

図 105

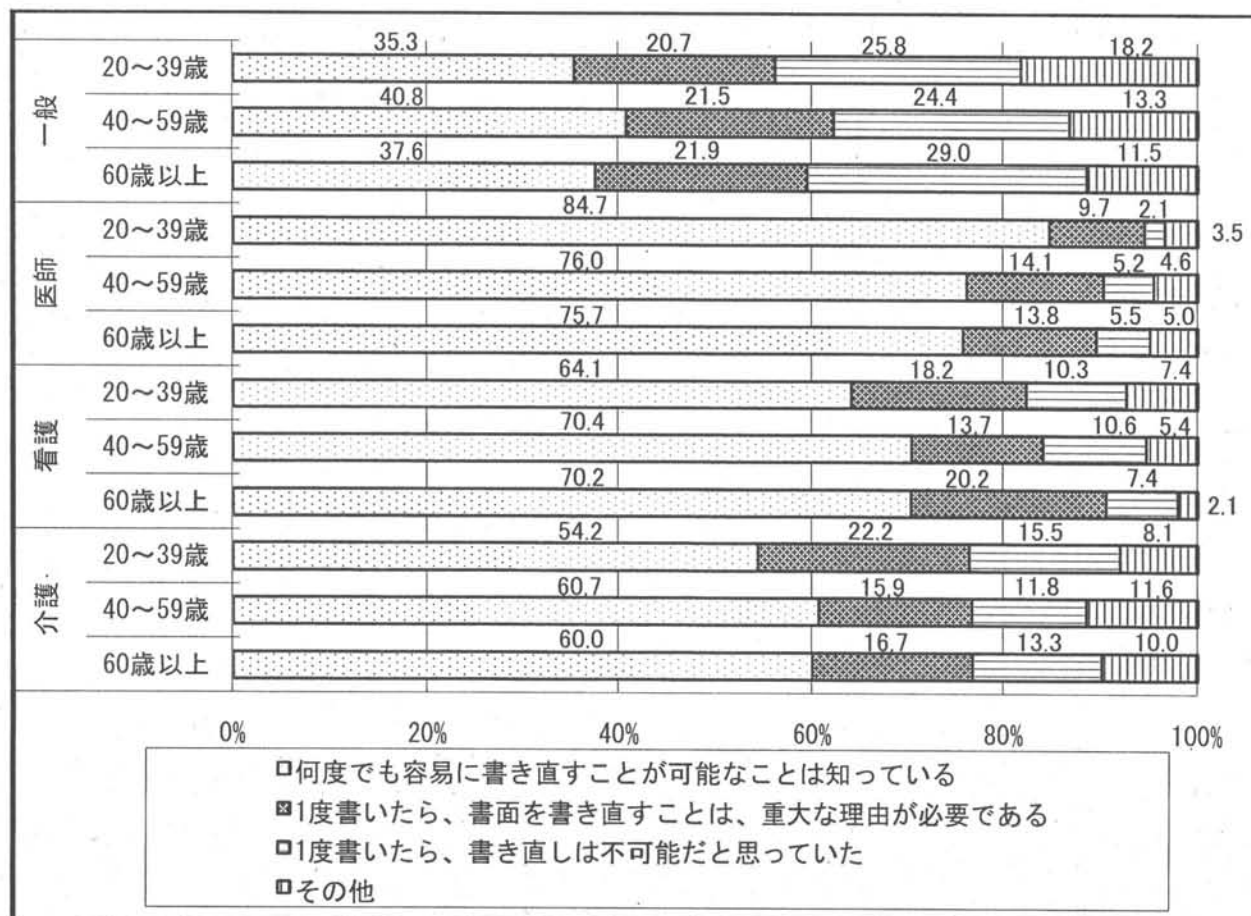


図 106

【問 43 事前に本人の意思が確認できなかった患者（入所者）の場合、書面ではなく代理人による意思表示という考え方（家族や後見人が延命医療を拒否したら、それを本人の意思の代わりとして治療方針などを決定すればよい）について賛成するか】

一般国民及び医療福祉従事者ともに「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かったが、「その時の状況による」という回答した者も一定数見られた（図107）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かった（図108）。年代別では一定の傾向は見られなかった（図109）。

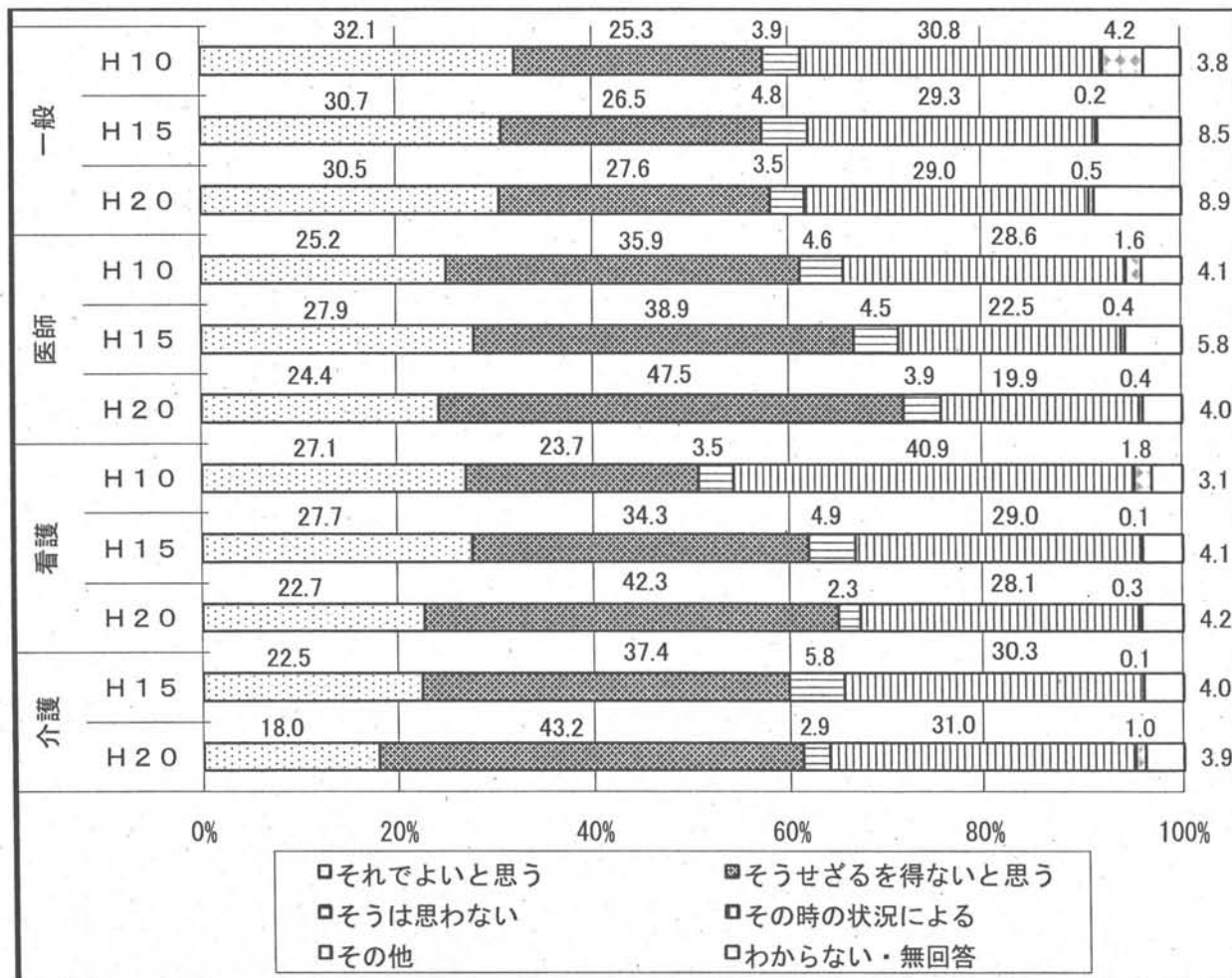


図 107

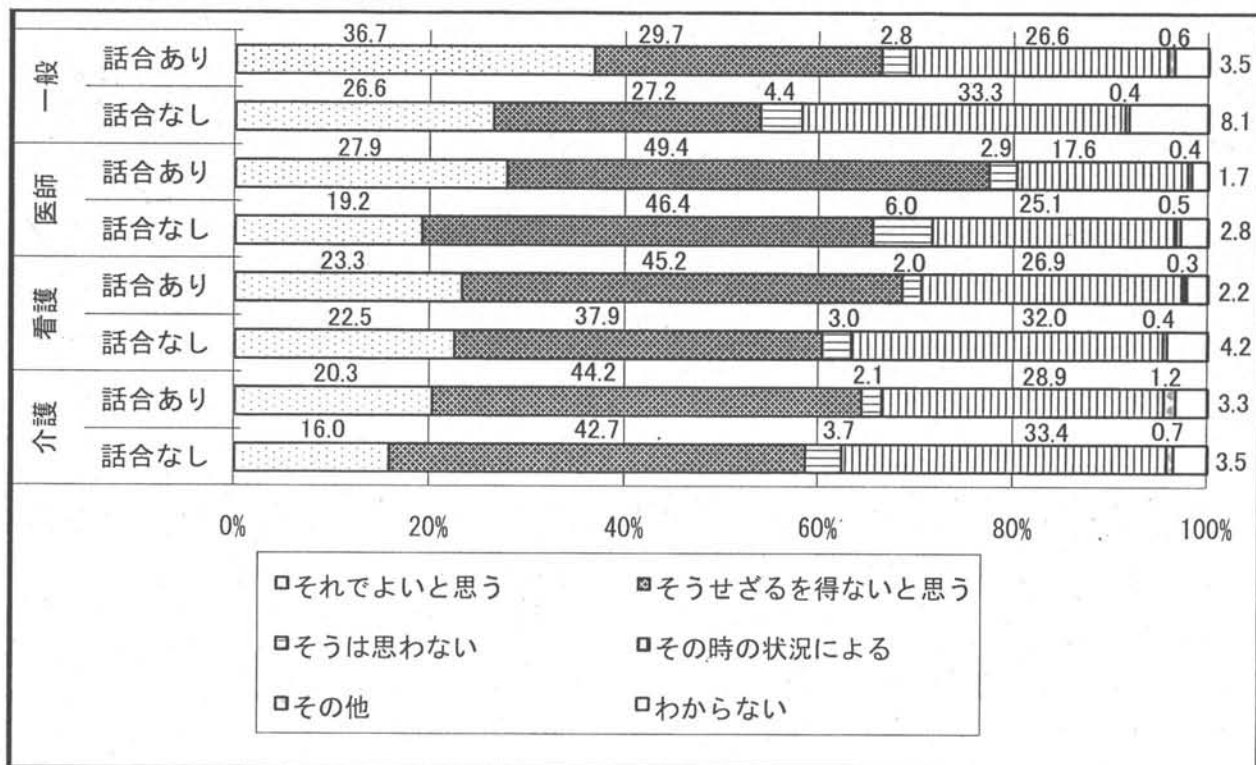


図 108

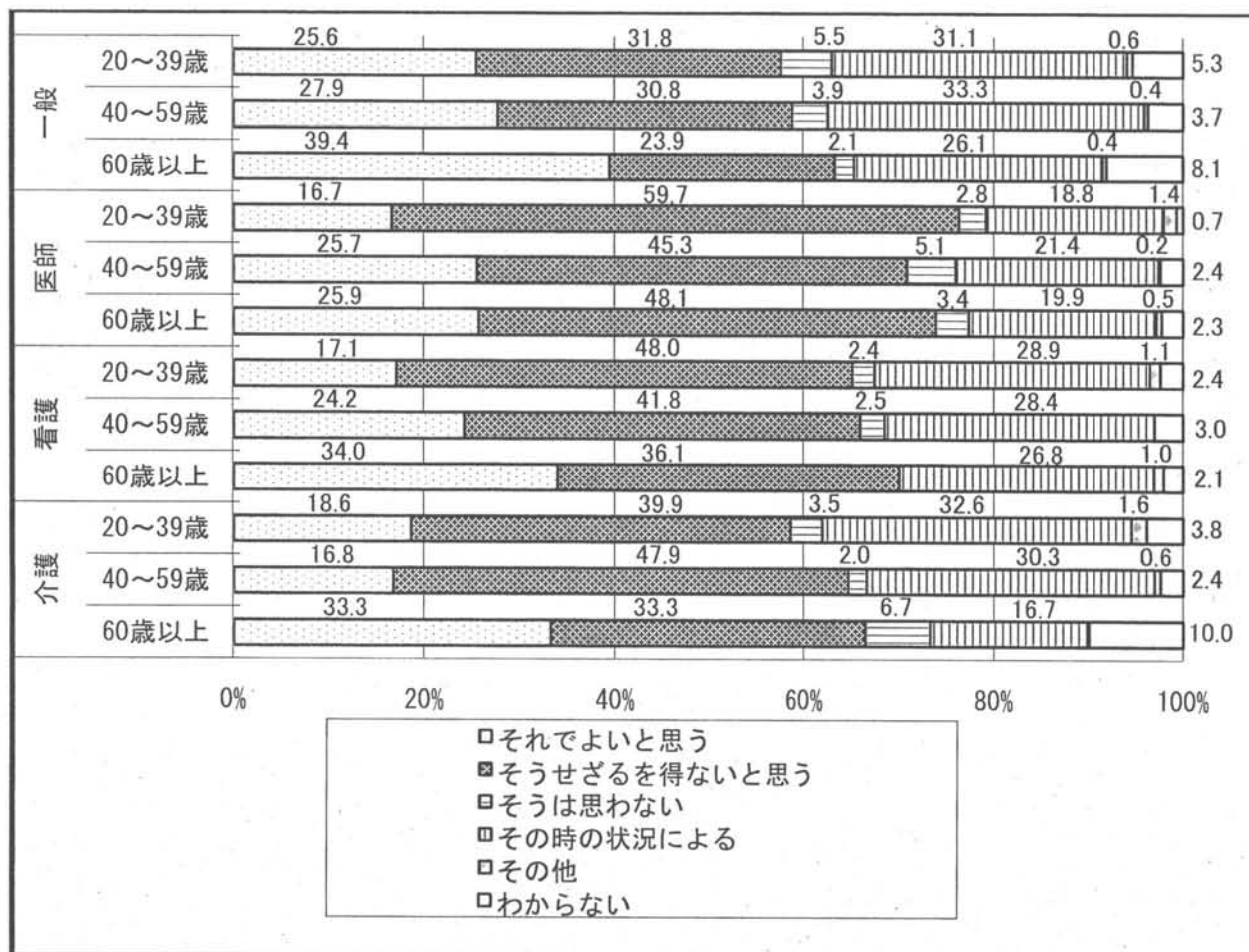


図 109

【問 44（一般国民対象） 自分が終末期に明確な意思表示を行うことが困難と思われる場合、事前に治療方針に関する判断を自分以外の者に任せることの可否について】

治療方針に関する判断を「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が最も多かった（図 110）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が多かった（図 111）。年代別では、一定の傾向は見られなかった（図 112）。

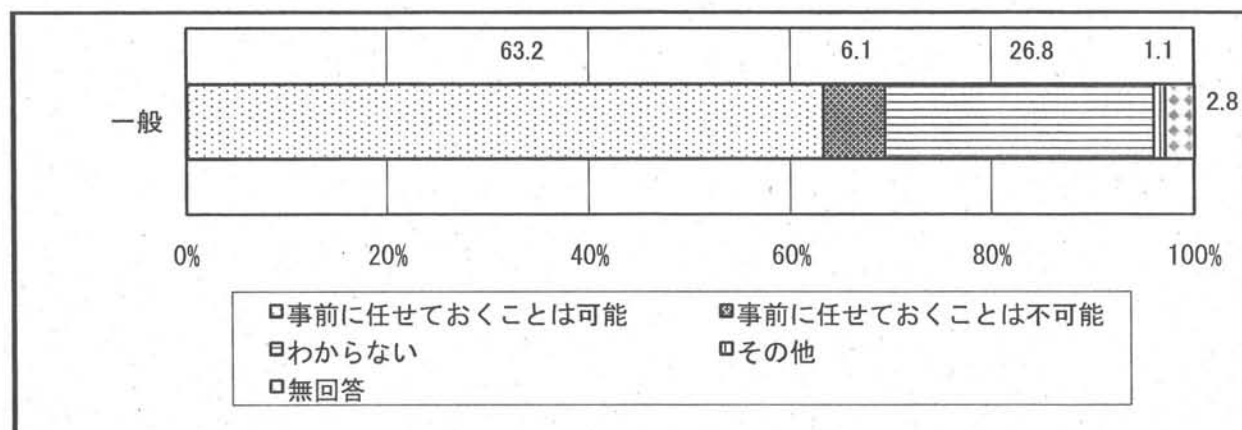


図 110

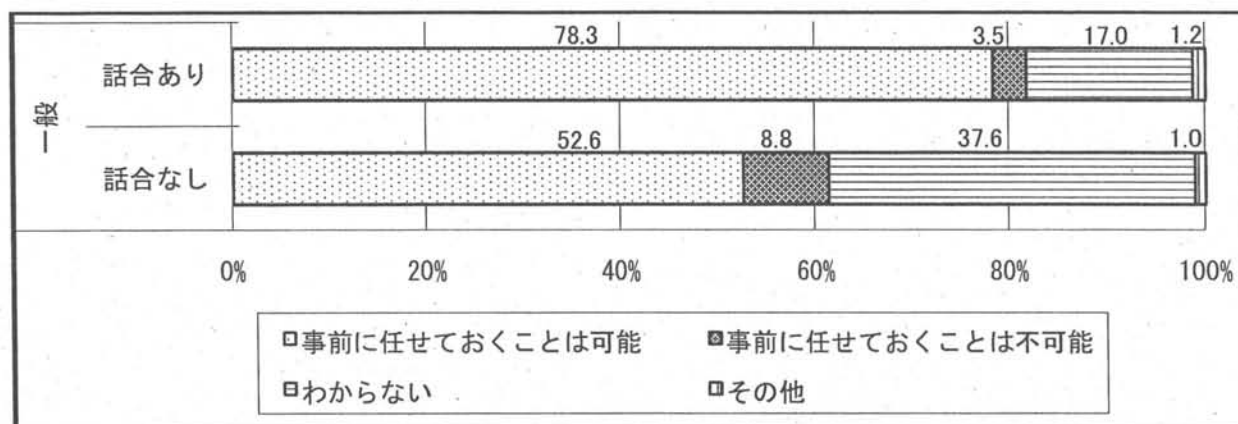


図 111

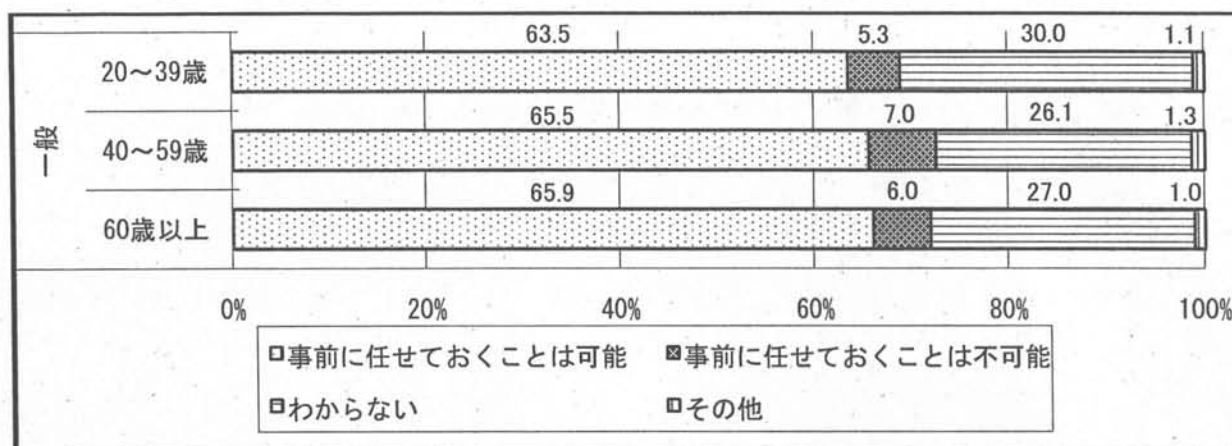


図 112

【問 45 自分または担当する患者（入所者）が終末期に明確な意思表示が示せない場合、治療方針の決定は誰に従ってほしい（従うべき）か】

注）（一般国民に対しては自分が終末期に明確な意思が示せない場合、治療方針の決定についてどのようにしてほしいかと質問し、医療福祉従事者に対しては患者（入所者）の意思表示が分からない場合の終末期における治療方針の決定についてどう思うかと質問している。）

一般国民は治療方針の決定について「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が最も多かった。

また、医療福祉従事者は担当する患者（入所者）本人の明確な意思表示がわからない場合の終末期における治療方針の決定について、「配偶者など最も身近な人の意見に従うべき」と回答した者の割合が最も多かった（図 113）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「配偶者など最も身近な人の意見に従うべき」と回答した者の割合が多かった（図 114）。年代別では、一定の傾向は見られなかった（図 115）。

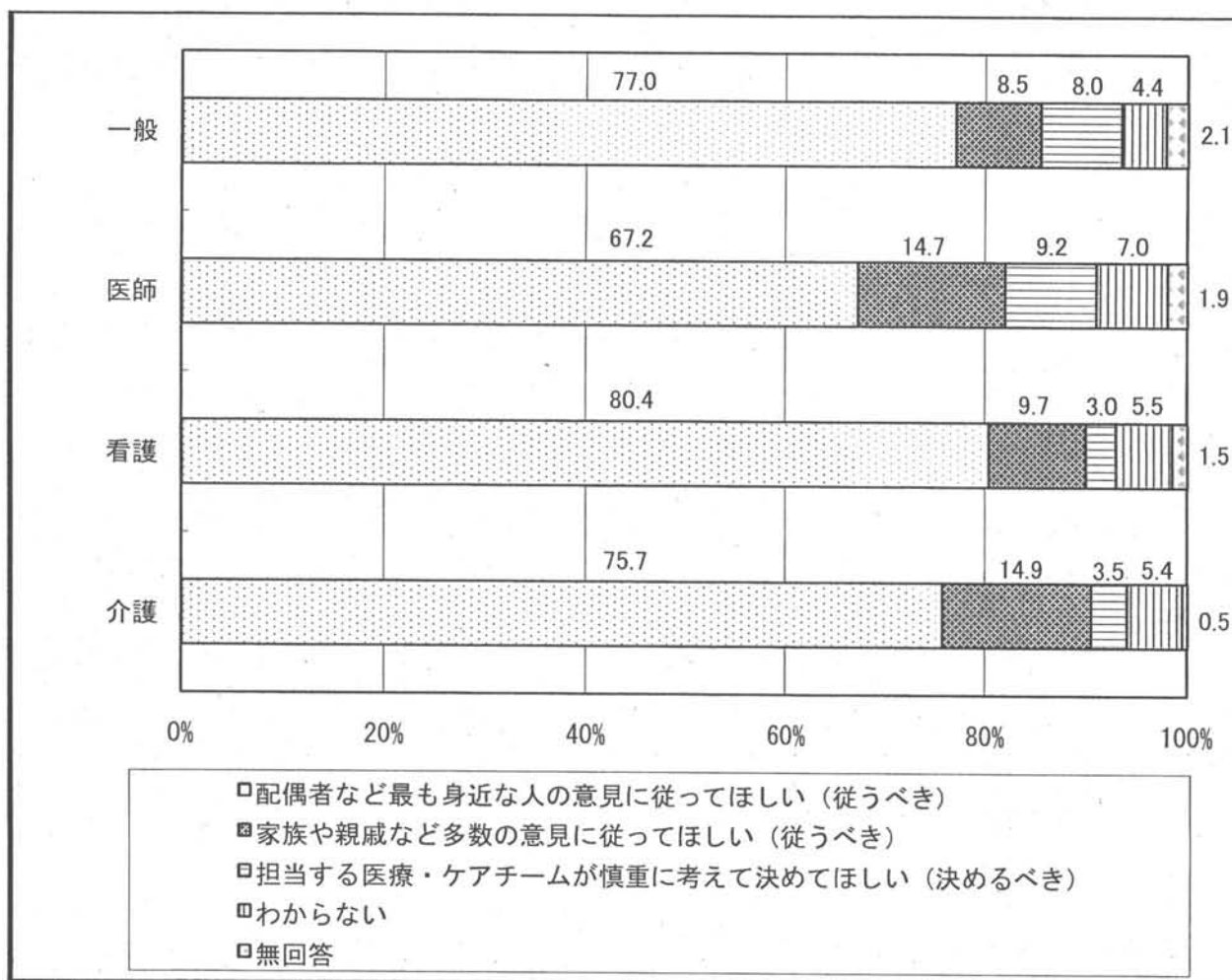


図 113（カッコ内は医療福祉従事者の回答選択肢）

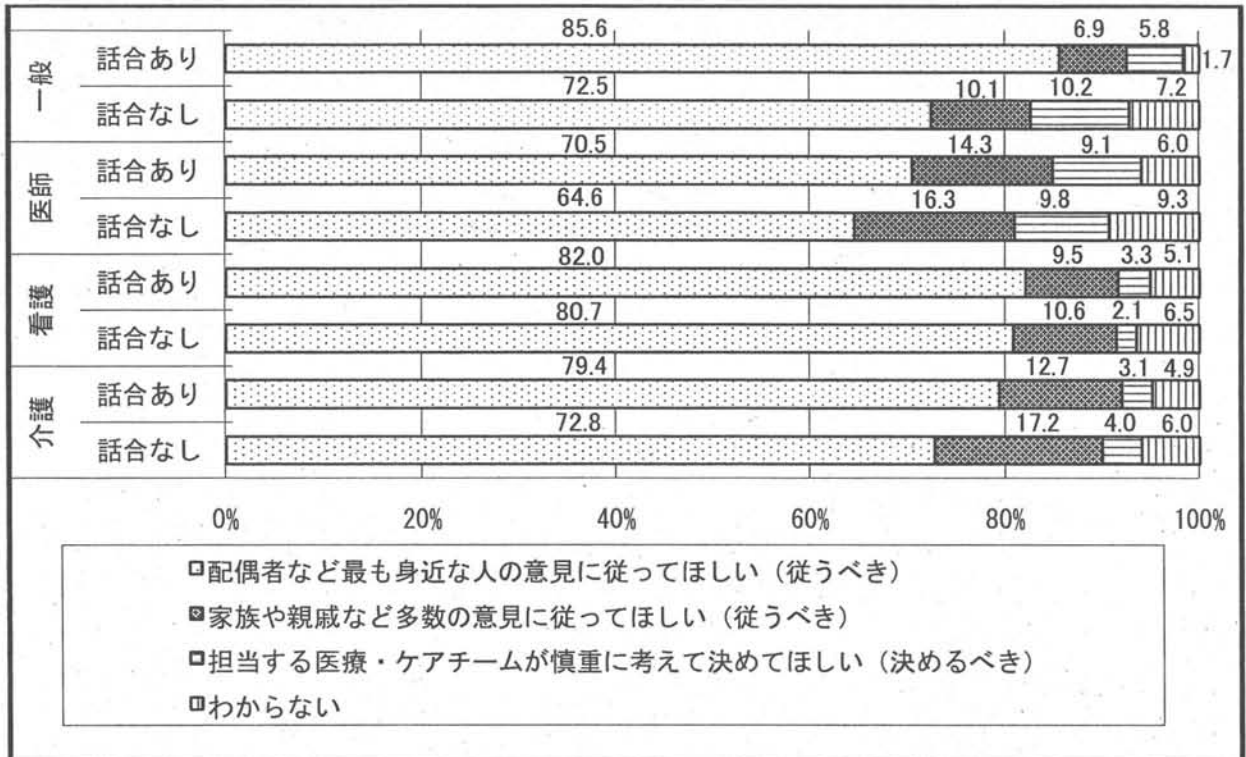


図 114 (カッコ内は医療福祉従事者の回答選択肢)

