
- ・ 医療施設で入院・退院中に在宅で過ごす事、在宅で最後を迎える事の説明をする環境があるべき。

< 啓発・情報発信 >

- ・人工呼吸器等の延命治療は本人の意思ではない場合があり、何のために行っているのか疑問に思う。高額な医療費を使って（国民の税金のムダ使い）何の価値があるのか。ぜひ論議していただきたい。
- ・死は病院で迎えるものと、まだまだ在宅終末期に対する知識が低く、在宅で看取った人の話など広めて頂きたい。
- ・生きるという事に対する教育や支援など、終末期に対するあり方、それ以上に取り組みが必要だと感じる。
- ・県内どこに住んでいる人も知ることのできる啓発プログラムがあり、誰もが自身の死に対し、啓発を受けるきっかけとなること。リビングウィルを”特別なこと”ではないとして捉えることになるよう望む。
- ・死に対する意識、人の尊厳、医療倫理に対する研究をし、終末期、誰もがおとずれる死を受け入れられるような教育が必要。心やすらかに迎えられるようにカウンセラーや宗教もとり入れる事も必要。
- ・在宅で看取りを行えること、周知がされていない。看取りまで対応可能な往診医が少ない。
- ・医師の終末期に対する意識をもっと高めてほしい。
- ・まだ「本人には知らせないでほしい」といった家族も見受けられるが、本人はいずれ死を悟る。自分の死には自分で決められるようになって欲しいと思う。病院側も、まだまだ病院主体の考え方が抜けておらず、在宅での終末期医療をよく理解せず、連携がはかれない場合も多いので、改善してほしい。

< その他 >

- ・在宅では、本人・家族が良い時間をすごせる様に最後まで選択ができるように余裕のある様式が良い。
- ・独居の人が増えており、しかも認知症などで意思表示できない人も増えている。そういう方への支援は行政でも積極的に関わってほしい。
- ・病院では、時折、治療しようがない症例を在宅へ返したがることもあるが、その本人、家族が死へ向かっていることについて受容されないまま、その途中で介入することがある。在宅での死はまだまだ家族の受け入れができていない状態で、病院で亡くなることを望まれるということがある。どこで最期のときを迎えるにしろ、本人・家族にとって、穏やかに、なるべく苦痛なく、心に何も残さない（後悔）状態で最期を迎えられるよう、私達が支援していく必要があると思う。
- ・自身の勉強も不十分であるため、日々、問題意識をもって取り組めるよう努力していきたい。
- ・終末期の本当の意味を教えてほしい。
- ・家族・患者の思いは治療の段階で様々に変化するとと思われるので、優しく受け止められる医療でありたい。
- ・形ばかりの協議会を立ち上げ、ある一定の限られた人間で議論では何もかわらないと思う。

(2) 終末期医療従事者へのヒアリング調査

特別養護老人ホーム芦花ホーム：石飛幸三氏ヒアリング概要

ア．所属機関・自身の属性等

- ・ 外科医から転身し、特別養護老人ホームに赴任して高齢者施設における看取りを行ってきた。著書に「平穏死のすすめ」、「平穏死という選択」、「こうして死ねたら悔いはない」などがある。
- ・ 施設で看取りを始めるにあたり、最初は芦花ホームにおいて家族と職員で勉強会を開始し、「口から食べられなくなったらどうするか」を話題に話し合うことから始めた。家族とも勉強会を行い、皆が何を望んでいるのか、どのような情報が不足しているのか、看取りの本質とは何か分かってきた。結局、家族と職員が願っていることは「利用者が苦しまずに安らかに最期を迎えてほしい」の一点で同じであると考えられた。

イ．終末期医療への対応と現状

- ・ 自分で意思表示が困難な状況においても、医療の意味を見失った処置を続けるのは日本くらいではないかと思われる。終末期をどのように迎えるかについては、国民レベルで議論をする必要がある。欧米のように本人が意思を持って決める方法は日本人には合わないかもしれないが、それを明らかにするためにも、人間には必ず最期がくることに対して、医療がどこまで介入すべきかを議論する必要がある。
- ・ 終末期の医療提供について、「本来行わなければならないことを行わない」のは不作為の殺人と捉えられるが、「延命の方法があるから、患者に対してその治療法を実施しなければならない」という考え方はおかしい。その治療行為が本人にとって意味がある行為であれば必要だが、「本当にその人の為となるのか」を考えて医療を提供する必要がある。誰も「人間らしく最期を迎える権利」を有するのである。
- ・ 終末期を迎えると、徐々に口から食べられなくなり、最期には呼吸が停止する（1週間～10日くらい）。最期を迎えた身体に、無理やり点滴等で水分を補給することは自然の摂理に反している。飛行機は着陸するのに燃料を補給しないのと同様であり、在宅医療に携わっている訪問看護師は、この点をよく理解している。

ウ．本人・家族とのコミュニケーションの現状と望ましいあり方

- ・ 終末期を迎えて自然に死が訪れることを当然なことと受け入れる家族と、どうしても延命してほしいと願う家族の双方がいる。自分の思いが前に出てしまい受け入れられない家族と、本人の思いを考えて割り切って受け入れられる家族がいるのが現状である。
- ・ 自分の親が衰えて最期の時に差し掛かった時に、親に胃ろうを造設するか否かを考えてみてはどうか。胃ろうを造設しても意識が戻るわけではないので、自分の保身（気持ちの整理）を第一に考えるべきではなく、まずは本人のことを考えるべきである。
- ・ 最近では病院で胃ろうを造設するか否かの選択の際に、家族が造設を断るようになってきており、多くの家族が終末期医療の実情を理解するようになってきたと感じている。施設利用者100人の家族のうち、「何が何でも本人を生かしたい」という家族は2組程度である。

- ・ 本人の意思が最優先であるが、施設に入所していること自体が家族の意向であることが多いため、家族の意見も大切にす。本人の意思を組みこんだ上で、家族と職員と話し合う。認知症の方も多いため、本人がその話し合いの中にいるのは現実的でない場合もある。

エ．啓発プログラムに盛り込むべき事項、意思表示様式等について

- ・ 終末期を迎える構図を分かりやすく示すことが必要である。老いて衰える（生物学的）医療で対応しても仕方がない その後状態像がどのように変化するか等について示してはどうか。
- ・ プログラムには看取りの事例を取り入れてはどうか。当施設では、認知症を20年間患った入所者が、入院の際に胃ろうの造設が検討されることとなった際、特養医師、看護師、家族で病院医師を訪問し、施設で看取るということで病院から施設に連れ帰ったケースがあった。その後、かば焼きを口から食べるまで状況が変化したが、2ヵ月後に亡くなった。亡くなる2日前に、本人の数十周年目の結婚記念日を施設職員が皆でお祝した。その様子をDVDにし、施設の研修会において、看取りの事例として紹介している。
- ・ 終末期医療に対する意思表示について、ガイドライン、書式、手順を検討することは必要だが、形式にこだわるのが重要なのではない。どのような最期を迎えるか、自分で受け止めて考えておかなければならない問題であり、「どう生きるか」を自分で考えることが必要である。

オ．その他、終末期の対応や看取りにおける課題・普及啓発の考え方

- ・ 終末期医療については地域ごとに啓発に取り組むべきである。施設や医師会だけで考えるのではなく、政策的に地域全体で取り組む問題として取り上げるべきである。たとえば島根県（出雲）では、行政・医師の発案の元、11月「命の輝く日」を制定している。
- ・ 医師、看護師は、終末期に関して皆が考えることの必要性を切実に感じている。今後、看護師の役割が増大する。千葉県内で行政、政治家、医療関係者等も含め、総合的に今後の方針を考えていくことが重要である。

ア．所属機関・自身の属性等

- ・ 大学病院の診療、老健の施設長、特養の嘱託医等を経験し、かつては年間 40～50 人の看取りに関与してきた。老年医学会においても、1997 年頃から経管栄養の問題について議論を重ねてきた経験を有する。日本老年医学会の「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン」2012 年(医学と看護社)や「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明 2012」の作成に関与している。
- ・ 「終末期医療」について、どのような終末期をイメージするかが重要である。計画に示されている「告知」「リビングウィル」は、がんの終末期のイメージである。がんの終末期に関しては緩和ケアなどが普及し、ある程度対策が進んできている。一方、今後の課題は、認知症を発症したりして、徐々に食べられなくなり、肺炎によって死亡するという高齢者の終末期である。そうした高齢者の自然な終末期をイメージすることが重要である。

イ．終末期医療への対応と現状

- ・ がん末期にはある程度は余命の予測が可能であるが、高齢者の終末期については予測が難しく、臨死期にいたって初めて分かる程度である。したがって、余命を告知したり、終末期のプランを立てたりすることが難しい。
- ・ 認知症の場合、あらかじめ終末期についての本人の意思を確認しておくためには、認知症であることの告知が前提となる。しかし、認知症の告知自体が難しい課題であり、家族も本人への告知を望まない場合が多い。
- ・ 延命治療の定義は困難である。年をとって食べられなくなり、誤嚥性肺炎でなくなることをどう考えるかが重要である。実はそれがもっとも自然な(普通の)死に方である。年をとってどのように亡くなるのかを考えておくべきである。

ウ．本人・家族とのコミュニケーションの現状と望ましいあり方

- ・ 本人の意思を確認できればよいが、それができない場合には家族に確認することになる。その際は家族の立場よりも本人の立場に立つことが重要である。
- ・ 胃瘻も選択肢のひとつとしては提示すべきである。「枯れるように」自然に死を迎える方法を選択するか、ありとあらゆる手段を尽くして治療し、生命の存続を優先させるのかを確認する。
- ・ 高齢者施設においては、終末期に至るまでに長い経過があり、家族もそのプロセスを理解し納得することができるので、死を受け入れやすい。一方、それまで自立した生活を送っていた人が急に脳卒中などで倒れた場合には、どんなに高齢であっても、家族には急激な変化を受け止めるのが難しい。
- ・ 本人や家族は、医師から胃ろうなどの治療の説明を丁寧に受けたとしても、実際に体験してみるまでは完全には理解できないと思う。判断に迷うのであれば無理に差し控えるのではなく、いったん胃ろうを造設した上で、期待していた状態と違うと感じた場合には、後から中止するという道筋があることが望ましい。
- ・ 脳卒中などで急に嚥下障害をきたした場合には、胃ろうを造設して嚥下リハビリ等を行うことで、状態の改善がある程度見込める。しかし、認知症の進行によって摂食嚥下が困難にな

った場合には、状態の改善はほとんど期待できない。改善する可能性があるかどうか、予測される経過をよく説明することが重要となる。

エ．啓発プログラムに盛り込むべき事項

- ・ 「人の死」を実際に体験することが重要である。近年、高齢者の死亡数が増加し、身近な人の看取りを体験する人が増えてきた。そうした体験を国民全体で共有することが重要ではないか。胃ろうについても、例えば「おじいさんの時はこうだったから、おばあさんの時はこうしたい」などと、経験に基づく判断ができる家族も増えてきている。
- ・ 施設では、以前に亡くなった利用者の遺族が、ボランティアとして施設の運営に協力し、現在の利用者の家族の相談相手になるというケースがある。一種のピアカウンセリングとして、こうした取り組みも期待できる。
- ・ 戦前は、子供や若年者の死亡が多く、誰もが数多くの身近な死を経験しながら成長した。しかし、現在は、人の死を身近に経験したことがない人が多く、人は死んではいけないとしか考えられないことが問題である。
- ・ 後期高齢者は、がんより認知症や肺炎で亡くなる人が増えるため、啓発プログラムは、がん以外による死もイメージしたものを作成してはどうか。ある程度、介護や治療を受けながら最期を迎えるような例がよい。これからは90歳以上で亡くなる人が多くなるので、それをイメージして考えてもらうのがよい。

