

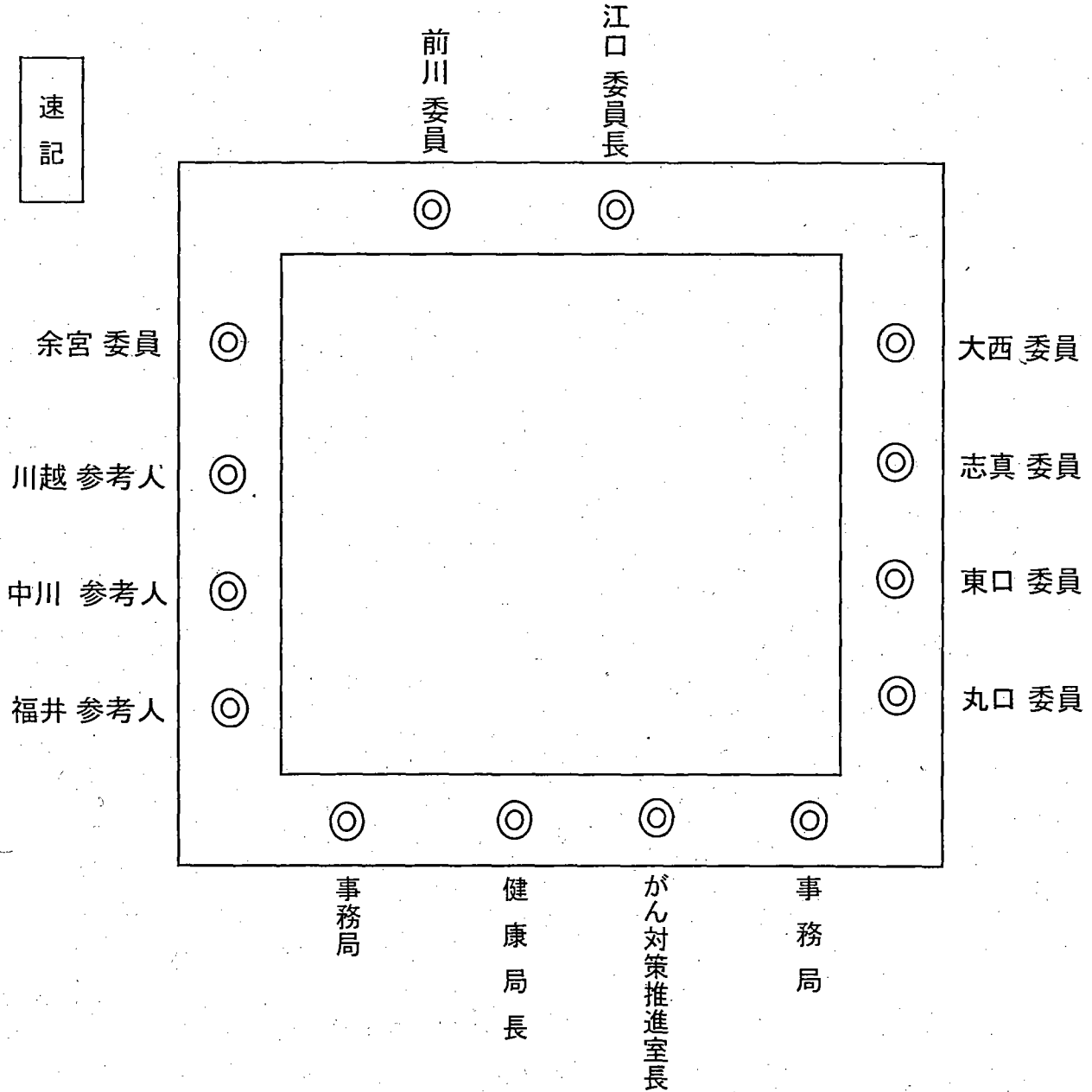
緩和ケア専門委員会座席表

平成23年1月11日(火)10:00~12:00

厚生労働省 16階 専用第17会議室

(東京都千代田区霞が関1-2-2 中央合同庁舎第5号館)

速記



事務局

事務局

出入口

(傍 聴 席)

第1回がん対策推進協議会 緩和ケア専門委員会議事次第

日 時：平成23年1月11日（月）

10:00～12:00

場 所：厚生労働省専用第17会議室（16階）

【健康局長挨拶】

【報告事項】

- ・ がん対策推進協議会の緩和ケア専門委員会の設置について

【協議事項】

- 1 がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会運営規定（案）について
- 2 緩和ケアの今後の検討課題について

【資 料】

- 資料1 がん対策推進協議会専門委員会設置要綱
- 資料2 がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会運営規定（案）
- 資料3 緩和ケア専門委員会委員名簿
- 資料4 がん対策基本法関連法規
- 資料5 緩和ケア専門委員会の今後の課題について

（各委員から提出された意見）

参考資料 1 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書

参考資料 2 第15回がん対策推進協議会

（転移のある肺がんに対する”早期からの緩和ケア”の有効性）

参考資料 3 緩和ケア対策の現状

がん対策推進協議会専門委員会設置要綱

平成22年12月10日
がん対策推進協議会決定

1. 目的

平成19年4月1日に施行されたがん対策基本法第9条第1項に基づき、がん対策推進基本計画が閣議決定された。この基本計画は、長期的視点に立ちつつ、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象としている。

平成22年6月には基本計画に定める目標等を確実に達成するため、進捗状況を把握することが極めて重要との考えから、専門家及び関係者、がん対策推進協議会の意見を聴きながら中間報告書を作成したところである。

今後、基本計画の見直し等を検討する上で、俯瞰的かつ戦略的な検討が必要で、極めて専門的な知見を要する分野については、がん対策推進協議会の下に専門委員会を設置することとする。

2. 構成

- (1) 各専門委員会の構成員は8人以下とする。
- (2) 各専門委員会に委員長を置く。
- (3) 委員長は、協議会委員の中から会長が指名する。

3. 検討事項

新たながん対策推進基本計画のための各専門分野に関する検討等。

4. 運営

各専門委員会の庶務は、健康局総務課がん対策推進室が行う。

5. その他

この要綱に定めるもののほか、専門委員会の運営に関し必要な事項は、委員長と健康局長と協議の上、定める。

がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会運営規程(案)

がん対策推進協議会専門委員会設置要綱(平成22年12月10日協議会了承)の規定に基づき、緩和ケア専門委員会の運営に関し必要な規程を制定する。

(委員の任期)

第一条 がん対策推進協議会緩和ケア専門委員会(以下「緩和ケア委員会」という。)の専門委員の任期は、二年とする。ただし、専門委員の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。

2 専門委員は、再任されることができる。

(会議)

第二条 緩和ケア委員会は、委員長が招集する。

2 委員長は、緩和ケア委員会を招集しようとするときは、あらかじめ、期日、場所及び議題を委員及び議事に関係のある参考人に通知するものとする。

3 委員長は、議長として緩和ケア委員会の議事を整理する。

(議事)

第三条 緩和ケア委員会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することはできない。

2 緩和ケア委員会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、委員長の決するところによる。

(会議の公開)

第四条 緩和ケア委員会の会議は、公開とする。ただし、委員長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。

2 委員長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

(議事録)

第五条 緩和ケア委員会における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

- 一 会議の日時及び場所
- 二 出席した委員及び参考人の氏名
- 三 議事となった事項

2 議事録は、公開とする。ただし、委員長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、議事録の全部又は一部を非公開とすることができる。

3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とする場合には、委員長は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。

(雑則)

第六条 この規程に定めるもののほか、緩和ケア委員会の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

がん対策推進協議会

緩和ケア専門委員会 委員名簿

平成23年1月11日現在

区分	氏名	所 属
◎ 委員	えぐち けんじ 江口 研二	帝京大学医学部内科学講座教授
委員	まえかわ いく育 前川 育	特定非営利活動法人周南いのちを考える会代表
専門委員	あきやま みき紀 秋山 美紀	慶應義塾大学総合政策学部准教授
専門委員	おおにし ひでき樹 大西 秀樹	埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科教授
専門委員	しま やすお夫 志真 泰夫	筑波メディカルセンター病院副院長
専門委員	ひがぐち たかし志 東口 高志	藤田保健衛生大学医学部外科・緩和医療学講座教授
専門委員	まるぐち ミサエ 丸口 ミサエ	独立行政法人国立がん研究センター中央病院看護部長
専門委員	よみや きのみ 余宮 きのみ	埼玉県立がんセンター緩和ケア科
参考人	かわごえ こう厚 川越 厚	医療法人社団パリアンクリニック川越院長
参考人	なかがわ けいいち恵一 中川 恵一	国立大学法人東京大学医学部附属病院放射線科准教授
参考人	ふくい としこ子 福井 トシ子	社団法人日本看護協会常任理事

◎…委員長

(区分別、五十音順)(敬称略)

がん対策基本法関連法規

(専門委員会設置関係)

健康局総務課がん対策推進室

がん対策基本法

(平成十八年六月二十三日法律第九十八号)

第二章 がん対策推進基本計画等

(がん対策推進基本計画)

- 第九条 政府は、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、がん対策の推進に関する基本的な計画(以下「がん対策推進基本計画」という。)を策定しなければならない。
- 2 がん対策推進基本計画に定める施策については、原則として、当該施策の具体的な目標及びその達成の時期を定めるものとする。
 - 3 厚生労働大臣は、がん対策推進基本計画の案を作成し、閣議の決定を求めなければならない。
 - 4 厚生労働大臣は、がん対策推進基本計画の案を作成しようとするときは、関係行政機関の長と協議するとともに、がん対策推進協議会の意見を聴くものとする。
 - 5 政府は、がん対策推進基本計画を策定したときは、遅滞なく、これを国会に報告するとともに、インターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
 - 6 政府は、適時に、第二項の規定により定める目標の達成状況を調査し、その結果をインターネットの利用その他適切な方法により公表しなければならない。
 - 7 政府は、がん医療に関する状況の変化を勘案し、及びがん対策の効果に関する評価を踏まえ、少なくとも五年ごとに、がん対策推進基本計画に検討を加え、必要があると認めるときには、これを変更しなければならない。
 - 8 第三項から第五項までの規定は、がん対策推進基本計画の変更について準用する。

第四章 がん対策推進協議会

第十九条 厚生労働省に、がん対策推進基本計画に関し、第九条第四項(同条第八項において準用する場合を含む。)に規定する事項を処理するため、がん対策推進協議会(以下「協議会」という。)を置く。

第二十条 協議会は、委員二十人以内で組織する。

- 2 協議会の委員は、がん患者及びその家族又は遺族を代表する者、がん医療に従事する者並びに学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。
- 3 協議会の委員は、非常勤とする。
- 4 前三項に定めるもののほか、協議会の組織及び運営に関し必要な事項は、政令で定める。

がん対策推進協議会令

(平成十九年三月二十八日政令第七十六号)

内閣は、がん対策基本法（平成十八年法律第九十八号）第二十条第四項の規定に基づき、この政令を制定する。

（委員の任期）

第一条 がん対策推進協議会（以下「協議会」という。）の委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任されることができる。

（会長）

第二条 協議会に、会長を置き、委員の互選により選任する。

2 会長は、会務を総理し、協議会を代表する。

3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

（専門委員）

第三条 協議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

3 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。

4 専門委員は、非常勤とする。

（議事）

第四条 協議会は、委員の過半数が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

2 協議会の議事は、出席した委員の過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

（庶務）

第五条 協議会の庶務は、厚生労働省健康局総務課において処理する。

（雑則）

第六条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他協議会の運営に関し必要な事項は、会長が協議会に諮って定める。

附 則

この政令は、平成十九年四月一日から施行する。

がん対策推進協議会運営規程

(平成十九年四月五日 がん対策推進協議会決定)

がん対策推進協議会令(平成十九年政令第七十六号)第六条の規定に基づき、この規程を制定する。

(会議)

第一条 がん対策推進協議会(以下「協議会」という。)は、会長が招集する。

- 2 会長は、協議会を招集しようとするときは、あらかじめ、期日、場所及び議題を委員及び議事に関係のある専門委員に通知するものとする。
- 3 会長は、議長として協議会の議事を整理する。

(会議の公開)

第二条 協議会の会議は、公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、会議を非公開とすることができる。

- 2 会長は、会議における秩序の維持のため、傍聴人の退場を命ずるなど必要な措置をとることができる。

(議事録)

第三条 協議会における議事は、次の事項を含め、議事録に記載するものとする。

- 一 会議の日時及び場所
- 二 出席した委員及び専門委員の氏名
- 三 議事となった事項
- 2 議事録は、公開とする。ただし、会長は、公開することにより公平かつ中立な審議に著しい支障を及ぼすおそれがあると認めるときその他正当な理由があると認めるときは、議事録の全部又は一部を非公開とすることができる。
- 3 前項の規定により議事録の全部又は一部を非公開とする場合には、会長は、非公開とした部分について議事要旨を作成し、これを公開するものとする。

(委員会の設置)

第四条 会長は、必要があると認めるときは、協議会に諮って委員会を設置することができる。

- 2 委員会に属すべき委員及び専門委員は、会長が指名する。
- 3 委員会に委員長を置き、当該委員会に属する委員のうちから、会長が指名する。
- 4 委員長は、当該委員会の事務を掌理する。
- 5 委員長に事故があるときは、当該委員会に属する委員のうちから委員長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。

(雑則)

第五条 この規程に定めるもののほか、協議会又は委員会の運営に関し必要な事項は、それぞれ会長又は委員長が定める。

緩和ケア専門委員会の今後の課題

(各委員からの提出意見)

第1回がん対策推進協議会

緩和ケア専門委員会

専門委員会意見提出用紙

委員名： 前川 育

課題	対応案
<p>①がん診療連携拠点病院における、相談支援センター・緩和ケアチームなどの整備は、形だけは整いつつある。</p> <p>②がん医療に携わる医師のすべてが緩和医療に精通しているとは考えにくい（患者は、それを知らず、信頼しているケースもある）</p> <p>③拠点病院の指定要件として、「緩和ケア研修会」を実施している病院の存在がある。（研修会実施病院内で、がんに関わる医師の参加が少ない）</p> <p>④がん相談支援センターの位置づけを明確に （患者も相談員も、各拠点病院で試行錯誤）</p> <p>⑤緩和ケアチームが、名前ばかりで稼働していないケースもある</p> <p>⑥がん看護専門看護師が少ない（例：山口県内は2名）</p>	<p>①現状は、形から中身の充実への過渡期と考えられるので、実現可能な形を作る。</p> <p>②③ 緩和ケア研修会が継続する場合は、内容のレベルアップと拠点病院の医師の全員参加を要件に追加する。</p> <p>④公費負担で研修（時間と費用）</p> <p>⑤拠点病院内での各科の連携が必要</p> <p>⑥緩和ケアの感性をもった看護師を、公費負担で育成し、将来的には最低、拠点病院に2人は確保 そうならば、院内の看護師への教育が出来るとともに、医師への負担が軽減される。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 秋山 美紀