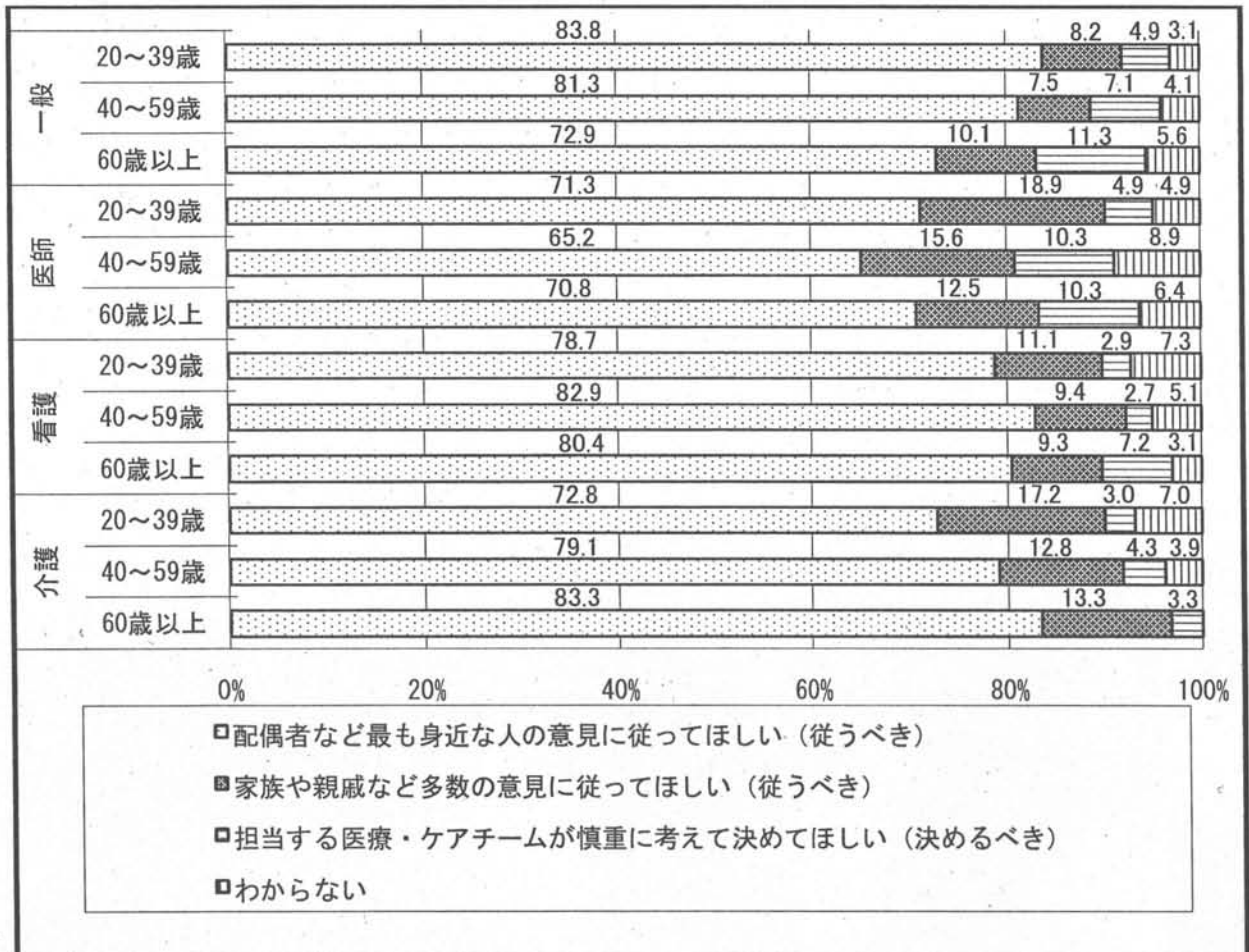


図 115 (カッコ内は医療福祉従事者の回答選択肢)

(8) 終末期医療に対する悩み、疑問

【問 46 (医療福祉従事者対象) 終末期医療に関して、悩みや疑問を感じた経験があるか】

終末期医療に対して、悩みや疑問を「頻繁に感じる」、「たまに感じる」と回答した者の割合は、全ての医療福祉従事者において80%を超えた(図116)。

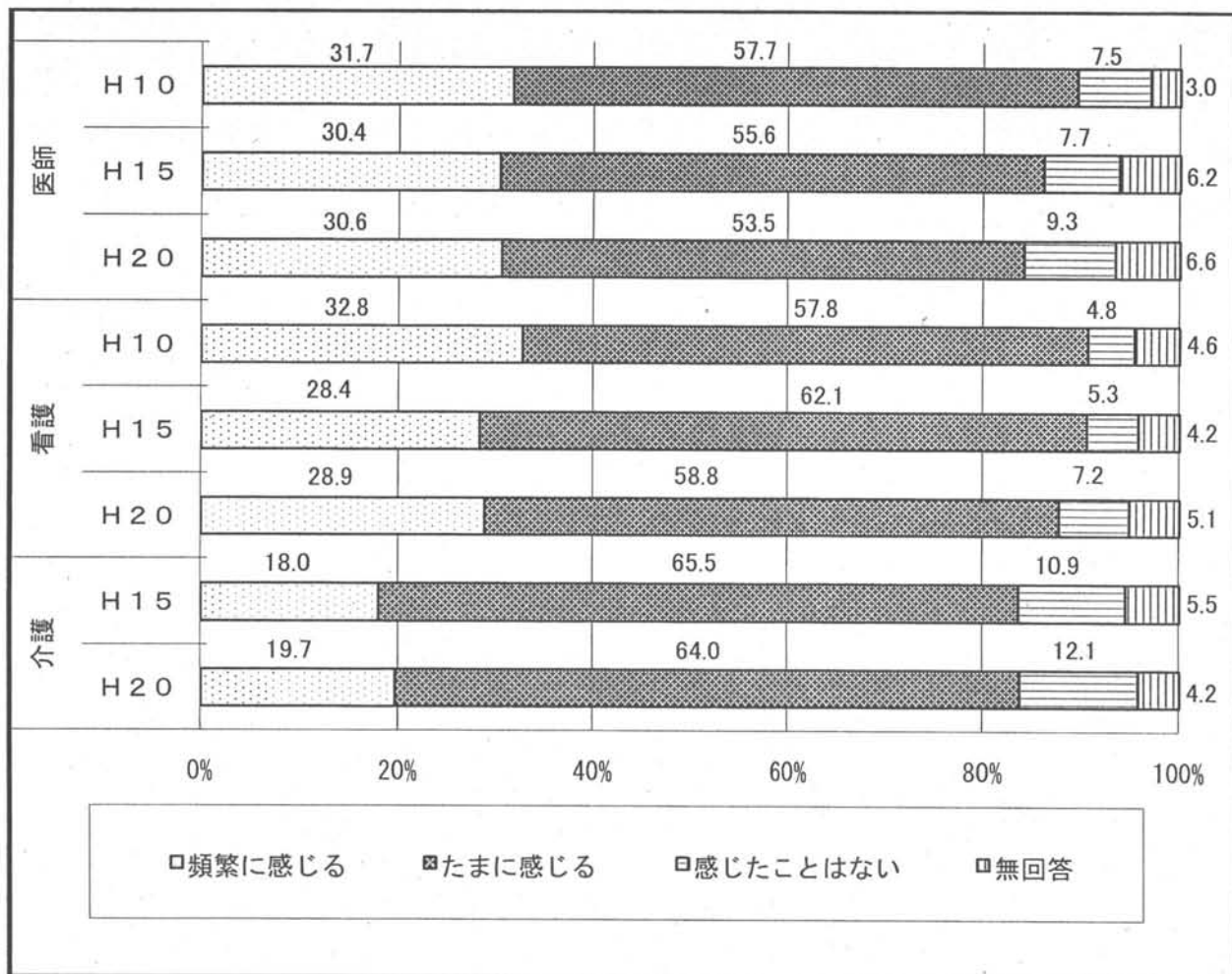
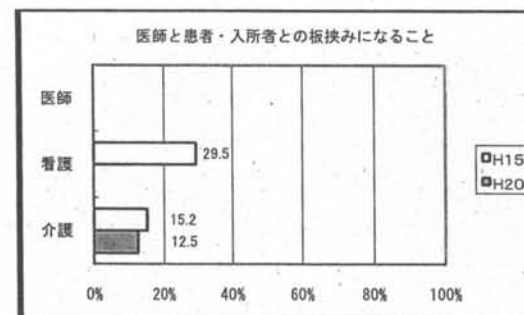
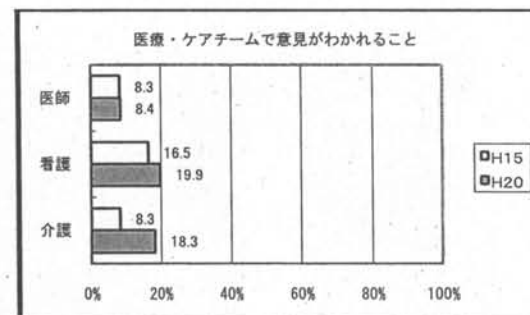
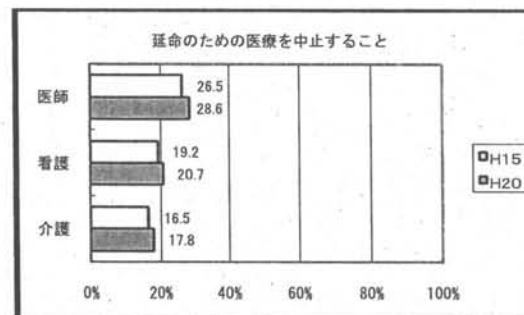
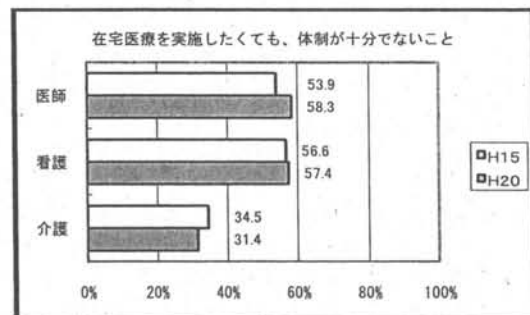
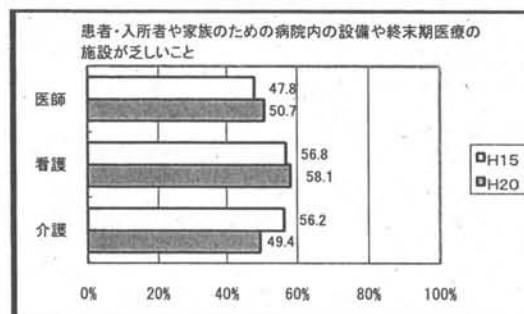
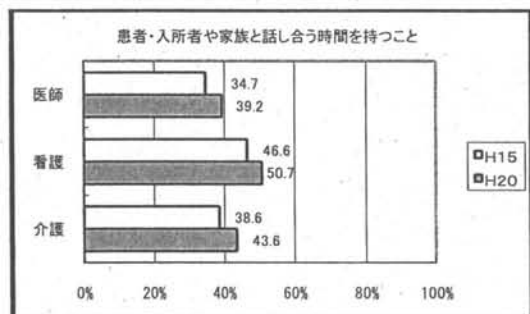
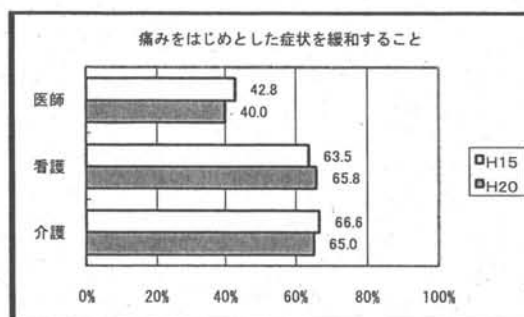
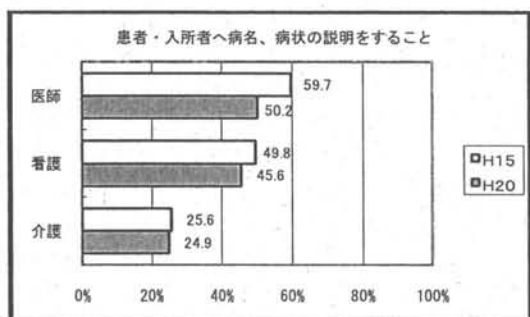


図 116

【問 47(医療福祉従事者対象) 終末期医療に関する悩みや疑問の内容(問 46で「頻繁に感じる」「たまに感じる」と回答した医療福祉従事者を対象)】

医師は「在宅医療の体制が十分でないこと」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」、看護・介護職員は「痛みをはじめとした症状を緩和すること」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」と回答した者の割合が多かった(図 1 1 7)。



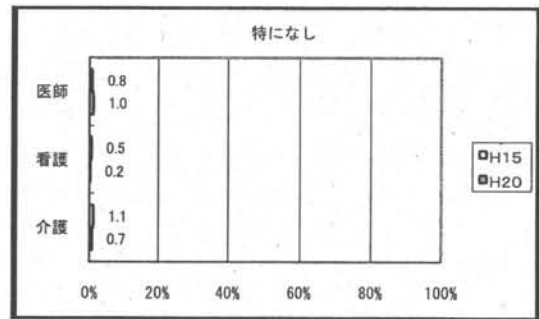
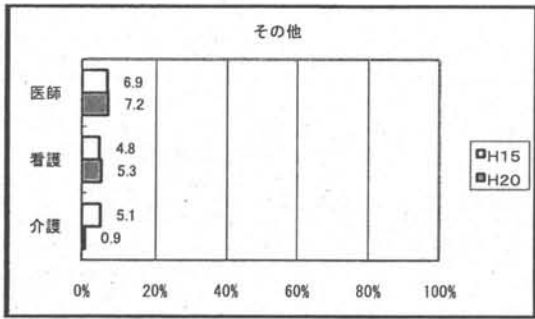


図 117

(9) 終末期における療養の場所

1) 死期が迫っている患者

【問 48 (一般国民対象) 自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合の療養の場所について】

一般国民において「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合は11%であった。自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。

前回、前々回の結果と比較し、「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」と回答した者の割合が減少し、「自宅で最後まで療養したい」と回答した者の割合が増加した(図118)。

また、延命医療について家族との話し合いの有無では、一定の傾向が見られなかった(図119)。年代別では、年代が上がるにつれて「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」、「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた(図120)。

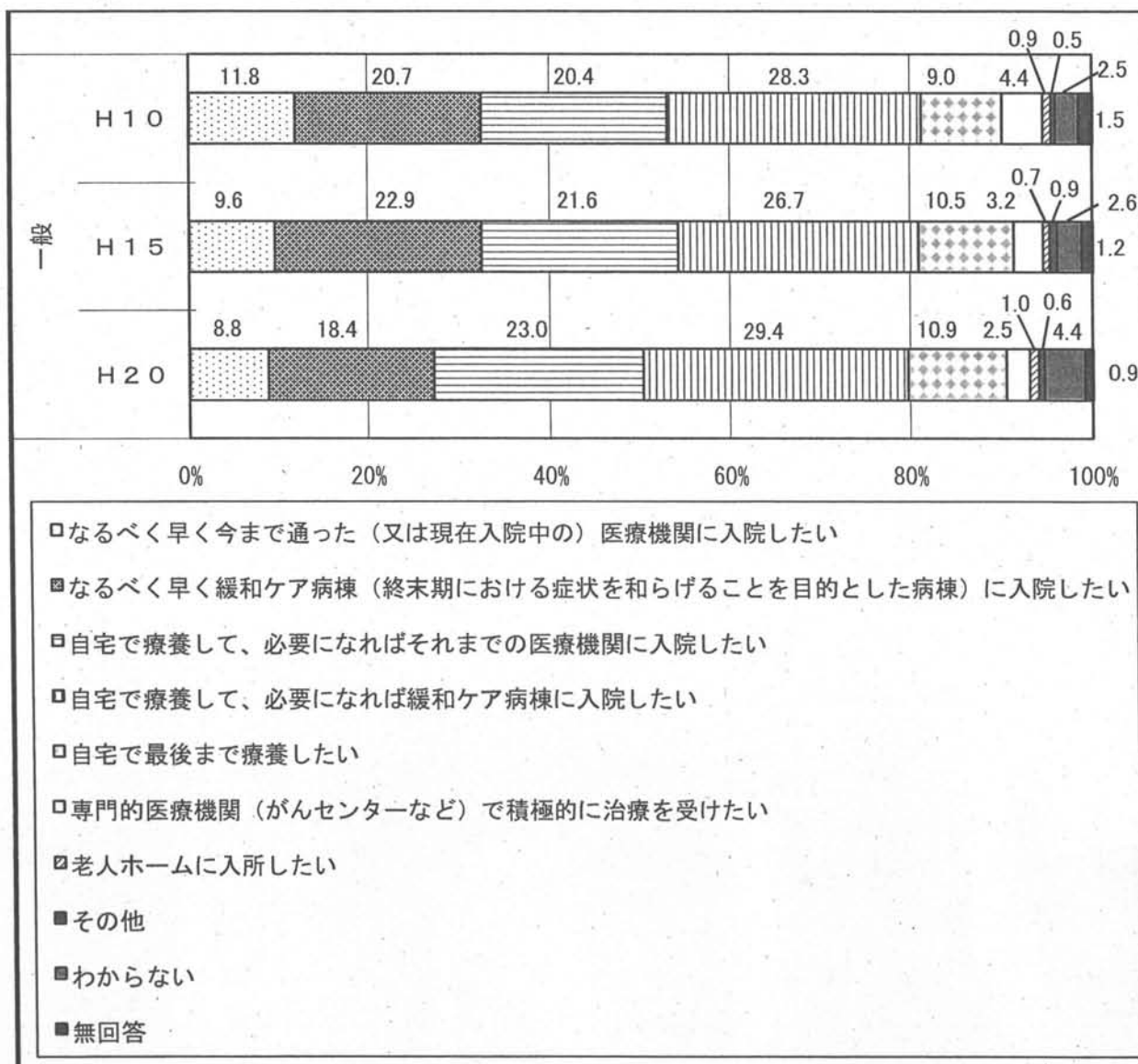


図 118

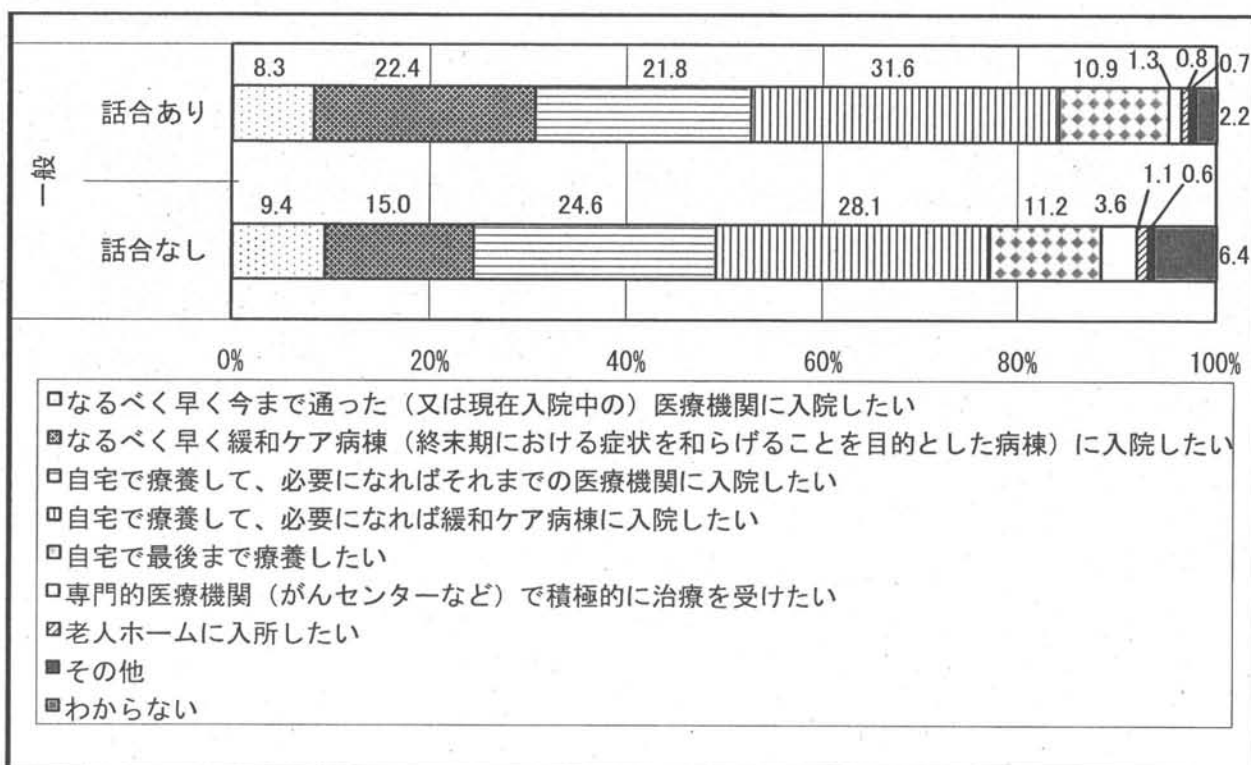


図 119

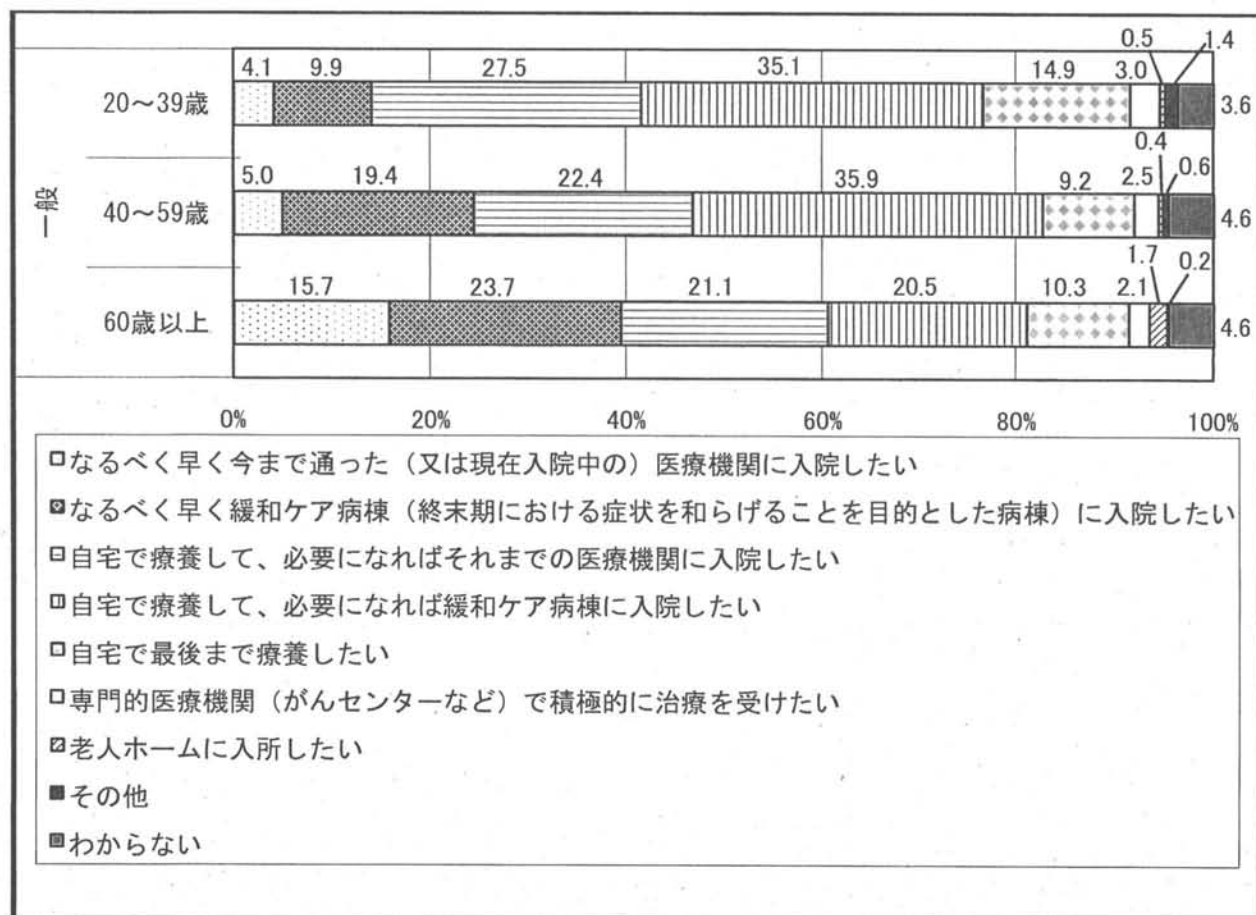


図 120

【問 49 自分が治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能か】

一般国民及び医療福祉従事者ともに、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった。一方で、「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民（6%）よりも医療福祉従事者（医：26%、看：37%、介：19%）の方が多かった（図121）。

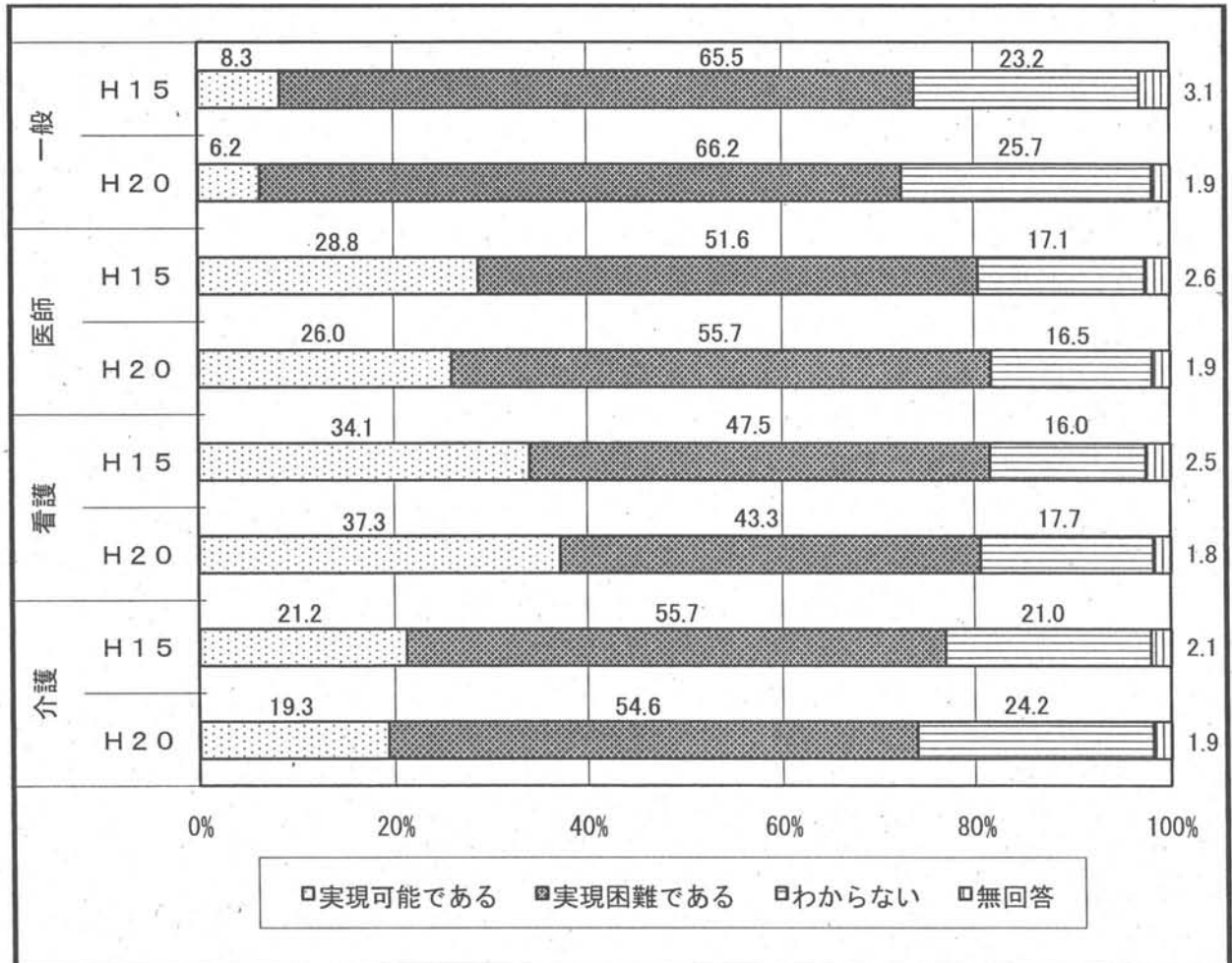
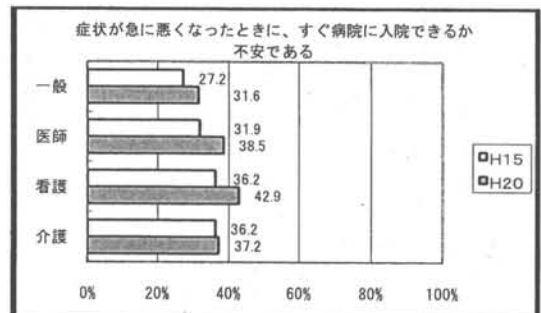
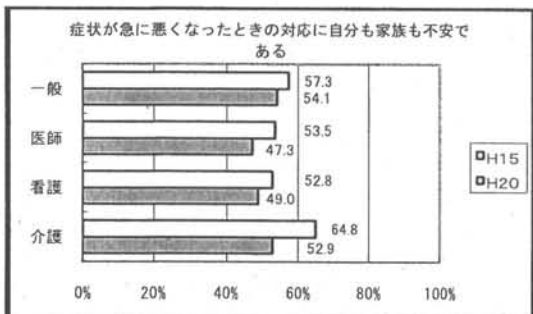
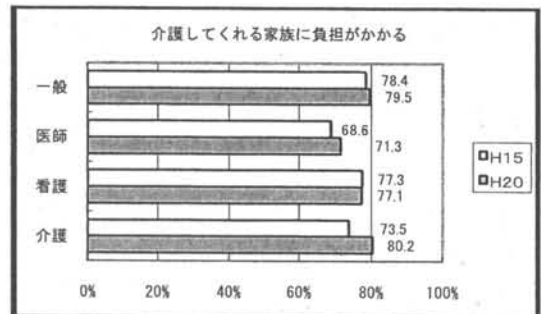
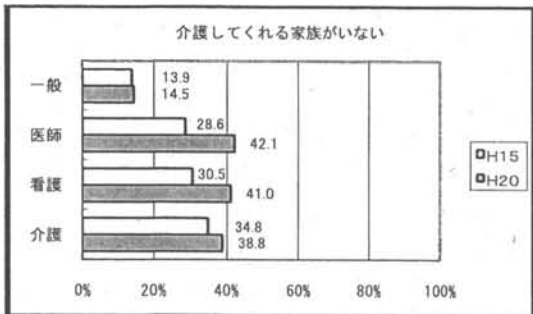
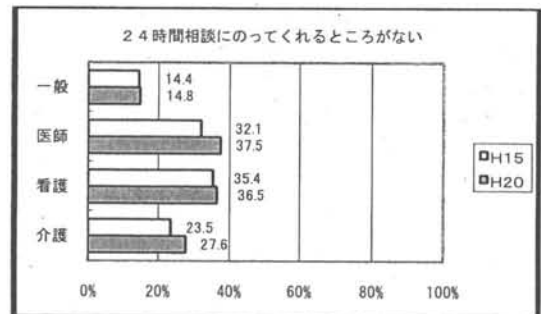
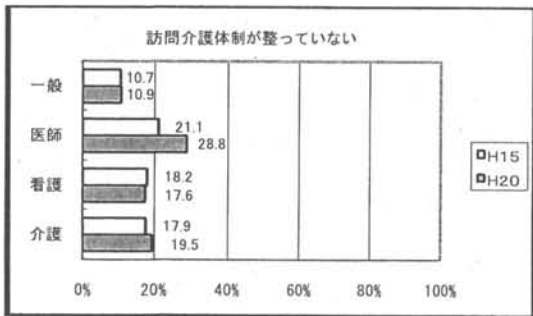
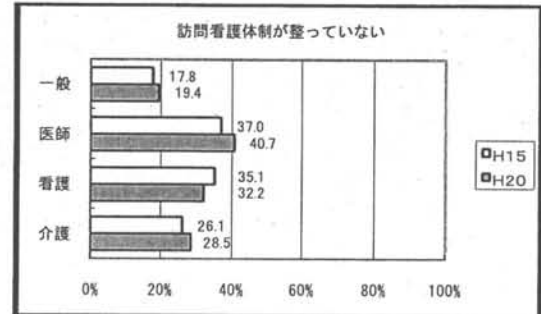
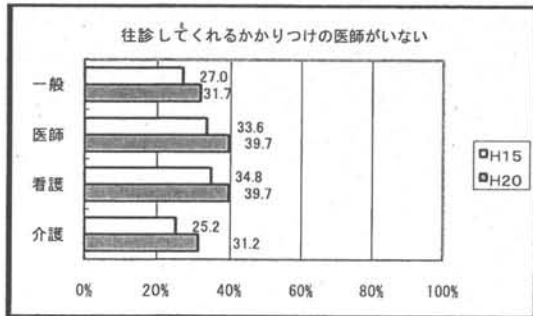