オ．意思表示様式等について

- ・ リビングウィルを明らかにしたいという人が増えており、それ自体は好ましいことだと考えている。
- ・ いくつかの病院や尊厳死協会などの書式がすでにあるが、リビングウィルはそれを作成する過程が重要である。主治医とよく相談しながら時間をかけて作成するのが本来の形ではないか。定型書式だけでなく、基本項目を提示したうえで、自由に記載してもよい。
- ・ リビングウィルの法制化は積極的には支持できない。法制化した場合、本人の本当の意思の推定よりも、書類作成手続きが適正であったか？とか、作成時の責任能力は？などという法律の議論にすり替わってしまい、かえって本人の意思がないがしろにされる恐れがある。法的な裏づけがなくても、本人の意思が尊重できればよい。
- ・ リビングウィルには、本来は「とことん治療をしてほしい」という選択肢もあってよいはずだが、現在は、もっぱら治療の辞退ばかりが論じられていることも問題である。周囲の圧力で、高齢者が治療を遠慮せざるを得なくなるようなことのないように注意が必要である。

カ．その他、終末期の対応や看取りにおける課題・普及啓発の考え方

- ・ 医療職側の教育・啓発も必要である。医師は患者に対して最善を尽くす義務があり、患者の意思を尊重する必要がある。医師の倫理教育の延長線上に終末期医療があると考えて良い。最近では医学教育の中でも特養等で実習を行うこともある。
- ・ 施設の入所者が肺炎で病院に入院した後、施設への退院に際して、当該入所者に胃ろうを造設してからにしてほしいと依頼する施設もある。経管栄養を行わない場合の受け皿が乏しいことが問題である。
- ・ 一人暮らしが増える中で、今後在宅での看取りはますます困難となるはずである。終末期には24時間付き添いが必要だが、訪問サービスのみでの対応は現実的には難しいため、看取り

にも対応できる高齢者施設が必要になるのではないか。

- ・ 特養などの施設での看取りの取り組みを評価していくことが重要であり、そのためにはお金をかけるという国民のコンセンサスが必要である。サービスの質を担保できる施設が必要である。
- ・ 病気や介護が心配だから高齢者はお金をためてしまう。高齢者が「介護保険があるので安心！」という考え方になっていただくことが必要ではないか。介護を受けることについて後ろめたい気持ちになる風潮は望ましくない。
- ・ 小学校教育などからの死生観の教育も重要である。

ア．所属機関・自身の属性等

- ・ 日本尊厳死協会は 1976 年に発足し、現在 12 万数千人の会員を擁する社団法人である。夫婦会員は 58,000 人、総会員数は 12.5 万人(会員のうち年間 1,200 ~ 1,300 人亡くなる)である。会員の平均年齢は 75.9 歳である。
- ・ 尊厳死とは、不治かつ末期の病態になった時、自分の意思により無意味な延命措置を中止し、人間としての尊厳を保ちながら死を迎えることである。尊厳死は自然死や満足死と同義で、積極的な方法で死期を早める安楽死とは根本的に異なる。
- ・ 医療技術の進歩により長寿社会を迎えたが、人間は不老不死ではない。死が避けられないなら、終末期における医療の目的を、患者に苦痛を与え尊厳ある生を冒す延命治療から、患者本人の QOL を重視した医療に転換する必要がある。
- ・ 当協会は、終末期の医療について意識のある間に自分で意思を表明し、医療機関が受け入れることの出来る「尊厳死の宣言書」(リビング・ウィル)を発行、登録管理している。医師に自分の意思を伝えるリビング・ウィルのような事前指示書は、世界の多くの国々で法律として制定されている。協会では、現在、本人の意思を尊重した終末期医療と、それに携わる医師の免責を保障した尊厳死の法制化に取り組んでいる。
- ・ リビング・ウィルは、本人が医師にかかるときにカードを提示することで自己実現を図るためのものであると考えている。

イ．終末期医療への対応と現状

- ・ 平成 7 年に厚生労働省が『終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン』を、直近では、日本老年医学界から「「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」2012」日本透析学会も提言案を出している。各団体がそれぞれの医療について会員のたために出しているのは良いことだが、法的拘束力がないため、医師が結果として治療の中断を躊躇する(ただし、平成 7 年以降の訴訟はなし)。報道等により社会的批判を浴びることで医師が診療できなくなることがあり、医療資源が有効に活用されない。これらのガイドラインとリビング・ウィルは相反するものではない。
- ・ 患者の希望に医師が従っても医師は法的免責があるとどこかに示さない限りガイドラインがあってもその効力は薄いため、法律が必要である。
- ・ 日本救急医学会や日本老年医学界では中止も一つの選択肢としている。選択という行為は、患者自身が行うということであり、延命措置等を実施しないでほしいということを書いて署名したものがあつたほうが便利である。
- ・ 毎年、日本尊厳死協会では、会員の遺族にアンケートを実施している。昨年の結果では、約 9 割の遺族が終末期にあたってカードを主治医に見せたことにより、「リビング・ウィルが最期の医療に生かされた」という結果となっており、望みどおりの最期を迎えることができ、感謝された。徐々に活動が医師に受け入れられていると考えている。しかし、まだ 3%の病院では「リビング・ウィルが最期の医療に生かされなかった」となっており、意志を受け入れられず延命治療を行ったという現状がある(5%「わからない」)(亡くなった方の亡くなった原因は多い順に、がん、肺炎、心疾患、老衰、脳血管疾患)

ウ．本人・家族とのコミュニケーションの現状と望ましいあり方

- ・ 平成 20 年の厚生労働省の終末期に関する国民意識調査では、自分の場合と、家族の場合では延命治療に対する気持ちが異なる結果となっていた。自己決定できない人が多い。尊厳死協会の活動は、自分の最期は自分で決めるという自己決定権を確立する運動であるが、家族の理解を得ることもまた重要である。
- ・ ただ、日本人は家族に遠慮しすぎる傾向があり、自分の最期はどうするかを考える習慣づけが必要である。リビング・ウィルには、「登録したときに家族に説明してください」という部分にしか「家族」が示されておらず、自己決定する際に家族の関与はない。
- ・ 家族または代理人の署名についてリビング・ウィルに追加するべきという意見も出ている。欧米では事前指示書において、リビング・ウィルとパワー・オブ・アトニー(代理人、代諾者の選任)がセットになっており、自分で意志表明できなくなったときの意思が行使できる。ただし、日本尊厳死協会では自己決定権を確立することを目的としているので、リビング・ウィルの普及を一義的な目的としている。
- ・ 欧米のように法制度化されると代理人制度が必要になると思われる。また、認知症になった時にいつでもリビング・ウィルを撤回できるというのが法律に書かれるだろう。アメリカ、イギリス、ドイツでは認知症に対応した法律を整備している。フランスはリビング・ウィルを 3 年有効とし、イギリスはメンタルキャパシティアクト 24 条に本人がリビング・ウィルを持っている場合は本人意思と推定するという項目がある。日本なりの法律をつくれれば良いと考えている。
- ・ 代理人制度については、医療提供側で検討すべきである。千葉県で意思表示様式や運用方法を検討するのであれば、パイロット的に意識表明様式に代理人を記入することを検討しても良いのではないか。

エ．啓発プログラムに盛り込むべき事項

- ・ 一昔前は 3 世代家族同居が一般的だった。自宅で生まれ、自宅で老い、自宅で死んで葬式を出した。現在は施設や病院で死ぬようになってきたため、死が日常の生活場面から切り取られ、死が身近でないものになった。住民への教育という観点から見ると、65 歳を超えた高齢者が子供たち、若い人たちに、自身の身近な生や死の体験、死に至るプロセスを伝えていくことも必要ではないか。
- ・ いずれ人は必ず死ぬ。死ぬということはどういうことか。生物は枯れるように死んでいくのが一般的だとすれば、例えば 90 歳の老人が急変し、救急処置を施され、その後、意識不明のままチューブにつながれて生きながらえている状態は、あるべき終末期のあり方なのかという疑問を、県民に問いかけるべきである。
- ・ 食が細くなって亡くなるのが自然の摂理である。死が痛く、苦しいものではないということはどう伝えるかが重要である。呼吸が延長し下顎呼吸が進むなど、死に逝く人の臨終に当たって看取りを体験させ、臨死教育をしていくことが重要である。
- ・ 40 代以上のこれから老いを迎える世代は、終末期に対する先入観や知識不足による誤解を払しょくする必要がある。老いることはどういうことか、たとえば、ある時点で以前はできたことができなくなるというメルクマールを持つこと。これができなくなったら一歩退くという考えを持つなど、老いを理解する必要性等について啓発する。自分たちの生活の律し方の啓発プログラムを考えれば、かなり注目されるのではないか。

- ・ 県民教育に際し、死や葬という字が入ると嫌がられるなど、日本人は言葉に過剰に反応する。地域コミュニケーションの場では、言葉の使い方が大切である。
- ・ 医療制度による手厚い管理の結果、何かあったら医療機関にかかれればいいという意識が国民、県民にも刷り込まれている。医療の介入により劇的に長生きできたとして、今後平均寿命が延びても高だかであろう。いつお迎えがきてもいい終末期になった時、どこまで医療が関わるべきか、問いかけてみたい。
- ・ 日本の保険制度は高齢者に対して手厚い医制度である（高齢者の自己負担割合は1割）。そのような日本の制度と、例えばオランダでは70歳を過ぎたら医療に制限がかかること等を紹介してみてもどうか。

オ．意思表示様式等について

- ・ 本人がリビング・ウィル（宣言書）に署名し登録すると、協会はリビング・ウィルのコピーと持ち運ぶことができるカードを渡す。原本は協会のファイルに保管している。
- ・ 協会が示したリビング・ウィルに賛同した人が会員となる。
- ・ 宣言書の内容は以下のとおり（抜粋）

「私は、私の傷病が不治であり、かつ死が迫っていたり、生命維持装置無しでは生存できない状態に陥った場合に備えて、私の家族、縁者ならびに私の医療に携わっている方々に次の要望を宣言いたします。したがって、私の精神が健全な状態にあるときに私自身が破棄するか、または撤回する旨の文書を作成しない限り有効であります。私の傷病が、現代の医学では不治の状態であり、既に死が迫っていると診断された場合にはただ単に死期を引き延ばすためだけの延命措置はお断りいたします。ただしこの場合、私の苦痛を和らげるためには、麻薬などの適切な使用により十分な緩和医療を行ってください。回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った場合は生命維持措置をとりやめてください。

- ・ 日本尊厳死協会では、個人番号で登録業務を行っている。医療機関の問い合わせ等に対して、協会として、本人の終末期医療に対する意思表示を証明することができる。後見人ではないが、協会が本人の意志確認を保障していることが特徴であり、他の同様の組織ではリビング・ウィルを発行するのみで、登録管理はしていないと思う。尊厳死法が制定された場合、リビング・ウィルの有効期限なども議論されると思う。
- ・ 協会が発行しているリビング・ウィルの宣言書について、記入の仕方にはわかりづらいという指摘もあるので、改善を検討している。

カ．その他、終末期の対応や看取りにおける課題・普及啓発の考え方

- ・ 医療職側にも教育・啓発が必要となる。医師は救命救急についての処置は習うが、看取りについては系統的に学習していない。特に卒業からかなりの年齢を経ている医師は、医療を打ち切るとは敗北という意識が強く、発想の転換が必要である。
- ・ 「受容協力医師」という制度を設けている。会員が亡くなった時に遺族へのアンケートを実施しており、看取った医師や医療機関を調査している。受容医に対して登録証の発行などについて検討している。また、受容医を集めた研修会、懇談会も実施したいと考えている。尊厳死学会をつくって学会員にするという案もある。医師同士の横のつながりを構築したい。
- ・ 愛知県の医師会は講演会やシンポジウムに協力してくれている。このように医師会と協力して進めていくのも一つの手段と考えている。

- ・ 法制度化については、医師会の中でもいろいろな意見が出ている。飯田、出雲等、各医師会で意識の高いところでは、それぞれリビング・ウィルを作成している。地域活動の一環で住民にリビング・ウィルを配布し、地域医師会が在宅医療等で確認するなどの面的活動にも注目したい。ただし、地域医師会でも医師全員が賛同しているわけではないという問題はある。
- ・ 県でプログラムをつくる際には、医療弱者対策、とくに障害者や ALS 患者等のインタビューを行い、配慮する必要があるのではないか。