中間報告に記載されたがん対策推進協議会の指摘は概ね的を射ていると思います。以下、今後5年間で対応する必要があると考える課題と対応案を示します。

課題	対応案
<p>1) 緩和ケア研修会を受けた医師であっても、患者や家族の苦痛に十分対応できていない場合が多い。緩和ケア担当医でありながら痛みが十分に取れないという声が、患者や家族のみならず医療者側からも多く聞かれている。</p>	<p>1) がん診療に携わる医師が、緩和ケアに関する基本的な知識を身につけた後も、さらに知識を深め手技を磨くために、基本コース終了後は、座学より実施に重点を置いた研修を行う。一方で、患者側から緩和医療の質に対するモニタリングを行う観点も重要ではないかと考える。例えば、5年後には施設毎に「除痛率」を公表するような方策も一案ではないか。</p>
<p>2) 研修対象者が、「すべてのがん診療に携わる医師」であるにも関わらず、研修未受講で、緩和ケアに関する理解のない医師が存在する。また開業医で研修を受講している者が少ない。</p>	<p>2) 「がん医療に従事する医師」の定義を明確化し、実数を把握し、外科、放射線科、内科でがん診療に関わる全ての医師、在宅医療を担う開業医が必ず研修を受けるような方策を検討する。医師臨床研修に緩和ケアを必須化するのも一案と考える。</p>
<p>3) 医師以外の職種（看護師、薬剤師、理学療法士、作業療法士、栄養士、社会福祉士、ケアマネ等）が、緩和ケアに関する知識を身につけて、患者に寄り添いながらチーム医療を推進する必要がある。</p>	<p>3) がん診療に関わる看護師、薬剤師はもちろんだが、理学療法士や作業療法士、栄養士、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士といった職種も、緩和ケアに関する基本的な知識を習得できるよう、地域ブロック単位での学びの場を広げていく。たとえば看護師であれば師長クラスなど一定の役割</p>

4) がん患者が希望する場所で療養できるよう、在宅療養（居宅、介護施設）における緩和ケアを推進する体制づくりが必要である。その際に要となるはずのがん診療連携拠点に、「地域」の緩和ケアを支えるという視点が足りない。一方で、地域の他の病院や地区医師会等が非協力的である場合もある。特に在宅療養を推進する上では、訪問看護ステーションや介護施設等の連携も必要であるが、そもそも顔を合わせる機会が少ないことも多い。

5) がん診療連携拠点病院には、地域のがん患者のための相談支援窓口の設置が義務づけられたが、スタッフ不足等もあり、自院以外のがん患者や家族の相談に十分対応できていないのが現状である。がん患者や家族が、がん治療や緩和ケアに関する信頼できる情報を得られる場がない。緩和ケアに対応できる地域の医療施設や介護施設の情報等も不足している。

を持つ者から研修を受ける等、順次拡大していくのも一案である。

4) がん診療連携拠点病院が、地域の医療施設、医師会、訪問看護ステーション等と協力しながら、地域の医療者向けの緩和ケア研修会等を定期的開催する。がん診療連携拠点病院には、地域緩和ケアチームを設置する等、アウトリーチできるように機能をもたせる。そうした中で、病院が在宅を支える医療施設等と連携してレスパイトベッドを確保するなどの方策を立て、患者や家族が安心して在宅を選択できる体制を整備する。

5) がん診療連携拠点病院のソーシャルワーカー等の相談スタッフを拡充するとともに、相談機能強化のための研修をさらに力を入れて実施する。拠点病院は、患者や家族、地域住民向けに、がん治療全般に関する情報、緩和ケアに関する情報、緩和ケアに対応できる地域の医療施設や介護施設の情報等を充実させ、提供できる体制を整える。患者図書室等を設置しそこに機能を持たせることも一案である。

専門委員会意見提出用紙

委員名： 大西秀樹

課題	対応案
<p>精神腫瘍学研修会修了者数は適切か？</p> <p>二次医療圏に複数の緩和ケアチームができるか？</p> <p>医療用麻薬の使用量が多いとは言えない。</p> <p>在宅での死亡割合の増加率が少ないのではないか。</p>	<p>若手精神腫瘍医の育成</p> <p>医師だけでなく、看護師、薬剤師に対して講習会をおこなうことでレベルアップができないか</p> <p>使用量だけで検討するのは難しいが、諸外国と比較しても我が国の使用量は多いとは言えないので、今後さらに緩和ケア教育の推進を進める必要がある。</p> <p>在宅を進めるための社会的整備。在宅医療に従事する医師、看護師をはじめとした医療スタッフが無理をしないで医療ができる環境の整備。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名：志真 泰夫

課題	対応案
<p>●緩和ケアの現状をどう評価するか</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアの評価は苦痛緩和の過程(プロセス)、結果(アウトカム)であるため、患者自身の評価が不可欠である。したがって、緩和ケアの評価はプロセス、アウトカムを測定することが妥当と考える ・緩和ケアのプロセスの指標としてCES(Care Evaluation Scale)が開発されており、がん患者に実施可能であることも確認されている。項目は、「医師は苦痛に対して迅速に対応していた」など。 ・CESは緩和ケアのプロセスの評価として開発されたが、「医師の説明は十分である」や「支払った費用は妥当である」などの項目もあるため、がん医療の全般的評価としても使用できる可能性がある ・アウトカムとしては、quality of life, 死亡場所、疼痛に関してはいずれも測定手段は開発されており、実施可能であることが確認されている ・これまでに緩和ケア病棟全施設、任意の一般病院・がん診療連携拠点病院・在宅施設、地域の代表する施設で、遺族を対象とした調査が行われた。

●全国レベルでの緩和ケアの評価とする方法の提案:

・早期～進行期の指標として患者調査を、終末期の指標として遺族調査を行う

・緩和ケアのみではなく、がん治療全体、医療全体に対する評価の一環として行う

・その理由は、1)患者にとっては緩和ケアだけが重要ではない、2)CESの複数の項目は緩和ケアだけに限定されていない、3)「早期」の患者に「緩和ケア」のアンケートが来ると(少なくとも現状では)患者を不安にさせる、4)がん患者にがんわかるアンケートが来ること自体が患者を不安にさせる

・全国からの代表性のあるサンプリングを行う

・2年以内に調査を1回を行い、ベースライン調査とし、5年後に2回目の調査をおこない、緩和ケア、がん医療の評価とする

●具体的な対象・方法

1. 患者調査

・対象

病床別に層別化して全国から無作為抽出した病院の*月*日のすべての通院患者(がんに限らない)

または、住民台帳から取得した地域住民を対象とした調査(5%のがん患者を含む)

・調査項目

CES、QOL尺度(SF>EORTC, GDI), BPI+PMI(ニード)

*いずれも、がんにかぎらず使用可能である

	<p>* CESの苦痛緩和ドメインが緩和の指標、これ以外はがん診療、一般診療の指標。アウトカムは一般的なQOLで緩和の指標だけではなく、年次的推移を取得すればがん医療のアウトカムともなる</p> <p>2. 遺族調査</p> <ul style="list-style-type: none">・対象 死亡個票から死亡患者の遺族を全国から無作為抽出 (施設、在宅、療養型など複数の場所で亡くなるので拠点病院など一部の病院だけ調査してもそこから患者が移動していく可能性があるため)・調査項目 CES、QOL尺度(GDI) <p>3. 死亡場所</p> <p>総務省統計の目的外使用から取得</p>
--	--

専門委員会意見提出用紙

委員名： 志真 泰夫

課題	対応案
<p>●がん医療に携わる医療者への緩和ケアの基本教育をどうするか</p>	<p>●医師に対する基本教育のこの5年間の成果は？</p> <ul style="list-style-type: none"> ・平成19年度は試行期間として平成20年度、21年度、22年度の3年間に本格的に「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」を行った。 ・がん診療連携拠点病院（以下、拠点病院とする）の緩和ケア研修会1回につき平均およそ20人程度の医師が受講した。したがって、20人×375拠点病院+αで年間およそ10,000人の研修修了者があり、平成22年度末で緩和ケア研修修了者はおよそ30,000人程度と見込まれる ・都道府県における緩和ケア研修会の効果として千葉県、長野県、岩手県、久留米市、弘前市などで質的な変化について研究報告がある ・指導者研修に関する質的量的な研究報告から緩和ケアおよび精神腫瘍の指導者研修会修了者1600人の効果は大きく、緩和ケア全体の底上げにつながっている <p>●臨床研修医の受講の必修化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新たな「がん対策推進基本計画」で臨床研修医への緩和ケアの普及を重点として取り上げるように提言する ・臨床研修医の緩和ケア研修の受講の必修化ありなら、医

	<p>師の修了者は年間 1,200-15,000 人と推測される</p> <ul style="list-style-type: none">・ 臨床研修医の緩和ケア研修受講の必修化なしなら、今後緩和ケア研修会には年間 5000-8000 人程度の受講にとどまる。・ 臨床研修医（年間 7000~8000 名）が、毎年緩和ケア研修会を受講する場合、5 年間で合計 30,000-40,000 人の臨床研修医が受講することとなる・ 臨床研修医以外の医師の受講者が、現在の年間 10,000 人が 5,000 人に減少としたとしても、5 年間で合計 60,000-65,000 人の医師が受講することになる・ 30-40 年後にすべての臨床医が緩和ケア研修会を受講し基本教育を修了しているインパクトは非常に大きい <p>●e-learning の導入</p> <ul style="list-style-type: none">・ PEACE の一部を e-learning で受講できるように準備する・ 臨床研修医が緩和ケア研修を受けやすくするためには、e-learning の導入が必要である・ PEACE の教育プログラムに e-learning 組み込んだ構造が望ましい <p>●地域医療への普及は？</p> <ul style="list-style-type: none">・ 緩和ケア研修会テキストの追加モジュールを加えた改訂版を作る際には日本医師会と日本緩和医療学会が協働する・ その上で、都道府県医師会、市区町村医師会に呼び掛け
--	---

て、地域の在宅療養診療所の要件として医師の緩和ケア研修の受講を必須とする

- 小児科医への基本教育はどうか？
 - ・小児科医、小児外科医を対象とした緩和ケアの基本教育プログラムとしてCLICを提供する
- がん医療に携わる看護師、薬剤師への基本教育の実施
 - ・看護師に対する基本教育に関しては、日本緩和医療学会が作成しているELNEC-Jを提供する
 - ・緩和医療学会が主催しているELNEC-Jの指導者研修会をがん看護学会、看護協会などと協力して行う
 - ・ELNEC-J指導研修会修了者には実施主体である日本緩和医療学会、日本がん看護学会（可能であれば看護協会）から指導者研修修了書を発行する
 - ・各地域の拠点病院には地域の病院・訪問看護ステーションの看護師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする
 - ・薬剤師に対する基本教育に関しては緩和医療薬学会で23年度中には教育プログラムが完成する予定
 - ・緩和医療薬学会が主催するが、緩和医療学会が協力して行うことにする
 - ・対象は地域の病院・調剤薬局の薬剤師とし拠点病院が地域の薬剤師に対する研修会を年1回以上行うことを要件とする

- 基本教育を受講する看護師、薬剤師の数値目標を定める

遺族によるホスピス・緩和ケアの 質の評価に関する研究

J-HOPE

The Japan Hospice and Palliative Care Evaluation Study

編 集

(財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団

「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会

志真 泰夫 (筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

恒藤 暁 (大阪大学大学院 医学系研究科 緩和医療学)

森田 達也 (聖隷三方原病院 緩和支援治療科)

宮下 光令 (東北大学大学院 医学系研究科 緩和ケア看護学分野)

発行 JHPF (財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団
Japan Hospice Palliative Care Foundation

家族の視点から見た望ましい 緩和ケアシステム

三條 真紀子*

サマリー

今後の望ましい緩和ケアシステムの在り方について示唆を得ることを目的とし、実際に緩和ケアを受け、発病から死亡までの一連の経過を経験したがん患者の遺族を対象に、先行研究で提案されている緩和ケアシステムの改善案に対する評価を尋ねる調査を実施した。

対象者の5割以上が「自己負担が増えても希望する」と回答した内容は、ホスピス・緩和ケア病棟においては「抗がん剤治療や在宅療養中に待たずに短期入院できる」「医師や看護師の増員」「高カロリー輸液の実施」であり、がん医療にお

いては「医師とのコミュニケーションを中心とした早期からの緩和ケア介入」「在宅支援」であった。国全体としては、「地域医療システムの整備」「緩和医療の専門家へのアクセシビリティの向上」に分けられた。

本研究は、サービス利用者としての遺族の視点で、今後の改善案の優先度を評価した初めての調査であり、今後の改善の優先度に関する示唆が得られた。今後は対象を拡大し、さらなる改善への示唆を得ることが望まれる。

目的

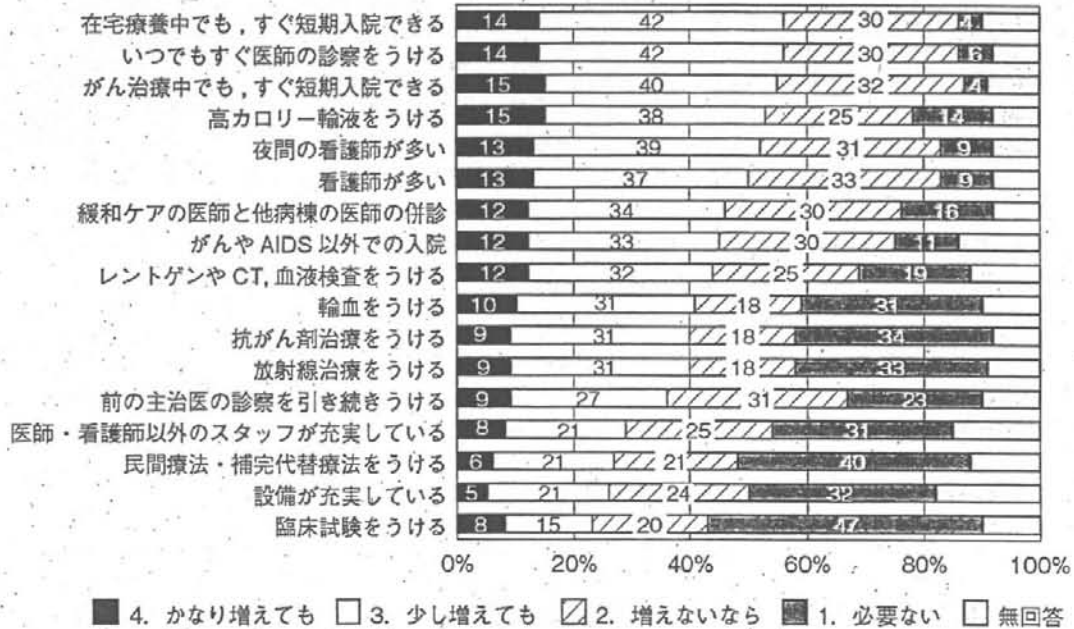
海外では、ホスピス・緩和ケアを提供するうえでの障害として「予後6カ月未満というホスピス利用基準が厳しい」「抗がん治療を拒否しないとホスピスに入れない」「継続的なケアをうけることが難しい」などが挙げられている¹⁻³⁾。

国内では、緩和ケア従事者を対象とした郵送質問紙調査から、ホスピス・緩和ケアを提供する上の95個の障害、そして緩和ケア普及のために取り組むべき136の課題が明らかとなった⁴⁾。

しかし、現在のわが国の入院療養に関わる医療給付は、特定機能病院や一部の民間病院において診断群分類による包括評価(DPC)制度が導入され、ホスピス・緩和ケア病棟(以下、PCU)においても包括評価制度でまかなわれているため、すべての課題に同時に取り組むことは難しい。したがって、提案されたホスピス・緩和ケアに関する改善案の優先度を示し、取り組むべき課題を明らかにする必要がある。がん患者の遺族は、がんの診断から死亡までの一連の経過を経験しており、わが国の緩和ケアシステムの改善に関する示