図 121

【問 50 自分が治る見込みがなく死期が迫っている(6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、自宅で最期まで療養することが困難な理由(問 49 で「実現困難である」と回答した者を対象)】

「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」と回答した者の割合が多かった(図122)。



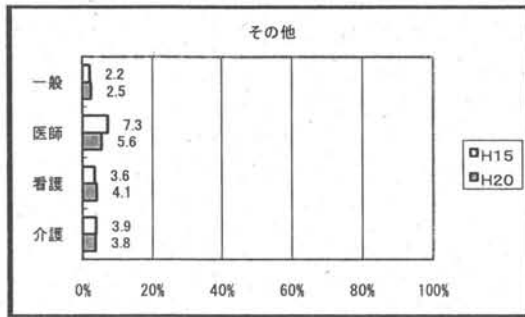
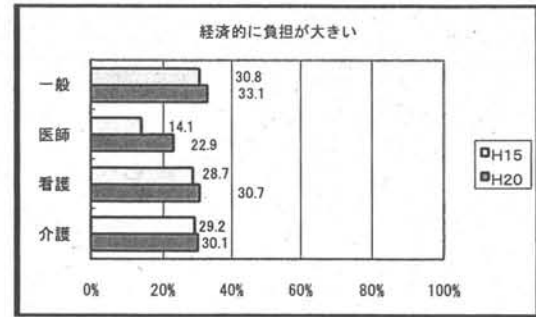
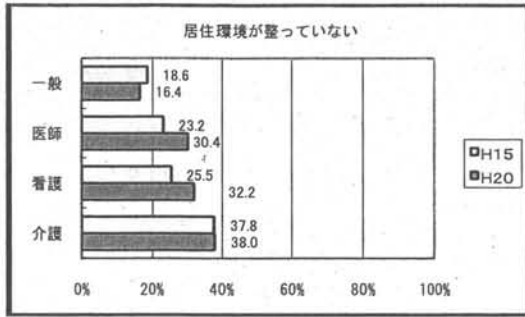


図 122

【問 51 自分の家族、または自分の担当する患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)場合、どこで療養することを薦めるか】

一般国民は、自宅で療養して、必要になれば医療機関等に入院させたいと回答した者の割合が多かった。

自分の担当している患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている場合、医師・看護職員は、「自宅で療養して、必要になれば医療機関等に入院を薦める」と回答した者の割合が多かったが、介護職員は「老人ホームを薦める」と回答した者の割合が多かった(図123)。

また、延命医療について家族との話し合いの有無では、一定の傾向は見られなかった(図124)。年代別では、年代が上がるにつれて、「なるべく早く医療機関等に入院させたい(を薦める)」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた(図125)。

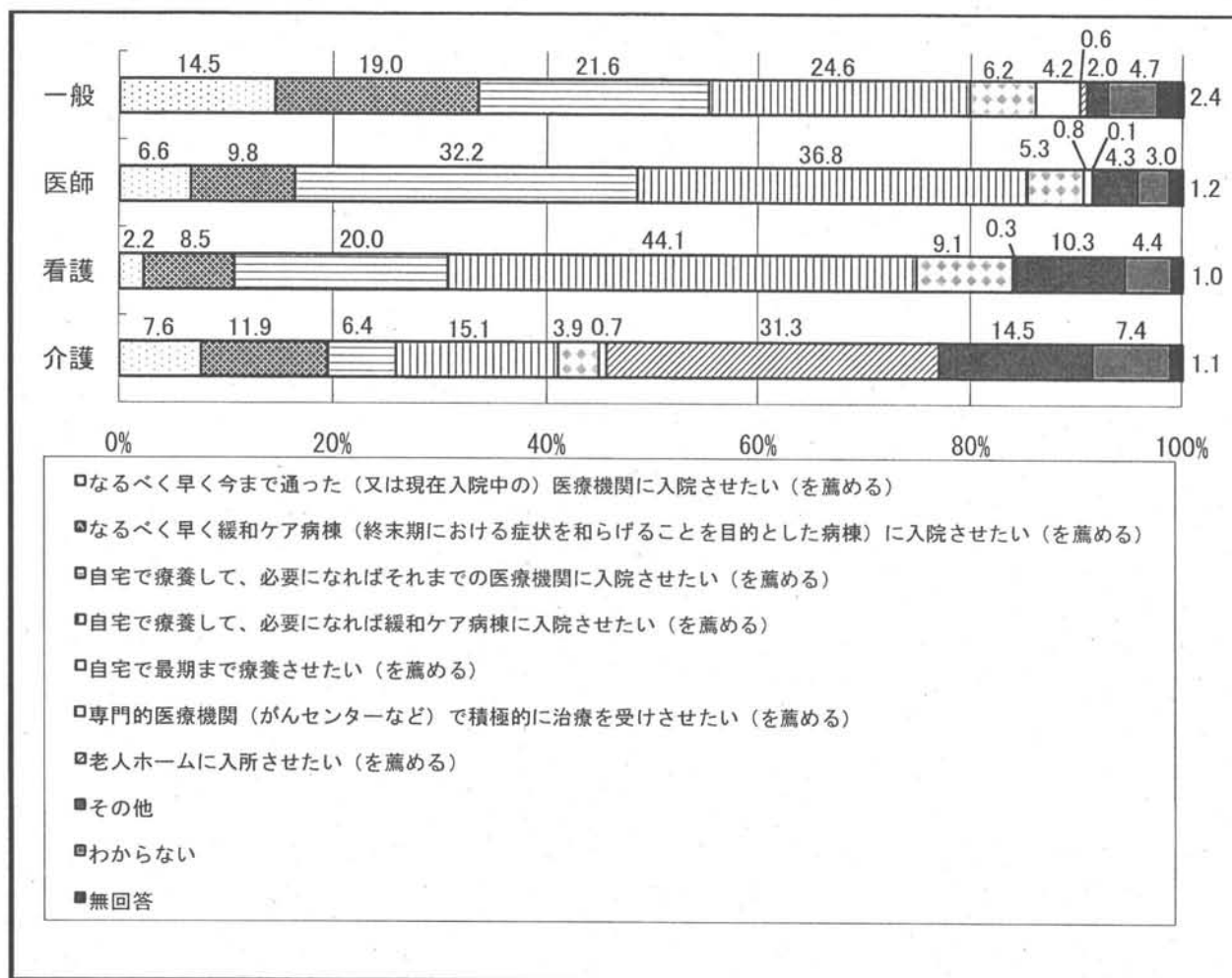


図 123 (カッコ内は医療福祉従事者の回答選択肢)

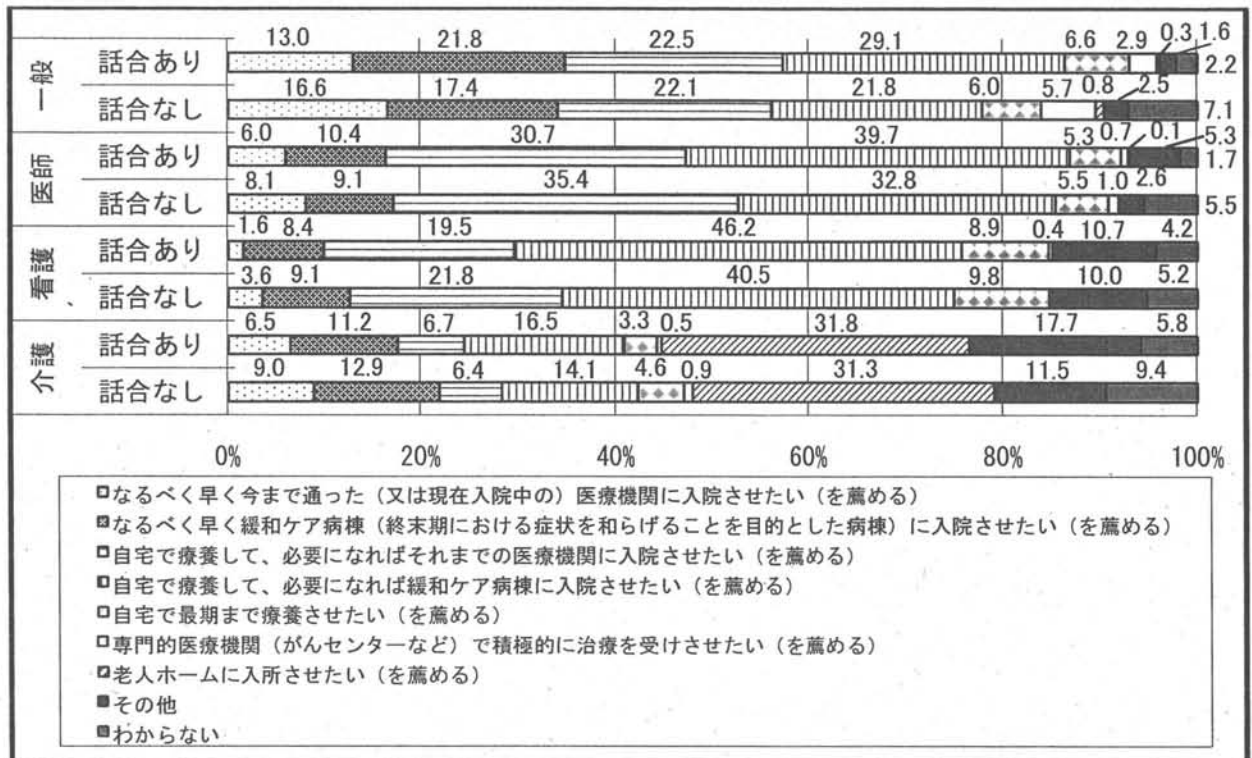


図 124 (カッコ内は医療福祉従事者の回答選択肢)

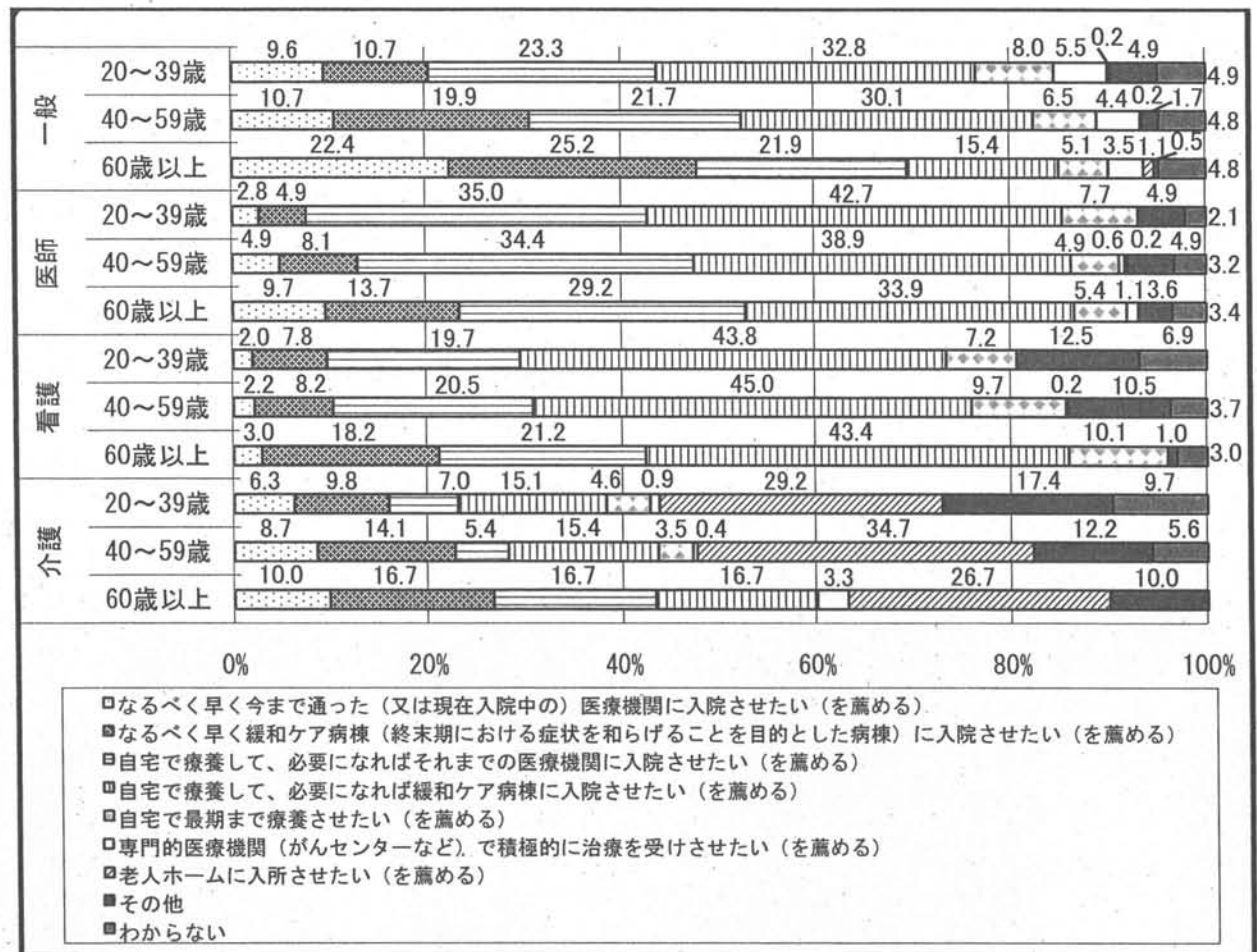


図 125 (カッコ内は医療福祉従事者の回答選択肢)

【問 52 自分の家族、または自分の担当する患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能か】

一般国民及び医療福祉従事者ともに「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった。「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(8.5%)よりも医療福祉従事者(医:26%、看:37%、介:19%)の方が高かった(図126)。

また、延命医療について家族との話し合いの有無では、一定の傾向は見られなかった(図127)。年代別では、年代が上がるにつれて「実現可能である」と回答した者の割合が減少する傾向が見られた(図128)。