ア. 所属機関・自身の属性等

- ・産婦人科病棟にて臨床経験を重ねた後、大阪・京都にて看護教育に従事。1990年に実姉を末期がんで看取った際に在宅ケアを経験し、訪問看護の世界に足を踏み入れた。1992年より東京・新宿区で訪問看護事業に深く携わる。
- ・現在、(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション代表取締役として活動する傍ら、「NPO 法人白十字在宅ボランティアの会」理事長、「30年後の医療の姿を考える会」会長、新宿区の介護サービス事業者協議会副会長等を務める。著書に『在宅ケアの不思議な力』『在宅ケアのつながる力』(医学書院)ほか多数。

イ. 終末期医療への対応と現状

- ・新宿区で訪問看護事業に深く携わり、現在も(株)ケアーズ 白十字訪問看護ステーション代表取締役として、組織運営に関わっている。
- ・新宿区にある都営住宅の1階で「暮らしの保健室」を開設し、看護師やボランティアスタッフが地域住民の相談に応じている。がん相談にも対応しており、医療・介護と地域住民とのつながりがスムーズになり、より一層、在宅療養を支援できるようになることを期待している。
- ・現在、『家庭画報』(世界文化社)において、自分らしい最期の迎え方について、連載を行っており、一般市民の終末期への関心が高まっていると感じている。

ウ. 本人・家族とのコミュニケーションの現状と望ましいあり方

- ・終末期のテーマは、身近な話題に引き寄せないと現実味がないため、身近な話題から入って話した方がよい。
- ・本人への意向の確認等は、体の状態が悪くなってからでは話題にしづらいため、身近な人の死を経験したときや、軽い風邪から回復した時などに話をするとよいのではないかと感じている。

エ. 啓発プログラムに盛り込むべき事項

- ・プログラム作成の際の参考となる資料として、以下の資料がある。
- ・『暮らしの健康手帳』では、「あなたは、どこで最期を迎えたいですか」というページで、自宅で終末期を迎えた場合、病院で終末期を迎えた場合のメリット、デメリットを紹介している。また、その次のページでは、「呼吸が止まったときに救急車を呼ぶと・・・」と具体的に紹介している。
- ・『家で安心して過ごすために 在宅療養ハンドブック(新宿区健康部)』は、地域を意識して作成したもので、かかりつけ医を持つメリット等を示している。
- ・終末期をイメージしてもらうためには、写真集などが有効である(例: 國森康弘『恋ちゃん』他)。具体的な写真、映像がないとわかりづらい。帯広などでは、絵本(写真集)を使用した小学校教育を行い、看取りのできる地域づくりを行っている。
- ・終末期については、特に看取った家族から体験談を語ってもらうことも有効である。
- ・立教大のセカンドステージ(50代からの学びなおし)の看取りに関する講座では、在宅ホスピスでの実際の映像や、救急車を呼ぶということは?という内容で資料を提示した上で具体

的なイメージを持ってもらった上で、家のまわりの資源マップづくり（医療施設含め）等を行っている。このような活動を通して自ら考える人をつくることが重要である。

- ・ 啓発プログラムに盛り込むと良いと思われる情報は、「いざというときにどうしたらいいのか」「かかりつけ医をもつ工夫」「救急車を呼ぶということ」「救急車を呼ばないときはどうするのか」等が考えられる。
- ・ 一般の人の関心事項は、看取りまで費用がどれぐらいかかるのか、いつからかかりつけ医にかかるのか、などである。高額医療費の制度が利用できること、病院に入院する場合は個室代等がかかること、通院できなくなった場合には主治医が訪問診療可能であることなどを説明することが多い。

【デス・エデュケーションについて】

- ・ 在宅死が多くを占めていた時代では、看取りを経験した介護者が多かったため、看取りの文化を伝承してくれたが、現在は病院での死亡が大多数のため、教育が重要である。
- ・ 看取りに向けて、本人・家族とは以下のような内容を相談することが重要である。
 - 在宅か病院かあるいは施設かを話し合う（それぞれの利点・欠点をその家庭の状況に合わせて話し合う）
 - どの程度の医療を望むのかを話し合う
 - 医療を受ける場合に、どの程度の医療の範囲かを話し合う
 - 症状緩和の手段としての医療処置等を例示し、話し合う
 - 食べられなくなったときにどう対応するかを話し合う
 - 介護体制を整えるときの方法を話し合う
 - 経済的な負担の範囲はどの程度かを話し合う
 - キーパーソンが遠方にいる場合は、早めにキーパーソンと本人が話し合う機会をつくり、本人の意思を伝えておく（老いていく姿を身近に感じてもらう）
 - 亡くなった後、葬儀を含めてどうしたいかを話し合う
 - 遺言書を含み、遺産相続などでの考え方を話し合う
- ・ 『訪問看護活用ガイド 改訂版 ~在宅医療をはじめの方へ~（公共財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団 在宅医療と訪問看護のあり方検討委員会）』ではかかった費用等についてプロフィールとともに事例を示している。

【シンポジウムについて】

- ・ 在宅看取りについて講演を行った例として、2部構成とし、1部は基調講演、2部は実際の看取り事例について医師、看護師、家族が話す構成としたことがある。参加者は、その地域の看取り事例を聞くことで、在宅看取りがその地域でも可能ということを理解することができる。
- ・ 参加者は自分の住んでいる地域の事例に興味を持つ。会場のロビーで看取りに関する写真展を行うことなども効果的である。
- ・ 参加者募集については、住民、ケアマネジャーだけでなく、民生委員や社会福祉協議会などにも参加してもらうとよい。地域を巻き込むためには、地域の活動の核になる民生委員や自治会の役員等が参加することが重要である。

オ．意思表示様式等について

- ・ 意思表示については、エンディングノートも様々なものがある。
- ・ 『私の４つのお願い』（医療のための事前指示書）等。

カ．その他、終末期の対応や看取りにおける課題・普及啓発の考え方

- ・ 気軽に相談できるところが地域の中にあることが望ましく、その相談にあたる人々の人材育成は急務である。地域包括支援センターなど、相談窓口の人材教育も必要である。
- ・ 病院での病状説明が十分理解できずにターミナルステージに陥っていることを認識できていない場合もあり、今の病状等について、相談できる人、この先どうなっていくのかを説明できる人が必要である。

ア．所属機関・自身の属性等

- ・ 医療法人社団 曙光会コンフォガーデンクリニック。
- ・ グループホームを運営する法人と協力し、「最期まで地域で過ごすために何が必要か」というテーマで 3 回シリーズの勉強会を開催している。初回は病院や施設などの行き場がない高齢者が 90 万人とも言われる中で、自宅で亡くなる方が増え、家族が死と直面せざるを得ないという背景から、「死を考える」というテーマで講演した。
- ・ 死をどのように考えるか、生活にメリットがあるような捉え方ができることが重要である。2 回目は看取りの実例を話す予定である。病院、在宅、施設でなくなったケースを紹介し、その中で、自分が望ましい生にどのように向かっていくか、という流れを想定している。

イ．終末期医療への対応と現状

- ・ 特定のガイドラインはあまり参考にせず、個別の患者によって対応している。命の長さや身体的な楽さもあるが、本人、家族の気持ちが楽になるように支援することを意識している。
- ・ 在宅ではあらためて告知することは少ない。残された生存期間を予測することは難しい。家族に対しては、生存日数ではなく、今日一日を一生懸命に対応するよう助言している。
- ・ 家族には、できるだけ多くの情報を提供し、医師としての意見も少し伝える。家族が混乱するのは当然であり、いつ変更してもよいので、考えるように伝えている。
- ・ 患者や家族はいざとなれば思考停止してしまうため、前もって考えておくことが重要である。また、決断した結果に対するフォローアップも重要である。決定したことに責任を負わせないことも重要である。
- ・ 自分史を語る、生きてきた過程を振り返るなど、自尊感情を高めることが重要である。告知されてからでは時間が足りないので、前もって関わっていく必要がある。
- ・ 病院で告知はされているが、最期を迎えるために家に戻った後、どうすごしたいのかが明確になっていないことが多い。患者も家族も「不安」と言うが、何が不安なのかが具体的に分かっていないことが多い。元気なうちから死についてイメージを持つことが重要である。決めておいてもいざというときはぐらつく、だからこそあらかじめ考えるべきである。

ウ．本人・家族とのコミュニケーションの現状と望ましいあり方

- ・ 患者や家族にとっての「不安」の内容を洗い出すことが支援者の役割である。いろいろな不安がある中で、何が不安なのかを 1 つ 1 つ整理することが重要である。
- ・ 職員についても同様であり、若いスタッフなどからは「看取りが不安」という意見を聞く。なにが不安かを掘り下げると、利用者が死亡した場合に自分の責任にされるのか、といった不安などに囚われているケースが多い。家族も同様で、何かあったら近所や親戚に何か言われるのではないかと、警察沙汰になるのではないかなど、いろいろな要素が混ざり、必要以上に死に対する不安や恐怖を大きくしている。
- ・ そうした不安を解消するために、不安を聞きつつ、解決できる問題とそうでないものに切り分ける。死に対する根源的な不安はなくならないが、社会、法律、経済的な問題については、想定される不安に対する対処方法を示すことなどにより解消することができる。
- ・ 認知行動療法的な考え方に立てば、不安は今の自分の思いが作り上げたものであり、今より楽になることができるという希望を持たせたい。

- ・ 患者・家族には必要な情報を提供し、医療処置等も含めて、何をすれば何が予測されるかを伝えている。何を選択するかは価値観に関わる問題であり、本人、家族が考えて決める必要がある。例えば、人工呼吸器についても、装着してもしなくても結果的には、「装着しなかったらどうだったのか」「装着したらどうだったのか」など悩むため、あらかじめ悩んでおくことが重要である。一度考えたことをいつでも変更することを許容しつつ、決めていくことで、最終的な決定に対する後悔の触れ幅が小さくなる。
- ・ 専門家として、事実のみを伝えるのか、事実に加えて医師としての経験を踏まえた意見を言うべきかを迷うこともある。本人の苦しみを強くしたくないならば、何もしないほうがよいということを医師の立場から伝える場合もあり、そうすることで、家族が楽になることもある。
- ・ 家族との関係については、混乱している心境も含めて、話してくれる家族であれば関わりやすい。一方で、他人任せで、自分が看取りまでの役割の一部を果たそうとしない、介護はしているが関わらない、というスタンスの家族は難しい。苦しさやつらさから逃げている家族とはコミュニケーションが難しい。混乱している、わからない、ということを書き合える関係性が重要であるが、これは家族側だけではなく医療側の問題でもある。
- ・ 看取りは個別性が高いものであり、プロトコルどおりやればよいというものではない。医師と家族の問題が患者に影響するため、家族が医師と合わないと思えば、医師を変えることも必要ではないか。
- ・ 医者コミュニケーション能力が求められる。テクニカルな部分ではなく、踏み込んだ部分でのかわり方が必要とされている。

エ．啓発プログラムに盛り込むべき事項

- ・ 一般県民向けの講演の場合は、最期の行き場がないという現実を突きつけることもひとつの方法である。一方で、「選択肢が多様化している」という伝え方もある。最後の時間をどこでどのように、誰と一緒にいたいのか、などあなたが決めることができると伝える。死について何度も考えることで閾値を下げていく。
- ・ 「どう死ぬか」というより、「よりよく生きる」という切り口がよい。健康寿命をどうのばすか、人生の質を高めるために考えておく必要がある。例えば団塊の世代に対して、自分の人生の質を見直してみませんか、と問いかける。
- ・ 「がん、死、終末期」というテーマ設定では、「まだ先のこと」と考えてしまいがちである。男性の方が、直視したがる傾向があるように思われる。今をよりよく生きるために役立つ、という啓発があるとよいのではないかと興味をもって考えてもらえる内容にするとよい。
- ・ 一般県民向けの情報提供という意味では、病院、施設、自宅等における看取りの事例を示すというのは良いと思う。最初に、統計等を利用して論理で説得し、最終的には感情の部分で納得してもらうような流れでよいのではないかと。
- ・ 終末期に直面している人向けには、客観的な情報は頭に入りにくいので、客観的データより、いろいろな例を示す方がよいのではないかと。事例から自分のケースに応用できる部分があると思う。データよりも事例のほうが入りやすいので、DVDの構成順序を変えてはどうか。
- ・ 終末期の設定としては、「がん」と「非がん」に分け、「非がん」については細かく分けないほうがよい。がんと宣告されれば死がリアルに捉えられるため、ターミナルケアはがんのほうがやりやすいとも言える。がんでない人に死を認知させてターミナルの話をする方が難しい。