*がん集学的治療研究財団、東京大学大学院 医学系研究科

ホスピス・緩和ケア病棟で以下のような治療やケアを受けることについてお尋ねします
自己負担が増えても利用したいと思われますか？



図Ⅲ-1 ホスピス・緩和ケア病棟での治療やケアに対する有用性の評価

唆を得ることができる。

また、緩和医療を含むがん医療水準の均てん化促進⁵⁾のために、入院医療にとどまらない地域医療およびホスピス・緩和ケア提供体制全般に関して、患者家族の視点による評価を行った研究はわが国にはない。

以上のことから、本研究では、実際に緩和ケアを受け、発病から死亡までの一連の過程を経験した家族の視点から、①先行研究から得られている PCU や緩和ケア・がん治療システムの具体的な改善案³⁴⁶⁻¹⁷⁾に対して、費用負担とのバランスを考慮しながら優先して取り組むべきものを明らかにすること、②医療システムに対する選好を明らかにすることの2点を通じて、今後の望ましい緩和ケアシステムのあり方について示唆を得ることを目的とした。

結果

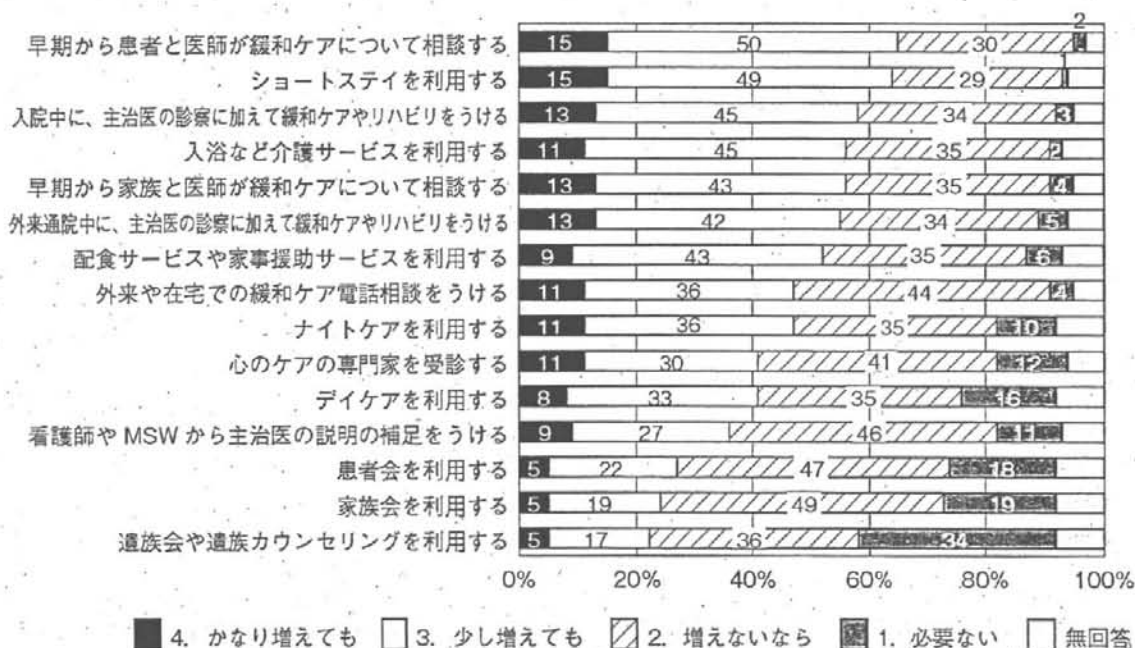
質問紙を送付した648名のうち、447名から回答を得た(有効回答率69%)。

先行研究から得られている PCU や緩和ケアシステムの具体的な改善案に関する各項目の有用性の評価を図Ⅲ-1~3に、医療システムに対する選好を図Ⅲ-4~7に示した。

1) 医療システムの改善案の評価

医療システムの改善案の選択肢は、「対象者がサービスに金額をはらう意志があるか」¹⁸⁾を基準として、「1. 必要ない、2. 自己負担が増えないなら利用したい、3. 自己負担が少し増えても利用したい、4. 自己負担がかなり増えても利用したい」もしくは「1. 整備する必要はない、2. 国の医療費が増えないなら整備したほうがよい、3. 国の医療費が少し増えても整備したほうがよい

がんになった場合に、以下のような医療システムを利用することについてお尋ねします
自己負担が増えても利用したいと思われますか？



図Ⅲ-2 がんになった場合の緩和ケアシステムに対する有用性の評価

い、4. 国の医療費がかなり増えても整備したほうがよい」の4件法で尋ね、「3. 少し増えても」と「4. かなり増えても」の2選択肢を合わせた回答を「負担が増えても利用したい」と評価したものとし、その%が過半数を超えた項目を、優先度の高い改善案と定義した。

a. PCUで利用したいシステム (図Ⅲ-1)

「自己負担が増えても利用したい」と50%以上の対象者が回答した項目は「がんの治療中でも、すぐに短期入院できる」「高カロリー輸液をうける」「看護師が多い」などの6項目であり、これらのシステムを「必要ない」と回答したものは4~14%であった。

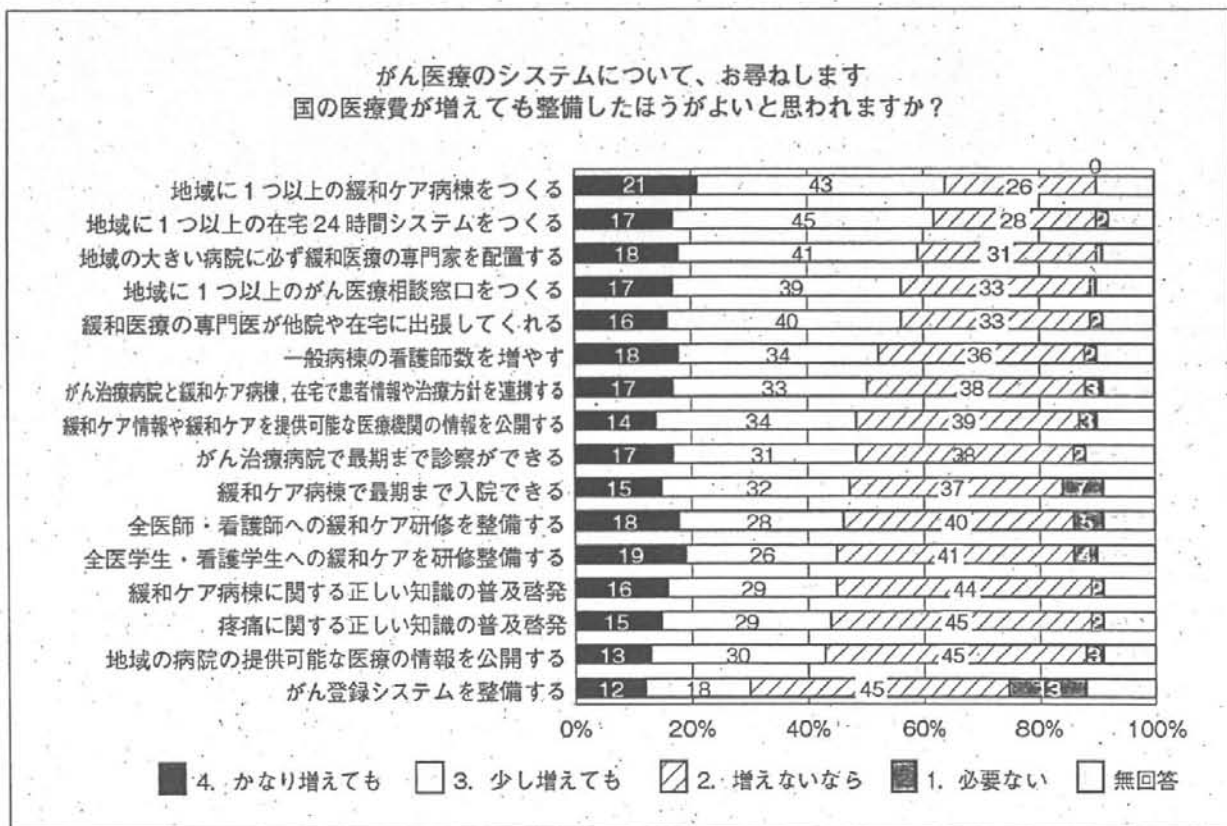
抗がん剤や放射線、輸血などの治療的側面については40%の対象者が利用したいと回答したが、「必要ない」と回答したのも30%いた。

b. がん医療全体で利用したい緩和ケアシステム (図Ⅲ-2)

「自己負担が増えても利用したい」と50%以上が回答した項目は「治療中の早い時期から、患者と医師が緩和ケアについて相談する」「ショートステイを利用する」「入院中に、主治医の診察に加えて緩和ケアやリハビリをうける」などの7項目であり、これらのシステムを「必要ない」と回答したものは1~6%であった。

c. 国全体に整備してほしいシステム (図Ⅲ-3)

「国の医療費が増え、近い将来増税など自分の負担が増える可能性があっても利用したい」と50%以上の対象者が回答した項目は「地域に1つ以上のPCUをつくる」「地域に1つ以上の在宅24時間システムをつくる」などの7項目であり、これらのシステムを「必要ない」と回答したものは5%以下であった。



図Ⅲ-3 がん医療システムの整備に関する有用性の評価

2) 医療システムに対する選考

a. 医療機関の利用方法 (図Ⅲ-4, Ⅲ-5)

80%以上の対象者が、手術、抗がん剤、緩和ケアなど、専門的な病院を次々に異動して行くのではなく、かかりつけ医をもち、適宜専門家を紹介していくシステムを選択した(図Ⅲ-4)。

かかりつけ医を定める場合には、地域の大きな病院の医師を選択したものは50%に留まり、地域の開業医を選択したものが40%存在した(図Ⅲ-2)。

b. 希望する療養場所 (図Ⅲ-6, Ⅲ-7)

がんで治る見込みがなく、身体症状は緩和しているが身の回りのことができず、治療病院を退院しなければいけない場合の療養場所の希望を尋ねた。

余命を1~2カ月と設定したシナリオ(図Ⅲ-6)では、PCUを希望するものが70%と最も多く、次いで在宅19%であった。PCU以外の病院や介

護施設を希望するものは2%以下であった。

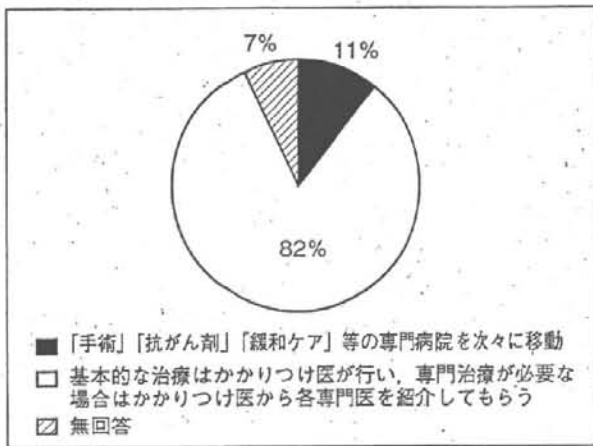
余命が長期療養の可能性のあるシナリオ(図Ⅲ-7)では、在宅32%、PCU 47%と在宅を希望するものが余命1~2カ月の場合と比べて多くなり、PCU以外の病院が6%、介護施設が8%と上昇していた。

考 察

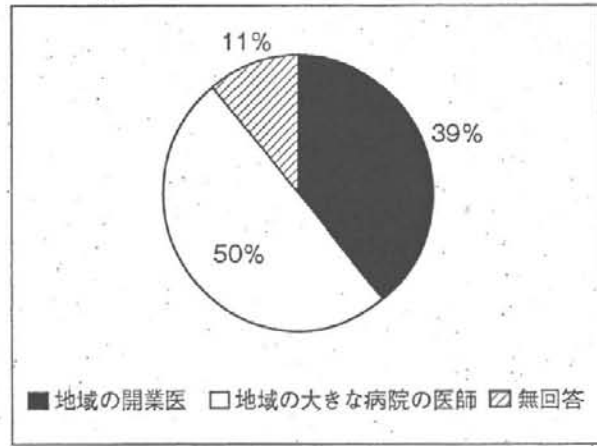
1) 医療システムの改善案の評価

a. PCUで利用したい緩和ケアシステム

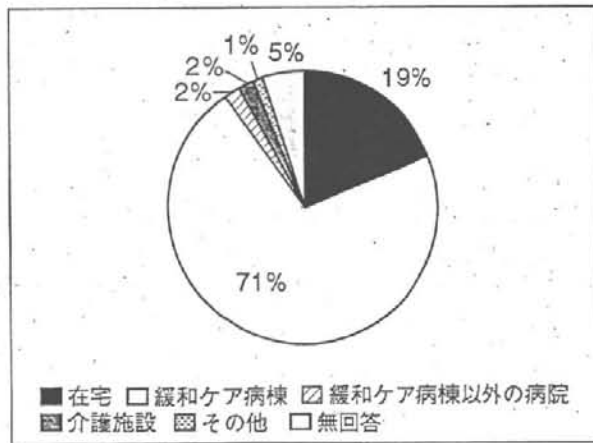
対象者の評価が高かった項目は、大きく「抗がん治療中や在宅療養中に、待たずに短期入院できる」「医師・看護師の増員」「高カロリー輸液の実施」の3つに分けられた。国内で実施された質的研究においても、時期にかなった入院と医療スタッフの増員は、改善点として強く望まれていることが明らかにされており¹³⁾、「今回の調査でも必要ない」と回答した対象者の数は少なかった。高カロ



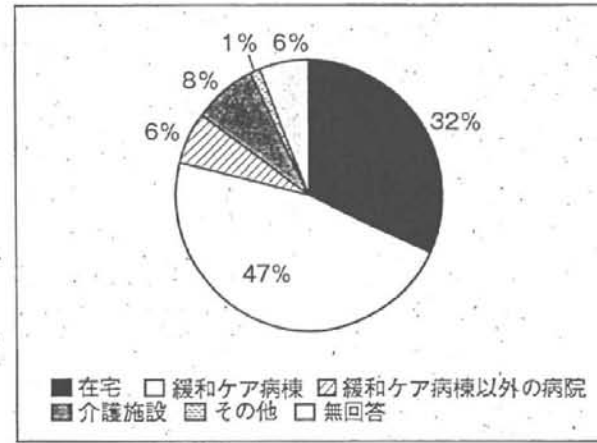
図Ⅲ-4 希望する病院の利用方法



図Ⅲ-5 希望するかかりつけ医



図Ⅲ-6 治療病院を退院する必要がある場合に希望する療養場所（余命1~2カ月の場合）



図Ⅲ-7 治療病院を退院する必要がある場合に希望する療養場所

り一輸液の実施に関しては、わが国のPCUを対象とした調査（2004年）で高カロリー一輸液を「しばしば～時折」実施すると回答した施設割合は35%¹⁹⁾であることを考えると、対象者の利用希望がかなえられていない可能性が示唆された。

抗がん剤治療や放射線治療に関しては、「負担が増えても利用したい」が40%、「必要ない」が30%と評価が分かれ、前述のPCU対象調査で、抗がん剤治療と放射線治療を「しばしば～時折」実施すると回答した施設割合はそれぞれ30%、50%である¹⁹⁾ことを考えると、改善の優先度は必ずしも高くない可能性がある。すべての利用者が希望するシステムを整えることは難しいが、優先的に取り組む課題としては、入退院しやすいシ