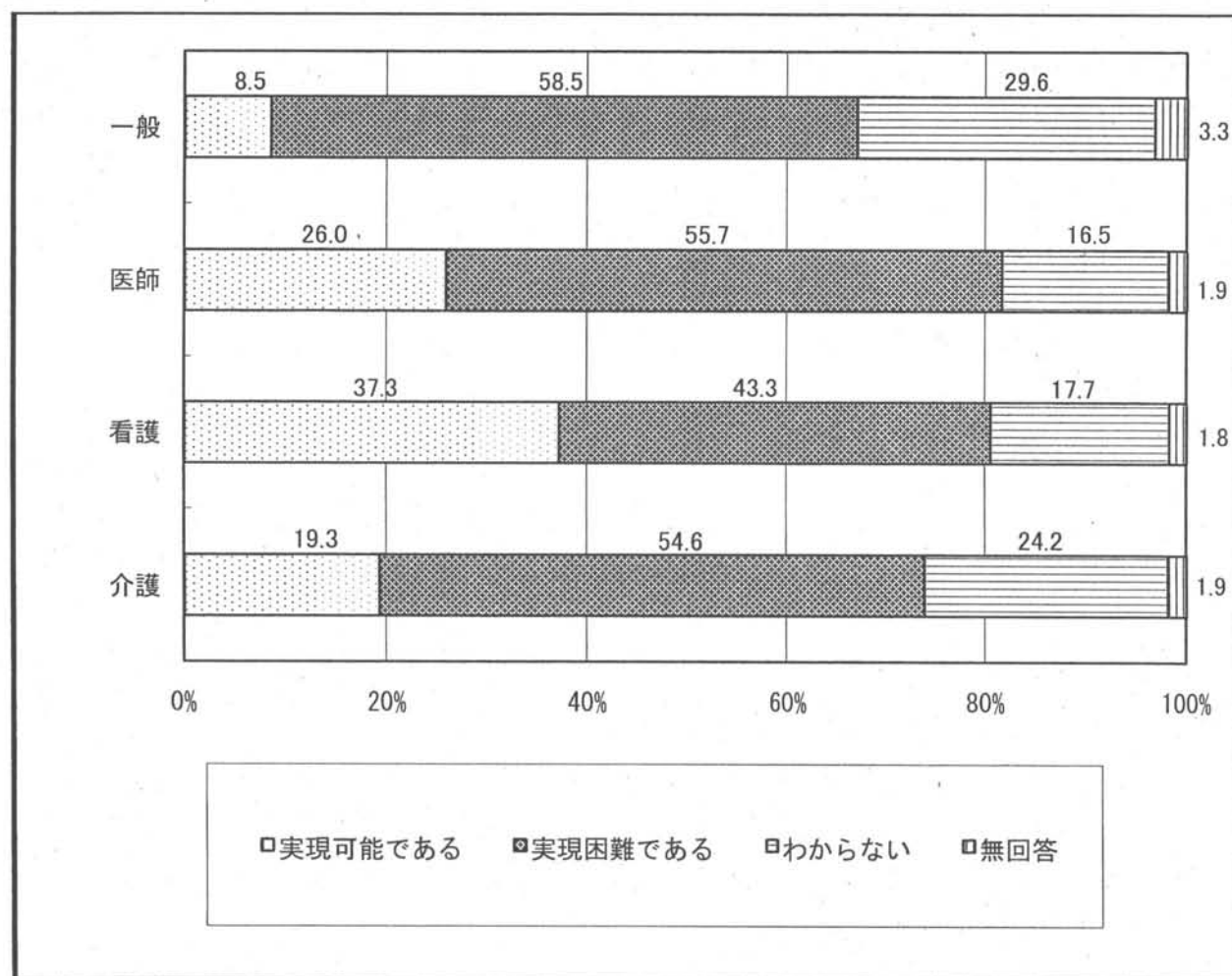


図 126

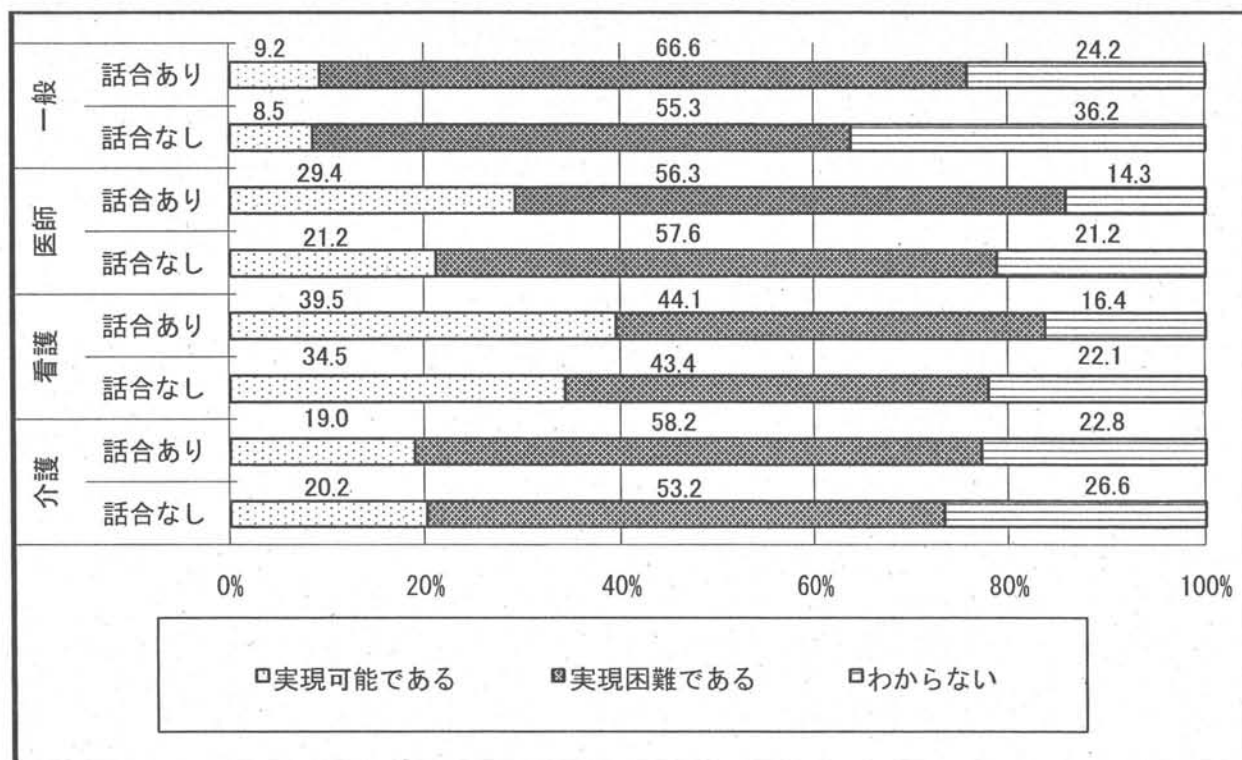


図 127

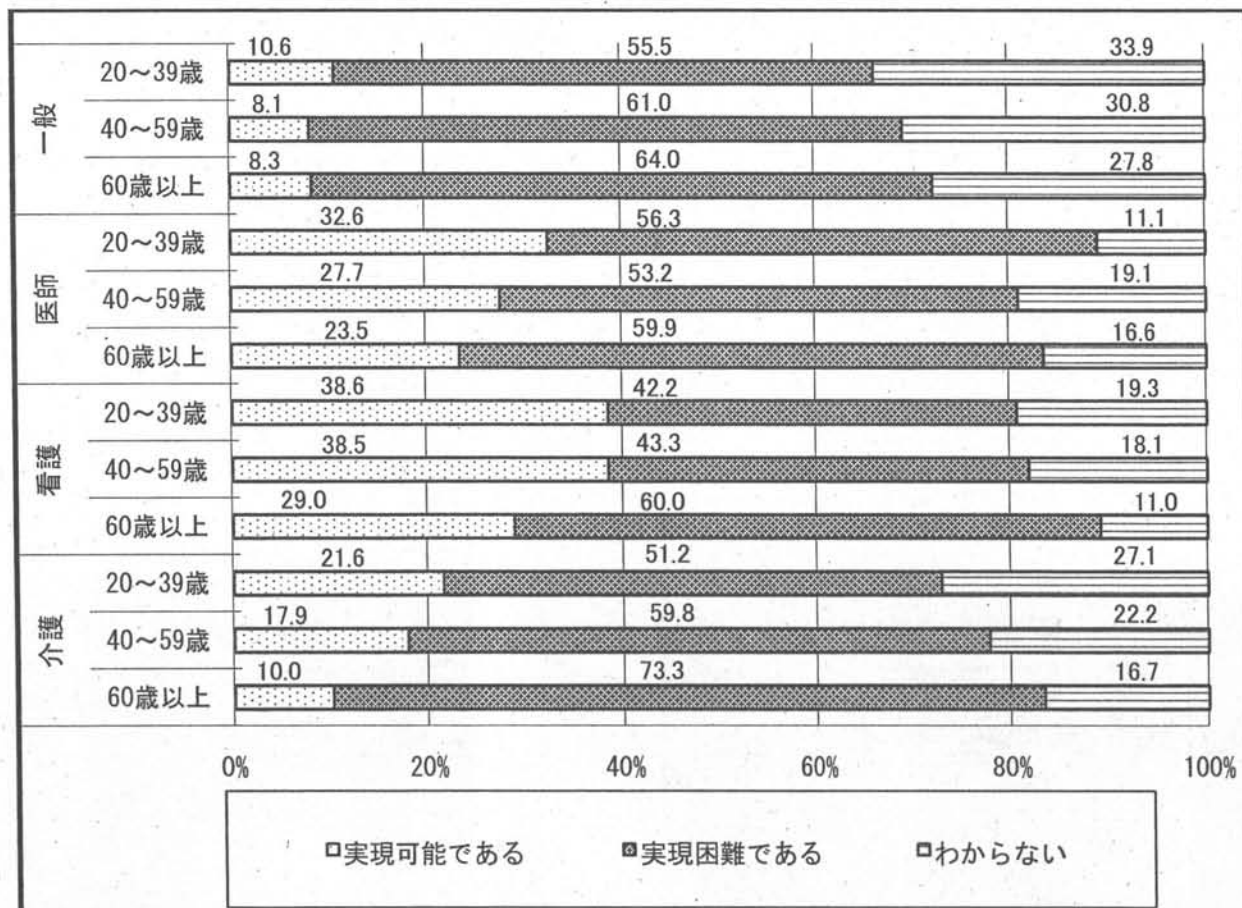
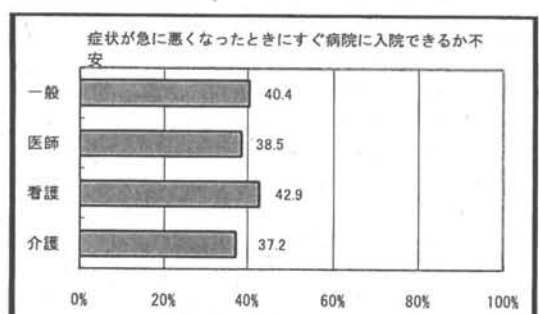
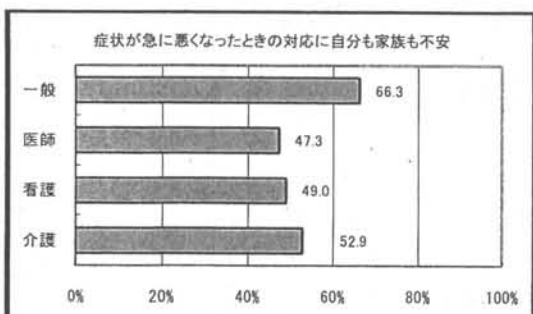
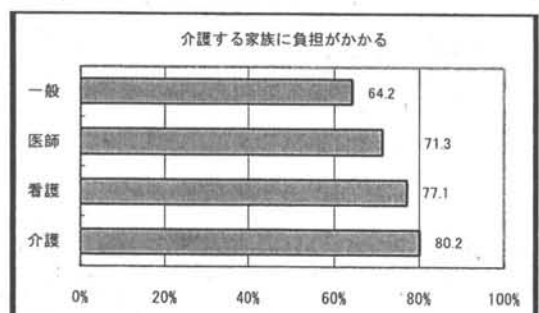
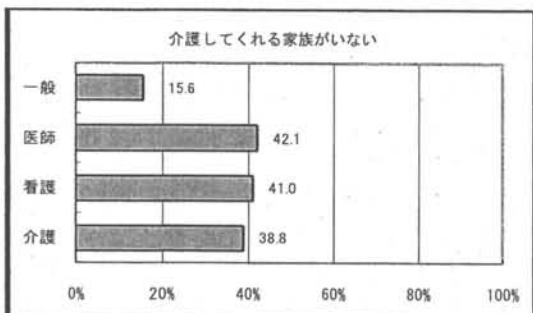
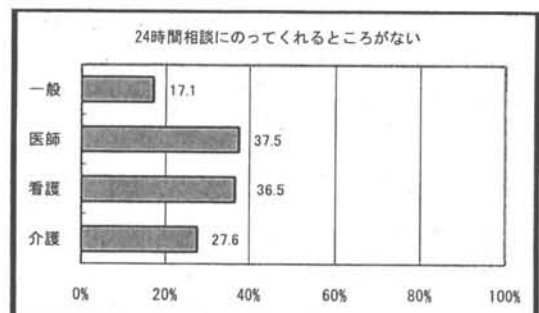
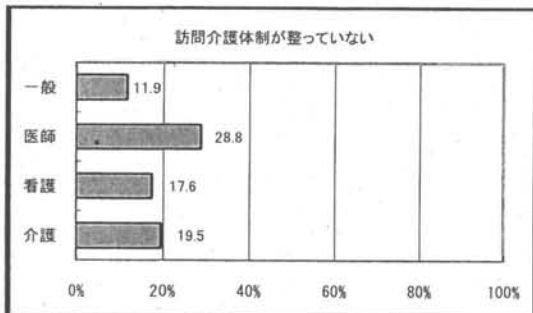
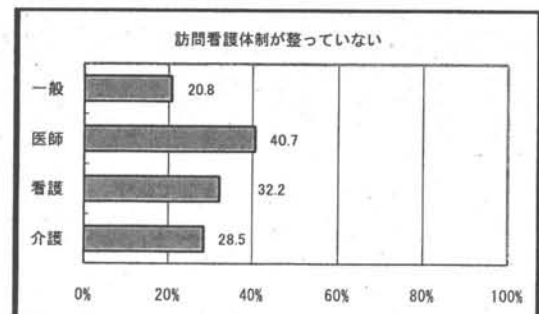
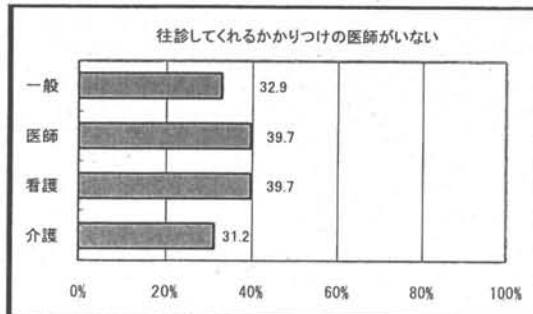


図 128

【問 53 自分の家族、または自分の担当する患者（入所者）が治る見込みがなく死期が迫っている（6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定）と告げられた場合、自宅で最期まで療養することが困難な理由（問 52 で「実現困難である」と回答した者を対象）】

「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安」と回答する者の割合が多かった（図 129）。



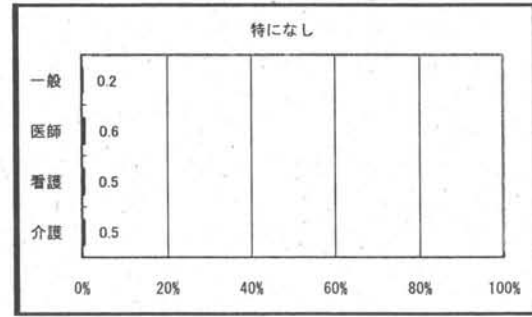
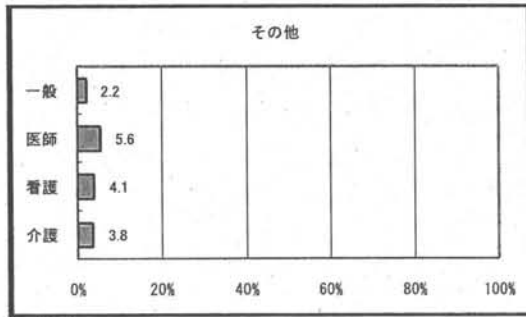
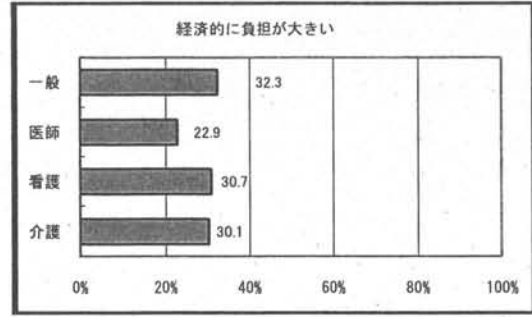
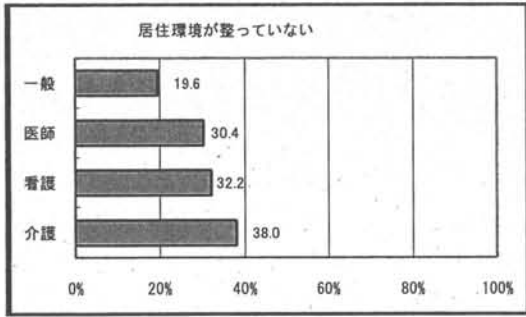


図 129

2) 脳血管障害や認知症によって全身状態が悪化した患者

【問 54 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合の療養場所について】

一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多く、前回より増加し、「老人ホーム」と回答した者は前回より減少した。医療福祉従事者は「自宅」と回答した者の割合が最も多かった（図130・図131）。

また、延命医療について家族との話し合いの有無や年代別では、一定の傾向は見られなかった（図132～図135）。

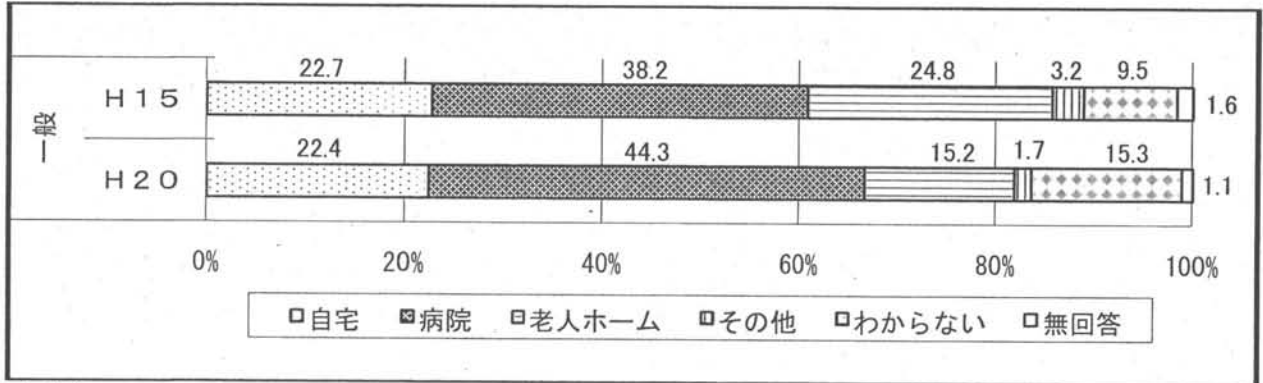


図 130

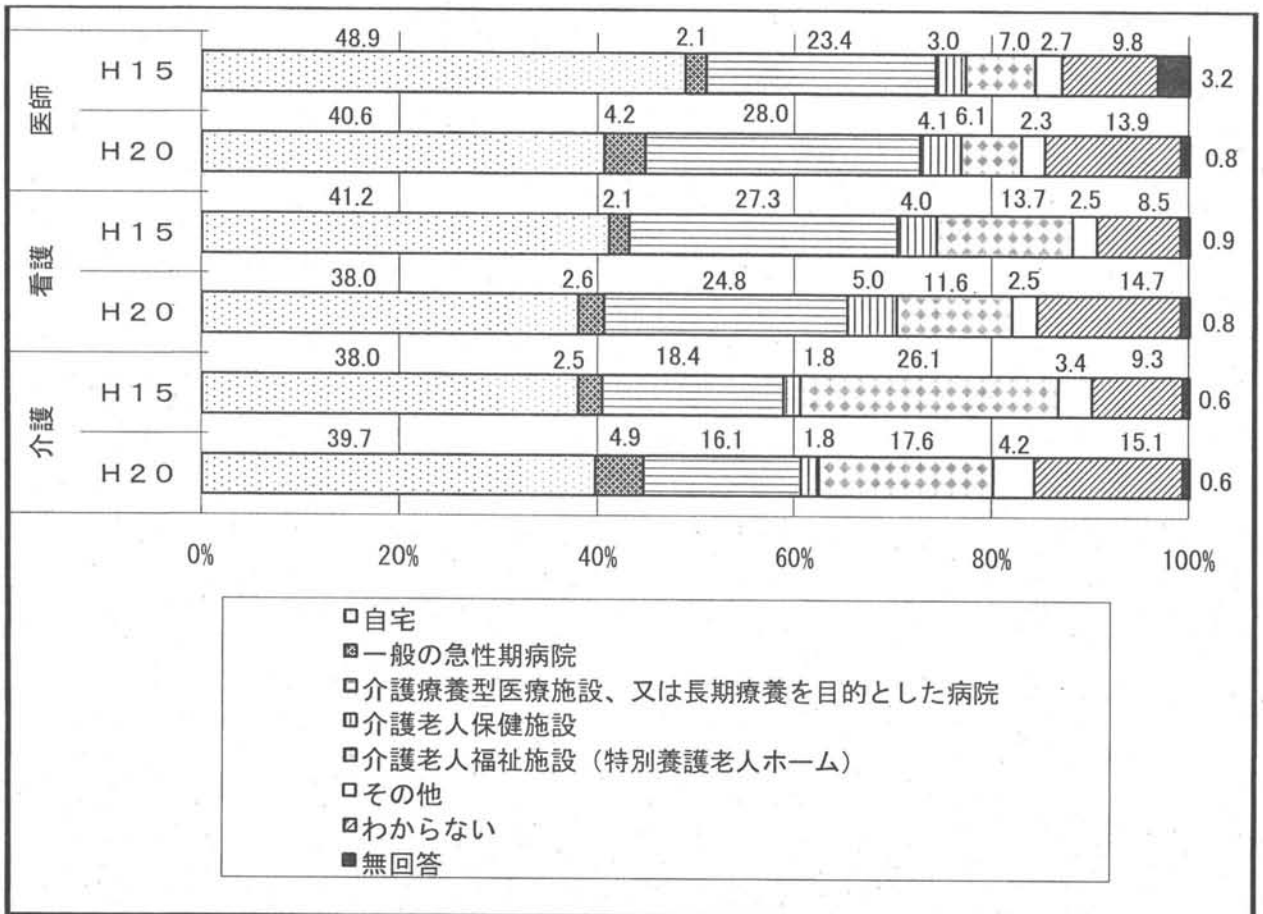


図 131

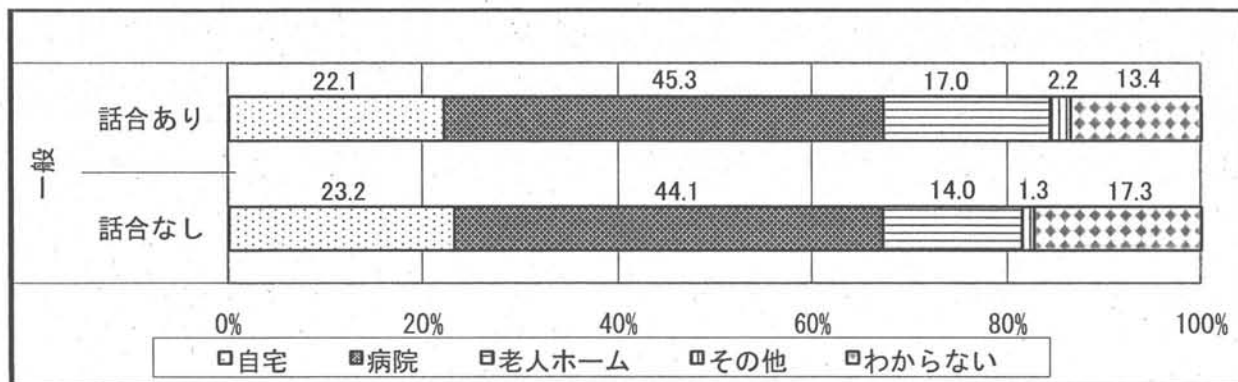


図 132

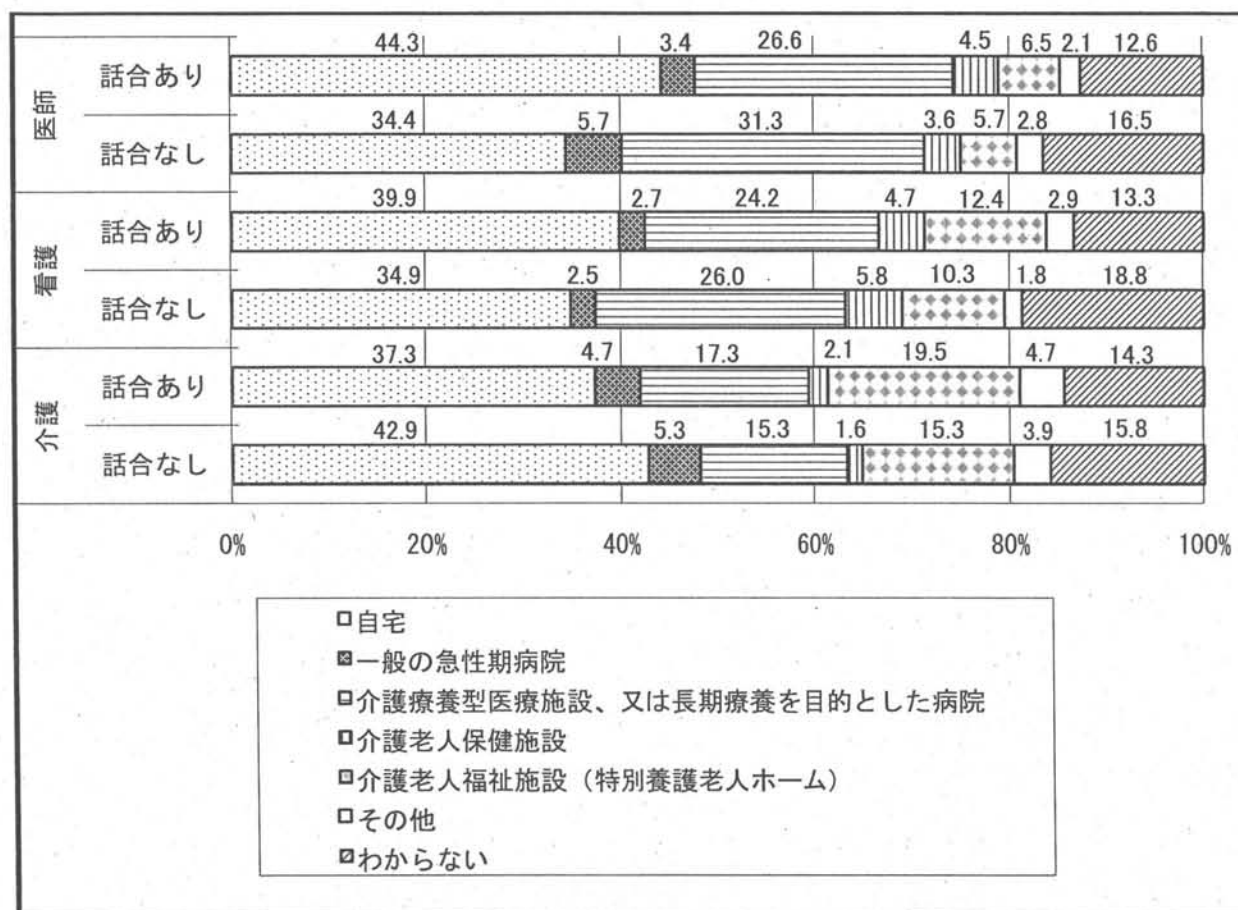


図 133

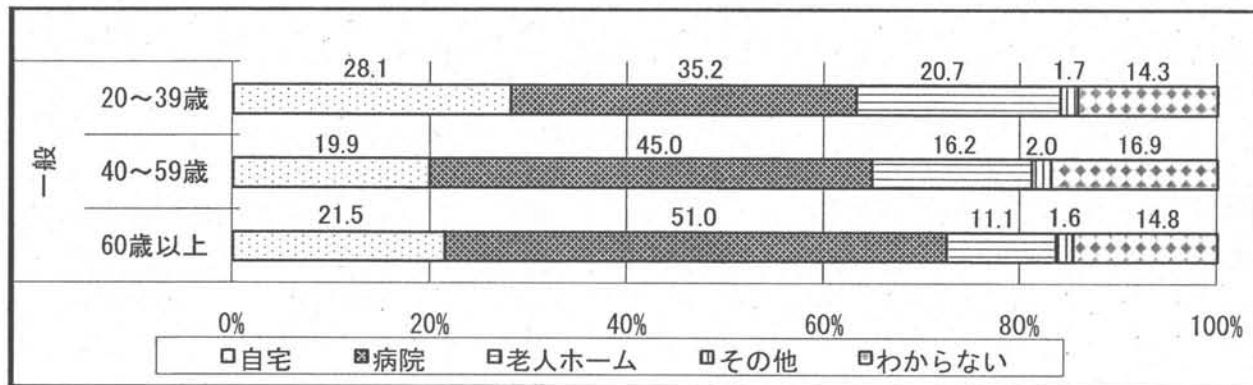


図 134

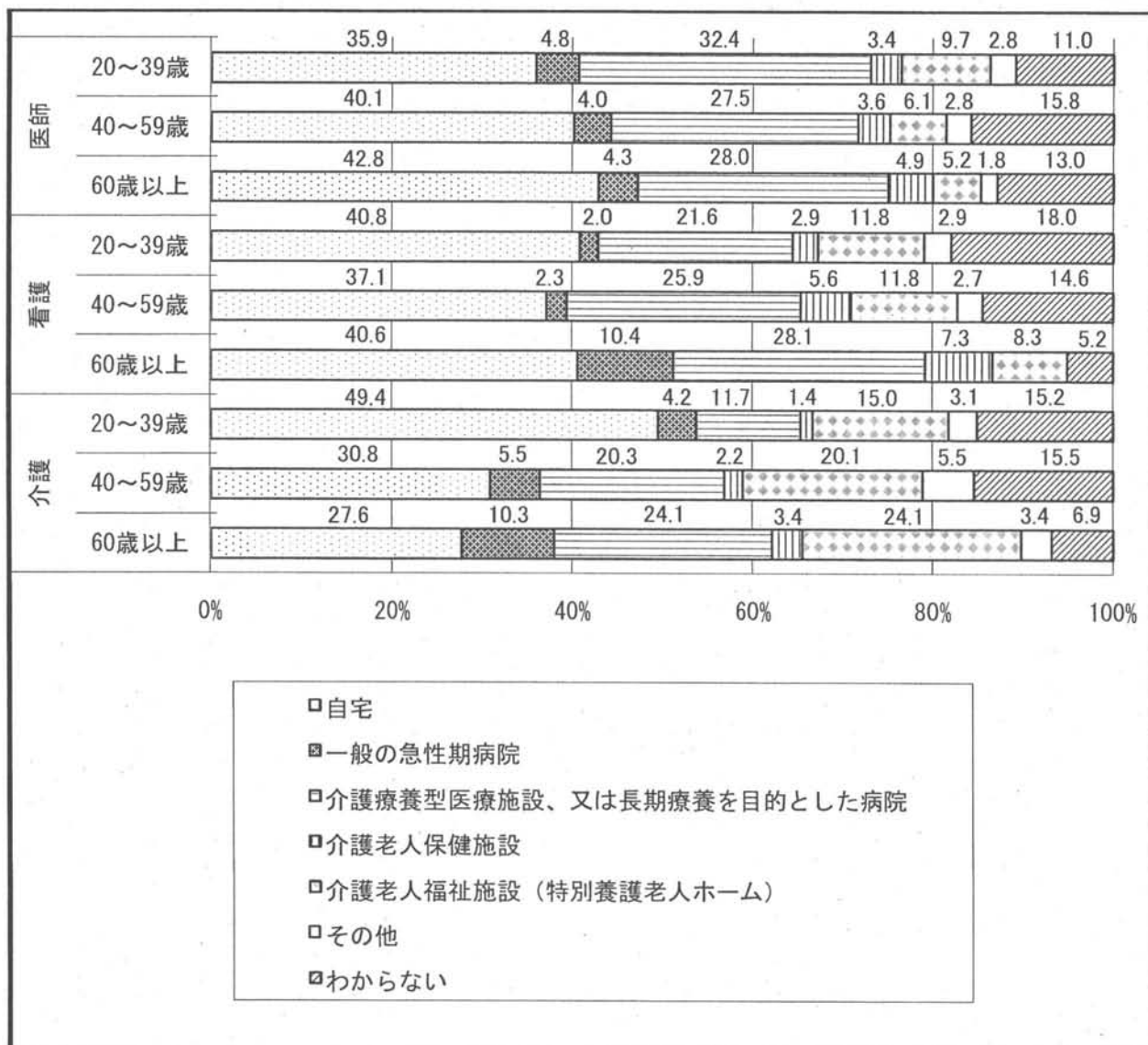


図 135

【問 55 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、自宅で最期まで療養したい理由(問 53 で「自宅」と回答した者を対象)】

「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」、「家族との時間を多くしたい」と回答した者の割合が多かった(図 136)。