- ・ 「何が正しいか」ではなく、いろいろな価値観があるという示し方をしてほしい。例えば、認知症の人への胃ろう装着について、個別性を排除して学術的な論議になっている懸念がある。認知症で90歳以上の場合は胃ろうは必要ない、などと決め付けるのは問題である。昨今、在宅への誘導が見られるが、それにも違和感がある。死に方は多様であり、自分で選べばよい。死を見つめることが生を見つめることであり、怖がらずに見つめるべきであること、今決めたことは変わる可能性があるが、それに向かい合うことが重要であること、などを伝えてほしい。

オ．意思表示様式等について

- ・ 意思表示様式等は作り込むべきものではなく、人の意見は変わるというのが基本的なスタンスである。意思表示ができなくなったときに、命を維持するためだけの治療をするかしないか、などを予め考えておくきっかけになればよい。
- ・ きっかけ作りであれば、亡くなることを想像させることは有効である。事故で意識がなくなったときなどにどうしたいか。医療を求めるか、何もしてもほしくないのか、など。
- ・ 死について考えるきっかけとして、「選べるとしたら、どこで、どのような形で過ごしたいか」、「どのように死にたいか」、「満足できる死とはどんな死か」をイメージさせることが重要である。例えば、「家族と一緒に和やかに死にたい」などとイメージさせ、「そのときに大切な人に伝えたいことは」など、考えてもらうことが重要である。

カ．その他、終末期の対応や看取りにおける課題・普及啓発の考え方

- ・ がん認知行動療法研究会では、空海に学ぶ死に方、トトロに学ぶ死生観などをテーマにしている。一般県民向けには興味を持ってもらえるのではないかな。
- ・ 私見だが、代々伝わる思いや、子供のためならばがんばれるというように、自分を越えたものへの貢献が力や救いになると考えている。こうした「つながり」に関するメッセージを伝えられるとよいのではないかな。
- ・ 終末期の医師の役割、影響は大きいですが、医師が死を扱わず、看護師など、他に任せってしまう傾向があることが問題である。医師自身の死への関わり方の啓蒙が必要である。医師がどのように死に関わるかというプログラムがないと、県民とずれが生じるのではないかな。

(3) 啓発ポイントの洗い出し

【啓発プログラムのターゲット】

- 啓発プログラムについて、一般県民向けと終末期に直面している高齢者および家族向けの2種類をつくるのではなく、一般県民向けに絞って充実したほうが良い。
- 啓発プログラム(DVD)をどのような場面で使用するのかを想定して作成する必要がある(例:病院等の施設に入る際に、家族に事前に見ていただく等)。

【啓発プログラムに盛り込むべき内容】

- 啓発プログラム(DVD)の活用により、誰でもいつかは死ぬということをふまえ、家族で「どのように最期を迎えたいか」について話し合ってもらうことが最も重要である。
- 終末期医療の「医療」の言葉のみにとらわれず、医療も含めた死の迎え方、お迎えの迎え方を家族と話し合ってもらえるような啓発プログラムを開発する。
- 延命治療についても、最期を迎える場所についても誘導するようなプログラムにはしない。選択権は県民にあって、自分で考えることの重要性を伝える。
- DVDを活用することに加え、ホームページ等で県民が知りたいと思う情報(または映像)にアクセスできるようにする。
- 今後、一人で死を迎える人が増えることが予想され、一人でも満足した死を迎えられること、死に対する不安を取り除くことができる内容も必要である。
- 看取りを経験したことのない人が増加しているため、人が最期を迎えた際にどのような状態となるのかを皆で共有する必要がある。その上で、最期は積極的な医療を行わないという選択があることを、本人・家族が理解する必要がある。また、医療関係者が家族と看取りのプロセスを共有するために、最期に積極的な医療を行わないことを罪悪と捉えないような医療者側へのデス・エデュケーションも重要である。

【事前指示書について】

- 終末期の医療について、事前指示書が記載してある方が医療施設としては望ましいが、強制するものではない。市販されているエンディングノート等も含め、様々な選択肢を紹介する。医療的な事項のみ示すのではなく、本人がどういうふう生きてきて、これからどのように生きていきたいのかという話をした上で、それとの連動で医療者側にわかってもらえるような方式である「アドバンス・ケア・プランニング」となるよう、話し合い、理解しあうことも重要である。

6 . 終末期医療に関する意思表示方法の検討

参考資料の収集・整理

終末期医療の現場が直面している課題や治療方針に関する患者の意思表示の重要性については、認識されつつあるものの、その具体的な方法や様式の運用については慎重な議論が必要と考えられる。そのため、今年度は終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムに盛り込む内容の検討にもつながるよう、意思表示（リビング・ウィル等）に関する資料を収集・整理した。

参考資料

参考資料は以下の通りである。プログラムの参考となる意思表示に関する資料等を収集した。

図表146 意思表示様式に関する参考資料

主な事例	意思表示の内容	取り扱いなど
日本尊厳死協会 「尊厳死の宣言書」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「不治」であり「死期が迫っている」場合に、単に死期を引き延ばすための延命措置をしないこと ・ 苦痛を和らげるための緩和医療は希望すること ・ 回復不能な遷延性意識障害（持続的植物状態）に陥った時は生命維持措置を取りやめること ・ 作成日、住所、氏名、生年月日 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族、縁者ならびに自分の医療に携わる人々に対する「要望」。 ・ 精神が健全であるときに書いたものであり、健全な状態にある時に自分で破棄するか、撤回する文書を作成しない限り有効。 ・ 要望に従った行為一切の責任は自分自身にあること ・ 入会時に様式を発行し、書名捺印後、協会が登録・保管
全日本病院協会「終末期医療の指針」における「終末期医療における希望事項」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療行為ごとに希望の有無 ・ 作成年月日、氏名、医師氏名、看護師氏名 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 希望を撤回、変更がいつでもできることを明示。 ・ 撤回・変更は、同様の書面あるいは時間的猶予がない場合、口頭でも可能。 ・ 本人、および家族について作成。 ・ あわせて「終末期の治療方針についての確認記録」等も作成。
日本臓器移植ネットワーク 「臓器提供の意思表示カード」	<ul style="list-style-type: none"> ・ 臓器提供に関する意思の選択 ・ 提供したくない臓器の選択 ・ 署名年月日、本人署名、家族署名 	<ul style="list-style-type: none"> ・ カードやシールへの記入のほか、インターネット登録、被保険者証・運転免許証の意思表示欄への記入も可能。 ・ 変更時は新しいカードに記入。日付の新しいものが有効となる。
もしもノート（須斎 美智子、特定非営利活動法人ライフ・アンド・エンディングセンター）	<p>（終末期医療の部分）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病衣名や余命の告知について ・ 緩和ケアについて ・ 延命治療・尊厳死について ・ 臓器移植について ・ 献体について 	

主な事例	意思表示の内容	取り扱いなど
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自身に判断能力がなくなったとき ・ 尊厳死の宣言書（日本尊厳死協会） 	
<p>受けたい医療を家族に伝える ～ 医療のためのエンディングノート～「私の生き方連絡ノート」（自分らしい「生き」「死に」を考える会）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分が望む医療について ・ 自分で意思表示ができるとき／できないとき ・ 自分の代わりに判断してほしい人 ・ 意思表示カードの記入（延命治療の有無、緊急連絡先） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自分の希望についてカード形式で記入。 ・ ノートの保管場所を書いた携帯カードも用意。
<p>LIVING&ENDING NOTEBOOK「もしもの時に役立つノート」（「法律監修 法律事務所オーセンス」</p>	<p>（医療介護の部分）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけの病院 ・ 告知・延命について（代理人、告知、延命措置、臓器提供、献体） 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 書けるところから書く。 ・ 記入日を書く。何度でも書き直し、書き足して良い。 ・ 記入したノートは大切に保管し、保管場所は家族や信頼のおける人に伝える。
<p>ライフデザインノートあるいは、人生ありのまま手帳（独法 東京都健康長寿医療センター研究所）</p>		

7.まとめ

(1)まとめ

県民意識調査

県民意識調査は、看取りに関する希望や延命治療など終末期医療の意識確認を行う方法のあり方を検討することを目的とし、千葉県民を対象に意識調査を実施した。

調査対象は、満40歳以上の千葉県民とし、ネットモニターを活用したインターネット調査を行い、目標回収数を10,000人とし、10,126人の回答を得た。

調査項目は、死別の経験、家族に死期が迫っている場合について、自分の死期が迫っている場合について、終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心、終末期における意思の表示方法、千葉県の取組み等である。

以下にその結果を取りまとめる。

ア. 回答者の属性について

本調査に回答のあった病院の基本属性をまとめると、以下の通りであった。

- ・性別：男性 57.0%、女性 43.0%
- ・年齢：40代 44.2%、50代 31.4%、60代 18.4%、70代以上 6.1%
- ・居住地：千葉 17.0%、東葛南部 30.7%、東葛北部 22.8%、印旗 11.7%、香取海匝 2.3%、山武長生夷隅 5.7%、安房 1.8%、君津 4.5%、市原 3.4%
- ・職業：常勤の被雇用者 38.7%、専業主婦・主夫 18.4%、契約・派遣・臨時・パート、アルバイト 17.9%等
- ・家族形態：夫婦と子ども 41.1%、夫婦のみ 26.0%、ひとり暮らし 11.3%、本人と親 8.2%等
- ・主な疾患：特になし 74.9%、糖尿病 5.1%、循環器系の疾患 4.9%等
- ・要介護認定の有無：受けていない 99.4%、要支援〔1・2〕0.3%、要介護〔1～5〕0.3%
- ・家族の死の経験：経験した 49.7%、経験をしていない 50.3%
- ・家族の死の経験ありの家族との関係：親 68.0%、兄弟・姉妹 5.4%、配偶者 1.4%等

イ. 終末期医療について

家族に死期が迫っている場合の意向および自分の死期が迫っている場合の意向について

家族への延命治療についての意向は、「延命治療を望む」が7.1%、「どちらかという延命治療を望まない」(35.3%)、「延命治療を望まない」(41.2%)の合計は76.5%となっており、望まないほうが10倍多い。

また、自分の死期が迫っている場合の延命治療についての意向は、「延命治療を望む」が3.3%、「どちらかという延命治療を望まない」(29.3%)、「延命治療を望まない」(56.8%)の合計は86.1%となっており、家族の場合と比較して更に望まない割合が高くなっている。

年代別にみると、家族の延命を望まない割合は、年代が上がるにつれて高くなる傾向がみられた。自分の延命治療についても同様の傾向がみられた。

図表147 家族への延命治療についての意向（両親・配偶者・兄弟・姉妹“有”）【年代別】

	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	693	7.1	380	8.8	205	6.7	82	4.6	26	4.5
どちらかという延命治療を望まない	3439	35.3	1546	35.8	1157	37.7	569	32.0	167	28.6
延命治療を望まない	4018	41.2	1424	33.0	1275	41.5	975	54.8	344	58.9
わからない	1595	16.4	963	22.3	433	14.1	152	8.5	47	8.0
全体	9745	100.0	4313	100.0	3070	100.0	1778	100.0	584	100.0

図表148 自分の延命治療についての意向【年代別】

	全体		40代		50代		60代		70代以上	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
延命治療を望む	333	3.3	172	3.8	99	3.1	46	2.5	16	2.6
どちらかという延命治療を望まない	2966	29.3	1313	29.4	951	29.9	516	27.7	186	30.1
延命治療を望まない	5747	56.8	2321	51.9	1842	58.0	1194	64.2	390	63.2
わからない	1080	10.7	666	14.9	284	8.9	105	5.6	25	4.1
全体	10126	100.0	4472	100.0	3176	100.0	1861	100.0	617	100.0

延命治療を望まない理由は、「治療による身体的な苦痛を受けたくないため（家族：77.6%、自分：65.3%）」が最も多く、次いで「治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため（家族：43.7%、自分：53.0%）」であった。次に多かった理由が家族の場合は「治療による経済的な負担が大きいため」が35.8%、自分の場合は「家族に介護の負担がかかるため」が53.0%となっていた。自分の場合に、家族へ負担をかけたくないという思いが強いことが示唆される。