ステム、医療スタッフの増員、高カロリー一輸液実施に関する検討が望まれていることが示唆された。

b. がん医療全体で利用したい緩和ケアシステム

対象者の評価が高かった項目は、大きく「早期からの緩和ケア介入」と「在宅支援（ショートステイ、介護・家事援助）」に関する意見の2つに分けられた。医師の説明を、看護師や医療ソーシャルワーカー（MSW）に補うことに関しては、自己負担が増えても利用したいと回答したものは40%以下と少なく、まずは医師とのコミュニケーションを中心とした早期からの緩和ケア介入および在宅支援システムの充実が求められていると考えられる。

c. 国全体に整備してほしいシステム (図Ⅲ-3)

対象者の評価が高かった項目は、大きく「地域で利用できる医療システムの整備 (在宅24時間システム・がん相談窓口・患者情報連携システムの整備)」「緩和医療の専門家へのアクセシビリティ向上 (地域に1つのPCU, 専門家の地域出張, 大病院への緩和専門医配置)」の2つに分けられた。

がん対策基本法および「がん対策推進基本計画」により、がん患者がその居住する地域にかかわらず等しくそのがんの状態に応じた適切ながん医療を受けることができるよう、2次医療圏に1カ所以上の地域がん診療連携拠点病院の整備が進められている^{20,21)}が、よりいっそうの充実が期待される。

2) 医療システムに対する選考

a. 医療機関の利用方法

かかりつけ医として、地域の大きな病院の医師と地域の開業医のどちらを希望するかに関する意見は分かれたものの、本調査の対象者の多くがかかりつけ医を定め、かかりつけ医が必要に応じて専門家を紹介していく、NHS (National Health Service) 式の受診システム²²⁾を希望した。本調査の結果は、現行のがん患者家族が利用しているシステムと異なるシステムの整備を望んでいる可能性があり、今後、一般集団や現在の医療受給者である対象への同様の調査が必要である。

b. 希望する療養場所

がんで余命が限られている場合の療養場所の希望に関しては、すでに国内で先行の調査がある。余命1~2カ月の場合には、緩和ケアを利用した遺族の20%が在宅、6%が治療病院、70%がPCUでの療養を希望していた²³⁾。

今回、現状に即して、治療病院の退院というシナリオを追加したところ、余命1~2カ月の療養場所の希望は先行調査とほとんど変化がなかったが、長期療養の可能性がある場合には在宅希望が、30%とやや増加、PCU希望が50%と減少し、他の施設を希望する割合が増加していた。ニーズ調

査の結果と合わせると、今回の対象者に関しては、PCUでの長期療養に関するニーズの優先度はそれほど高くはないと考えられる。

3) 本研究の結果と限界

本研究の限界として、対象がPCUを利用した遺族のみを対象としたこと、患者家族を対象とした先行研究が少なく、調査項目の多くが本研究のために作成されたため、先行研究との比較が困難であることが挙げられる。

しかし、これまで医療者の視点から考案されてきた緩和ケアシステムの改善案に対して、発病から死亡までの一連の過程を経験した家族の視点から、評価を得られたことは重要である。今後は、一般病棟など異なる環境で死亡した患者の家族や、一般集団を対象とした調査を行い、さらなる改善への示唆を得ることが望まれる。

文 献

- 1) Friedman BT, Harwood MK, Shields M. Barriers and enablers to hospice referrals: an expert overview. *J Palliat Med* 2002; 5: 73-84.
- 2) Weggel JM. Barriers to the physician decision to offer hospice as an option for terminal care. *WMJ* 1999; 98: 49-53.
- 3) Yabroff KR, Mandelblatt JS, Ingham J. The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures. *Palliat Med* 2004; 18: 202-216.
- 4) Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med* 2007; 10: 390-399.
- 5) 厚生労働省: 今後のがん対策の推進について「がん対策推進アクションプラン2005」 Available from: URL [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan01/pdf/01.pdf, 2005].
- 6) Brazil K, Bedard M, Krueger P, et al. Service preferences among family caregivers of the terminally ill. *J Palliat Med* 2005; 8: 69-78.
- 7) Bromberg MH, Higginson I. Bereavement follow-up: what do palliative support teams actually do? *J Palliat Care* 1996; 12: 12-17.

- 8) Hileman JW, Lackey NR, Hassanein RS. Identifying the needs of home caregivers of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1992 ; 19 : 771-777.
- 9) Hudson PL, Aranda S, Kristjanson LJ. Meeting the supportive needs of family caregivers in palliative care : challenges for health professionals. *J Palliat Med* 2004 ; 7 : 19-25.
- 10) Lohfeld LH, Tschopp AS, Trevor AW, et al. Assessing the need for and potential role of a day hospice: a qualitative study. *J Palliat Care* 2000 ; 16 : 5-12.
- 11) Milberg A, Strang P. Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliat Med* 2000 ; 14 : 533-534.
- 12) Rabow MW, Dibble SL, Pantilat SZ, et al. The comprehensive care team : a controlled trial of outpatient palliative medicine consultation. *Arch Intern Med* 2004 ; 164 : 83-91.
- 13) Shiozaki M, Morita T, Hirai K, et al. Why are bereaved family members dissatisfied with specialised inpatient palliative care service? A nationwide qualitative study. *Palliat Med* 2005 ; 19 : 319-327.
- 14) Valdimarsdottir U, Helgason AR, Furst CJ, et al. Need for and access to bereavement support after loss of a husband to urologic cancer : a nationwide follow-up of Swedish widows. *Scand J Urol Nephrol* 2005 ; 39 : 271-276.
- 15) von Gunten CF. Secondary and tertiary palliative care in US hospitals. *JAMA* 2002 ; 287 : 875-881.
- 16) 「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班：がん医療における望ましい終末期医療のあり方に関するアンケート 調査結果報告書. 2005.
- 17) 「QOL 向上のための各種患者支援プログラムの開発」研究班：質の高い緩和ケアを日本全国に普及させるために取り組むべき課題のリスト. 2005
- 18) Alter DA, Iron K, Austin PC, et al. Socioeconomic status, service patterns, and perceptions of care among survivors of acute myocardial infarction in Canada. *JAMA* 2004 ; 291 : 1100-1107.
- 19) Matsuda Y, Takamiya Y, Morita T. What is palliative care performed in certified palliative care units in Japan? *J Pain Symptom Manage* 2006 ; 31 : 380-382.
- 20) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院の整備について. 2006
- 21) 厚生労働省. がん対策基本法案に対する附帯決議. 2006.
- 22) Chapman JL, Zechel A, Carter YH, et al. Systematic review of recent innovations in service provision to improve access to primary care. *Br J Gen Pract* 2004 ; 54 : 374-381.
- 23) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : a population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007 ; 18 : 1539-1547.

在宅療養への移行に関する意思決定と 在宅で死亡した遺族の希望する死亡場所

宮下 光令* 平井 啓** 崔 智恩***

サマリー

本調査では、①遺族が意思決定に対してどの程度納得できているかということの実態を把握すること、②在宅療養意思決定のプロセス、意思決定における信念や態度を明らかにすること、③在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望を明らかにすること、の3点を目的とした。在宅ケア施設によるケアを受けて在宅で患者を看取った遺族は、92%が在宅療養を選んだことに納得しており、83%が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。

在宅療養に関する意思決定では、多くが患者の意向に沿って十分に相談したのちに主体的に在宅療養を選択していた。在宅移行時には在宅療養に肯定的なイメージを持っていた人が多かったが、ある程度の割合で何らかの心配を抱えての移行であった家族もいた。在宅で死亡した遺族の自らの終末期の療養場所・死亡場所の希望では、予測される余命が1～2カ月くらいの場合では58%が自宅を希望しており、最期を迎える場所では自宅が68%であった。

目 的

終末期を迎えたがん患者とその家族は、多くの場合、在宅療養への移行を検討する機会をもつ。療養場所の選択は患者および家族の希望だけでなく、人的・経済的・物理的負担の増加などさまざまな要因が関連するため、患者と家族にとっては困難を伴うことがある。これまでに療養場所の決定に影響を及ぼす要因として、看取りの経験や、在宅療養への意向についてのコミュニケーション

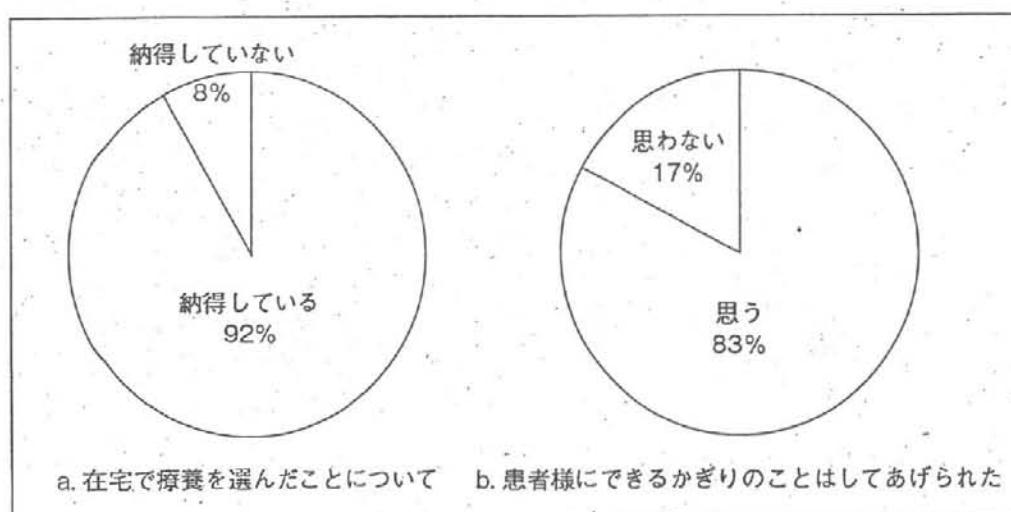
の有無¹⁾、患者のQOLや家族のケア能力、医療者との関係²⁾、保険加入の有無³⁾などが指摘されてきた。

患者の多くが在宅療養を希望すること、また在宅療養によって終末期における患者のQOLが高まることについては知見の一致が得られている^{3,4)}。しかし、在宅療養に対する家族の評価については満足感が高まるとする報告がある。その一方で^{4,5)}、負担感や孤立感が増大する³⁾とする指摘もあり、一貫した見解が得られていない。こうした家族の

*東北大学大学院 医学系研究科保健学専攻 緩和ケア看護学分野

**大阪大学コミュニケーションデザインセンター

*** National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency, Korea



図Ⅲ-22 在宅療養の意思決定に対する納得

評価の相違に対して、選択に至る意思決定の過程が大きな影響を及ぼすことが予想されるが、意思決定と選択に対する家族の評価との関連を検討した研究はほとんどなされていなかった。在宅療養に対する家族の評価は死別後の家族の感情だけでなく、将来の在宅療養の受療に対する意向にも影響することが予想されるため、家族にとって納得できる意思決定を支援する意思決定の在り方について検討することは有用であると考えられる。

そこで本調査では、①意思決定に対して遺族がどの程度納得できているかということの実態を把握すること、②在宅療養意思決定のプロセス、意思決定における信念や態度を明らかにすること、③在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望を明らかにすること、の3点を目的とした。

結果

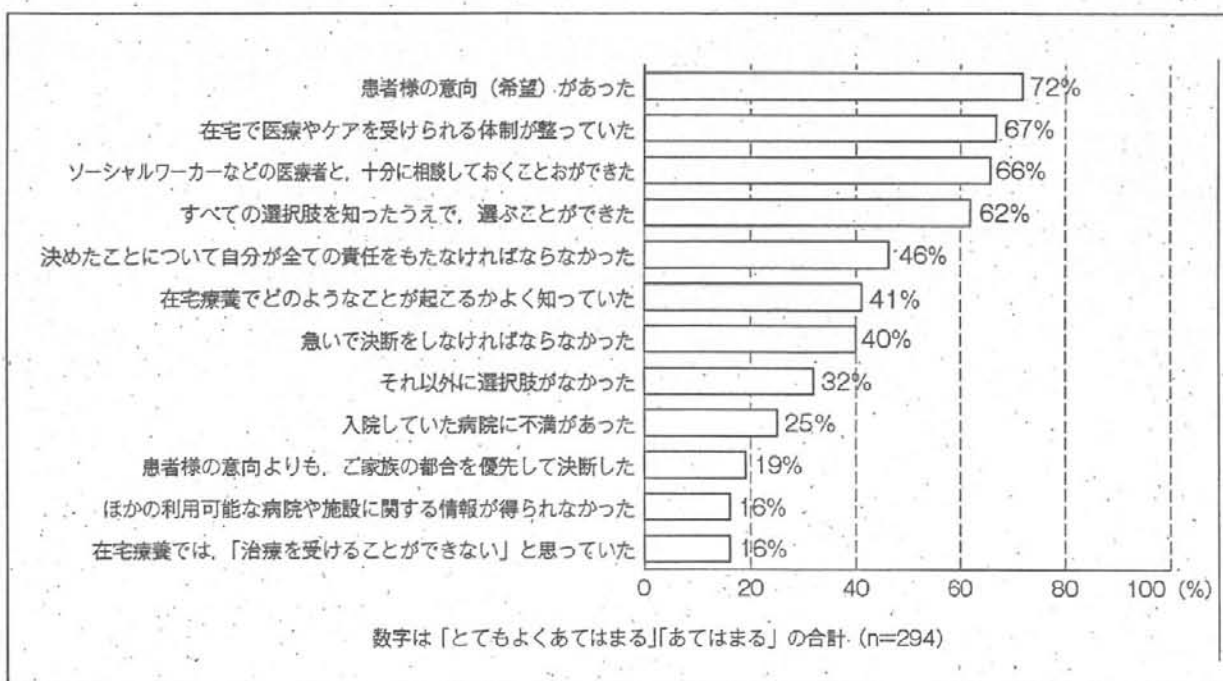
在宅療養の意思決定に対する納得について図Ⅲ-22に示す。92%が在宅療養を選んだことに納得しており、83%が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。

在宅療養に対する意思決定のプロセスについて図Ⅲ-23に示す。在宅療養に対しては72%が患者様の意向(希望)があったと回答しており、

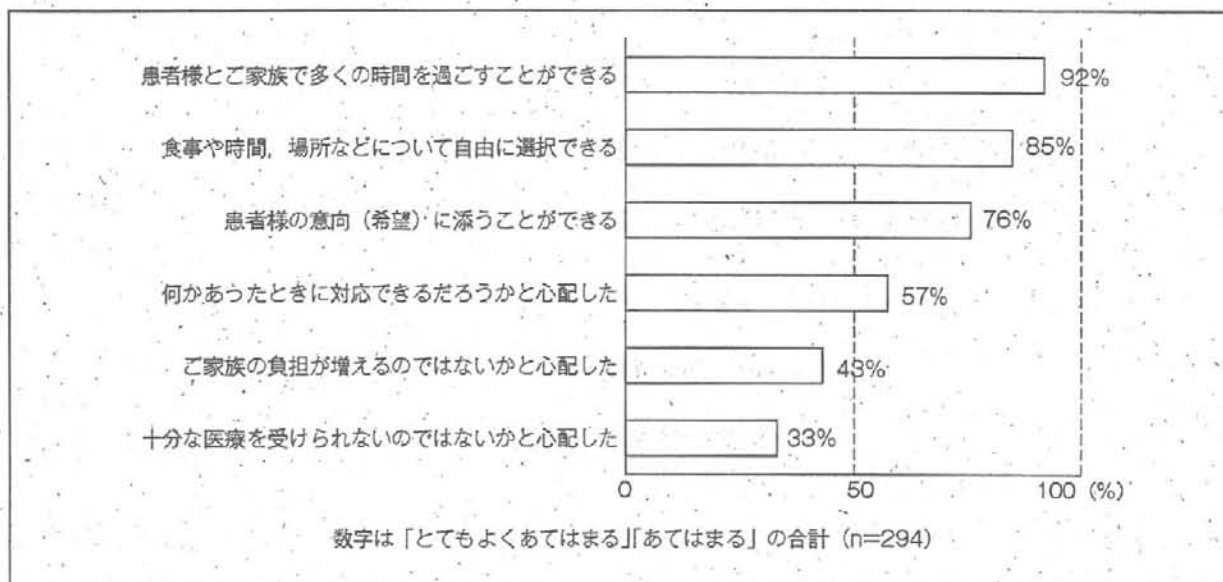
在宅で医療やケアを受けられる体制が整っていた(67%)、ソーシャルワーカーなどの医療者と、十分に相談しておくことができた(66%)、すべての選択肢を知ったうえで、選ぶことができた(62%)という回答が比較的多かった。それに反して、それ以外の選択肢がなかった(32%)、入院していた病院に不満があった(25%)、患者様の意向よりも、家族の都合を優先して決断した(19%)などの回答は少なかった。