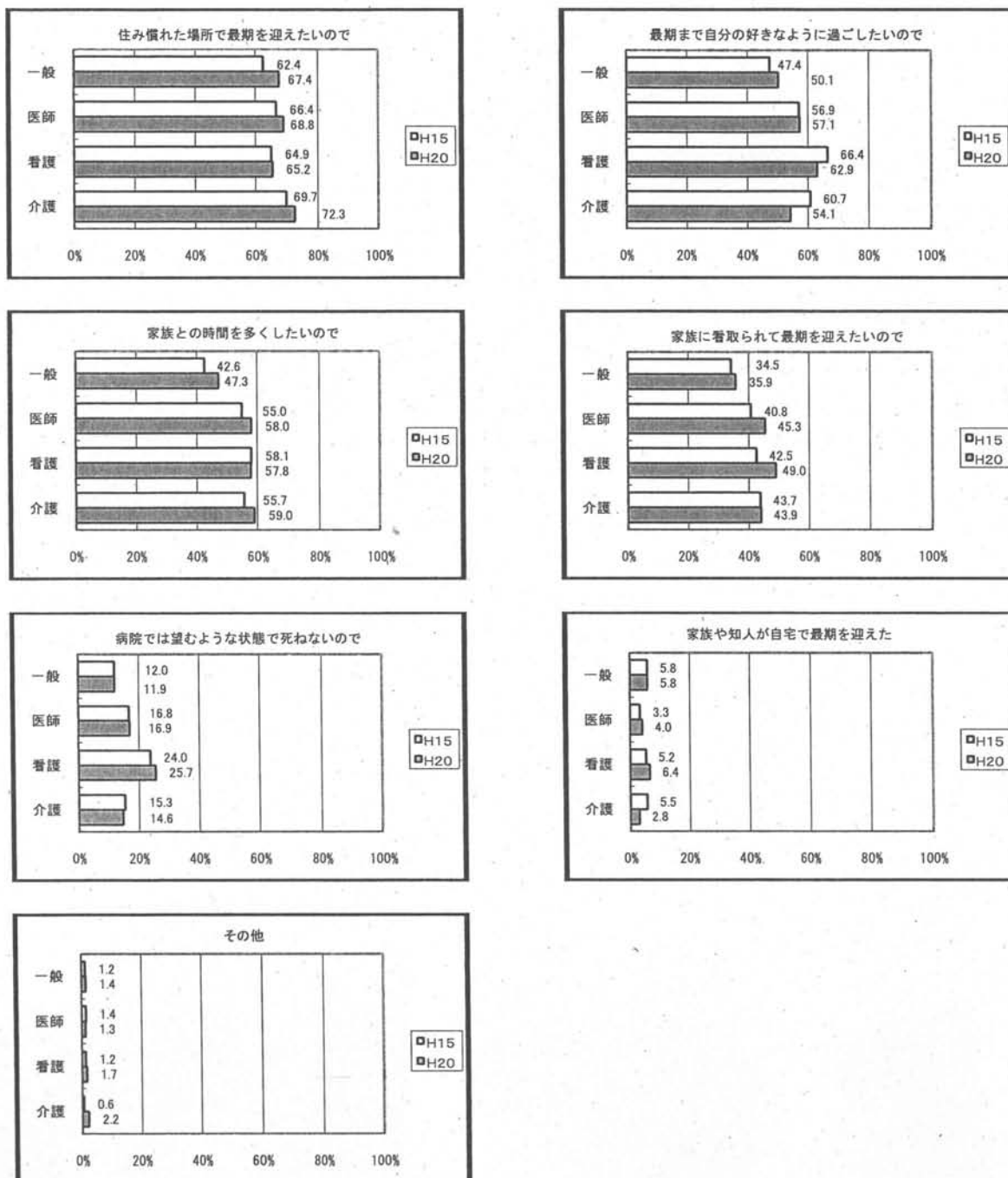
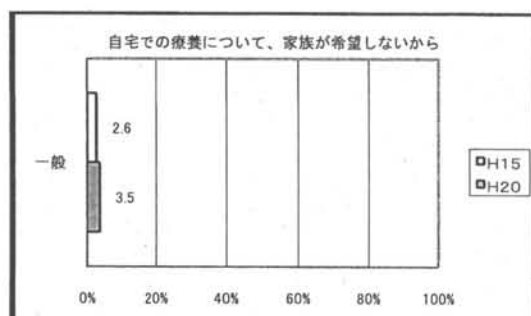
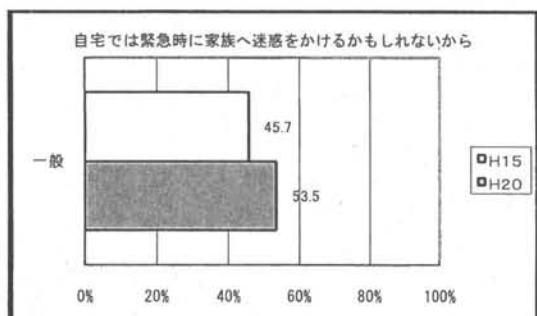
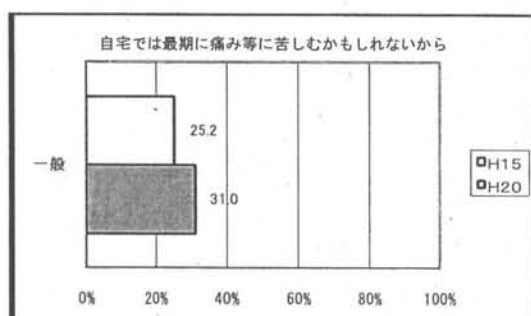
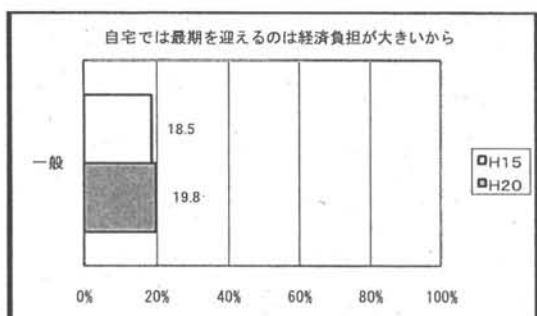
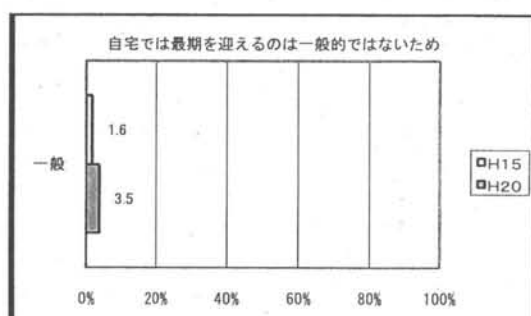
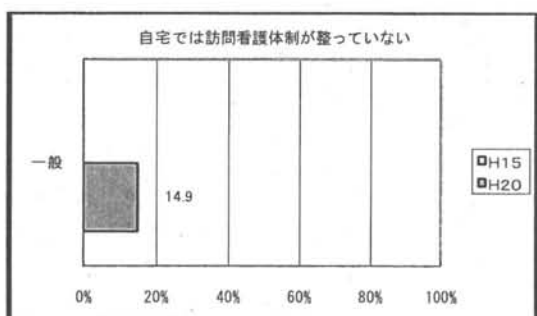
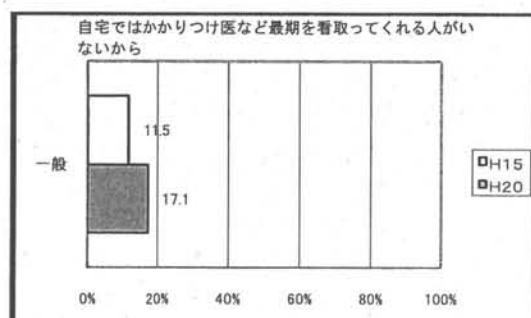
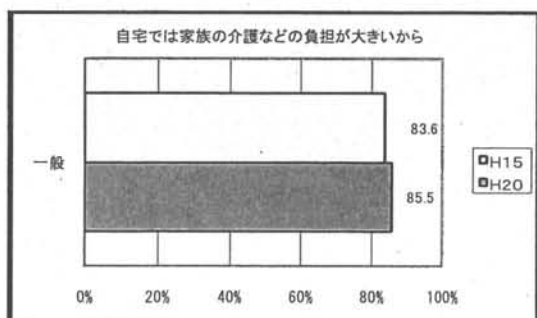
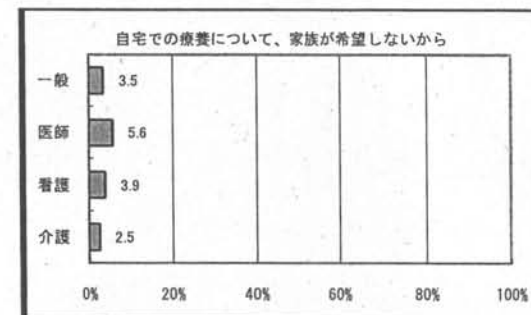
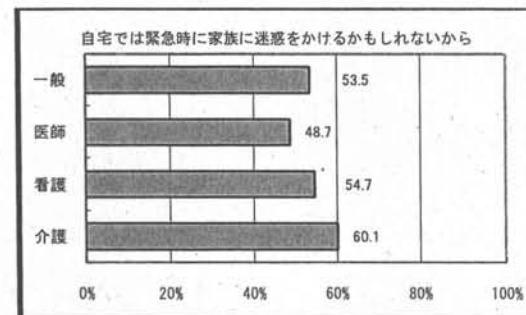
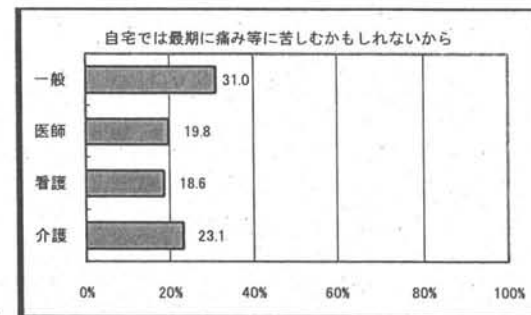
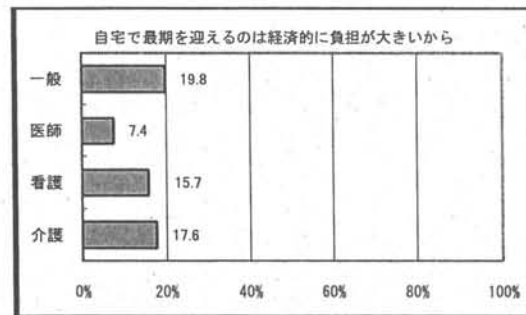
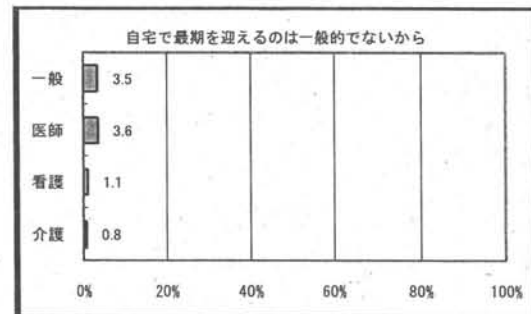
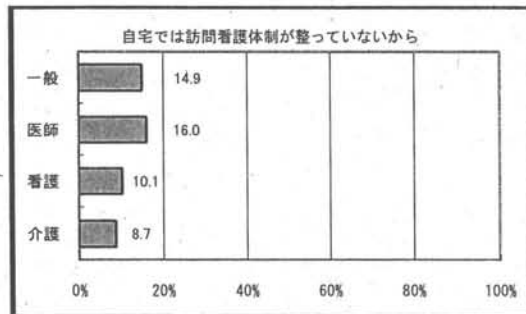
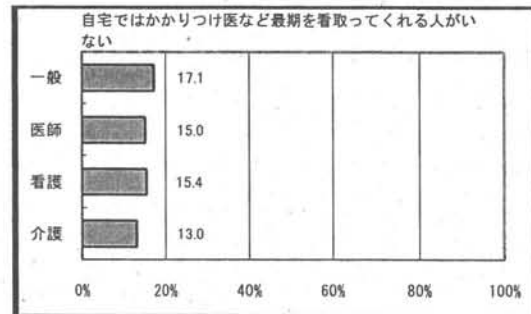
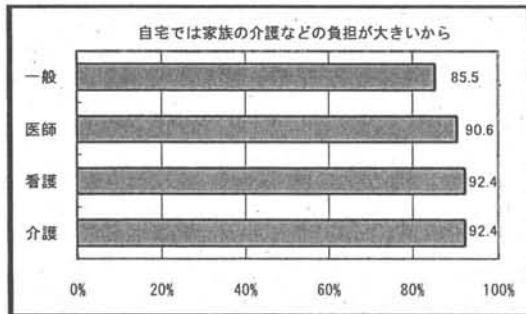
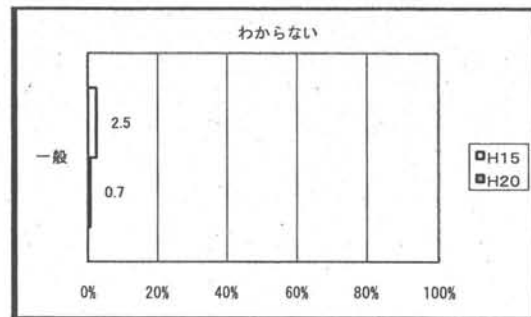
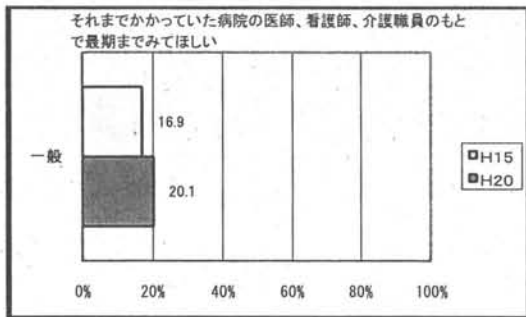


図 136

【問 56 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、自宅以外で最期まで療養したい理由(問 53 で「病院」「老人ホーム」「その他」と回答した者を対象)】

「家族の介護などの負担が大きいから」、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった(図137)。





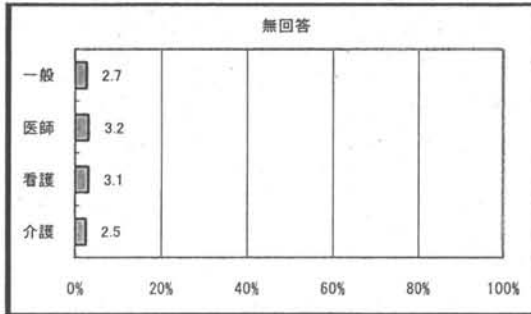
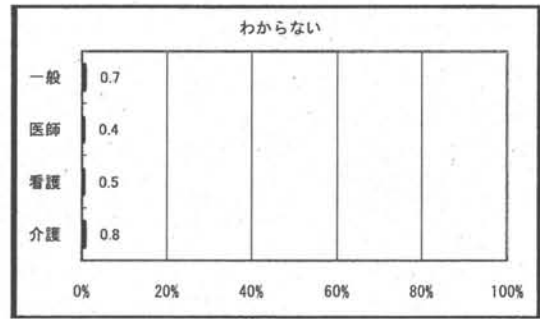
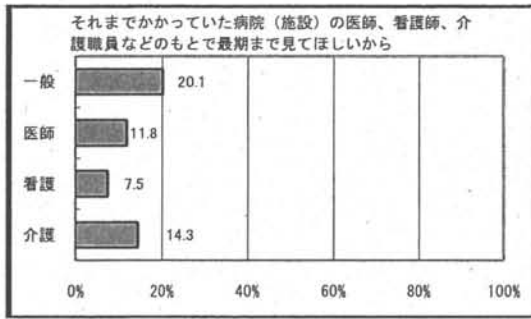


図 137

【問 57 自分の家族や担当する患者(入所者)が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、どこで最期まで療養させたいか】

一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多かった。医師は「介護型療養病院」、看護職員は「自宅」、介護職員は「介護老人福祉施設」と回答した者の割合が最も多かった(図138・図139)。

延命医療について家族との話し合いの有無では、一定の傾向は見られなかった(図140・図141)。一般国民においては年代が上がるにつれて、「病院」と回答する者の割合が増加する傾向が見られた(図142・図143)。

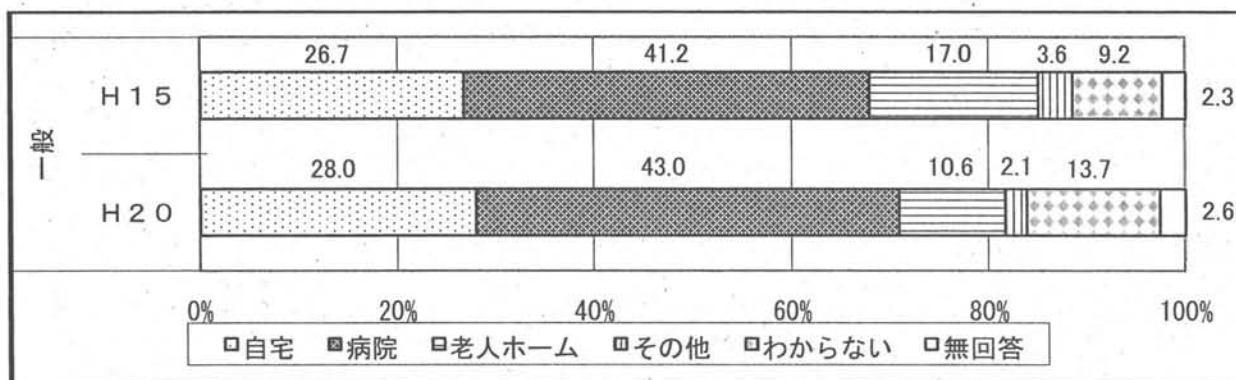


図 138

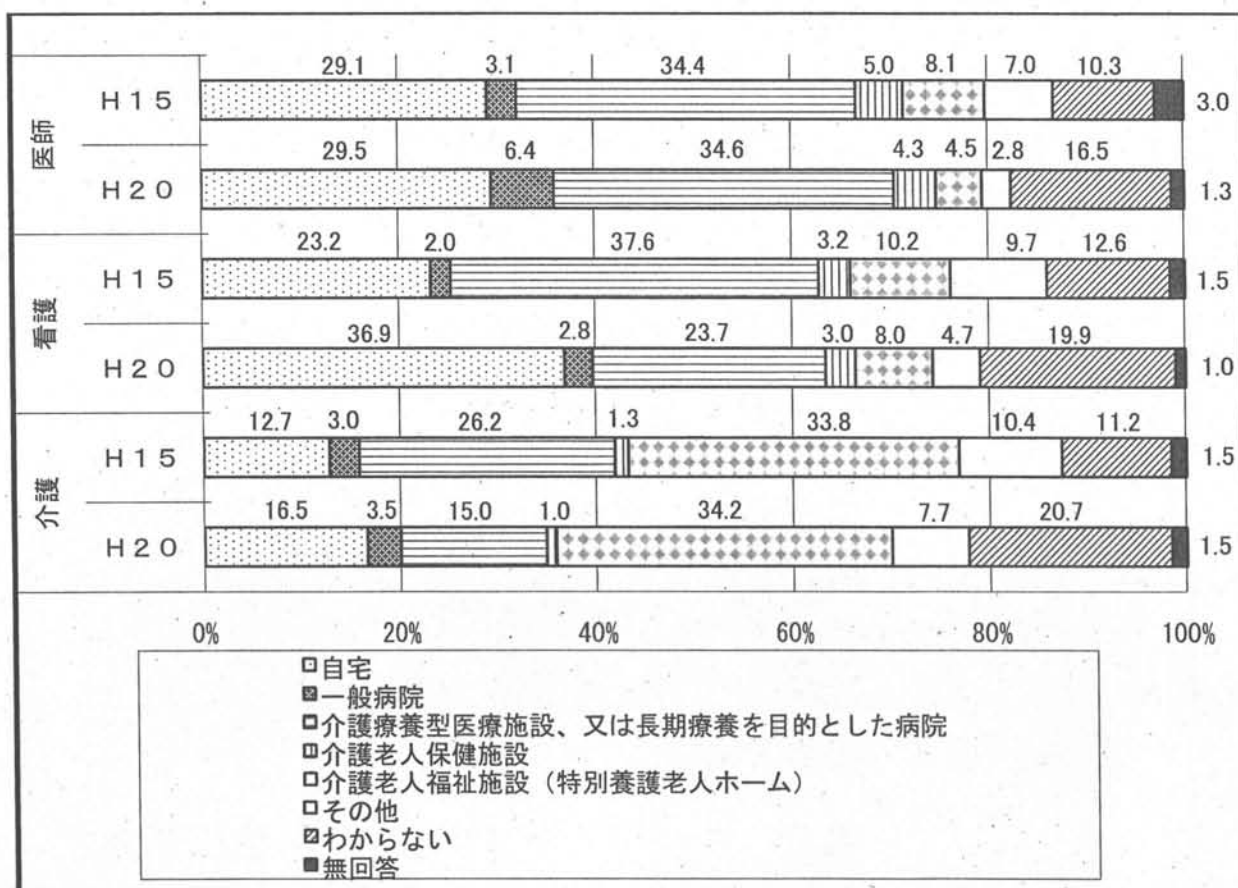


図 139

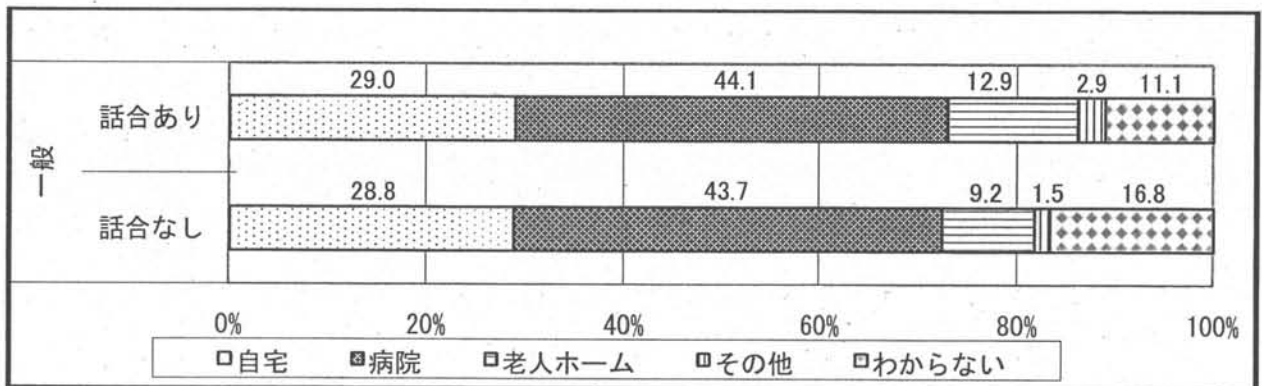


図 140

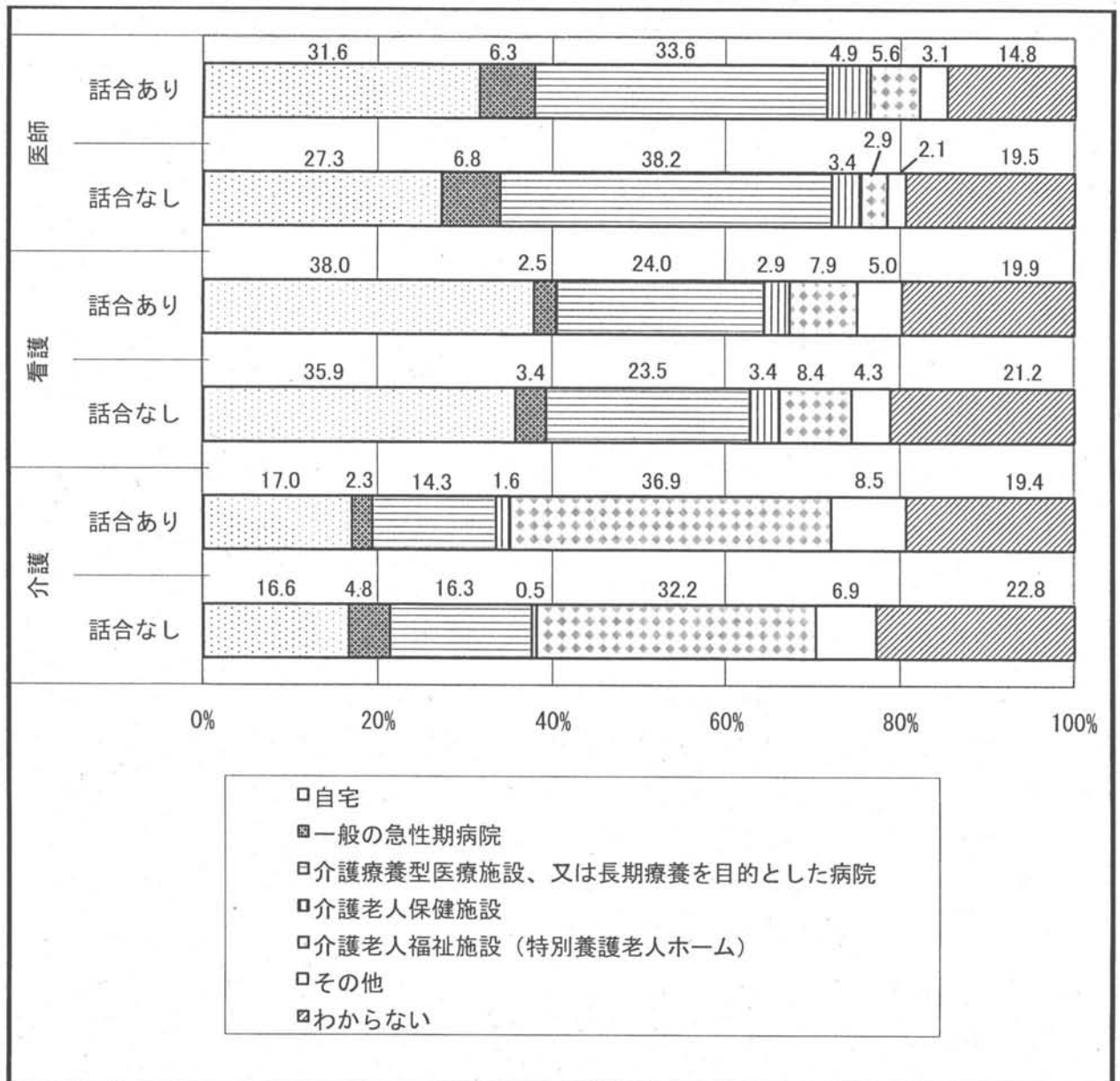


図 141

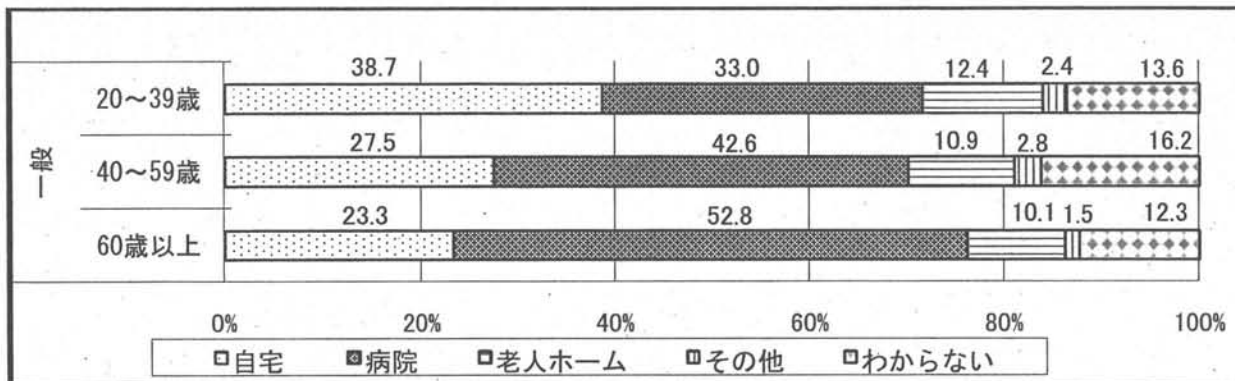


図 142

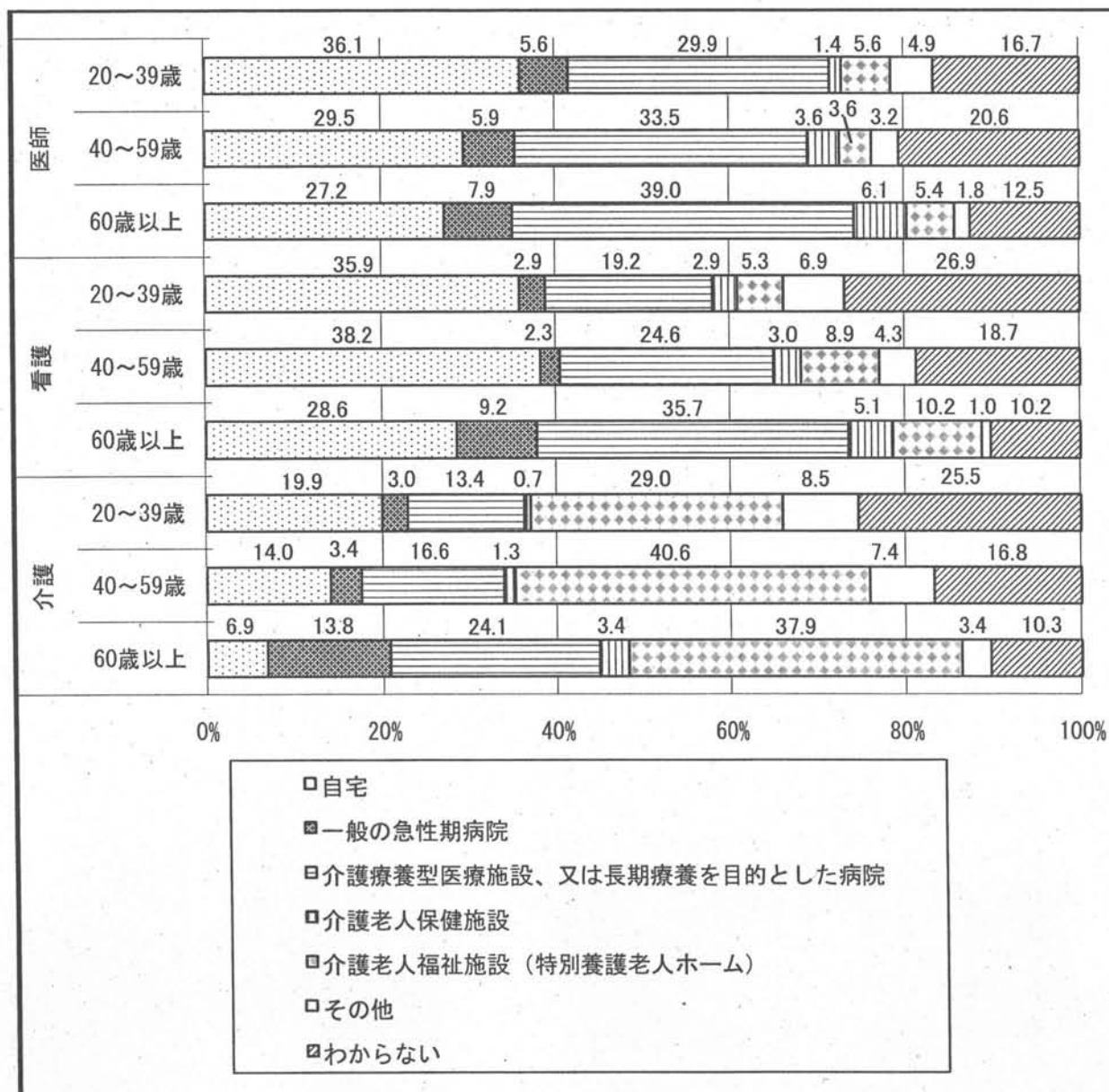


図 143

【問 58 自分の家族や担当する患者(入所者)が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、自宅で最期まで療養させたい理由(問 57で「自宅」と回答した者を対象)】

「住み慣れた場所で最期を迎えさせたい」、「最期まで自分の好きなように過ごさせたい」、「家族との時間を多くしたい」、「家族に看取られて最期を迎えさせたい」と回答した者の割合が多かった(図144)。