図表149 家族に対して延命治療を望まない理由（複数回答）〔再掲〕

	全体	
	N	%
治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため	3255	43.7
治療による身体的な苦痛を受けさせたくないため	5784	77.6
治療による経済的な負担が大きいため	2672	35.8
自身に介護の負担がかかるため	1255	16.8
その他	288	3.9
全体	7457	100.0

図表150 自分について延命治療を望まない理由（複数回答）〔再掲〕

	全体	
	N	%
治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため	4614	53.0
治療による身体的な苦痛を受けたくないため	5690	65.3
治療による経済的な負担が大きいため	4316	49.5
家族に介護の負担がかかるため	4618	53.0
その他	226	2.6
全体	8713	100.0

一方、延命治療を望む理由は、家族・自分ともに「とにかく長生きして欲しいから・とにかく生きていたいから」が7割以上を占めていた。

最期を迎える場所については、「医療機関に入院して最期を迎える（家族：37.3%、自分：37.4%）」が最も多く、次いで「自宅で最期まで療養する（家族：30.3%、自分：31.6%）」「わからない（家族：24.6%、自分：23.1%）」となっており、ほとんど同じ結果であった。医療機関を望む理由として最も多かったのは、「常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため（家族：77.1%、自分：62.8%）」であった。

終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心について

自分の死について家族と話し合うことについてのためらいや抵抗感は、「全くない」が約5割で「ややある」が約4割だった。延命治療を受けたいかについて家族との話し合いは、「全く話し合ったことがない」が64.3%、話し合ったことがある（「十分に話し合ったことがある」「話し合ったことがある」の計）が35.6%となっていた。

終末期における意思の表示方法について

終末期における医師の表示方法については、書面での意思表示を行っている割合はわずか5.3%で、最も多かった書面は、日本臓器移植ネットワークの「臓器提供の意思表示カード」（53.3%）だった。書面を共有している相手は、「配偶者」が47.0%と多く、次いで「共有していない」が34.8%だった。

現時点で意思表示を行っている割合は少なかったものの、医療の決定に関する指示を書面等で残すことについて、「示したい」が41.1%、「示したくない」が4.0%であった（最も多かったのは「わからない」53.8%）。書面等で情報を共有したい相手は、「配偶者」が72.9%と多く、次いで「子ども」が53.1%、「医療機関」が21.8%となっている。

書面に残す時期については、「終末期を迎える前に」が55.7%と最も多く、「時期は、いつでもかまわない」が28.8%となっている。

意思表示ができない場合の治療方針の決定については、「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」が63.2%と最も多かった。

千葉県の実践について

終末期医療やケアについての理解度向上を図るために盛り込んだほうが良いプログラムは、自由回答意見より、「終末期医療やケアにかかる医療費について」が最も多く、次いで「意思表示、意思決定、本人の意向について」「本人の死後について（独居、家族、心のケアなど）」「医療機関について」「わかりやすい周知方法、啓発について」「終末期における治療やケアの内容について」「終末期における選択肢について」「終末期における苦痛、緩和ケアについて」「終末期の事例について」「延命治療について（メリット、デメリットなど）」「終末期、尊厳死、安楽死の定義について」「相談窓口について」「終末期の迎え方について」となっていた。

終末期医療の意思表示の望ましい方法は、自由意見より、「文書で残す」が最も多く、次いで「準備された様式に記入する」「カード化して携帯する」「チェック方式で意思表示をする」「面談や話し合いを行う」「本人の意思が尊重された意思表示とする」「エンディングノートや、遺書のような文書を準備する」「簡単に意思表示ができる」「インターネット上で登録できる」「意思表示を録音、映像で残す」「意思表示を管理してもらう」「ある年齢に達した場合、

意思表示を必須とする」となっていた。

終末期の過ごし方や、医療ケアの内容についての研修会参加希望の有無については、「参加したい」が 24.7%となっている（「参加したくない」が 25.1%、「わからない」が 50.2%）。年代別にみると 60 代以上は「参加したい」が 3 割以上となっている。

研修会等の希望する内容は、「終末期を過ごすことができる施設等の情報」が 75.5%と最も多く、次いで「終末期にすべきこと、やっておかねばいけないことの例」が 73.7%、「自宅で終末期を過ごした事例」が 65.9%となっている。

医療機関調査

県民向け啓発プログラムに盛り込むべき事項を調査するために、千葉県内の医療機関（病院、診療所、訪問看護ステーション）を対象とした調査を行うとともに、終末期医療に関する学識経験者、実際に在宅医療に携わる医療職者等にインタビューを行い、啓発ポイントを取りまとめた。

医療機関調査は、千葉県内の病院、診療所、訪問看護ステーションとした。終末期医療の現状や課題、啓発プログラムに盛り込むべき事項等について、自記式調査票の郵送配布・郵送回収により実施し、病院について 41.3%、診療所について 40.1%、訪問看護ステーションについて 55.6%の回収率を得た。

終末期の患者対応についての課題として、医療・介護資源に関しては、病院では「最期を迎えるために病院に送られてくる患者が多い」「病院に入院させれば安心と考えている医療機関・介護事業所が多い」がいずれも 54.1%と最も多く、次いで「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が 48.6%となっている。一方、診療所では「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が 49.5%と最も多く、次いで「病院が最期を迎えるための入院を受け入れてくれない」が 25.4%となっていた。訪問看護ステーションでは診療所と同様、「地域で在宅看取りができる体制が整っていない」が最も多くなっている。

患者に関することでは、「医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い」が 59.3%と最も多く、次いで「医療機関でできることとできないことを理解してもらうことが困難」が 37.8%、「患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い」が 37.6%となっている。

リビングウィルについても、患者・家族の認知度を高める必要があるとの意見が 7 割を超えており、様式についても定めたほうがよいとの意向が 4 割の医療機関で見られていた。「リビングウィル等に対する幅広く国民的議論を進めてほしい」との意向も多くなっている。

患者・家族への関与においては、「治療、ケアの方針に関する、医師と患者・家族との十分な話し合いが必要」が 76.4%と最も多く、患者・家族に対する教育・普及啓発に関しては、「終末期に対する患者・家族の認知度を高める取り組みを行うべき」が 7 割を超えていた。関係者間における意思決定のためのコミュニケーションの不足や、患者・家族における「終末期医療の理解」がまだ進んでない現状がうかがえる。患者・家族への意識啓発の一環として、「入院時に「わたくしの診察に関する希望書」に記入して、ある程度終末期に対する考えを把握する様にしている」「常に選択肢を用意し、家族の間でのコンセンサスをとり治療に入るようにしている」「キーパーソンの方と密に話をすることで死をきちんと受容してもらう」等の取り組みが見られていた。

また、医療従事者に対する教育についても必要であるとの意見が挙げられた。「終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき」「終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき」などが 5 割を超え、医療従事者側にも終末期医療についての理解と取り組みの充実が求められている。

啓発プログラムに盛り込む内容、患者が心がけてほしいこととして、「終末期医療に限らず医療

は患者（家族）が選択し、参加するものであるという事。日頃から自分の意思を明らかにすること」「延命治療を行うかどうかに関して、患者が元気な内に十分相談しておく必要があると思われる。実際状態が悪化してから相談した場合、冷静に判断が出来ない状態にある」「病状の進行などについて、早い段階で家族など周囲の方と十分相談するようにしてもらおう」「生前、どのような最後をむかえたいと思っているか、を話し合っておく事が必要。希望を知らせておく事が大切」など、終末期医療について、患者・家族が十分に話し合い、早期の段階から自分の人生の終わりの迎え方についてのコンセンサスを得ておくことが挙げられていた。リビングウィル、終末期に差し掛かった際の意思表示についても同様に考えることが望ましいとの意見が多い。終末期に直面する前に、あらゆる側面から今後の医療について情報収集し自己決定していくことの重要性、自身が元気な際に考えて意思表示をするシステムの構築の重要性も挙げられた。

ヒアリング調査

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムに盛り込む内容の検討のため、医療者側から見た終末期に関して県民に知っておいてほしい/知っておくべき知識、啓発すべき事項等についての情報を収集するとともに、終末期を迎えての意思表示様式のあり方についても情報を収集して整理した。

終末期を考える上で、実際の体験の重要性を指摘する意見は多い。「高齢者の死亡数が増えて、看取りを体験する人が増加し、これまで病院にお任せだったが体験者が増えると、語る人も増える。身近な人の体験を通じて考える機会をつくることが重要。自分でも悩んだ人が語ることが重要である。」「住民への教育という観点から見ると、65歳を超えている人が子供たち、若い人たちに、生や死の体験、死に至るプロセスを伝えていくことも必要ではないか。」「20年以上前は看取りの経験者が存在し、看取りの文化を教えてくれたが、現在はデス・エデュケーションを行い死の話題をとりあげるきっかけが重要である」などの意見が上げられている。

また、最期の意思決定においては、「どこで最期を迎えたいか、家族も含めて話し合ってもらおう」「リビングウィルについては、作成の過程が重要。主治医と相談しながらコミュニケーションをとって作成するのが本来の形」など、関係者間で話し合うプロセスこそが重要との意見も多くなっていた。

一方、医療職側にも教育・啓発が必要との意見も多く、今後の課題といえよう。

啓発ポイント等についてまとめ

啓発プログラムの対象者については、一般県民向けに絞った検討を行うこととした。また、啓発プログラム（DVD）の作成にあたっては、こういった場面で使用するのかを想定して作成する必要がある（例：病院等の施設に入る際に、家族に事前に見ていただく等）。

啓発プログラムに盛り込むべき内容は、「医療」とらわれすぎず、誰でもいつかは死ぬということをもふまえ、（医療も含めた）死の迎え方、お迎えの方法について、家族と話し合っておくことが啓発できるようなプログラムにすることである。

延命治療や最期を迎える場所等について誘導するようなプログラムにはせず、選択権は県民にあって、自分で考えることの重要性を啓発するものとする。また、事前指示書については、既存の選択肢がいろいろあるため、その選択肢を紹介するものとする。

(2) 今後の課題

今後の課題は以下のとおりである。

- 啓発プログラムの作成について、一般向けのものを作成することとし、医療にとらわれすぎずに、最期の迎え方について考えるきっかけをつくり、家族と最期の迎え方について話し合ってもらえるものとなるようにする。
- 高齢者の住まいは多様化しており、最期を迎える場所は、病院、自宅以外にも特別養護老人ホーム等の施設が増えることが予想されるため、本年度調査において対象とした医療機関以外における終末期医療に関するデータ等を示すことも重要である。
- 本事業の範囲外ではあるが、本人・家族への終末期医療に関する啓発以外にも、医療関係者に対する看取りに関する教育、意識の啓発が必要である。

参考資料 終末期医療に関する調査 調査票

【終末期医療に関する県民意識インターネット調査】

人生の終わりの時期に関するアンケート

属性スクリーニング調査

※実際の調査票では、青色の注意書きは表示されません。

アンケート参加上のご注意

アンケート参加に際しましては、下記の点にご注意ください。

- ・アンケートは質問文・選択肢をよく読んで、焦らず、丁寧に回答してください。
- ・アンケートへの回答は、1つにつきお1人様1回までです。
- ・アンケート受付期間中でも、定員に達した場合はアンケートを締め切らせていただきます。あらかじめご了承ください。
- ・参加条件がある場合がありますので、注意書きをご確認ください。
- ・間違った回答や虚偽の回答があった場合、マイルの取り消しを行います。あらかじめご了承ください。
- ・アンケートにより、マイルのお振込時期が異なる場合があります。あらかじめご了承ください。
- ・アンケートで知りえた情報を第三者に漏洩したり、ホームページ、ブログ、掲示板などに公開する行為はおやめください。
- ・ブラウザの「戻る」ボタンを使用することはできません。次の設問へ進む際には、回答漏れがないかご確認の上お進みください。