在宅療養の意思決定に対する信念や態度について図Ⅲ-24に示す。在宅療養に関しては、患者様とご家族で多くの時間を過ごすことができる(92%)、食事や時間、場所について自由に選択できる(85%)、患者様の意向(希望)に沿うことができる(76%)などの肯定的な考えを持って在宅に移行する場合が多かった。在宅療養に対する心配では、何かあったときに対応できるだろうか心配した(57%)、ご家族の負担が増えるのではないかと心配した(43%)、十分な医療を受けられないのではないかと心配した(33%)と少なからずなんらかの心配を抱えていた。

在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望について図Ⅲ-25に示す。予測される余命が1~2カ月くらいの場合では58%が自宅を希望していたが、37%はホスピス・緩和ケア病棟



図Ⅲ-23 在宅療養に対する意思決定のプロセス

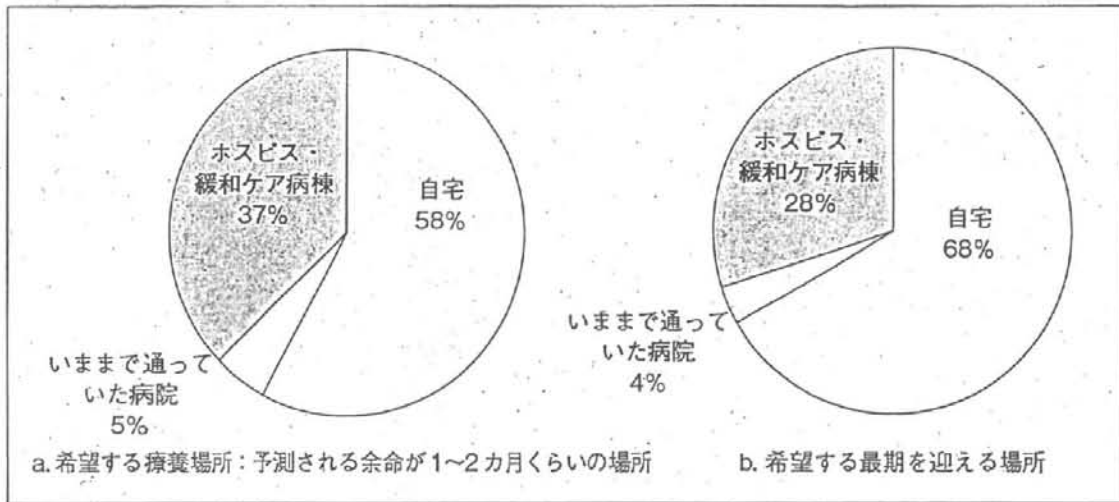


図Ⅲ-24 在宅療養の意思決定に対する信念や態度

を希望していた。最期を迎える場所では自宅が68%であったが、ホスピス・緩和ケア病棟を希望する方も28%いた。

考察

ほとんどのご遺族は患者が在宅療養を選択したことに納得しており、8割以上が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。これは、



図Ⅲ-25 在宅で死亡した遺族の自らの療養場所・死亡場所の希望

在宅で看取った遺族の満足度が非常に高いことから裏づけられると考えられる。

在宅療養に関する意思決定の特徴は、多くが患者の意向や希望に沿ったものであり、医療者と十分な相談をした後に、選択肢の中から主体的に決定したということであった。現状では、入院期間の短縮化や入院の制限などにより、やむをえず在宅療養を強いられている家族があるかと思われたが、それ以外に選択肢がなかった、入院していた病院に不満があったなどの回答は少なかった。これらは、今回の調査対象が在宅ホスピスといってもよいような緩和ケアに積極的な在宅ケア施設であったことも関連しているかもしれない。そのような在宅ケア施設では、事前に患者・家族と十分な話し合いがなされたのちに意思決定しており、その結果、高い満足度が得られているように思われる。

在宅療養の意思決定に対する信念や態度については、在宅療養に関して肯定的なイメージを持っていた家族がほとんどだった。しかし、ある程度の割合では不安も抱えていた。今回の対象は在宅療養できて、しかも在宅で看取りをできた方であるが、それでも不安を抱えていた方は少なかったという現状から、本来は在宅療養を希望しても、不安が大きく施設での療養を選択する方も少なくないのではないと思われる。今後は、患

者やご家族が不安なく在宅療養に移行できるような説明や医療システムの整備が必要と考えられる。

在宅で死亡した遺族の自らの終末期の療養場所・死亡場所の希望では、一般市民を対象とした先行研究とほぼ同じ結果で、若干、在宅という回答が多い結果だった⁶⁾。これは、緩和ケア病棟で家族を看取った患者の遺族は半数～3/4程度が自らも緩和ケア病棟での看取りを希望することとは対照的な結果であった⁶⁾。

今回の対象は、在宅で患者を看取ったことに納得しており、在宅ケアにも非常に満足度が高いものの、自らの問題となるとご家族への負担を考えて、必ずしも在宅を希望してはいないということが明らかになった。家族構成なども影響しているかもしれない。在宅における介護負担の問題の解決は容易ではないが、できるだけ家族の介護負担を軽減し、患者さんも家族に負担をかけているという気持ちにならなくてすむような体制をつくることが望まれる。

まとめ

在宅ケア施設によるケアを受けて在宅で患者を看取った遺族は、92%が在宅療養を選んだことに納得しており、83%が患者にできるかぎりのことをしてあげられたと回答した。在宅療養に関する

意思決定では、多くが患者の意向に沿って十分に相談したのちに主体的に在宅療養を選択していた。在宅移行時には在宅療養に肯定的なイメージを持っていた人が多かったが、ある程度の割合でなんらかの心配を抱えての移行であった家族もいた。在宅で死亡した遺族の自らの終末期の療養場所・死亡場所の希望では、予測される余命が1～2カ月くらいの場合では58%が自宅を希望しており、最期を迎える場所では自宅が68%で、一般市民を対象とした調査結果と大きな違いはなかった。

文 献

- 1) McCall K, Rice AM. What influences decisions around the place of care for terminally ill cancer patients? *Int J Palliat Nurs* 2005 ; 11 : 541-547.
- 2) Tang ST. When death is imminent : where terminally ill patients with cancer prefer to die and why. *Cancer Nurs* 2003 ; 26 : 245-251.
- 3) Peters L, Sellick K. Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care. *J Adv Nurs* 2006 ; 53 : 524-533.
- 4) Chvetzoff G, Perol D, Devaux Y, Lancry L, et al. Prospective study on the quality of care and quality of life in advanced cancer patients treated at home or in hospital : intermediate analysis of the Trapado study. *Bull Cancer* 2006 ; 93 : 213-221.
- 5) Hudson P. Positive aspects and challenges associated with caring for a dying relative at home. *Int J Palliat Nurs* 2004 ; 10 : 58-65.
- 6) Sanjo M, Miyashita M, Morita T, Hirai K, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts : A population-based survey in Japan. *Ann Oncol* 2007 ; 18 : 1539-1547.

専門委員会意見提出用紙

委員名：東口高志

課題	対応案
<p>基本的には委託アンケート総括報告書の問題点と対策に掲げられているものをいかに実践するか、あるいは実現できるようにするかが議題と思われる。その中で特に臨床の現場で実際に生じていること、その対策について記します。</p> <p>1. 緩和ケア研修会について：①がん拠点病院ですら十分な普及がなされていない。②研修を受けた医師が増えてもその効果が明確でない。③実際に実施する方は思いのほか苦労している。</p> <p>2. 緩和ケアチームについて：活動数は増加しても診療報酬申請が可能な施設が少ない。</p> <p>3. 在宅緩和ケアについて：終末から臨死にいたる経緯で在宅ケアから急性期医療施設への搬入・受け取り体制の整備不十分にて在宅医の育成につながらない</p>	<p>1. 緩和ケア研修会：①がん拠点病院でがん診療医を登録制とし、緩和ケア研修会受講を必須とする。②研修医教育施設では緩和ケア研修会受講を必須とする。③緩和ケア研修会受講をがん関連学会認定医・専門医に義務付ける。④医学教育の中に組み込む。</p> <p>2. 緩和ケアチーム：現在の診療報酬を二段階制として、①常勤精神科医の場合（現行 400 点）、②非常勤精神科医の場合（300 点）とする。</p> <p>3. 在宅緩和ケア：現在の診療報酬では不十分にて加算新設が必要。在宅緩和ケア対象症例を医療施設が終末期に受け入れた場合には、1000 点/日を最高 7 日間まで加算する； “在宅緩和ケア終末期受入連携加算”の新設。 *：但し。診療報酬改正が困難な場合にはがん拠点病院の設置基準に組み入れるなどの処置が必要。</p>

専門委員会意見提出用紙

委員名： 丸口ミサエ

課題	対応案
<p>緩和ケアに関する専門的知識をもった人材の確保</p> <p>2010.12.1 現在、緩和ケア認定看護師、がん性疼痛看護認定看護師を合わせて、10名以下の県が全国で11カ所ある。数十名もいるのは、北海道、千葉、埼玉、東京、神奈川、愛知、京都、大阪、兵庫、広島、福岡だけである。このように、認定看護師の恩恵を受けられるのは、大都市のみであり、それ以外のところでは、人材を確保することが困難である。</p> <p>また、がん看護の指導者研修等3ヶ月もの長期に渡って研修に出せる施設も限られている。</p> <p>このような状況であり、急速に人材を確保することは、困難である。ただでさえ、看護師の確保困難の時代である。</p> <p>専門看護師、認定看護師のフォローアップ、教育</p>	<p>1. 現在の人材を有効に活用することを検討する必要がある。</p> <p>都道府県の拠点病院を中心にして、行政期間のソーシャルワーカー等の福祉職、事務職などとのチーム作りを行い、対応することが望まれると思う。</p> <p>2. 都道府県の拠点病院と地域連携拠点病院、地域医療に携わっている人達とのネットワークによるケアの提供。</p> <p>まだまだ、がん対策基本法のお陰を受けているのは、都市だけであり、町、村になるとほとんど何も恩恵はない。その地域まで影響を及ぼすことができるのは、大病院である、拠点病院からの定期的な派遣等によるケアの提供だと考える。緩和ケアチーム全員を派遣できなくても看護師の派遣により、コンサルテーションを受けることも可能ではないか。</p> <p>国立がん研究センターが中心となり、都道府県拠点病院とネットワークを組み、教育していく体制を作る必要がある。</p>

課題	対応
<p>緩和ケア病棟でのケアと緩和医療（緩和ケアチーム）との違いを明確にする</p> <p>緩和ケア病棟は、あくまでも、がんの終末期の患者さんのケアの場であると考え。緩和ケアチームは、一般病院における苦痛緩和のためのチームであり、緩和医療の提供を行うチームだと考える。そのために、緩和ケア病棟に、症状緩和の人も受け入れるとか・・・混乱を来すことになっているのではないか。</p> <p>国民全体の死生観の持ち方</p>	<p>治療によりおこる苦痛、早期のがんによる苦痛であれば、一般病棟での医療の提供で良いと考える。緩和ケア病棟に行く緩和ケアは、病状の進行に伴っておこる苦痛に対する全人的なケアを提供する場所と明確にした方が良いと考える。</p> <p>適切ながんの治療を行うことができるよう医師の教育をするとともに、国民全体(医療者も含む)に死生観の教育の場を持つてるようにすることも大事だと考える。</p>

終末期医療のあり方に関する懇談会報告書

平成22年12月

終末期医療のあり方に関する懇談会

目 次

I	はじめに	1
II	これまでの経緯	2
III	終末期医療に関する調査の概要	3
IV	終末期医療に関する調査結果	
	1) 調査結果の概要	6
	2) 各調査項目の結果	8
	① 終末期医療に対する関心	
	② 病名や病気の見通しについての説明	
	③ 治療方針の決定	
	④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方	
	⑤ 遷延性意識障害の患者に対する医療のあり方	
	⑥ 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方	
	⑦ リビング・ウィルと患者の意思の確認方法	
	⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問	
	⑨ 終末期における療養の場所	
	⑩ がん疼痛治療法とその説明	
	⑪ 終末期医療体制の充実	
V	終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ	23
	1) 終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて	
	2) 終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差	
	3) 終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及	
	4) 緩和ケアについて	
	5) 家族ケア・グリーフケア	
	6) 次回調査・議論への提言	
VI	終末期医療のあり方に関する懇談会等の審議経過	26
VII	終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿	27

I はじめに

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

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

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

Ⅱ これまでの経緯

1) 末期医療に関するケアの在り方の検討会（昭和62年～）

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

2) 末期医療に関する国民の意識調査等検討会（平成5年～）

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

3) 末期医療に関する意識調査等検討会（平成9年～）

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

4) 終末期医療に関する調査等検討会（平成14年～）

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

5) 終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会（平成19年～）

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

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

Ⅲ 終末期医療に関する調査の概要

1) 調査目的

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

2) 調査対象及び客体

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

3) 調査時期

- 平成20年3月

4) 調査項目

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

5) 調査の方法

- 郵送法

6) 結果の集計及び集計客体

- 調査対象者数、回収数は表1のとおりであり、回収率は46.0%であった。

表1 「終末期医療に関する調査」回収結果

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

注) ()内は前回調査結果

7) クロス集計

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

【年代別のクロス集計】

20-39歳、40-59歳、60歳以上の3階級でクロス集計を行った。

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

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

【延命医療について家族との話し合いの有無別のクロス集計】

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

(参考) 話し有無の人数 (各調査対象の右列は様を計100としたときの構成比 (単位%))

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

IV 終末期医療に関する調査結果

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

1) 調査結果の概要

- 終末期医療に対する関心は高い（80～96%）が、延命治療について家族で話し合ったことがある者は半数程度（48～68%）であり、十分に話し合ったことがある者は少ない（3～7%）。
- 延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、延命医療に対して消極的な傾向がみられる。
- 病態ごとに異なるものの、治る見込みがないと診断された場合、延命医療に対して消極的である。一方、自分自身の延命医療に比べて、自分の家族には延命医療を望む傾向がある。
- 死期が迫っている場合、延命医療を中止して自然に死期を迎えさせるような医療・ケアを望む者が前回より増加しており、苦痛を和らげることに重点を置く医療・ケアを望む者が半数以上を占める（52～71%）。
- リビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の考え方に賛成する者の割合は前回よりも増加している。また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、リビング・ウィルに賛成する者の割合が多い。
- リビング・ウィルの法制化について、一般国民は法制化に否定的な意見が6割を超える一方、医師と看護職員は意見が二分している。
- 延命医療に関して、51～67%の者が医師と患者の間で十分な話し合いが行われていないと考えている。
- 終末期医療に対して、悩みや疑問を感じたことがある医療福祉従事者は80%を超える。
- 医療福祉従事者の間で、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準については、「詳細な基準を作るべき」という意見と「一律な基準ではなく医療・ケアチームが十分に検討して方針を決定すればよい」という意見で二分している。