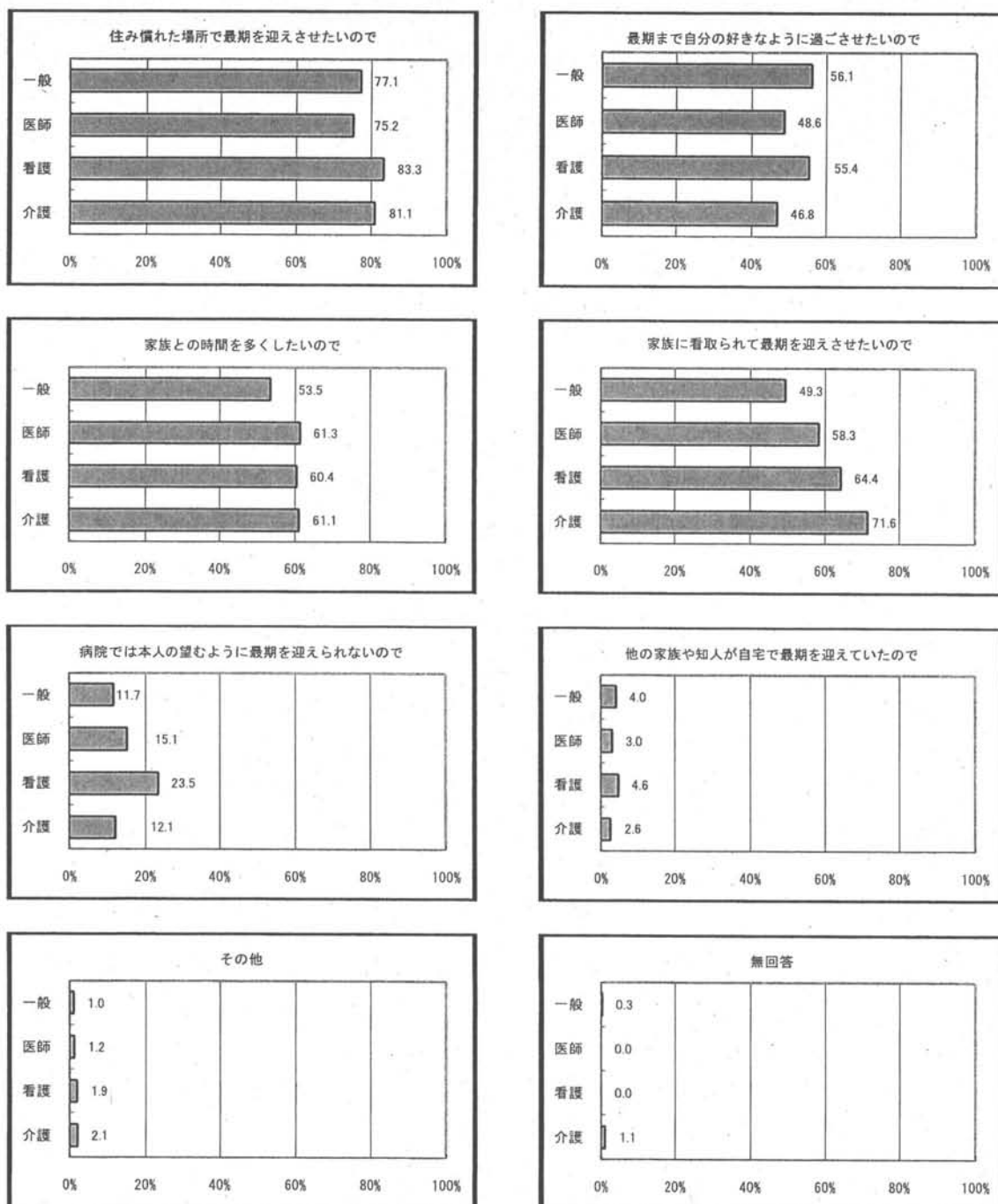
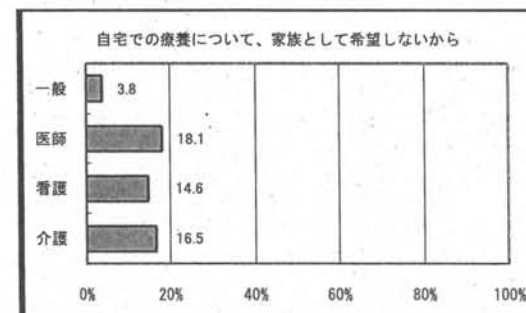
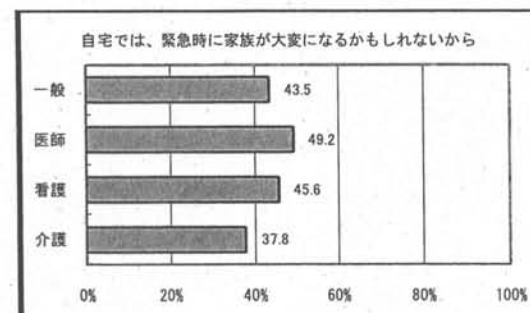
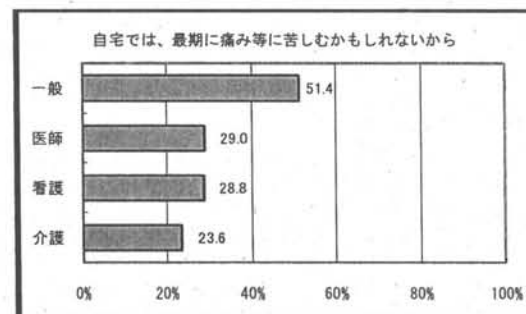
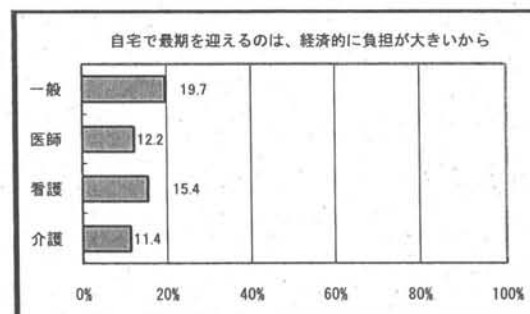
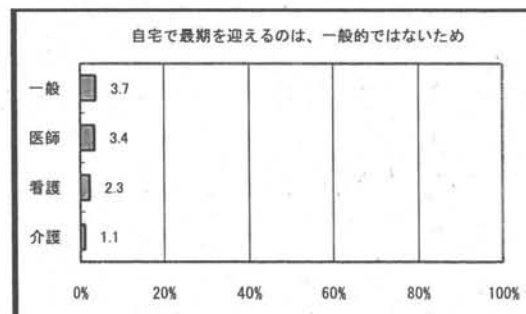
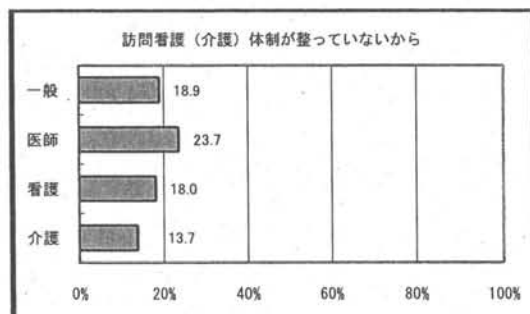
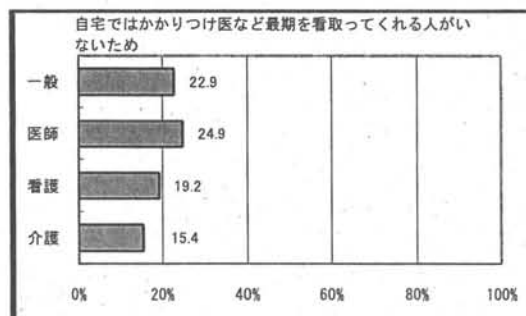
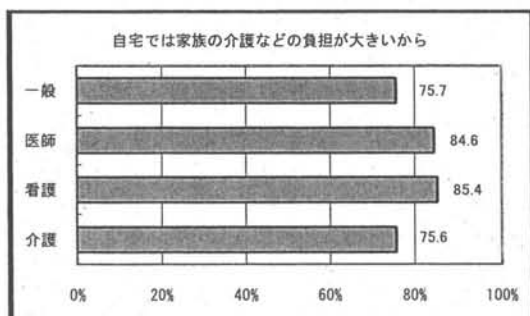


図 144

【問 59 自分の家族や担当する患者(入所者)が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合、自宅以外で最期まで療養させたい理由(問 57 で「一般病院」「介護療養型医療施設」「介護老人保健施設」と回答した者を対象)】

「自宅では家族の介護などの負担が大きいため」、「自宅では、緊急時に家族が大変になるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。また、一般国民は「自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから」と回答した者も多かった(図145)。



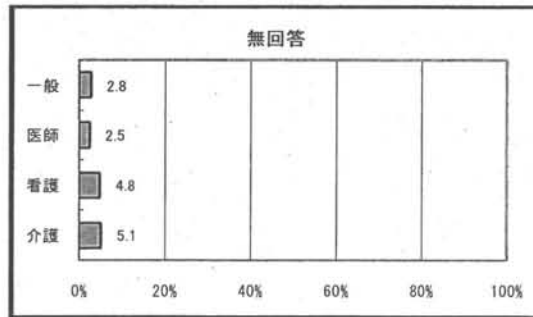
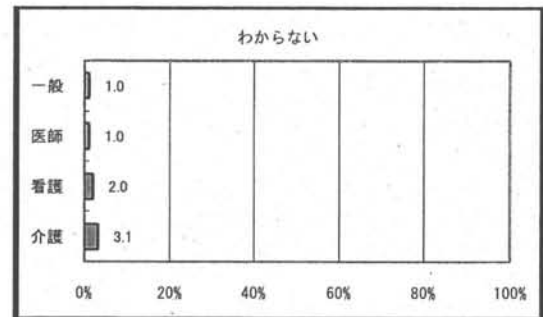
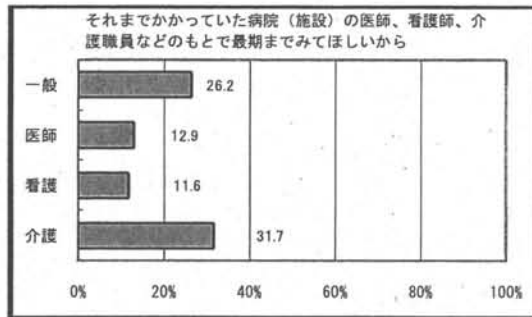


図 145

(10) がん疼痛治療法とその説明

【問 60 (医療福祉従事者対象) 世界保健機関 (WHO) のWHO方式癌疼痛治療法の内容を知っているか】

医師は「内容をある程度知っている」、「内容をよく知っている」と回答した者の方が「知らない」と回答した者よりも多かった。一方、看護・介護は「内容をある程度知っている」、「内容をよく知っている」と回答した者の方が「知らない」と回答した者よりも少なかった。また、医師及び看護職員で「内容をよく知っている」と回答した者の割合は、前年、前々年に比べると微増している傾向が見られた (図 146)。

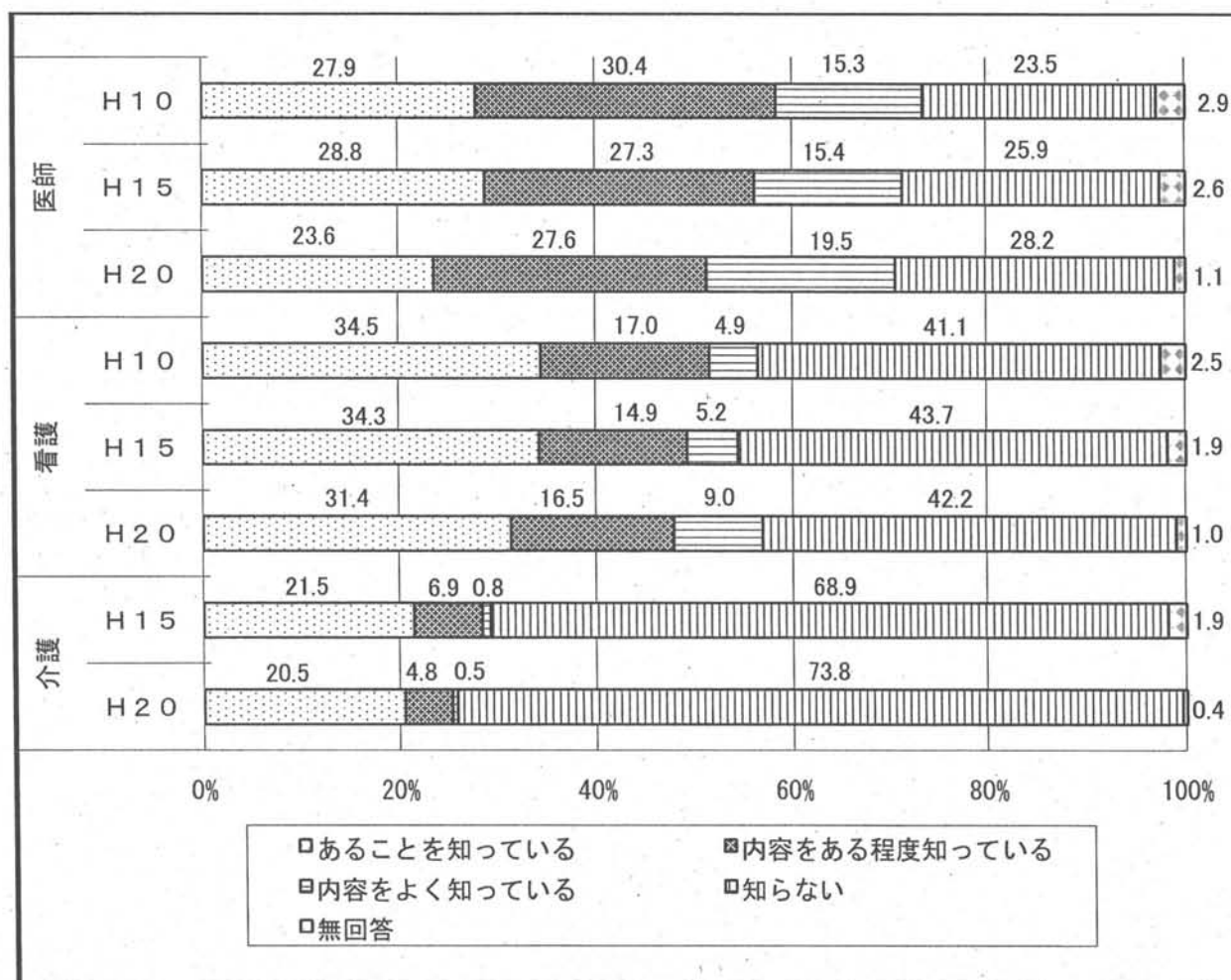


図 146

【問61（医療福祉従事者対象）モルヒネの使用にあたって、有効性と副作用について、患者（入所者）に分かりやすく具体的に説明することができるか】

すべての医療福祉従事者において、「説明することができる」と回答した者の割合が減少し、「説明できない」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた（図147）。

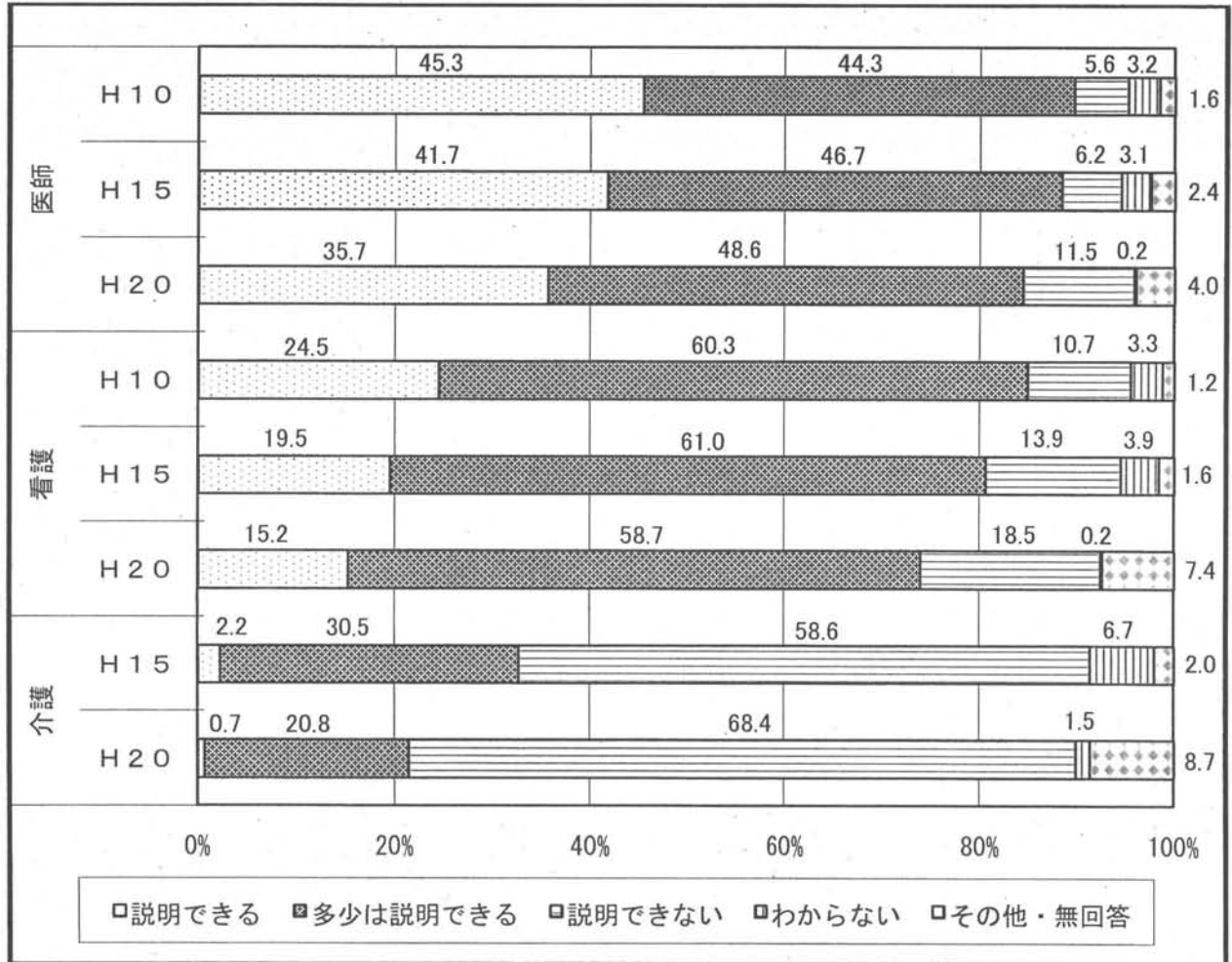
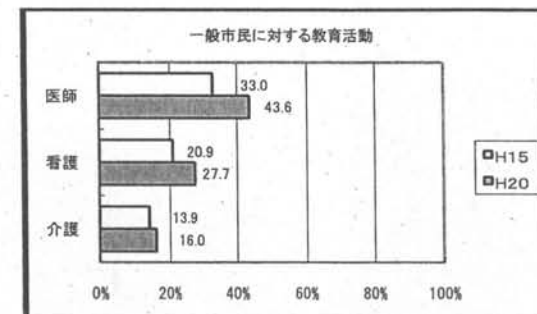
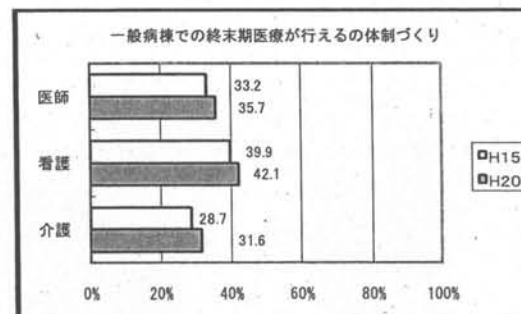
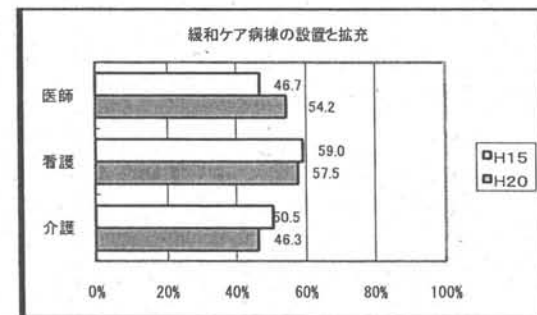
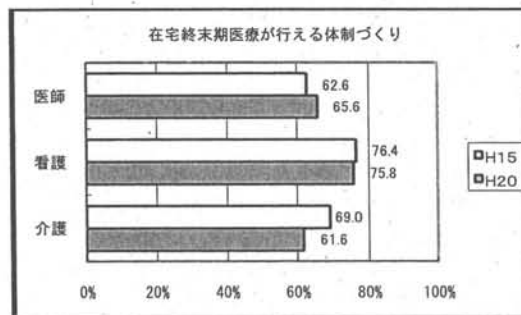
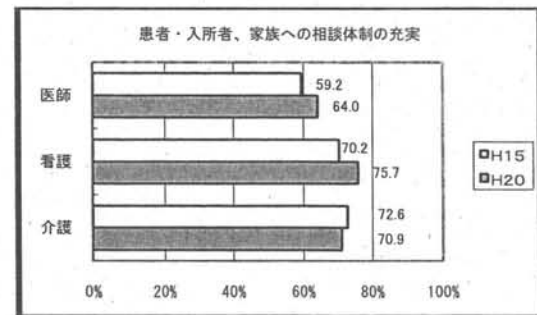
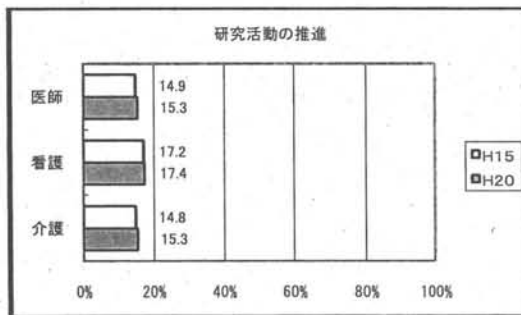
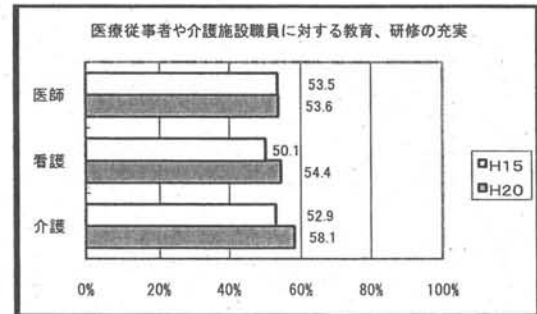
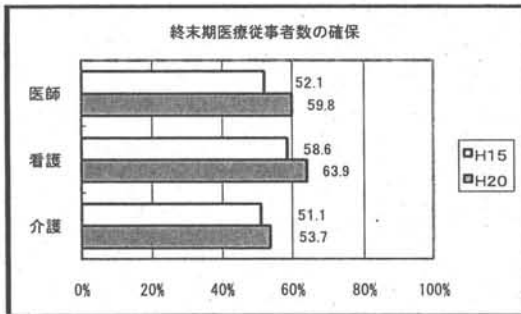


図 147

(11) 終末期医療体制の充実について

【問 62 (医療福祉従事者対象) 終末期医療の普及のために充実していくべき点は何か】

「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」と回答した者の割合が多かった(図148)。



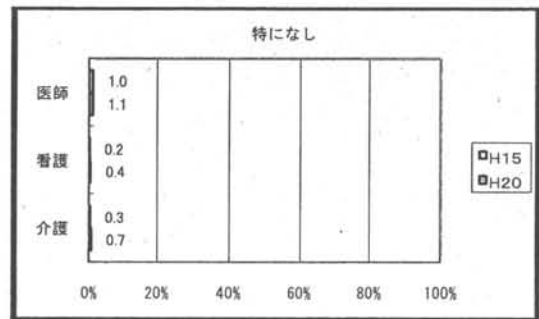
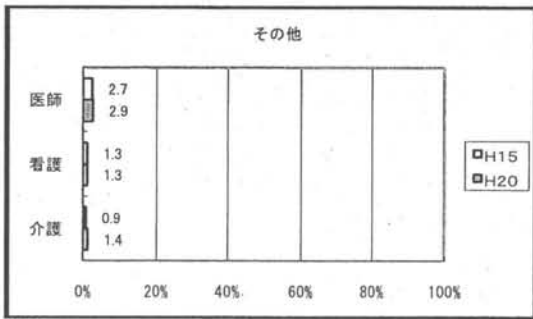
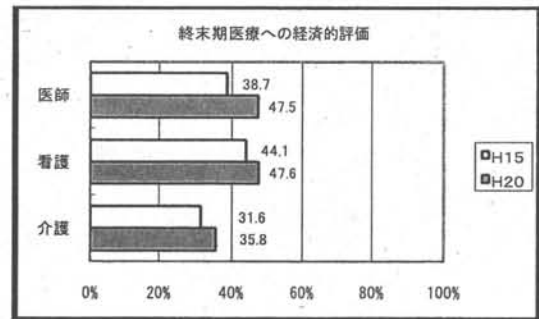
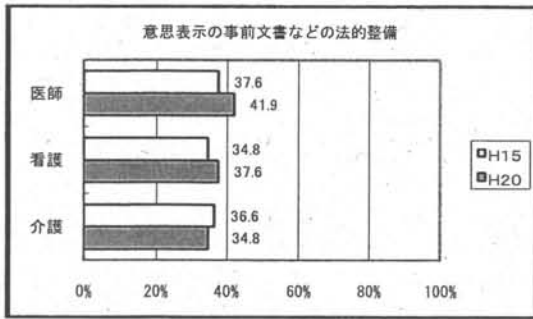


図 148

【問 63 延命医療の継続に関する家族との話し合いの有無について】

自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」と「全く話し合ったことがない」で回答が二分した（図149）。年代別では、一定の傾向は見られなかった（図150）。

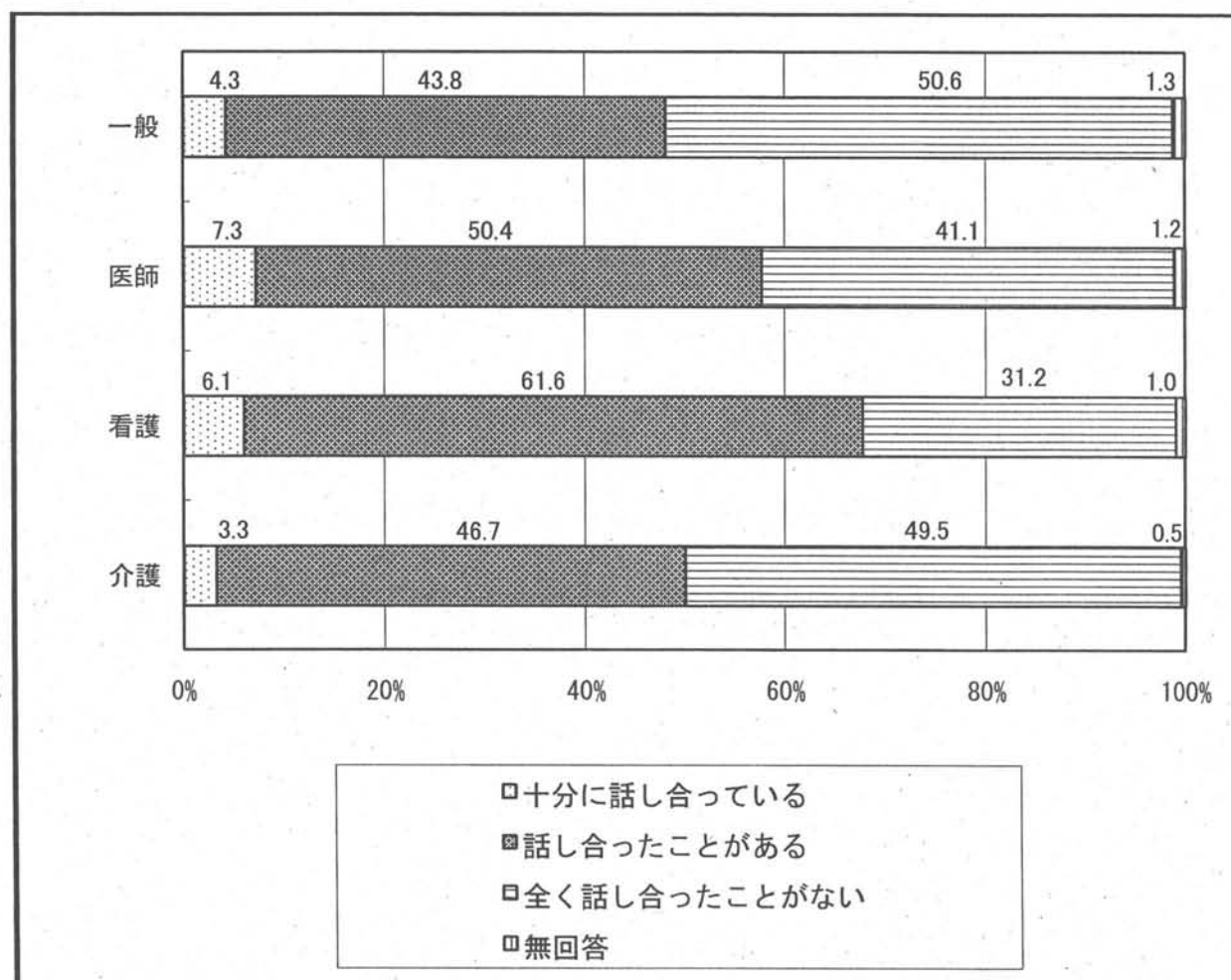


図 149

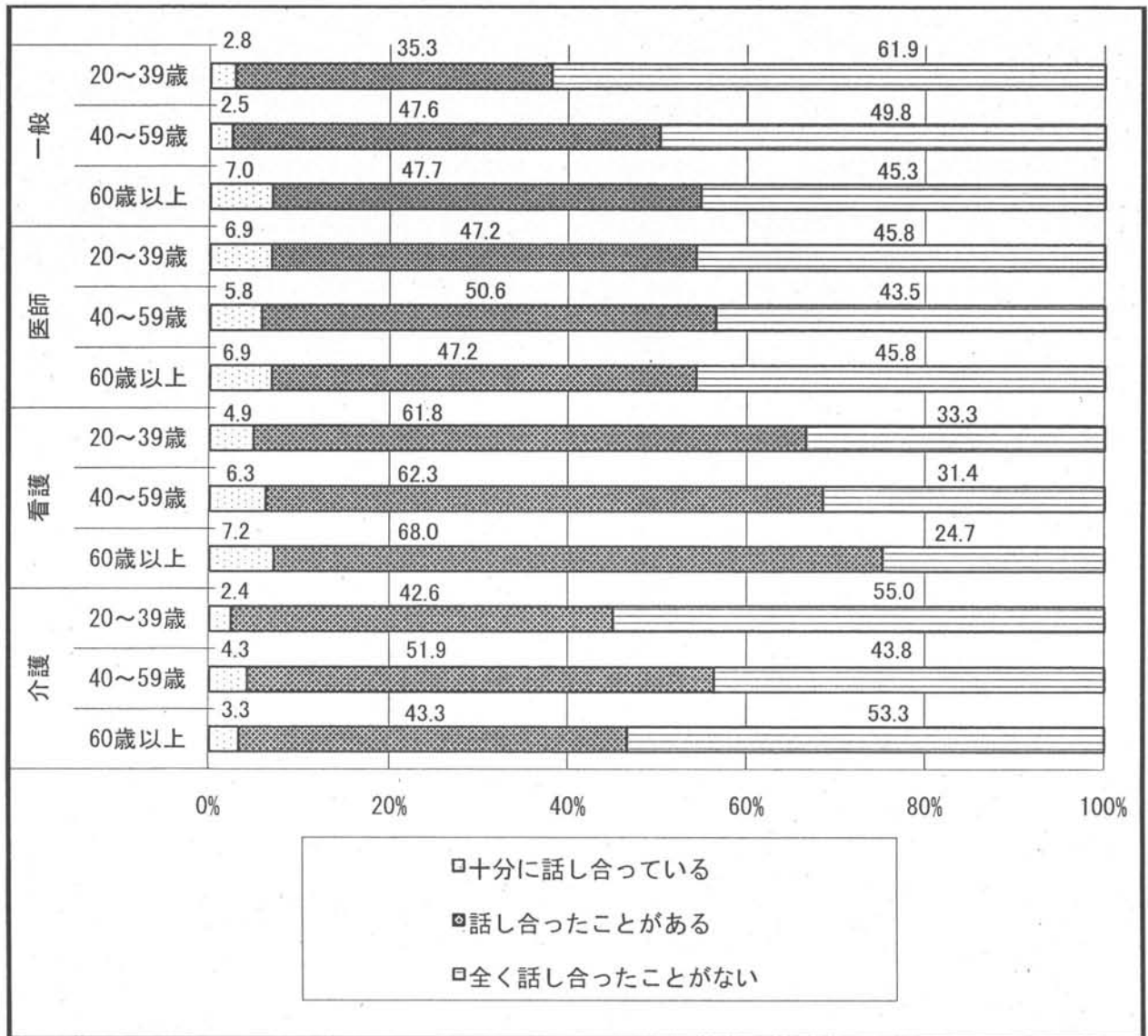


図 150

【問 64 延命医療の継続に関する医師と患者（入所者）間の話し合いについて】

一般国民及び医療福祉従事者ともに「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（図151）。

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「十分に行われていると思う」と回答した者の割合が多かった（図152）。年代別では、一定の傾向は見られなかった（図153）。