本アンケートにお答えいただく前に、あなた自身についてお伺いします。

F1 都道府県【必須】

お選びください ▼

【-----改ページ-----】

予備調査

※実際の本調査では、青色の注意書きは表示されません。

選択肢番号の表示/非表示

選択肢番号の表示/非表示

本調査

※実際の本調査では、青色の注意書きは表示されません。

選択肢番号の表示/非表示

【説明質問1 ここから】

この調査は、高齢で寝たきりになり、食事や排泄などの身の回りのことをするのも一人できずに介助が必要な状態になった状態で、医師から「もはや回復は困難で、かつ死期が迫っており、治療方針を決めなければならぬ」と宣告されたときに、残された人生を有意義に過ごすため、人生の終わりの時期をどう生きたいか(どのような治療を受けたいか、あるいはどこで療養したいか)について、県民の皆様の現段階でのご関心、ご意向等をうかがうことを目的としています。

人生の終わりを迎える時期(以下、終末期とします)をどう迎えるかは、基本的にはご本人が自分で決めることが望ましいと考えられます。

終末期に行われる医療やケアなどをどこまで実施するかについて考えることは、人生の終わりを有意義に迎えるにあたって必要なことです。

最期の時を迎えるにあたってご自身がどのような治療や療養を望むのか、あるいは「このようにして欲しい」などご自身が感じるご希望・ご意見を率直にお聞かせいただければ幸いです。

この調査の回答にかかる時間はおよそ15分です。

【説明質問1 ここまで】

【-----改ページ-----】

あなたご自身のことについてお尋ねします。

▶Q1 あなたの居住地を教えてください。【必須】

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> 千葉県千葉市中央区 | <input type="radio"/> 千葉県勝浦市 | <input type="radio"/> 千葉県山武市 |
| <input type="radio"/> 千葉県千葉市花見川区 | <input type="radio"/> 千葉県市原市 | <input type="radio"/> 千葉県いすみ市 |
| <input type="radio"/> 千葉県千葉市稲毛区 | <input type="radio"/> 千葉県流山市 | <input type="radio"/> 千葉県印旛郡酒々井町 |
| <input type="radio"/> 千葉県千葉市若葉区 | <input type="radio"/> 千葉県八千代市 | <input type="radio"/> 千葉県印旛郡栄町 |
| <input type="radio"/> 千葉県千葉市緑区 | <input type="radio"/> 千葉県我孫子市 | <input type="radio"/> 千葉県香取郡神崎町 |
| <input type="radio"/> 千葉県千葉市美浜区 | <input type="radio"/> 千葉県鴨川市 | <input type="radio"/> 千葉県香取郡多古町 |
| <input type="radio"/> 千葉県銚子市 | <input type="radio"/> 千葉県鎌ヶ谷市 | <input type="radio"/> 千葉県香取郡東庄町 |
| <input type="radio"/> 千葉県市川市 | <input type="radio"/> 千葉県君津市 | <input type="radio"/> 千葉県山武郡大網白里町 |
| <input type="radio"/> 千葉県船橋市 | <input type="radio"/> 千葉県富津市 | <input type="radio"/> 千葉県山武郡九十九里町 |
| <input type="radio"/> 千葉県館山市 | <input type="radio"/> 千葉県浦安市 | <input type="radio"/> 千葉県山武郡芝山町 |
| <input type="radio"/> 千葉県木更津市 | <input type="radio"/> 千葉県四街道市 | <input type="radio"/> 千葉県山武郡横芝光町 |
| <input type="radio"/> 千葉県松戸市 | <input type="radio"/> 千葉県袖ヶ浦市 | <input type="radio"/> 千葉県長生郡一宮町 |
| <input type="radio"/> 千葉県野田市 | <input type="radio"/> 千葉県八街市 | <input type="radio"/> 千葉県長生郡睦沢町 |
| <input type="radio"/> 千葉県茂原市 | <input type="radio"/> 千葉県印西市 | <input type="radio"/> 千葉県長生郡長生村 |
| <input type="radio"/> 千葉県成田市 | <input type="radio"/> 千葉県白井市 | <input type="radio"/> 千葉県長生郡白子町 |
| <input type="radio"/> 千葉県佐倉市 | <input type="radio"/> 千葉県富里市 | <input type="radio"/> 千葉県長生郡長柄町 |
| <input type="radio"/> 千葉県東金市 | <input type="radio"/> 千葉県南房総市 | <input type="radio"/> 千葉県長生郡長南町 |
| <input type="radio"/> 千葉県旭市 | <input type="radio"/> 千葉県匝瑳市 | <input type="radio"/> 千葉県夷隅郡大多喜町 |
| <input type="radio"/> 千葉県習志野市 | <input type="radio"/> 千葉県香取市 | <input type="radio"/> 千葉県夷隅郡御宿町 |
| <input type="radio"/> 千葉県柏市 | | <input type="radio"/> 千葉県安房郡鋸南町 |

▶Q2 あなた現在の職業は何ですか。【必須】

- 自営業
- 常勤の被雇用者
- 契約・派遣・臨時・パート、アルバイト
- 内職
- その他 【FA必須】
- 専業主婦・主夫
- 無職(退職者を含む)
- 仕事に就いたことない

▶Q3 あてはまる家族形態を次の中から選びください。【必須】

- ひとり暮らし
- 夫婦のみ
- 夫婦と子ども
- 夫婦と親
- 夫婦、子どもと親
- 本人と子ども
- 本人と親
- その他 【FA必須】

▶Q4 あなたが現在、治療を受けている主な疾患があれば、あてはまるものを次の中から選びください。【必須(チェックは1つでも)】

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> がん | <input type="checkbox"/> 肝疾患 |
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 泌尿器系の疾患 |
| <input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳卒中など) | <input type="checkbox"/> 消化器系の疾患 |
| <input type="checkbox"/> 循環器系の疾患 | <input type="checkbox"/> 骨折 |
| <input type="checkbox"/> 認知症 | <input type="checkbox"/> その他 <input type="text"/> 【FA必須】 |
| <input type="checkbox"/> 神経難病 | <input type="checkbox"/> 特になし <EX> |
| <input type="checkbox"/> 呼吸器系の疾患 | |

▶Q5 あなたは介護保険で要介護認定を受けていますか。【必須】

- 受けていない
- 申請中
- 受けている(A 要支援1・2)
- 受けている(B 要介護1～5)

【-----改ページ-----】

あなたの死別のご経験についてお尋ねします。

▶Q6 あなたは、最近10年間に家族の死(おむね65歳以上の高齢の方の死)を経験されましたか。【必須】

- 経験した
- 経験をしていない

「最近10年間に家族の死(おおむね65歳以上の高齢の方の死)を経験された」とお答えの方にお聞きします。

▶Q7 亡くなられたご家族の方との関係についてお答え下さい。【必須】

※複数名亡くなられた方がいらっしゃる場合は直近の方についてお答えください。

- 親
- 配偶者
- 兄弟・姉妹
- その他 【FA必須】

【設問表示設定: [Q6-1]】

▶Q8 亡くなられたご家族の方が亡くなる前に受けた医療行為を次の中からお選びください(お分かりになる範囲で結構です)。【必須(チェックはいつでも)】

- 心肺蘇生(心臓マッサージなどで、停止した心肺の機能を再び蘇らせること)
- 人工呼吸器(口に管を入れて、器械につないで、呼吸を維持する装置)
- 点滴(腕や足などの血管から薬・水分・栄養を注入する)
- 輸血(血液成分を血管内に注入する)
- 中心静脈栄養(首や太腿にある心臓に通じる血管から薬・水分・栄養を注入する)
- 胃ろう(胃に人工的に作られた穴から薬・水分・栄養を注入する)
- 経鼻経管栄養(鼻から薬・水分・栄養を注入する)
- 痛みをまじめとした、あらゆる苦痛の緩和
- わからない <EX>
- 受けていない <EX>

【設問表示設定: [Q6-1]】

【-----改ページ-----】

前問で「ご家族の方が亡くなる前に医療行為を受けた」とお答えの方にお聞きします。

▶Q9 前問でお選びになった「<ans Q8>」の治療を受ける前に想像していたことと、実際に違っていたことがありますか。【必須】

- はい
- いいえ
- 覚えていない

「ご家族の方が亡くなる前に受けた医療行為が、治療を受ける前に想像していたことと、実際に違っていた」とお答えの方にお聞きします。

▶Q10 違っていたのはどのような点ですか。具体的に記入してください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

【設問表示設定: [Q9-1]】

【-----改ページ-----】

▶Q11 これらの治療「<ans Q8>」の目的や、治療を受けることのメリット・デメリットなどについて、医師や看護師等から詳しい説明はありましたか。【必須】

- 詳しい説明を受けた
- ある程度説明を受けた
- 特に説明を受けていない
- 覚えていない

【回答引継ぎ】

【設問表示設定: [Q8-1]または[Q8-2]または[Q8-3]または[Q8-4]または[Q8-5]または[Q8-6]または[Q8-7]または[Q8-8]】

【-----改ページ-----】

前問で「詳しい説明を受けた」「ある程度説明を受けた」とお答えの方にお聞きします。

▶Q12 医師や看護師等からの説明は、よく理解できましたか。【必須】

- はい
- どちらともいえない
- いいえ

【設問表示設定: [Q11-1]または[Q11-2]】

▶Q13 良く理解できなかった点があれば、具体的に記入してください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

【設問表示設定: [Q11-1]または[Q11-2]】

▶Q14 説明の中で、特に知りたかった点について、具体的に記入してください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

【設問表示設定: [Q11-1]または[Q11-2]】

【-----改ページ-----】

▶Q15 Q8でお選びになった「**ans Q8**」について自分で調べたり、人に話を聞いたりしましたか。【必須】

- はい
- いいえ
- 覚えていない

【回答引継ぎ】

【設問表示設定: [Q8-1]または[Q8-2]または[Q8-3]または[Q8-4]または[Q8-5]または[Q8-6]または[Q8-7]または[Q8-8]】

【-----改ページ-----】

▶Q16 亡くなられたご家族の方が、最期に亡くなられた場所はどこですか。【必須】

- 医療機関
- 介護保険施設(介護老人保健施設、特別養護老人ホーム等)
- 自宅
- その他 【FA必須】

【設問表示設定: [Q6-1]】

【-----改ページ-----】

あなたの両親・配偶者・兄弟・姉妹(子どもは除く)が高齢になり死期が迫っている場合を想定してお尋ねします。

▶Q17 あなたは現在、両親・配偶者・兄弟・姉妹がいらっしゃいますか。【必須(チェックまいくつでも)】

- 両親
- 配偶者
- 兄弟
- 姉妹
- いいえ <EX>

【-----改ページ-----】

▶Q18 あなたの<ans Q17>(子どもは除く)が高齢になり、治る見込みがなく死期が間近に迫っていると告げられた場合、治療によって生活の質が下がる※としても、とにかく延命を最優先することを目的とした治療(ここでは延命治療と表記します)を望みますか。【必須】

※例えば、入院治療を受けることで、点滴や酸素の吸入などでベッドから動けなくなる、食べ物も食べられなくなり、胃に穴をあけて栄養を注入する(胃ろう)、排せつコはオムツを使用することなどが考えられます。

- 延命治療を望む
- どちらかという延命治療を望まない
- 延命治療を望まない
- わからない

【回答引継ぎ】

【設問表示設定: [Q17-1]または[Q17-2]または[Q17-3]または[Q17-4]】

【-----改ページ-----】

「延命治療を望む」とお答えの方にお聞きます。

▶Q19 その理由はなぜですか。【必須(チェックは、くつでも)】

- とにかく長く生きていてほしいから
- 自分では決められないから
- その他 【FA必須】
- わからない <EX>

【設問表示設定: [Q18-1]】

【-----改ページ-----】

「どちらかという延命治療を望まない」「延命治療を望まない」とお答えの方にお聞きます。

▶Q20 この場合、具体的にどのような医療・ケア方法を望みますか。【必須】

- 一切の延命治療を中止して、最期を迎えるような方法
- 痛みをまじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおき、自然に最期を迎えるような方法
- 医師による積極的な方法で生命を短縮させる方法
- わからない

【設問表示設定: [Q18-2]または[Q18-3]】

▶Q21 あなたが延命治療を望まない理由(理由)はどのようなことでしょうか。【必須(チェックは、くつでも)】

- 治る見込みがないのであれば、治療しても仕方がないため
- 治療による身体的な苦痛を受けさせたくないため
- 治療による経済的な負担が大きいため
- 自身に介護の負担がかかるため
- その他 【FA必須】