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

¹WHOが公表しているがん性疼痛緩和のガイドライン

2) 各調査項目の結果

① 終末期医療に対する関心

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「非常に関心がある」、「少し関心がある」と回答した者の割合が多かった。

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

- （終末期に関して「非常に関心がある」、「まあ関心がある」と回答した者を対象）

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が多かった。年代別では60歳以上の者が「よく知っている」、「詳しくはないが、少し知っている」と回答した者の割合が多かった。（P6-7）

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

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

- （自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通しについて知りたいと回答した者を対象）

一般国民及び医療福祉従事者ともに、自分が治る見込みがない病気になった場合、病名や病気の見通し（治療期間、余命）に関する説明は、担当医師から

「直接受けたい」と回答した者の割合が最も多かった（般94%、医99%、看98%、介護97%）。（P10-11）

② 病名や病気の見通しについての説明

- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が治る見込みがない病気に罹患した場合、病名や病気の見通し（治療期間、余命）を誰に説明するかという問いに対して、「患者本人に説明する」、「患者本人の状況を見て患者に説明するかどうか判断する」と回答した者の割合は、前回調査に比べて、医師では増加し、看護・介護職員では減少していた（医：今回65%、前回47%、看：今回37%、前回76%、介：今回19%、前回30%）²。（P12）
- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が治る見込みがない病気に罹患した場合、患者（入所者）や家族に納得のいく説明ができていくかという問いに対して、「できている」、「ある程度できている」と回答した者の割合が多かったが、「できている」と回答した者の割合は前回・前々回よりも減少していた（医：今回85%、前回87%、前々回88%、看：今回53%、前回62%、前々回65%、介：今回53%、前回77%）。（P13）

③ 治療方針の決定

- 医療福祉従事者のうち、担当している患者（入所者）が治る見込みがない病気に罹患した場合、治療方針の決定に当たって、誰の意見を聞くかという問いに対して、「患者（入所者）本人の意見を聞く」と回答した者の割合（医19%、看16%、介8%）よりも、「患者（入所者）本人の状況を見て誰にするかを判断する」と回答した者の割合（医59%、看61%、介49%）が多かった。
また、前回調査に比べて、医師では「患者（入所者）本人の意見を聞く」と回答した者が増加し（今回19%、前回14%）、「家族の意見を聞く」と回答した者が減少したが（今回22%、前回28%）、看護・介護職員では「家族の意見を聞く」と回答した者が増加した（看：今回20%、前回11%、介：今回42%、前回36%）。（P14）

④ 死期が迫っている患者に対する医療のあり方

【自分自身に死期が迫っている場合】

- 自分が突然重い病気や不慮の事故などで、適切な医療の継続にもかかわらず治る見込みがなく死が間近に迫っている（数日程度あるいはそれより短い期間）と告げられた場合、心肺蘇生措置³を望むかという問いに対して、心肺蘇生措置に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった。（般74%、医93%、看94%、介86%）。

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

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも心肺蘇生措置に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 15-16)

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。(P 17-18)

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

具体的にどのような治療の中止を望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった(般43%、医51%、看53%、介42%)。

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

また「点滴の水分補給など、一切の治療を中止」と回答した者の割合は、一般国民よりも医療福祉従事者の方が少なかった(般18%、医15%、看14%、介10%)。(P 19-20)

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

具体的にどのような医療・ケア方法を望むかという問いに対して、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」と回答した者の割合が、前回に比べて減少しているものの、最も多かった(般:今回52%、前回59%、医:今回71%、前回84%、看:今回71%、前回83%、介:今回61%、前回75%)。

また、前回と比べると「延命医療を中止して、自然に死期を迎えさせるような方法」と回答した者の割合が増え(般:今回28%、前回25%、医:今回18%、前回13%、看:今回17%、前回14%、介:今回29%、前回21%)、「医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」と回答した者は減少している(般:今回5%、前回14%、医:今回1%、前回3%、看:今回0.3%、前回2%、介:今回0.4%、前回3%)。(P 21-22)

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

【自分の家族に死期が迫っている場合】

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている（6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、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般52%、医78%、看77%、介60%）。
また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P24-25）
- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）
具体的にどのような治療の中止を望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（般47%、医55%、看60%、介47%）。（P26-27）
- （「どちらかという延命医療は望まない」、「延命医療は望まない」と回答した者を対象）
具体的にはどのような医療・ケア方法を望むかという問いに対して、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」と回答した者の割合が最も多かった（般54%、医72%、看74%、介65%）。（P28-29）

【自分の患者（入所者）に死期が迫っている場合】

- 自分の患者（入所者）が治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、延命医療の中止についてどのように考えるかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかという望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（医77%、看65%、介50%）。（P30）
- （「どちらかという延命医療は中止したほうがよい」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）
具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった（医65%、看66%、介55%）。（P31）
- （「どちらかという延命医療は中止したほうがよい」、「延命医療は中止するべきである」と回答した医療福祉従事者を対象）
具体的にどのような医療・ケア方法が考えられるかという問いに対して、「痛みを始めとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」と回答した者の割合が最も多かった（医74%、看72%、介55%）。（P32）

⑤ 遷延性意識障害⁵の患者に対する医療のあり方

【自分自身が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P33-34）

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

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。（P35-36）

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

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸器等、生命維持のための特別な治療までを中止」と回答した者の割合が多かった（般40%、医42%、看47%、介43%）。（P37-38）

【自分の家族が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

- 自分の家族が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般59%、医80%、看79%、介65%）。一方で「延命医療を望む」と回答した者も一定数見られた（般17%、医8%、看8%、介18%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P39-40）

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

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

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

医師は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合が少なかったが、一般国民及び看護・介護職員は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。(P41-42)

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

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

【自分の患者(入所者)が遷延性意識障害で治る見込みがないと診断された場合】

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

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

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

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

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

⑥ 脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した患者に対する医療のあり方

【自分自身が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、

さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般84%、医91%、看94%、介89%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P51-52）

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

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態となり、そこから回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。（P53-54）

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

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

また、年代別では、年代が上がるにつれて、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が増加する傾向がみられた。（P55-56）

【自分の家族が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分の家族が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を望むかという問いに対して、延命医療に消極的な回答（「どちらかというとな望まない」、「望まない」）をした者の割合が多かった（般65%、医86%、看87%、介71%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも、延命医療に消極的な回答をした者の割合が多かった。（P57-58）

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

具体的にどのような時期に治療を中止することを望むかという問いに対して、医

師は、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」(医48%)より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」(医51%)と回答した者の割合が多かったが、一般国民及び看護・介護職員は、「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」(般47%、看42%、介40%)より「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」(般49%、看57%、介56%)と回答した者の割合が多かった。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」と回答した者の割合が多かった。(P59-60)

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

具体的にどのような治療を中止することを望むかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった(般45%、医48%、看53%、介46%)。(P61-62)

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

- 医療福祉従事者のうち、自分の患者(入所者)が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みがなく、全身の状態が極めて悪化した場合、延命医療を中止するかという問いに対して、延命医療に消極的な回答(「どちらかというとな中止するべきである」、「中止するべきである」)をした者の割合が多かった(医80%、看67%、介50%)。(P63-64)

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

具体的にどのような時期に治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「生命の助かる見込みがなく、死期が迫っていると診断されたとき」(医56%、看65%、介64%)より「意識不明の状態から回復しないと診断されたとき」(医43%、看33%、介32%)と回答した者の割合が多かった。(P65-66)

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

具体的にどのような治療を中止することが考えられるかという問いに対して、「人工呼吸等、生命の維持のために特別に用いられる治療まで中止」と回答した者の割合が最も多かった(医53%、看57%、介48%)。(P67-68)

⑦ リビング・ウィル⁶と患者の意思の確認方法

- リビング・ウィルに関して、「賛成する」と回答した者の割合が多く、前回、前々回に比べて増加した（般：今回62%、前回59%、前々回48%、医：今回80%、前回75%、前々回70%、看：今回83%、前回75%、前々回68%、介：今回82%、前回76%）。

一方、前回、前々回に比べて、「患者の意思の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない」と回答した者の割合は減少した（般：今回22%、前回25%、前々回35%、医：今回13%、前回13%、前々回18%、看：今回9%、前回14%、前々回19%、介：今回7%、前回11%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「賛成する」と回答した者の割合が多かった。（P69-70）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）

リビング・ウィルについて、どのように扱われるのが適切かという問いに対して、一般国民と介護職員では「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」と回答した者の割合が最も多かった（般62%、介58%）。

また、医師・看護職員は、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」（医54%、看44%）と「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」（医45%、看53%）とで回答が二分した。前回に比べて、医師で「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」と回答した者の割合が増加した。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」と回答した者の割合が多かった。（P71-72）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「賛成する」と回答した者の割合が多かった。（P73-74）

- （リビング・ウィルについて「賛成する」と回答した者を対象）

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

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

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

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「尊重する」「尊重せざるを得ない」と回答した者の割合が多かった。（P77-78）

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「何度でも容易に書き直すことが可能なことは知っている」と回答した者の割合が多かった。（P79-80）

- 事前に本人の意思が確認できなかった患者（入所者）の場合、書面ではなく代理人による意思表示という考え方についてどう思うかという問いに対して、「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かったが（般58%、医72%、看65%、介61%）、「その時の状況による」という回答した者も一定数みられた（般29%、医20%、看28%、介31%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「それでよいと思う」、「そうせざるを得ないと思う」と回答した者の割合が多かった。（P81-82）

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

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「事前に任せておくことは可能」と回答した者の割合が多かった。（P83）

- 一般国民のうち、自分が終末期に明確な意思表示が示せない場合、治療方針の決定は誰に従ってほしいかという問いに対して、「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が最も多かった（般77%）。また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「配偶者など最も身近な人の意見に従ってほしい」と回答した者の割合が多かった。

医療福祉従事者のうち、担当する患者（入所者）本人の明確な意思表示がわからない場合の終末期における治療方針の決定について、「配偶者など最も身近な人の意見に従うべき」と回答した者の割合が最も多かった（医67%、看80%、介76%）。（P84-85）

⑧ 終末期医療に対する悩み、疑問

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、悩みや疑問を感じた経験があるかどうかという問いに対して、「頻繁に感じる」、「たまに感じる」と回答した者の割合は、全ての医療福祉従事者において80%を超えた。（P86）

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

終末期医療に関する悩みや疑問の内容について、医師は「在宅医療の体制が十分でないこと」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」、看護・介護職員は「痛みをはじめとした症状を緩和すること」、「病院内の設備や終末期医療の施設が乏しいこと」と回答した者の割合が多かった。（P87-88）

⑨ 終末期における療養の場所

<死期が迫っている患者>

【自分自身に死期が迫っている場合】

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

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

また、年代別では、年代が上がるにつれて「なるべく早く今まで通った医療機関に入院したい」、「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。（P89-90）

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

という問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった(般66%、医56%、看43%、介55%)。一方で、「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医26%、看37%、介19%)。(P91)

- (自宅以最期まで療養することは「実現困難である」と回答した者を対象)
自宅以最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」と回答した者の割合が多かった。(P92-93)

【自分の家族または自分の患者(入所者)に死期が迫っている場合】

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

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

また、年代別では、年代が上がるにつれて、なるべく早く医療機関等に入院させたい(を薦める)と回答した者の割合が増加する傾向が見られた。(P94-95)

- 自分の家族が治る見込みがなく死期が迫っている(6ヶ月程度あるいはそれより短い期間を想定)と告げられた場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった(般59%)。「実現可能である」と回答した者の割合は9%であった。

自分の担当する患者(入所者)が治る見込みがなく死期が迫っている場合、自宅で最期まで療養することは実現可能かという問いに対して、「実現困難である」と回答した者の割合が最も多かった(医56%、看43%、介55%)。「実現可能である」と回答した者の割合は医26%、看37%、介19%であった。

また、年代別では、年代が上がるにつれて「実現可能である」と回答した者の割合が減少する傾向が見られた。(P96-97)

- (自宅以最期まで療養することは「実現困難である」と回答した者を対象)
自宅以最期まで療養することが困難な理由として、「介護してくれる家族に負担がかかる」、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族も不安である」と回答した者の割合が多かった。(P98-99)

＜脳血管障害や認知症によって全身状態が悪化した患者＞

【自分自身が脳血管障害や認知症等によって全身状態が悪化した場合】

- 自分が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合の療養の場所について、一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多く、前回より増加し（般：今回44%、前回38%）、「老人ホーム」と回答した者は前回よりも減少した（般：今回15%、前回25%）。医療福祉従事者は「自宅」と回答した者の割合が最も多かった（医41%、看38%、介40%）。（P100-102）
- 自宅で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えたい」、「最期まで好きなように過ごしたい」、「家族との時間を多くしたい」と回答した者の割合が多かった。（P103）
- 自宅以外で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「家族の介護などの負担が大きいから」、「緊急時に迷惑をかけるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。（P104-106）

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

- 自分の家族や担当する患者（入所者）が高齢となり、脳血管障害や認知症等によって日常生活が困難となり、さらに、治る見込みのない状態になった場合の療養の場所について、一般国民は「病院」と回答した者の割合が最も多かった（般43%）。医師は「介護療養型医療施設」（医35%）、看護職員は「自宅」（37%）、介護職員は「介護老人福祉施設」（34%）と回答した者の割合が最も多かった。
また、一般国民において、年代が上がるにつれて、「病院」と回答する者の割合が増加する傾向が見られた。（P107-109）
- 自宅で最期まで療養させたいと回答した者は、その理由として「住み慣れた場所で最期を迎えさせたい」、「最期まで自分の好きなように過ごさせたい」、「家族との時間を多くしたい」、「家族に看取られて最期を迎えさせたい」と回答した者の割合が多かった。（P110）
- 自宅以外で最期まで療養したいと回答した者は、その理由として「自宅では家族の介護などの負担が大きいから」、「自宅では、緊急時に家族が大変になるかもしれないから」と回答した者の割合が多かった。また、一般国民は「自宅では最期に痛み等に苦しむかもしれないから」と回答した者も多かった。（P111-112）

⑩ がん疼痛治療法とその説明

- 医療福祉従事者のうち、世界保健機関（WHO）が作成した「WHO方式癌

疼痛治療法」を知っているかという問いに対して、「内容をある程度知っている」、「内容をよく知っている」と回答した者は、医47%、看26%、介5%であった。「知らない」と回答した者は医28%、看42%、介74%であった。

また、医師及び看護職員で「内容をよく知っている」と回答した者の割合は、前回、前々回に比べると微増している傾向が見られた。(P113)

- 医療福祉従事者のうち、モルヒネの使用にあたって、有効性と副作用について、患者（入所者）にわかりやすく具体的に説明することができるかという問いに対して、「説明することができる」と回答した者の割合が減少した（医：今回36%、前回42%、前々回45%、看：今回15%、前回20%、前々回25%、介：今回0.7%、前回2%）。

一方で、「説明できない」と回答した者の割合が増加する傾向が見られた（医：今回12%、前回6.2%、前々回5.6%、看：今回19%、前回14%、前々回11%、介：今回68%、前回59%）。(P114)