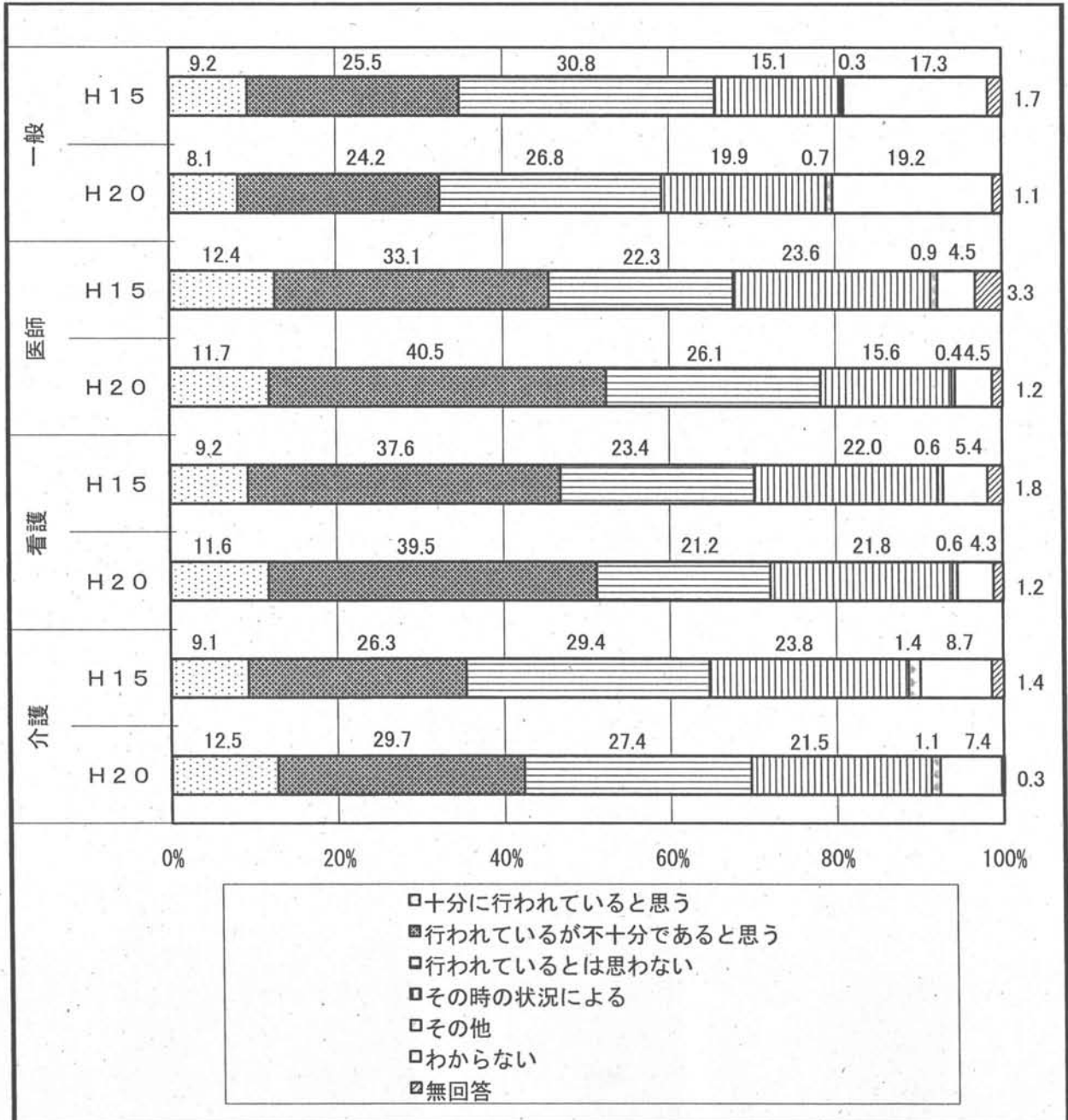


図 151

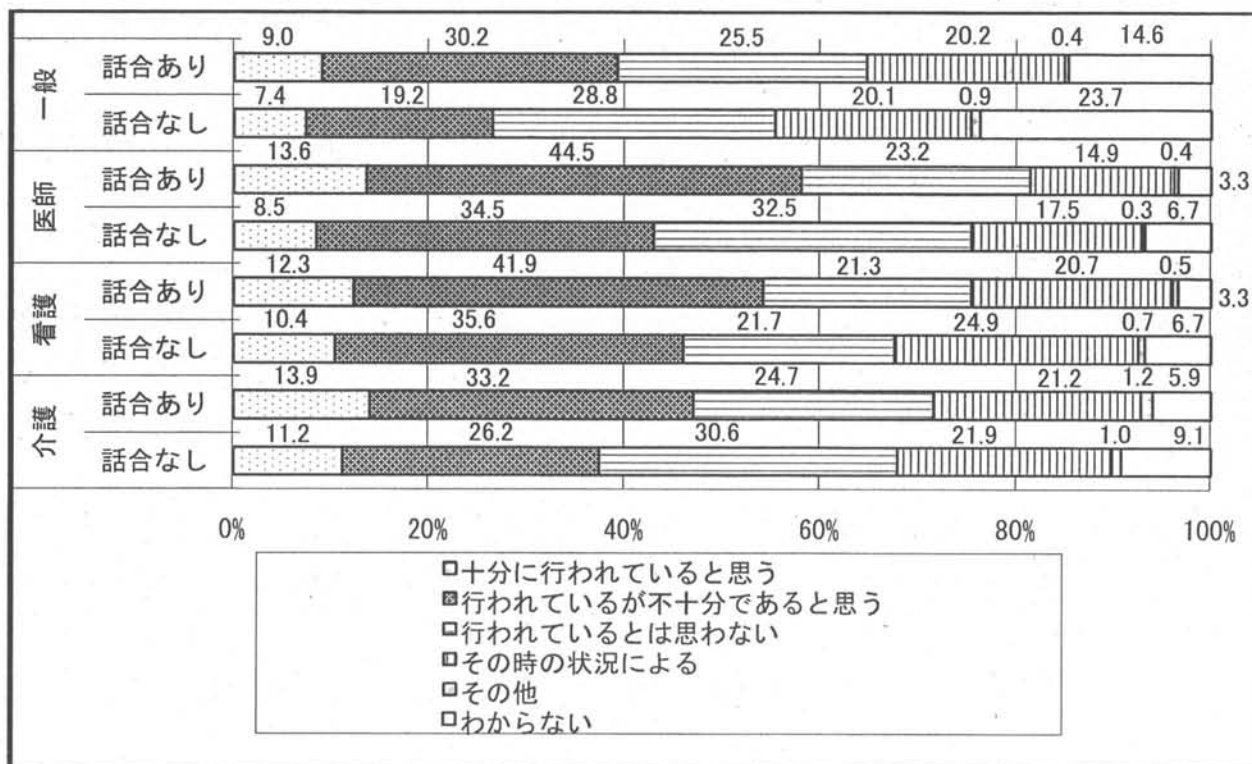


図 152

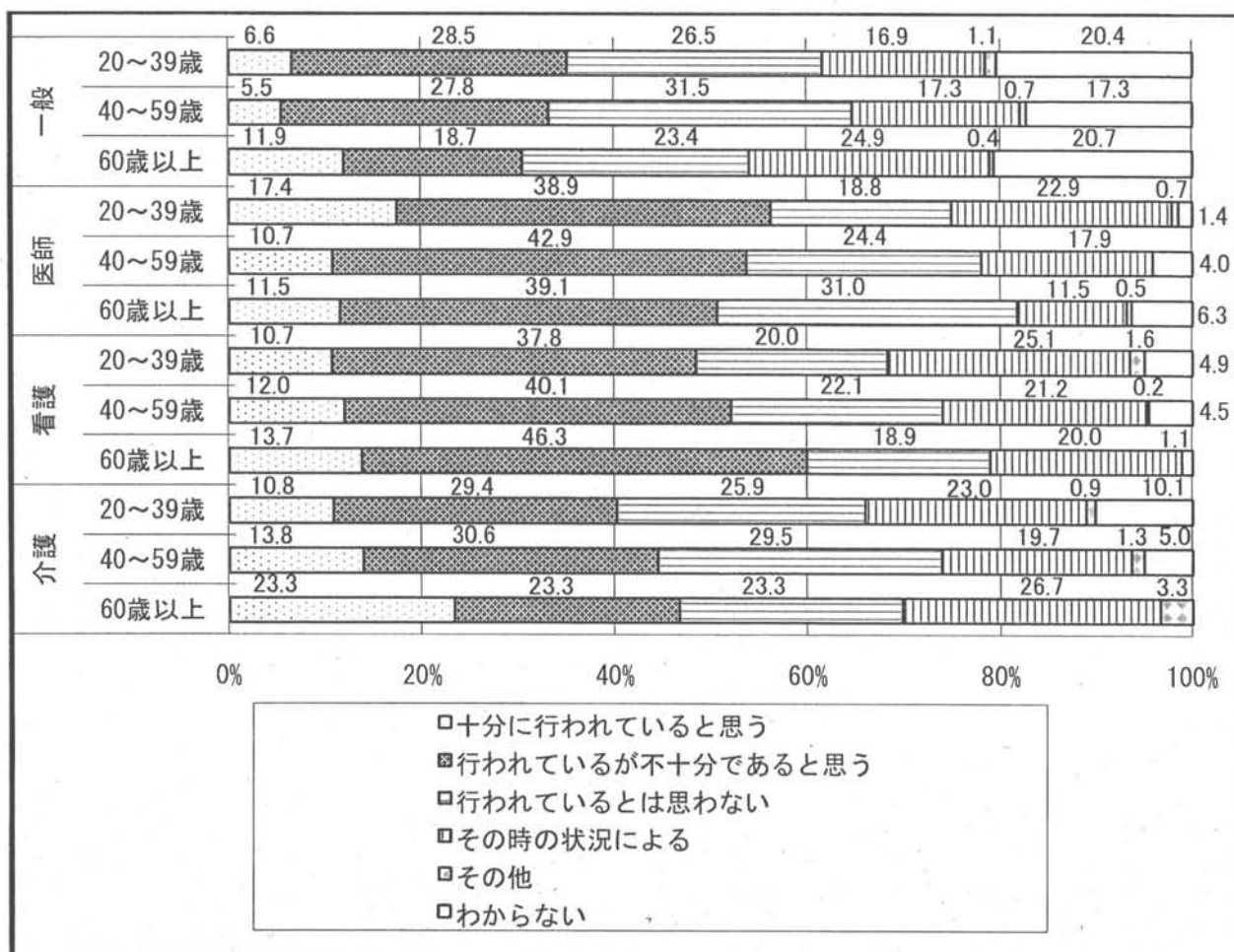


図 153

【問 65 (医療福祉従事者対象) 自分の施設では、終末期医療における治療方針について、医師や看護・介護職員等の職員間で十分な話し合いが行われていると思うか】

すべての医療福祉従事者において、「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった (図 154)。

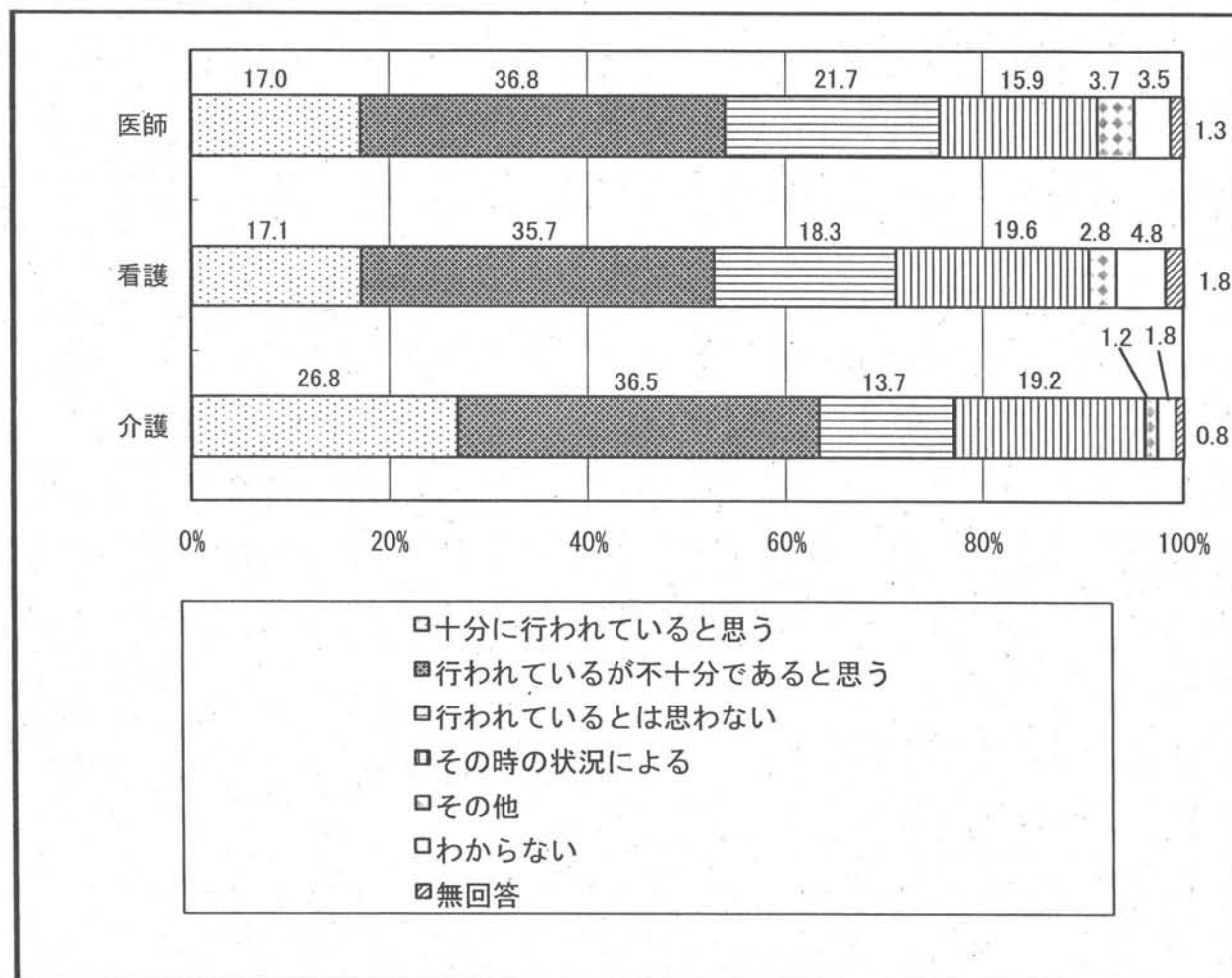


図 154

【問 66（医療福祉従事者対象）終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準について】

「詳細な基準を作るべきである」と回答した者の割合よりも、「一律な基準を作らなくても医療・ケアチームでの十分に検討して方針を決定すればよい」と回答した者の割合の方がやや多かった（図 155）。

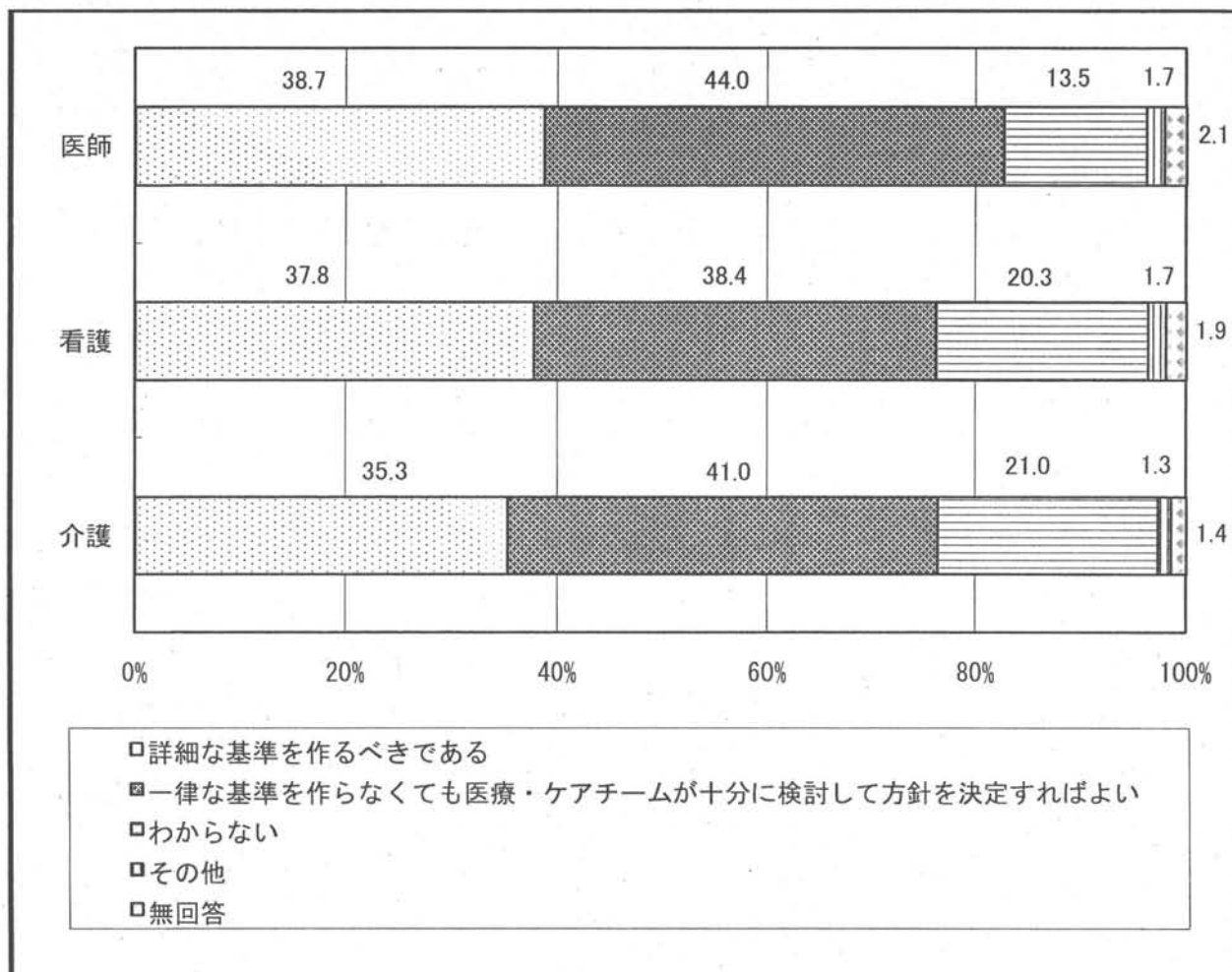


図 155

【問 67 (医療福祉従事者対象) 終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準の作成の可否について(問 66 で「詳細な基準を作るべきである」と回答した医療福祉従事者を対象)】

すべての医療福祉従事者において「現時点では難しいが、検討を進めていくべきである」と回答した者の割合が最も多かった(図156)。

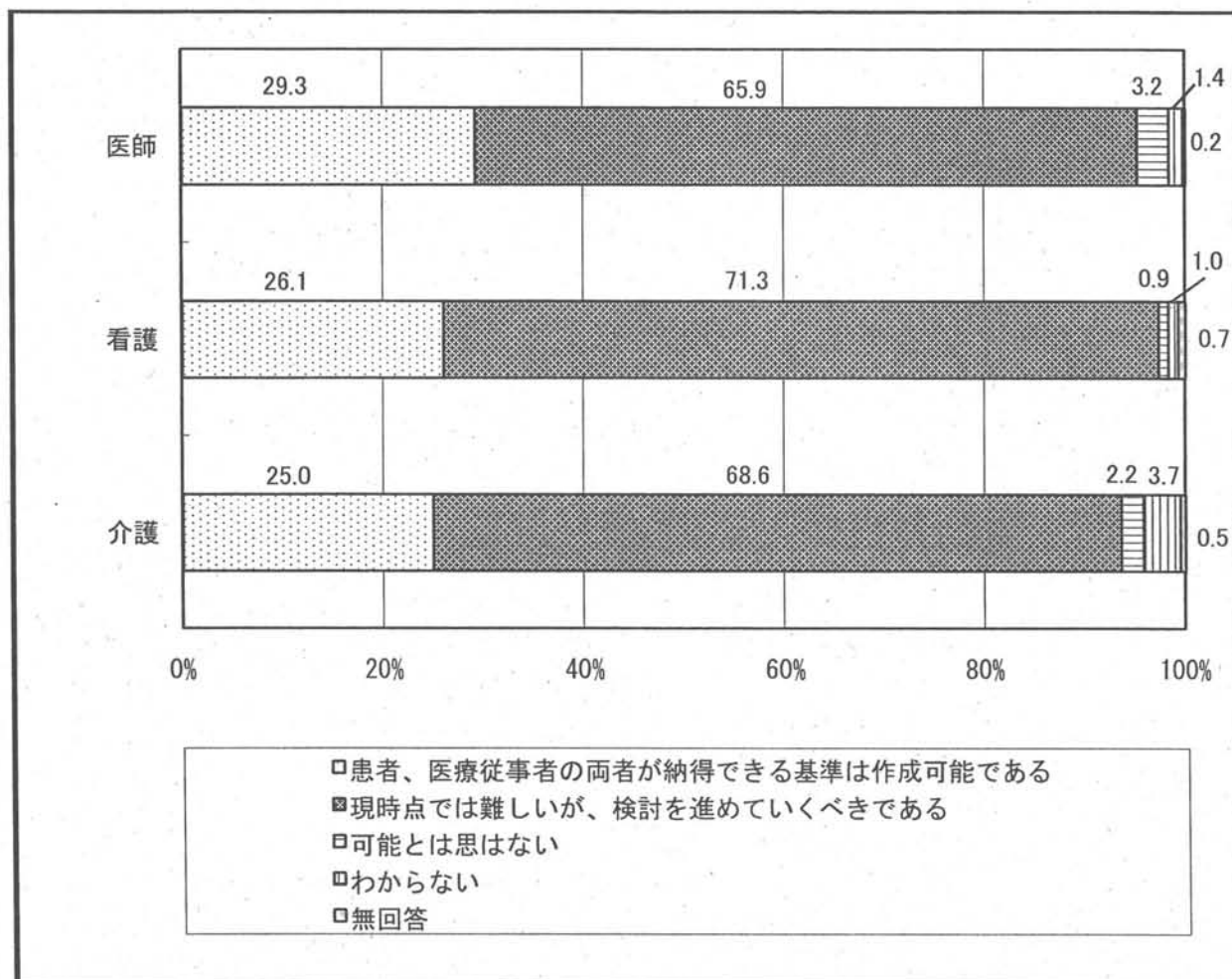


図 156

【問 68 (医療福祉従事者対象) 終末期医療に関して、治療方針の意見の相違が起こったことがあるか】

意見の相違がおこったことがあると回答した者の割合は、医師・介護職員は約3割であったが、看護職員は約5割であり、前回に比べると、やや減少している傾向が見られた(図157)。