【設問表示設定: [Q18-2]または[Q18-3]】

【-----改ページ-----】

▶Q22 あなたの<ans Q17>(子どもは除く)が治る見込みがなく死期が間近に迫っている場合、どこで最期を迎えるのが本人のために良いと思いますか。【必須】

- 医療機関に入院して最期を迎える
- 自宅で最期まで療養する
- 介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎える
- その他(具体的に) 【FA必須】
- わからない

【回答引継ぎ】

【設問表示設定: [Q17-1]または[Q17-2]または[Q17-3]または[Q17-4]】

【-----改ページ-----】

「医療機関に入院して最期を迎える」のが良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q23 その理由を教えてください。【必須(チェック丸くつでも)】

- 常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため
- 急変時に対応できる設備があるため
- 症状の緩和のための医療が受けられるため
- 息を引き取る直前まで治る希望が持ち続けられるため
- 医療機関以外で最後を迎えるイメージができないため
- その他(具体的に) 【FA必須】

【設問表示設定: [Q22-1]】

【-----改ページ-----】

「自宅で最期まで療養する」のが良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q24 その理由を教えてください。【必須(チェック丸くつでも)】

- 常に家族がそばにいる安心感があるため
- 気を遣わず自由でいられるため
- 点滴や酸素吸入や尿管など管だらけになるのは辛いため
- その他(具体的に) 【FA必須】

【設問表示設定: [Q22-2]】

【-----改ページ-----】

「介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎える」のが良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q25 その理由を教えてください。【必須(チェック丸くつでも)】

- 常に必要な介護が受けられるため
- 介護できる家族がいぬいため
- その他(具体的に) 【FA必須】

「その他の場所で最期を迎える」のが良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q26 その理由を教えてください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

あなたが高齢になり死期が迫っている場合を想定してお尋ねします。

高齢で体の衰えが進み、あなたが有する病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、さらに病状が進行することが明らかとなり、近い将来の死が避けられないような状態になったと想定してください。

▶ Q27 このような状況の場合、あなたが知りたいことまどのようなことでしょうか。【必須(チェックはくつでも)】

- 今後の身体症状の変化
- 今後、可能な治療の内容
- とにかく延命を最優先することを目的とした治療の内容
- 治療に伴う身体的苦痛・生活上の変化
- 今後の治療に関する意思表示の方法
- 対応できる医療機関・施設
- 今後の経済的な負担
- 相談・サポート体制の状況
- 自分の死後に向けて必要なこと
- その他 【FA必須】

▶ Q28 このような状況の場合、治療によって生活の質が下がるとしても、とにかく延命を最優先することを目的とした治療(ここでは延命治療と表記します)を望みますか。【必須】

- 延命治療を望む
- どちらかというと延命治療を望まない
- 延命治療を望まない
- わからない

【-----改ページ-----】

「延命治療を望む」とお答えの方にお聞きします。

▶ Q29 その理由はなぜですか。【必須(チェックはくつでも)】

- とにかく生きていたいから
- 自分では決められないから
- その他 【FA必須】
- わからない <EX>

「どちらかというと延命治療を望まない」「延命治療を望まない」とお答えの方にお聞きします。

▶ Q30 この場合、具体的にどのような医療・ケア方法を望みますか。【必須】

- 一切の延命治療を中止して、最期を迎えるような方法
- 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き、自然に最期を迎えるような方法
- 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
- わからない

【設問表示設定: [Q28-2]または[Q28-3]】

▶ Q31 あなたが延命治療を望まない理由は何のようなことでしょうか。【必須(チェックはくつでも)】

- 治る見込みがないのであれば、治療をしても仕方がないため
- 治療による身体的な苦痛を受けたくないため
- 治療による経済的な負担が大きいため
- 家族に介護の負担がかかるため
- その他 【FA必須】

▶ Q32 あなたが治る見込みがなく死期が間近に迫っている場合、どこで最期を迎えたいですか。【必須】

- 医療機関に入院して最期を迎えたい
- 自宅で最期まで療養したい
- 介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎えたい
- その他(具体的に) 【FA必須】
- わからない

【-----改ページ-----】

「医療機関に入院して最期を迎える」が良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q33 その理由を教えてください。【必須(チェックまいくつでも)】

- 常に医師や看護師が対応してくれる安心感があるため
- 急変時に対応できる設備があるため
- 症状の緩和のための医療が受けられるため
- 息を引き取る直前まで治る希望が持ち続けられるため
- 医療機関以外で最後を迎えるイメージができないため
- 家族に迷惑をかけたくないため
- その他(具体的に) 【FA必須】

【設問表示設定: [Q32-1]】

【-----改ページ-----】

「自宅で最期まで療養する」が良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q34 その理由を教えてください。【必須(チェックまいくつでも)】

- 常に家族がそばにいる安心感があるため
- 気を遣わず自由でいられるため
- 点滴や酸素吸入や尿管など管だらけにまなるのは辛いため
- その他(具体的に) 【FA必須】

「介護保険施設(特別養護老人ホーム・介護老人保健施設など)に入所して最期を迎える」が良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q35 その理由を教えてください。【必須(チェックまいくつでも)】

- 常に必要な介護が受けられるため
- 介護できる家族がいぬため
- 家族に迷惑をかけたくないため
- その他(具体的に) 【FA必須】

【設問表示設定: [Q32-3]】

【-----改ページ-----】

「その他の場所で最期を迎える」が良いとお答えの方にお聞きます。

▶ Q36 その理由を教えてください。【必須】

※持たない場合は、「なし」とご記入ください。

（2000文字以内）

▶Q37 自宅で最期まで療養するとした場合、どのような相談体制やサポートがあれば実現可能になると思いますか。【必須(チェックはいくつでも)】

- 往診してくれるかかりつけの医師がいること
- 訪問看護(看護師の訪問)サービスがうけられること
- 訪問介護(ホームヘルパーの訪問)サービスがうけられること
- 自宅での療養に関して全般的な相談のしてくれる場があること
- 24時間医療・介護相談のしてくれる場があること
- 介護してくれる家族の存在
- ボランティアによるサポートの存在
- 居住環境の整備
- 医療費、介護費用等の支援・補助
- その他(具体的に) 【FA必須】

【-----改ページ-----】

終末期を迎えるにあたっての気持ち・関心等についてお尋ねします。

高齢で体の衰えが進み、あなたが有する病気が可能な限りの治療によっても回復の見込みがなく、さらに病状が進行することが明らかとなり、近い将来の死が避けられないような状態になったと想定してください。

▶Q38 あなたは、このような状況になった時、どのようなことを不安に感じると思いますか。具体的にご記入ください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

▶Q39 あなたは、このような状況になった時、今後についての説明を誰と聞きたいと思いますか。【必須】

- 自分のみ
- 自分と家族
- 家族のみ
- 自分が指定した人
- その他 【FA必須】

▶Q40 あなたは、このような状況になった時、自分の「死」について家族と話し合うことに、ためらいや抵抗があると思いますか。【必須】

- 全くない
- ややある
- かなりある

▶Q41 あなたは、治る見込みがない病気にかかった場合、ご自身の生活の質が下がったとしても、延命を目的とした治療を受けたいかどうかについて、ご家族で話し合ったことがありますか。また、その理由を具体的に教えてください。【必須】

- 十分に話し合っている(具体的に) 【FA必須】
- 話し合ったことがある(具体的に) 【FA必須】
- 全く話し合ったことがない(具体的に) 【FA必須】

▶Q42 あなたは、治る見込みがない病気にかかった場合、ご自身の生活の質が下がったとしても、延命を目的とした治療を受けたいかどうかについて、**かかりつけ医や看護師などの医療従事者と話したことがありますか。**また、その理由を具体的に教えてください。【必須】

- 十分に話し合っている(具体的に) 【FA必須】
- 話し合ったことがある(具体的に) 【FA必須】
- 全く話し合ったことがない(具体的に) 【FA必須】

▶Q43 終末期に行われる医療やケアについて、どのような情報源から情報を得ていますか。【必須(チェックまいくつでも)】

- 新聞
- 雑誌
- 書籍
- インターネット
- 研修会
- 医療機関
- その他 【FA必須】
- 調べたことがない <EX>

【-----改ページ-----】

終末期における自分の意思の表明方法についてお尋ねします。

知的な判断能力を有する成人が、判断能力を失うなど意思表示ができなくなった場合に、自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面(書面、カード等)等で示しておくことをリビングウィルと言います。
出典:「終末期医療の対応と理想の看取りに関する実態把握及びガイドライン等のあり方の調査研究」(社)全日本病院協会

▶Q44 あなたは終末期に自分自身が受ける医療の決定に関する意思表示を書面(書面、カード等)で用意していますか。【必須】

- はい
- いいえ

「終末期に自分自身が受ける医療の決定に関する意思表示を書面(書面、カード等)で用意している」とお答えの方にお聞きます。

▶Q45 具体的に、どのような書面(書面、カード等)を用意していますか。【必須(チェックまいくつでも)】

- 日本尊厳死協会「尊厳死の宣言書」
- 全日本病院協会「終末期医療における希望事項」
- 日本臓器移植ネットワーク「臓器提供の意思表示カード」
- その他 【FA必須】

【設問表示設定: [Q44-1]】

▶Q46 書面は誰と共有していますか。【必須(チェックまいくつでも)】

- 配偶者
- 親
- 子ども
- 親戚
- 医療機関
- その他(具体的に) 【FA必須】
- わからない <EX>
- 共有していない <EX>

▶Q47 書面を用意する中で、困ったことはありますか。【必須】

- ある
- ない

【設問表示設定:[Q44-1]】

【-----改ページ-----】

前問で「書面を用意する中で、困ったことがある」とお答えの方にお聞きします。

▶Q48 どのような点で困りましたか。【必須(チェックは1つでも)】

- 記入しましたが、家族に知らせることにためらいがある
- いざという時に活用できるかどうか不安である
- 記入した後も気持ちが揺れ動いている
- 書面の内容をすぐ変更できるかどうか不安である
- 記入時と必要な時とでは、年齢や状況が異なるので答えづらい
- その他 【FA必須】

【設問表示設定:[Q47-1]】

【-----改ページ-----】

▶Q49 自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面等で示しておきたいと思いませんか。【必須】

- 示したい
- 示したくない
- わからない
- その他 【FA必須】

前問で「自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面等で示したい」とお答えの方にお聞きします。

▶Q50 情報を共有したい相手はどなたでしょうか。【必須(チェックは1つでも)】

- 配偶者
- 親
- 子ども
- 親戚
- 医療機関
- その他(具体的に) 【FA必須】
- わからない <EX>

【設問表示設定:[Q49-1]】

▶Q51 医療の決定に関する意思を表明するために、入院(入所)前後に医療機関(施設)からどのような説明を受けることを希望しますか。自由にご記入ください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

【設問表示設定:[Q49-1]】

▶Q52 書面に残すとしたら、どの時期が良いと思いますか。【必須】

- 終末期を迎える前に書面として残したほうが良い
- 終末期を迎えた頃に書面として残したほうが良い
- 時期は、いつでもかまわない
- わからない

前問で「自分自身が受ける医療の決定に関する指示を、あらかじめ書面等で「示したくない」「わからない」または、「その他」とお答えの方にお聞きします。

▶ Q53 その理由をご記入ください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

【設問表示設定: [Q49-2]または[Q49-3]または[Q49-4]】

【-----改ページ-----】

▶ Q54 あなたは、自分が終末期に明確な意思表示ができない場合、治療方針の決定についてどのようにしてましいですか。【必須(チェックまいくつでも)】

- 配偶者など最も身近な人の意見に従ってましい
- 家族や親戚など多数の意見に従ってましい
- 自分が前もって指定した人の意見に従ってましい
- 担当する医療・ケアチームが慎重に考えて決めてましい
- 担当する医療・ケアチームと配偶者などの身近な人が十分に協議して決めてましい
- その他 【FA必須】
- わからない <EX>

【-----改ページ-----】

最後に、千葉県の取り組みについてお尋ねします。

現在、千葉県では、終末期に関する県民の皆様の意識を深めるために、終末期に受けられる医療やケアについてわかりやすく理解できるプログラム(DVD、リーフレット等)の開発や、終末期における自分自身が受ける医療の決定に関する意思表示方法の検討に取り組んでいるところです。あなたは、どのような内容をそれらに盛り込むべきだと思いますか。自由にご記入ください。