⑪ 終末期医療体制の充実

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療の普及に関し、終末期医療の普及のために充実していくべき点は何かという問いに対して、「在宅終末期医療が行える体制づくり」、「患者・入所者、家族への相談体制の充実」と回答した者の割合が多かった。(P115-116)

- 自分自身の延命医療を続けるべきか中止するべきかという問題について、「家族で話し合ったことがある」（般48%、医58%、看68%、介50%）と「全く話し合ったことがない」（般51%、医41%、看31%、介50%）で回答が二分した。(P117-118)

- 延命医療の継続に関する医師と患者（入所者）間の話し合いについて、一般国民及び医療福祉従事者ともに「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（般51%、医67%、看61%、介57%）。

延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「十分に行われていると思う」と回答した者の割合が多かった。(P119-120)

- 医療福祉従事者のうち、自分の施設で、終末期医療における治療方針について、医師や看護・介護職員等の職員間で十分な話し合いが行われているかという問いに対して、「行われているが不十分であると思う」、「行われているとは思わない」と回答した者の割合が多かった（医59%、看54%、介50%）。(P121)

- 医療福祉従事者のうち、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関

する一律な判断基準について、「詳細な基準を作るべきである」と回答した者の割合（医39%、看38%、介35%）よりも、「一律な基準を作らなくても医療・ケアチームでの十分に検討して方針を決定すればよい」と回答した者の割合（医44%、看38%、介41%）の方がやや多かった。（P122）

- 「詳細な基準を作るべきである」と回答した者は、終末期状態の定義や延命医療の不開始、中止等に関する一律な判断基準の作成の可否について、「現時点では難しいが、検討を進めていくべきである」と回答した者の割合が最も多かった（医66%、看71%、介69%）であった。（P123）

- 医療福祉従事者のうち、終末期医療に関して、治療方針の意見の相違が起こったことがあるかという問いに対して、意見の相違が起こったことがあると回答した者の割合は、医師・介護職員は医34%、介31%であったが、看護職員は48%であり、前回に比べると、やや減少している傾向が見られた。（P124）

また、意見の相違があった場合の調整方法については、「本人または家族との意見にもとづく」と回答した者が最も多かった。（P125）

- 医療福祉従事者は、終末期医療における重点課題について、「痛みなどの緩和方法の徹底と普及」、「治療方針等に関する患者・入所者等との十分な話し合い」、「終末期医療におけるチーム医療の充実」と回答した者が多かった。（P126）

- 医療に対してどのようなことを望むかという問いに対して、「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が最も多かった（般67%、医79%、看87%、介86%）。

また、延命医療について家族と話し合いをしている者の方が、話し合いをしていない者よりも「病気を持ちながらも自分の生活を優先させることができるよう生活を支えてくれる医療を受けたい」と回答した者の割合が多かった。（P127-128）

V 終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見のまとめ

1) 終末期のあり方を決定する際のプロセスの充実とリビング・ウィルについて

- リビング・ウィルの法制化については、「法制化するべきである」という意見がある一方、調査結果においても一般国民の約6割が否定的であったように、「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上、その希望を尊重して治療方針を決定する」という意見が多かった。⁷
- 一方で、患者の意思を尊重した終末期を実現する一つの方法として、リビング・ウィルの考え方を支持する者も増えている。リビング・ウィルを作成する際も、意思決定に至る過程において患者・家族に十分な情報を提供し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- すでに、「終末期医療のガイドライン」(平成19年8月日本医師会)、「救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)」(平成19年11月日本救急医学会)、「終末期医療に関するガイドライン」(平成21年5月全日本病院協会)が策定されるなど、終末期医療の決定プロセスについて現場への普及活動もみられるが、今後、さらに患者・患者家族に対する相談体制の整備と活用、多職種の医療福祉従事者・患者・患者家族が話し合える機会の確保、医療福祉従事者への教育の充実等が必要である。
- また、患者が意思を表示できない、あるいは判断できなくなった状況に陥った時点で、患者の意思を推定し、終末期のあり方を総合的な観点から判断できるよう、患者に近い者を代弁者として事前に選定しておくべきであるという意見があった。
- 終末期のあり方については、健康な時から家族・近親者で話し合うことが重要であり、そのためには、国民の終末期医療に対する関心を高めていく取り組みも必要であるという意見があった。

2) 終末期医療に関する患者・家族と医療福祉従事者間の情報格差

- 終末期医療のあり方を決定するプロセスにおいて最も重要な原則は、平成19年5月に策定された「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」にも記載されているとおり、「医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めること」である。
- 「適切な情報」とは患者の病状や可能な治療法だけではなく、療養場所やこれからの過ごし方の選択肢といった「支える」医療・ケアについての情報も含む。
- しかしながら、現状では、例えば患者や患者家族がどのような医療・ケアを

⁷ 調査結果では、一般国民と介護職員では「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」と回答した者の割合が最も多かった(般62%、介58%)。また、医師・看護職員は、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」(医54%、看44%)と「法律を制定しなくても、医師が家族と相談の上その希望を尊重して治療方針を決定する」(医45%、看53%)とで回答が二分した。

受けることが可能なのか、終末期についてどのようなことを事前に家族や医療福祉従事者と話し合っておく必要があるのかなど、十分な情報提供や説明がないまま、患者や患者家族は判断を迫られる状況におかれているとも考えられる。「自宅で最期まで療養できると考えるか」という問いに対しても「実現可能である」と回答した者が、一般国民は6.2%であるのに対して、医療福祉従事者が上回っているのも（医26%、看37%、介19%）、こうした情報量の格差を反映している可能性がある。

3) 終末期医療体制の整備と医療福祉従事者に対する知識の普及

- 医療福祉従事者が十分な情報提供や説明を行うためには、その前提として、終末期医療体制を整備し、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- 終末期医療体制の整備に関しては、例えば、調査結果⁸からみられるように「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」などを求める者が多い。これからは、患者・患者家族を支えるという視点から、患者が充実した終末期を過ごせるよう選択肢を広げていくことが必要である。
また、在宅終末期医療に関しては、調査結果においても、死期が迫っている場合、一般国民の約6割が自宅で療養することを望んでおり、最期まで自分の慣れ親しんだ環境で過ごせるよう支援していくことが望まれるという意見があった。
- 医療福祉従事者に対する知識の普及に関しては、特に在宅で療養する場合、終末期医療は患者や患者家族の日常生活とも密接に関連することから、医療福祉従事者が情報提供する際には、患者がなるべく充実した生活を送ることができるよう、そして患者家族には過大な負担がかからぬよう、生活の視点に立った情報を備えた上で、提供することが必要である。

4) 緩和ケアについて

- 緩和ケアとはWHO（世界保健機関）によれば「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、痛みやその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである。」⁹とされている。従って、緩和ケアは医療・介護・福祉すべてを含み、その対象者は、がん患者のみではなく、生命を脅かす疾患に直面している患者とその家族である。
- 緩和ケアを進める際の課題の一つは、多くの患者が「緩和ケア＝死を迎えること」と考えていることである。こうしたイメージを払拭していくためには、

⁸ 調査結果では、終末期医療の普及のために充実していくべき点として、医療福祉従事者は「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。

⁹ 日本ホスピス緩和ケア協会ホームページ(<http://www.hpcj.org/what/definition.html>)より抜粋。

患者を初めから最期まで支え続けるという姿勢で、治癒を目的とした治療の初期から緩和ケアを提供し、治療と緩和ケアを同時に並行して行っていく「パラレルケア」を浸透させることが必要である。

- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい緩和ケアの知識の普及が重要である。

5) 家族ケア・グリーフケア

- 患者の終末期のあり方は、家族や近親者の生活、あるいは死別後の人生に影響を及ぼすこともあり、患者をそばで支える家族や近親者に対するケア、死別後の遺族に対するグリーフケアについては今後さらに議論を深めていくべきである。特に、病気の子供を持つ両親は若いことが多く、子供が発症した直後から家族に対する支援が必要である。

6) 次回調査・議論への提言

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

VI 終末期医療のあり方に関する懇談会等の審議経過

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

Ⅶ 終末期医療のあり方に関する懇談会 委員及び参考人名簿

一 懇談会委員名簿 (50音順、敬称略、◎=座長)

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

一 懇談会参考人名簿 (50音順、敬称略)

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

転移のある肺がんに対する
“早期からの緩和ケア”の有効性

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

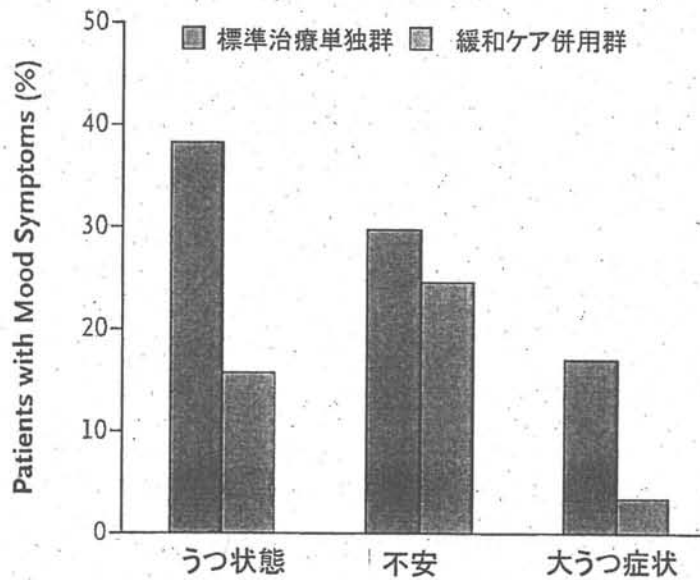
ORIGINAL ARTICLE

Early Palliative Care for Patients with
Metastatic Non-Small-Cell Lung Cancer

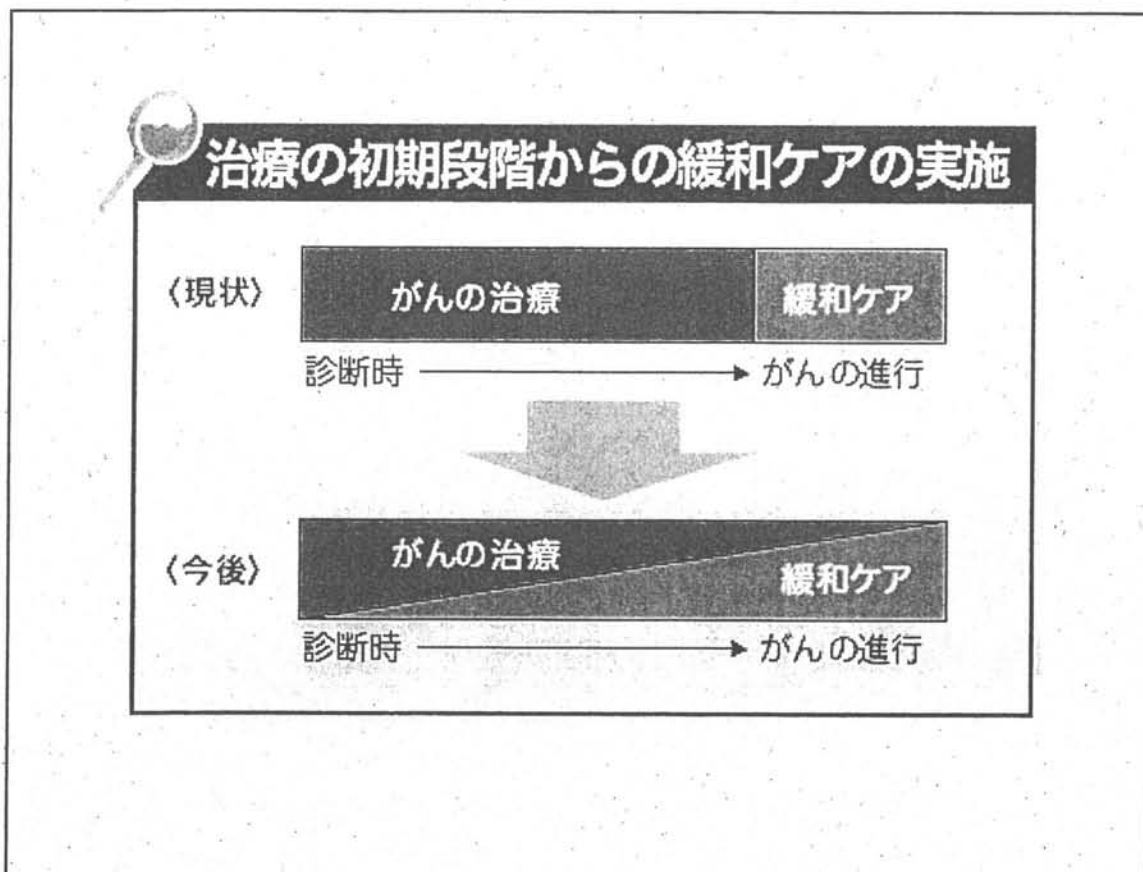
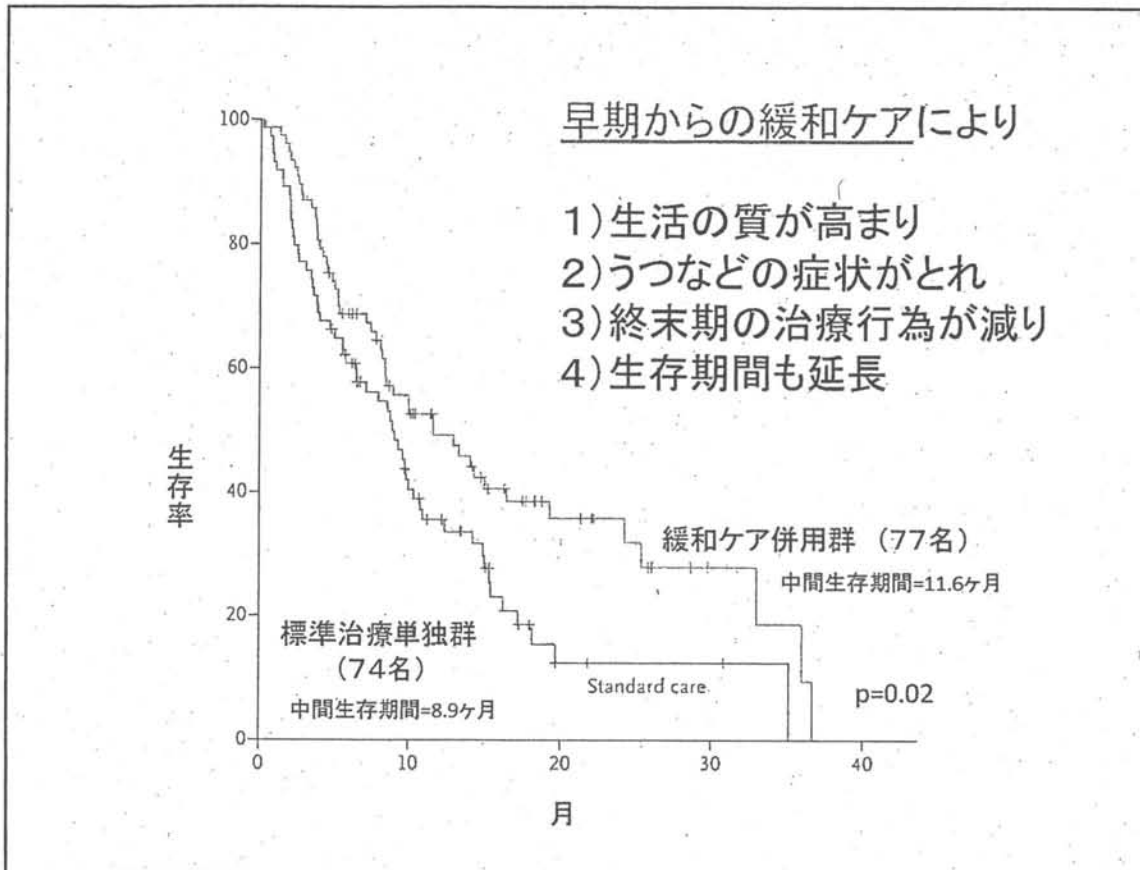
Jennifer S. Temel, M.D., Joseph A. Greer, Ph.D., Alona Muzikansky, M.A.,
Emily R. Gallagher, R.N., Sonal Admane, M.B., B.S., M.P.H.,
Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Constance M. Dahlin, A.P.N.,
Craig D. Blinderman, M.D., Juliet Jacobsen, M.D., William F. Pirl, M.D., M.P.H.,
J. Andrew Billings, M.D., and Thomas J. Lynch, M.D.