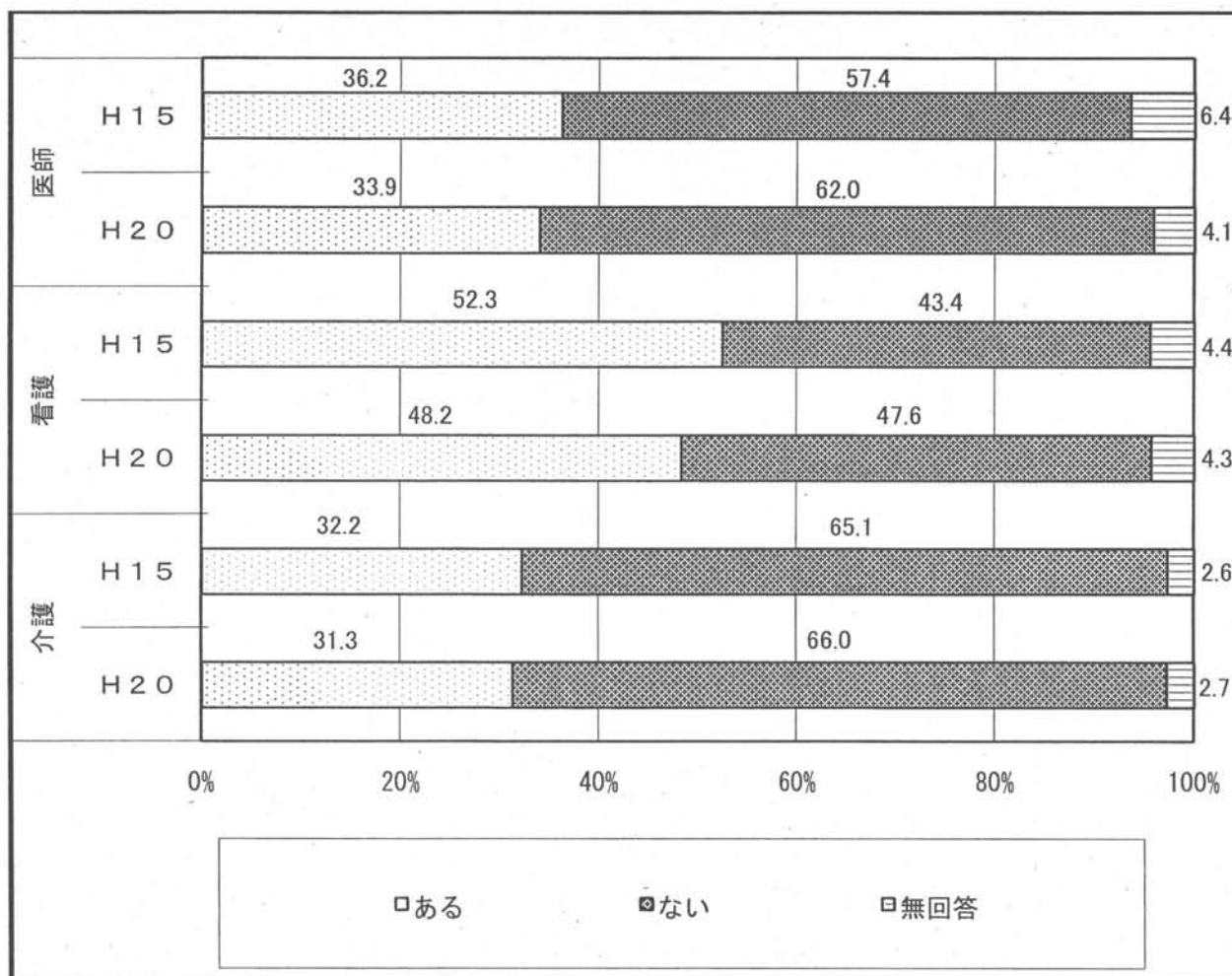


図 157

【問 69 (医療福祉従事者対象) 終末期医療に関して、治療方針の意見の相違があった場合の調整方法 (問 68 で「ある」と回答した医療福祉従事者を対象)】

「本人または家族との意見に基づく」と回答した者の割合が最も多かった (図 158)。

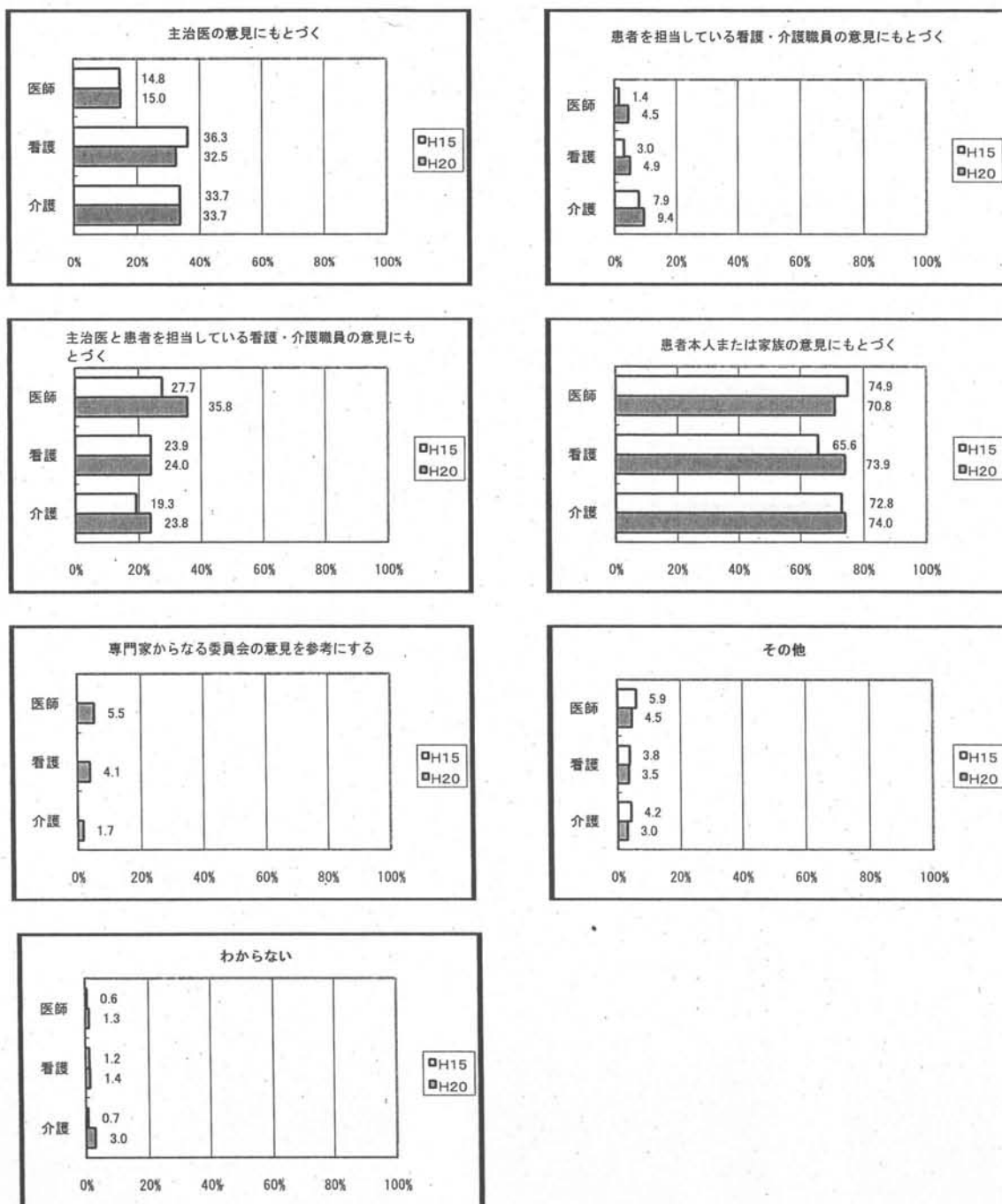


図 158

【問 70 (医療福祉従事者対象) 終末期医療における重点課題について】

すべての医療福祉従事者において、「痛みなどの緩和方法の徹底と追及」、「治療方針等に関する患者・入所者等との十分な話し合い」、「終末期医療におけるチーム医療の充実」と回答した者の割合が多かった(図159)。

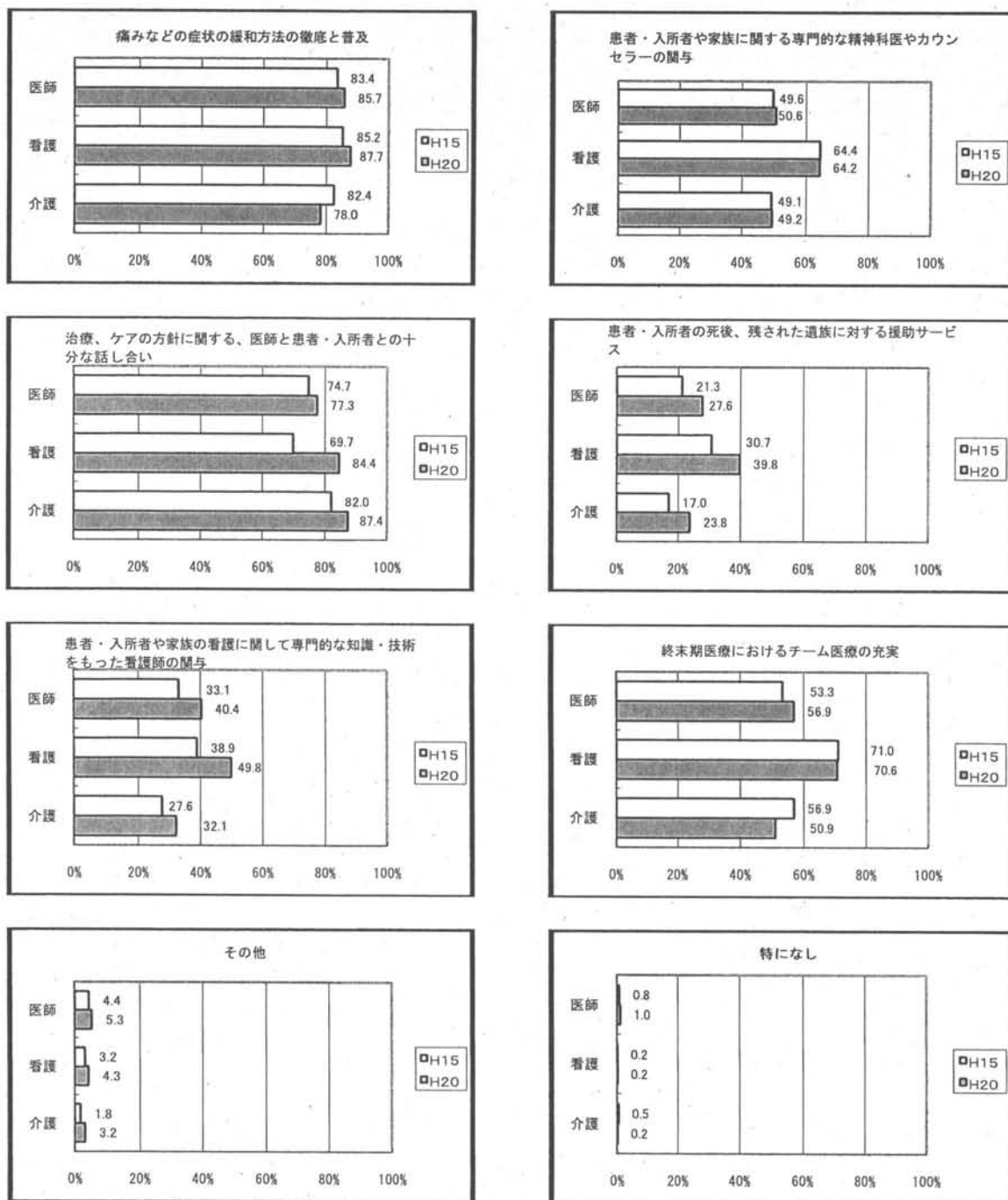


図 159

【問 71 医療に対する要望について】

一般国民及び医療福祉従事者において、「病気をもちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が最も多かった（図160）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「病気をもちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が多かった（図161）。年代別では、一定の傾向は見られなかった（図162）。

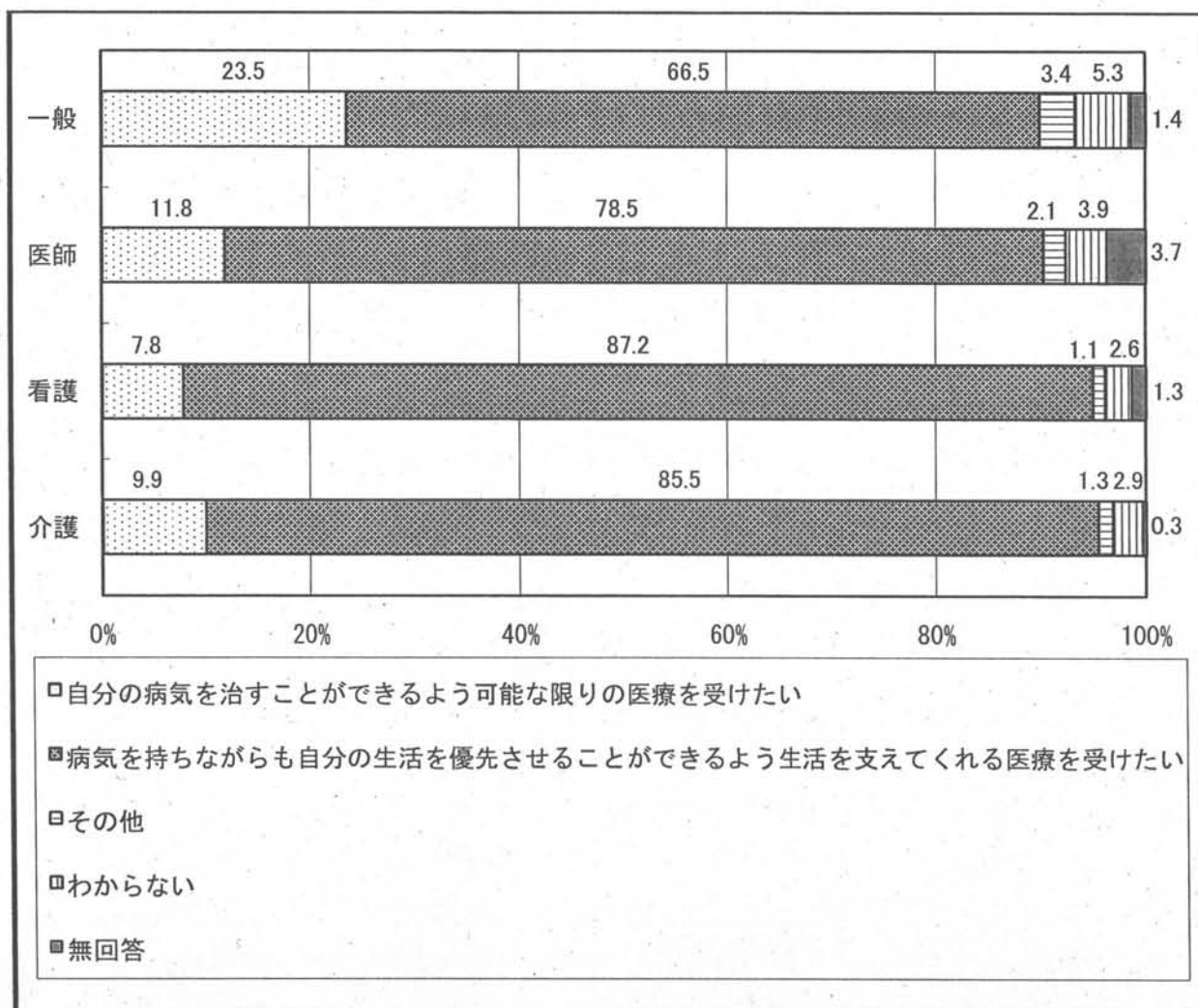


図 160

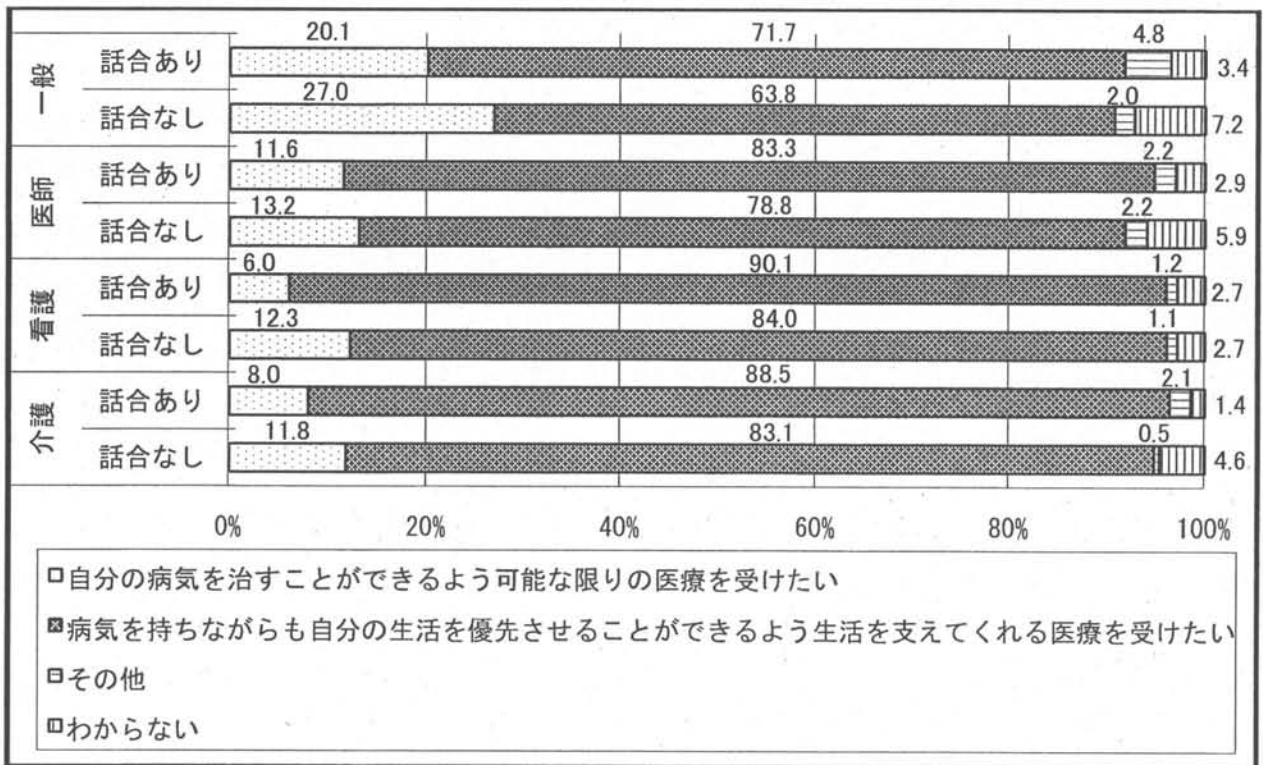


図 161

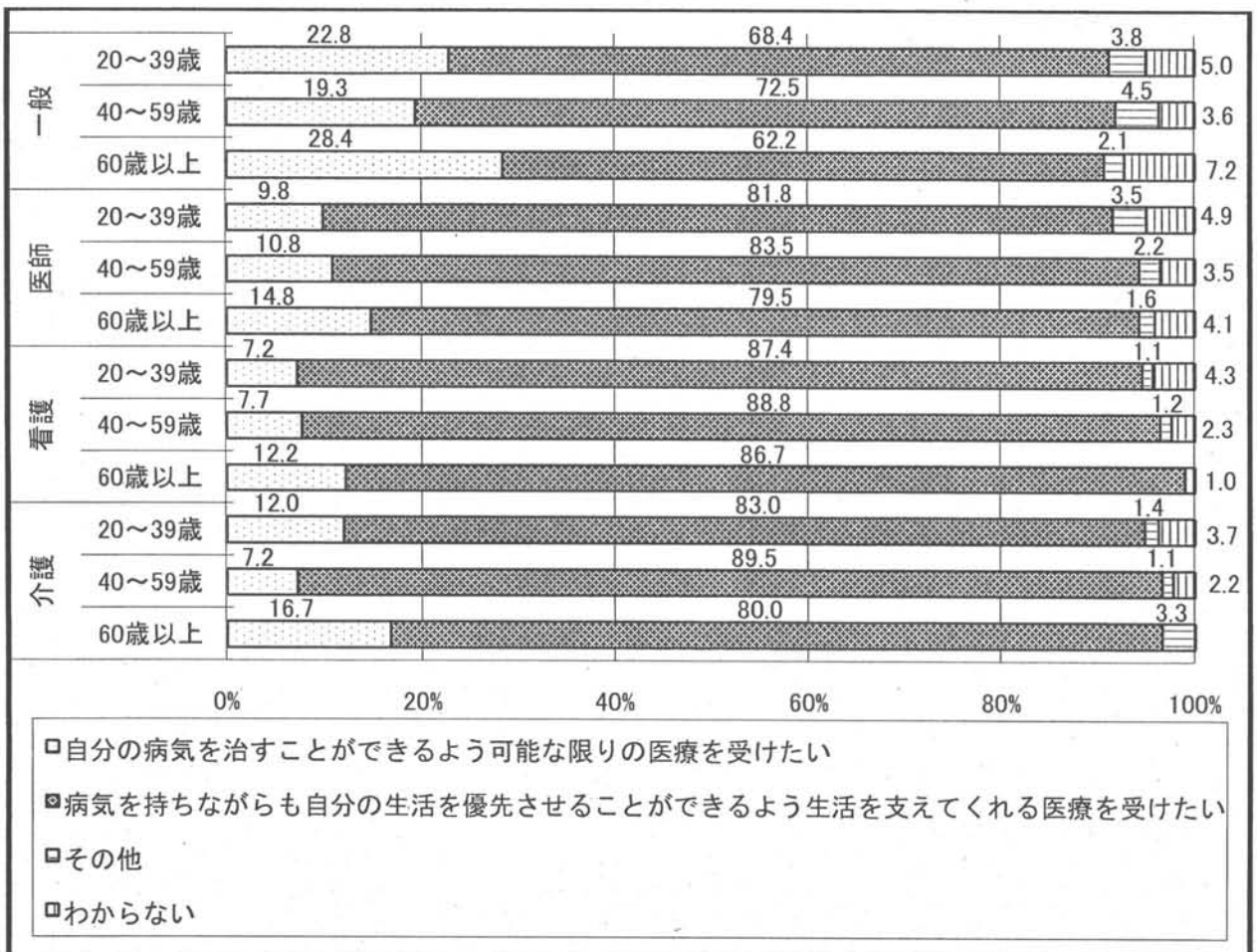


図 162

4. 終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿

一 懇談会委員名簿 (50音順、敬称略、◎=座長)

池上 直己	慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授
伊藤 たてお	日本難病・疾病団体協議会代表
大熊 由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
川島 孝一郎	仙台往診クリニック院長
木村 厚	社団法人全日本病院協会常任理事
近藤 博子	財団法人がんとの子供を守る会理事
櫻井 紀子	社団法人全国老人福祉施設協議会
田村 里子	医療法人東札幌病院MSW課長
池主 憲夫	社団法人日本歯科医師会常務理事
中川 翼	医療法人溪仁会定山溪病院院長
中山 康子	NPO法人在宅緩和ケア支援センター一虹代表理事
羽生田 俊	社団法人日本医師会副会長
林 章敏	聖路加国際病院緩和ケア科医長
樋口 範雄	東京大学大学院法学政治学研究科教授
福井 トシ子	社団法人日本看護協会常任理事
増成 隆士	筑波大学名誉教授
◎町野 朔	上智大学法学研究科教授
南 砂	読売新聞東京本社編集委員
山本 保博	東京臨海病院病院長
ワット 隆子	あけぼの会会長

一 懇談会参考人名簿 (50音順、敬称略)

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

5. 「終末期医療に関する調査」結果を解析するための ワーキングチーム会議委員名簿

- | | |
|---------|-----------------------|
| 池上直己 | 慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 |
| 伊藤たてお | 日本難病・疾病団体協議会代表 |
| ○ 川島孝一郎 | 仙台往診クリニック院長 |
| 林章敏 | 聖路加国際病院緩和ケア科医長 |
| 町野朔 | 上智大学 法学研究科教授 |
| ワット隆子 | あけぼの会会長 |

○ 委員長

第69回日本公衆衛生学会総会
**延命医療に関する一般市民
の意識と遺族の評価**

○池上直己・池崎澄江
慶應義塾大学医学部
医療政策・管理学教室

目的

延命医療に関して、病院で死亡した患者の遺族調査の結果(以下、遺族)と、同じ地域における一般市民の意識調査の結果(以下、一般)を、同じ対象地区で比較すること

方法

	一般	遺族
時期	2008年10月	2008年11月
対象者 [†]	住民票より、20歳以上を無作為抽出	市内全ての一般病院(N=5)で、2008年1~6月に死亡した20歳以上の患者の遺族
人数	1,000人	427人 ^{††}
調査内容	2008年厚生労働省「終末期医療等における意識調査」と同じ	左に準拠し、延命医療、及び患者・家族・医師間の話し合いの程度
終末期の状態	がん: 治る見込みがなく死期が迫っている 要介護: 脳血管障害や認知症等により日常生活が困難、さらに全身の状態がきわめて悪化	がん: 死因が「がん」で、要介護の期間1年未満 要介護: 要介護の期間1年以上

[†] 都心から約100キロのK市で実施(人口:約3.6万人 65歳以上:30.2%)

^{††} 病院で把握した死亡患者501名から、入院24時間以内の死亡、回答できる家族がいない、事故・自殺による死亡、計74名を除外

結果

1. 基本属性

	一般	遺族
N(回収率)	419 (41.9%)	205 (48.0%)
性別: 男性	44.4 %	38.0%
年齢		
20-39	17.4 %	8.8%
40-59	34.1%	36.6%
60-69	19.8%	30.2%
70-79	17.9%	19.0%
80 ≤	10.3%	3.9%
患者の死因		がん 36.6%
患者の状態		要介護 19.5%

2. 一般: 国の調査との比較

		本調査 (%) N=419	国調査 N=2,527	p-value
リビングウィル	リビングウィルに賛成	59.7	61.0	(ns)
家族との延命医療の話し合い	十分に話し合っている	3.8	4.3	(ns)
	話し合ったことがある	40.8	43.8	
	全く話し合ったことがない	48.9	50.6	
医師と患者・家族との話し合い	十分行われている	9.1	8.1	p<0.05
	行われているが不十分	29.4	24.2	
	行われていない	20.5	26.8	
	状況による・その他	35.1	39.8	
延命医療を「望まない(どちらかといえば、を含む)」	がん: 自分の場合	74.9	71.0	(ns)
	がん: 家族の場合	57.3	52.0	p<0.05
	要介護: 自分の場合	82.3	83.9	(ns)
	要介護: 家族の場合	68.5	65.3	(ns)

* 国の調査結果に合わせて性・年齢を調整しも、検定結果は同じ

3. 一般: 延命医療「望まない」の関連要因

	オッズ比 (95% 信頼区間)			
	がん		要介護	
	自分	家族	自分	家族
過去5年間の死別経験 (1=あり)	1.84* (1.08 - 3.11)	1.72* (1.10 - 2.67)	1.84 (0.99 - 3.40)	0.97 (0.60 - 1.55)
リビングウィル (1=賛成)	2.92** (1.71 - 5.01)	1.86** (1.19 - 2.91)	3.42** (1.76 - 6.64)	2.37** (1.49 - 3.76)
家族との延命医療の話し合い (1=あり)	3.13** (1.75 - 5.59)	1.76** (1.15 - 2.70)	1.24 (0.65 - 2.36)	1.67* (1.05 - 2.65)

性・年齢階層は調整済み
* p<0.05, ** p<0.01

4. 遺族調査結果の概要 (%)

		全体 N=205	がん N=75	要介護 N=40
患者の特性	男性	55.1	64.9	50.0
	80歳以上	51.2	24.3	77.5 †
	認知症	19.5	5.4	52.5 †
遺族の続柄	子(義理含む)	58.5	41.9	77.5 †
	配偶者	31.7	52.7	17.5
遺族は患者の延命医療の意向を知っていた	十分に	19.0	23.0	12.5
	いづらか	20.0	16.2	25.0
	知らなかった	57.6	56.7	62.5
医師は遺族に延命医療の意向を聞いた	十分に	62.4	52.7	75.0
	いづらか	17.1	20.3	10.0
	聞かなかった	13.2	18.9	12.5
	わからない	2.0	4.1	2.5

† がんと非がん、要介護と非要介護、がんと要介護の2群比較でいずれも有意差(p<0.001)

5. 遺族:延命医療の実態と意向

	全体 N=192	がん N=69	要介護 N=39
いずれかを受けた	87.0	85.5	89.7
心肺蘇生	13.5	5.8	17.9
経管栄養	19.8	4.3	38.4
点滴	76.6	79.7	74.4
いずれか望まなかった	27.1	23.2	38.5
心肺蘇生	13.0	14.5	15.4
経管栄養	24.5	20.2	28.2
点滴	4.2	2.9	5.1
いずれかを望まないのに受けた	6.3	4.3	7.7
心肺蘇生	1.6	1.4	0.0
経管栄養	3.6	1.4	7.7
点滴	2.1	1.4	0.0

延命医療のうち、人工呼吸器は酸素療法と混同されている可能性があったため、また中心静脈栄養は実施割合が非常に低かったため表示していない

一般と遺族の比較 (%)

		一般 N=419	遺族 N=205	
延命医療について 家族(患者)と 話し合い	十分に	3.8	19.0	p<0.001
	いづらか	40.8	20.0	
	なし・無回答	55.4	61.0	
家族への延命医 療を望まない	がん	57.3	23.2	p<0.001
	要介護	68.5	38.5	
延命医療につい て医師と家族と の話し合い	十分に	9.1	62.4	p<0.001
	いづらか	29.4	17.1	
	しない・わからない	61.5	20.5	

考察

- 一般住民も患者の遺族も、家族の延命医療の意向を知っていたのは、全体の半分以下であった
- 遺族の方が、延命医療に肯定的であり、また医師が意向を聞くと評価する割合が高かった
- 延命医療について検討する際に、一般住民だけでなく、遺族の体験を聞くことの重要性が示唆された

本研究の結果は以下の論文にまとめられています

Ikegami N, Ikezaki S. Life sustaining treatment at end-of-life in Japan: Do the perspectives of the general public reflect those of the bereaved of patients who had died in hospitals? Health Policy (2010), <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.016> (Published on web)