▶ Q55 終末期に受けられる医療やケアについての理解度向上を図るプログラムに盛り込んだ方が良いと思うことについて、自由にご記入ください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

▶ Q56 終末期に自分自身が受ける医療の意思決定に関する意思表示の方法について、どのような方法(様式の作成等)が望ましいか、自由にご記入ください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【入力形式:テキスト】

▶ Q57 終末期の過ごし方、受けられる医療やケアの内容について、研修会等があれば参加してみたいと思いますか。【必須】

- はい
- いいえ
- わからない

「終末期の過ごし方、受けられる医療やケアの内容について、研修会等があれば参加してみたい」とお答えの方にお聞きします。

▶ Q58 どのような内容を望みますか。【必須(チェックまいくつでも)】

- 医師からの終末期の症状・状態に関する研修
- 終末期を過ごすことができる施設等の情報
- 自宅で終末期を過ごした事例
- 医療機関で終末期を過ごした事例
- 家族による看取りの体験談
- 終末期にすべきこと、やっておかぬまいけないことの例
- その他 【FA必須】

【設問表示設定: [Q57-1]】

【-----改ページ-----】

▶ Q59 終末期を安心して迎えるために、県に望むことは何ですか。自由にご記入ください。【必須】

※特になし場合は、「なし」とご記入ください。

(2000文字以内)

【終末期医療に関する調査（医療機関等調査）】

(4) 終末期医療に対する教育のあり方について	
患者・家族に対する教育・普及啓発について (複数可)	1. 終末期に対する患者・家族の認知度を高める取り組みを行うべき 2. 延命治療の実態についての周知を広く行うべき 3. 家族間で終末期に関する考え方を話し合えるような土壌をつくるべき 4. 人の死に対する国民的議論を進めるべき その他、自由にご意見をお聞かせください。
医療従事者に対する教育について (複数可)	1. 終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき 2. 終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき 3. 患者や家族に対する専門的な精神科医やカウンセラーを育成すべき 4. 患者や家族に対する専門的な知識・技術を持った看護師を育成すべき 5. 医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるべき その他、自由にご意見をお聞かせください。
貴院で取り組まれている患者や医療者への教育・啓発活動があれば、具体的にご記入ください。	

(5) 現在、千葉県では終末期医療に関する県民向けの啓発プログラム(DVD、リーフレット等)の開発と、終末期における医療の意思表示方法のあり方についての検討を実施しています。	
終末期医療の県民向け啓発プログラムに盛り込むべき事項(広く県民に周知しておく必要があること、知っておいてほしいこと)について、自由にご意見をお聞かせください。	
終末期における医療の意思表示方法(様式等)について、自由にご意見をお聞かせください。	
様式に明記されるべき事項について	
様式の運用方法について	

(6) 終末期医療に対する問題点・課題、および千葉県に対する要望等について、自由にご記入ください。	

ご協力ありがとうございました

終末期医療に関する調査 【診療所票】

記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴院の医師（もしくは看護職員）**の方がご記入ください。
- ・ 記入の終わった調査票は、**平成25年1月21日（月）までにご返送**下さい。

記入者の職種	1. 医師	2. 看護師	3. 准看護師
--------	-------	--------	---------

【平成24年12月1日時点】

(1) 医療機関の属性

所在地	()市・町・村
開設主体	1. 公立 2. 公益・社会福祉法人 3. その他公的 4. 医療法人 5. 個人
有床/無床の区分	1. 有床診療所 2. 無床診療所
在宅療養支援診療所届出の有無	1. 在宅療養支援診療所届出あり 2. 在宅療養支援診療所届出なし
併設訪問看護ステーションの有無	1. 併設ステーションあり 2. 併設ステーションなし
病床数(有床の場合)	()床
入院患者数(有床の場合)	()人
看取りへの対応	1. 看取りを実施している（在宅・院内）該当する方に 2. 看取りは実施していない

(2) 終末期医療に対する現状について

終末期の患者への対応について、日頃問題だと思っていること、感じていることはどのようなことですか。	医療・介護資源に関すること(複数可)	1. 地域で在宅看取りができる体制が整っていない 2. 病院が最期を迎えるための入院を受け入れてくれない 3. 連携できる訪問看護ステーションがない 4. その他()
	患者に関すること(複数可)	1. 患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い 2. 患者本人がどのような治療を実施してほしいかの判断ができない 3. 患者と家族の意向が分かれて意思の統一ができない 4. 家族間で意向がわかれて意思の統一ができない 5. 医療機関でできることとできないことを理解してもらうことが困難 6. 医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い 7. その他()

(3) 終末期の意思表示方法(リビングウィル等)や患者・家族への関与のあり方について

リビングウィル等は必要であると考えますか。	2. 必要である 2. 不要である 3. わからない
リビングウィル等について(複数可)	1. リビングウィル等に対する患者・家族の認知度を高める必要がある 2. リビングウィル等に対する幅広く国民的議論を進めてほしい 3. リビングウィル等が有効であるという法律を制定してほしい 4. リビングウィル等の標準的な様式を定めてほしい その他、自由にご意見をお聞かせください。
患者・家族への関与について(複数可)	1. 医療従事者に対して患者へのかかわり方の教育が必要 2. 患者や家族に関する専門的な精神科医やカウンセラーの関与が必要 3. 患者や家族に関する専門的な知識・技術を持った看護師の関与が必要 4. 治療、ケアの方針に関する、医師と患者・家族との十分な話し合いが必要 5. 患者の死後、遺族に対する援助サービスが必要 その他、自由にご意見をお聞かせください。

(4) 終末期医療に対する教育のあり方について

患者・家族に対する教育・普及啓発について (複数可)	1. 終末期に対する患者・家族の認知度を高める取り組みを行うべき 2. 延命治療の実態についての周知を広く行うべき 3. 家族間で終末期に関する考え方を話し合えるような土壌をつくるべき 4. 人の死に対する国民的議論を進めるべき
	その他、自由にご意見をお聞かせください。
医療従事者に対する教育について (複数可)	1. 終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき 2. 終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき 3. 患者や家族に対する専門的な精神科医やカウンセラーを育成すべき 4. 患者や家族に対する専門的な知識・技術を持った看護師を育成すべき 5. 医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるべき
	その他、自由にご意見をお聞かせください。
貴院で取り組まれている患者や医療者への教育・啓発活動があれば、具体的にご記入ください。	

(5) 現在、千葉県では終末期医療に関する県民向けの啓発プログラム(DVD、リーフレット等)の開発と、終末期における医療の意思表示方法のあり方についての検討を実施しています。

終末期医療の県民向け啓発プログラムに盛り込むべき事項(広く県民に周知しておく必要があること、知っておいてほしいこと)について、自由にご意見をお聞かせください。

終末期における医療の意思表示方法(様式等)について、自由にご意見をお聞かせください。

様式に明記されるべき事項について	
様式の運用方法について	

(6) 終末期医療に対する問題点・課題、および千葉県に対する要望等について、自由にご記入ください。

ご協力ありがとうございました

終末期医療に関する調査 【訪問看護ステーション票】

記入にあたってのご注意

- ・ この調査票は、**貴ステーションの管理者または看護職員の方が**ご記入ください。
- ・ 記入の終わった調査票は、**平成25年1月21日(月)まで**にご返送下さい。

【平成24年12月1日時点】

(1) 事業所の属性

所在地	()市・町・村			
開設主体	1. 社会福祉法人 2. 医療法人 3. 社団・財団法人 4. 営利法人 5. NPO法人 6. 生活協同組合 7. その他法人 8. 市区町村 9. その他()			
併設または隣接している医療機関(複数可)	1. 病院併設 2. 有床診療所併設 3. 無床診療所併設 4. 老人保健施設併設 5. 医療機関・老人保健施設は併設していない			
利用者数及び延べ訪問回数 (平成24年11月中)	11月中、1ヶ月間の状況	介護保険	医療保険	その他
	利用者数(人)	人	人	人
	延べ訪問回数(回)	回	回	回
ステーションの得意とする分野(複数可)	1. 要介護高齢者 2. 要支援高齢者 3. がん末期 4. がん以外の末期 5. 精神疾患 6. 神経難病 7. 小児 8. リハビリテーション 9. 認知症 10. その他() 11. 特になし(広く利用者を受けている。)			
職員数	常勤換算看護職員数 ()人			
看取りへの対応	1. 看取りを実施している 2. 看取りは実施していない			

(2) 終末期医療に対する現状について

終末期の患者への対応について、日頃問題だと思っていること、感じていること、どのようなことですか。	医療・介護資源に関すること(複数可)	1. 地域で在宅看取りができる体制が整っていない 2. 病院が最期を迎えるための入院を受け入れてくれない 3. 連携できるかかりつけ医がない 4. その他()
	患者に関すること(複数可)	1. 患者本人に、自身の状況に対する理解力がない場合が多い 2. 患者本人がどのような治療を実施してほしいかの判断ができない 3. 患者と家族の意向が分かれて意思の統一ができない 4. 家族間で意向がわかれて意思の統一ができない 5. 医療機関でできることとできないことを理解してもらうことが困難 6. 医療機関に入院すれば安心と考えている家族が多い 7. その他()

(3) 終末期の意思表示方法(リビングウィル等)や患者・家族への関与のあり方について

リビングウィル等は必要であると考えますか。	3. 必要である 2. 不要である 3. わからない
リビングウィル等について (複数可)	1. リビングウィル等に対する患者・家族の認知度を高める必要がある 2. リビングウィル等に対する幅広く国民的議論を進めてほしい 3. リビングウィル等が有効であるという法律を制定してほしい 4. リビングウィル等の標準的な様式を定めてほしい
	自由にご意見をお聞かせください。
患者・家族への関与について (複数可)	1. 医療従事者に対して患者へのかかわり方の教育が必要 2. 患者や家族に関する専門的な精神科医やカウンセラーの関与が必要 3. 患者や家族に関する専門的な知識・技術を持った看護師の関与が必要 4. 治療、ケアの方針に関する、医師と患者・家族との十分な話し合いが必要 5. 患者の死後、遺族に対する援助サービスが必要
	自由にご意見をお聞かせください。

(4) 終末期医療に対する教育のあり方について

患者・家族に対する教育・普及啓発について (複数可)	<ol style="list-style-type: none">1. 終末期に対する患者・家族の認知度を高める取り組みを行うべき2. 延命治療の実態についての周知を広く行うべき3. 家族間で終末期に関する考え方を話し合えるような土壌をつくるべき4. 人の死に対する国民的議論を進めるべき
	その他、自由にご意見をお聞かせください。
医療従事者に対する教育について (複数可)	<ol style="list-style-type: none">1. 終末期医療におけるチーム医療の充実を図るべき2. 終末期医療の内容について、医療従事者の理解の支援を行うべき3. 患者や家族に対する専門的な精神科医やカウンセラーを育成すべき4. 患者や家族に対する専門的な知識・技術を持った看護師を育成すべき5. 医学生や看護学生などへの終末期ケアや医療倫理の教育を充実させるべき
	その他、自由にご意見をお聞かせください。
貴ステーションで取り組まれている患者や医療者への教育・啓発活動があれば、具体的にご記入ください。	

(5) 現在、千葉県では終末期医療に関する県民向けの啓発プログラム(DVD、リーフレット等)の開発と、終末期における医療の意思表示方法のあり方についての検討を実施しています。

終末期医療の県民向け啓発プログラムに盛り込むべき事項(広く県民に周知しておく必要があること、知っておいてほしいこと)について、自由にご意見をお聞かせください。

終末期における医療の意思表示方法(様式等)について、自由にご意見をお聞かせください。

様式に明記されるべき事項について	
様式の運用方法について	

(6) 終末期医療に対する問題点・課題、および千葉県に対する要望等について、自由にご記入ください。

--

ご協力ありがとうございました

終末期医療等に関する高齢者向け啓発プログラムの開発、実施事業
報告書

平成 25 年 3 月発行

発行 株式会社 三菱総合研究所 人間・生活研究本部

〒100-8141 東京都千代田区永田町 2-10-3

TEL 03 (6705) 6024 FAX 03 (5157) 2143

不許複製