N Engl J Med. 2010 Aug 19; 363(8):733-42

標準治療単独群: 通常の抗がん剤単独
緩和ケア併用群: 治療と同時に緩和ケア併用



不安、うつ状態、大うつ症状が、緩和ケアの併用で減少
緩和ケア併用群では、死亡直前の治療が有意に減少



論文の骨子

米Massachusetts General HospitalのJennifer S. Temel氏らの研究グループは、標準的な抗がん治療に早期からの緩和ケアを加えることによって、遠隔転移のある非小細胞肺癌患者のQOLやうつ症状が改善されるだけでなく、生存期間も2カ月以上延長することを無作為化試験で確認し、その結果を、New England Journal of Medicine誌8月19日号で発表した。

同研究グループは、転移のある非小細胞肺癌の患者151人を、標準治療のみを行う群(標準治療単独群)と標準治療と早期からの緩和ケアを併用して行う群(早期緩和ケア併用群)に無作為に割り付けた。エントリーされた患者の数は、それぞれ、74人と77人であった。早期緩和ケア併用群の患者は、登録後3週間以内に緩和ケアチームのメンバーに面談を受け、さらに外来で月に1回以上、症状の管理や精神面でのサポートなどの緩和ケアを受けた。一方、標準治療単独群は、患者本人や家族、主治医の要望があったとき以外、緩和ケアは提供されなかった。

生活の質(QOL)は、FACT-Lスコアで評価したが、早期緩和ケア併用群で平均98.0点、標準治療単独群で91.5点と、併用群で有意に高かった(p=0.03)。

不安やうつ症状は、HADSで評価した(HADS-A:不安、HADS-D:うつ症状)が、うつ症状の割合は早期緩和ケア併用群で16%、標準治療単独群では38%だった。PHQ-9を使った評価によると、大うつ病の症状のある患者が緩和ケア群は4%であったのに対して、標準治療群は17%であった。

終末期に積極的治療(死から2週間以内の抗がん剤治療など)を受ける割合は、早期緩和ケア群が33%と、標準治療単独群の54%より低かった。それにも関わらず、生存期間中央値はそれぞれ11.6カ月、8.9カ月と緩和ケア群の方が有意に延長していた。(p=0.02) 中央値の差は2.7ヶ月と3ヶ月にも満たないものの、これは、最新の化学療法を初回に用いた場合に得られる延命期間に相当するもので、生活の質の改善と、うつ症状の減少が、生存期間の延長に結びついた可能性がある」と著者は考察している。

早期からの緩和ケアを行うことにより、うつ症状やQOLが改善されるという、本来の目的ばかりか、終末期に(ときに不要と思われる)抗がん治療を行うことなく、生存期間の延命が得られたわけであるから、がん治療戦略の根本を再考させる内容だと言えよう。

著者は、抗がん治療と緩和ケアは「二者択一ではなく、双方を同時に提供することは可能であり、患者にとっても有益である。」と強調している。

中川恵一



Dr. 中川の

がんから死生をみつめる

82

がん対策基本法とそのマスタープラン「がん対策推進基本計画」の最大の柱に、「早期からの緩和ケア」があります。「治癒」という言葉が、「治す」と「癒やす」の二つから成り立っているように、がん治療と緩和ケアはともに大切ですが、日本では緩和ケアが、がんの末期になってから取り組まれることが多く、問題となってきました。

最近、医学界で最も権威のある米国の専門誌「ニュー・イングランド・ジャーナル・オブ・メディスン」に、「早期からの緩和ケア」の重要性を立証した研究結果が掲載され、大きな反響を呼んでいます。この研究では、転移のある肺がんの患者151人を、無作為に標準治療群(74人)と緩和ケア併用群(77人)の二つのグループに割り当て、

症状や生存期間などを比較しました。標準治療群は、抗がん剤を中心とした通常の治療のグループで、患者や主治医の要望があった場合だけ緩和ケアが提供されました。一方、緩和ケア併用群では、治療開始の3

週間以内に緩和ケアチームが面談し、月に1回以上、症状の緩和や精神面でのサポートなどをしました。その結果、緩和ケア併用群は標準治療群と比べ、有意に(統計学的に

緩和ケアは早期から

も明らかに)生活の質が良好で、うつ症状も減少していました。さらに、終末期に積極的治療(死亡以前2週間以内の抗がん剤治療など)を受ける割合は、緩和ケア併用群の方が少なかったにもかかわらず、

生存期間の延長は3カ月程度です。驚くべき「延命効果」といえます。早期からの緩和ケアで、医療費もかかず、生活の質を保ちながら、延命が得られることが科学的に示されたわけです。がん治療のあり方そのものを問い直す必要があると思えます。がん対策推進基本計画は近く見直されますが、検診受診率の向上と並び、早期からの緩和ケアが最重点課題となるべきだと思います。(中川恵一・東京大付属病院准教授、緩和ケア診療部長)

毎日新聞 平成22年11月14日 朝刊

緩和ケア対策の現状

がん対策推進基本計画中間報告進捗状況と今後の課題等に係るがん対策推進協議会の意見一覧（平成23年1月6日現在）

※ 指標のベースラインについては、基本計画の対象期間が平成19年度からであることから、原則として①「平成19年4月1日現在」又は②「それ以前」の数値とする。ただし、①及び②の数値以外で、ベースラインとして適当な数値がある場合は、当該数値を用いるものとする。以上の方針に従ってベースラインが把握できない場合は、「0」又は「データなし」とする。

分野別施策	個別目標	ベースライン	進捗状況	今後の課題等に係る がん対策推進協議会の意見
緩和ケア	すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得すること（10年以内）	○開催指針に準拠した緩和ケア研修会の修了者数 <u>0人</u> （厚生労働省発行修了証書数） 【平成19年3月末現在】	○国（がん室）において発行した修了証書数にて把握 <u>20,124人</u> （厚生労働省発行修了証書数） 【平成22年12月末現在】	○がん医療に従事する医療従事者の実態把握 ○研修会の進捗内容のモニタリングや医師の行動変容等の研修効果の評価
	原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させること（5年以内）	○国立がんセンター及び日本緩和医療学会が開催する「緩和ケア指導者研修会」及び「精神腫瘍学指導者研修会」の修了者数 <u>0人</u> （厚生労働省発行修了証書数） 【平成19年3月末現在】	○「緩和ケア指導者研修会」修了者数 <u>971人</u> 「精神腫瘍学指導者研修会」修了者数 <u>432人</u> 【平成22年11月末現在】	
	原則として全国すべての2次医療圏において、緩和ケアに関する専門的な知識及び技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備すること（5年以内）	○緩和ケアチームを設置している医療機関数 <u>326病院</u> （参考値） 【平成19年5月】 ※ {緩和ケアチームを設置している拠点病院数（平成19年5月）} + {緩和ケア診療加算を算定している病院数（平成19年7月）} - {加算を算定している拠点病院数}	○緩和ケアチームを設置している医療機関数 <u>612病院</u> （平成20年度医療施設調査）	○緩和ケアチームの設置推進 ○緩和ケアチームの薬剤師や看護師等の医療従事者の育成
	なお、医療用麻薬の消費量については、緩和ケアの推進に伴って増加するものと推測されるが、それ自体の増加を目標とすることは適当ではないことから、緩和ケアの提供体制の整備状況を計るための参考指標として用いることとする。	○（参考値）医療用麻薬の消費量 <u>3835kg</u> （日本のモルヒネ換算消費量） 【平成19年】	○（参考値）医療用麻薬の消費量 <u>4152kg</u> （日本のモルヒネ換算消費量） 【平成20年】	

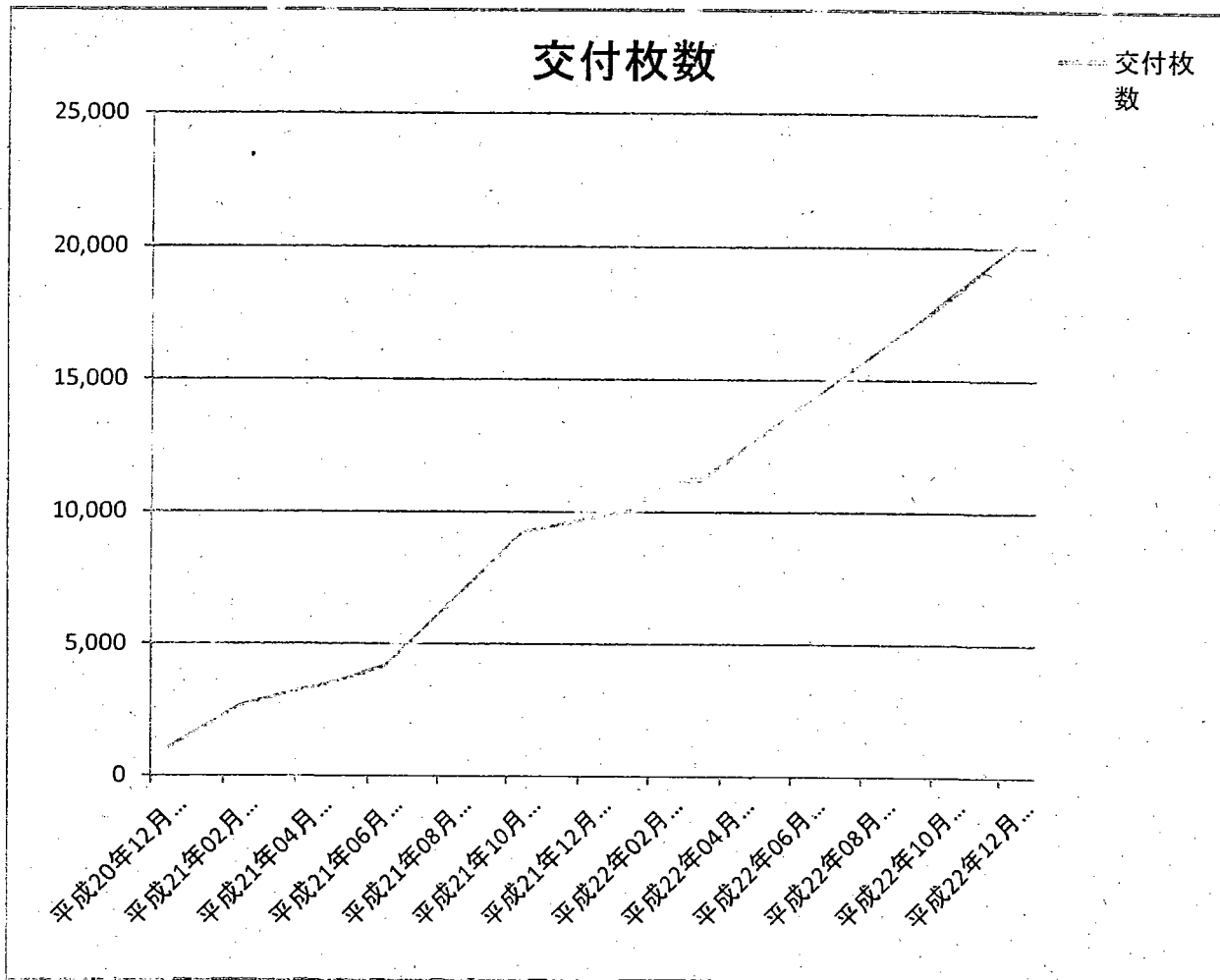
在宅医療	<p>がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加させること</p>	<p>○（参考値）がん患者の在宅での死亡割合 <u>5.7%</u>（自宅） <u>0.5%</u>（老人ホーム） <u>0.1%</u>（介護老人保健施設） （平成17年人口動態統計）</p>	<p>○（参考値）がん患者の在宅での死亡割合 <u>7.4%</u>（自宅） <u>0.9%</u>（老人ホーム） <u>0.3%</u>（介護老人保健施設） （平成20年人口動態統計）</p>	<p>○患者の希望する療養場所の提供体制の整備 ○病院と在宅を支える医療機関の連携体制の構築 ○在宅医療の質の評価指標の検討 ○医療と介護の連携評価指標の検討 ○在宅における緩和ケアの推進 ○がん治療に係る在宅医療の推進 （地域連携クリティカルパスの整備とコーディネート機能の整備）</p>
------	--	---	---	---

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会 修了証書交付枚数等一覧

	都道府県	交付枚数 (A)	開催回数 (B)	1回あたりの研修会 修了者数 (A / B)	悪性新生物 総患者数 (C)	修了者1人あ たりの患者数 (C / A)
1	北海道	1,036	52	19.9	75,000	72
2	青森県 ※	177	16	11.1	21,000	119
3	岩手県 ※	401	20	20.1	18,000	45
4	宮城県 ※	260	14	18.6	23,000	88
5	秋田県 ※	291	22	13.2	20,000	69
6	山形県 ※	328	14	23.4	19,000	58
7	福島県 ※	304	20	15.2	25,000	82
8	茨城県 ※	383	26	14.7	35,000	91
9	栃木県 ※	382	16	23.9	25,000	65
10	群馬県	417	22	19.0	22,000	53
11	埼玉県	485	31	15.6	71,000	146
12	千葉県 ※	536	34	15.8	68,000	127
13	東京都	1,772	83	21.3	158,000	89
14	神奈川県 ※	473	28	16.9	108,000	228
15	新潟県 ※	255	23	11.1	32,000	125
16	富山県 ※	361	22	16.4	13,000	36
17	石川県	298	12	24.8	15,000	50
18	福井県 ※	300	15	20.0	10,000	33
19	山梨県	211	10	21.1	10,000	47
20	長野県	450	23	19.6	31,000	69
21	岐阜県	427	15	28.5	25,000	59
22	静岡県 ※	264	16	16.5	44,000	167
23	愛知県	991	48	20.6	76,000	77
24	三重県	370	18	20.6	21,000	57
25	滋賀県 ※	249	15	16.6	16,000	64
26	京都府 ※	599	24	25.0	33,000	55
27	大阪府	919	61	15.1	96,000	104
28	兵庫県	739	34	21.7	66,000	89
29	奈良県	244	11	22.2	18,000	74
30	和歌山県 ※	435	19	22.9	14,000	32
31	鳥取県	100	10	10.0	9,000	90
32	島根県	277	12	23.1	10,000	36
33	岡山県	506	19	26.6	22,000	43
34	広島県 ※	628	32	19.6	36,000	57
35	山口県	258	19	13.6	17,000	66
36	徳島県 ※	196	11	17.8	9,000	46
37	香川県	271	12	22.6	11,000	41
38	愛媛県	388	17	22.8	19,000	49
39	高知県 ※	177	8	22.1	11,000	62
40	福岡県	881	41	21.5	51,000	58
41	佐賀県 ※	172	10	17.2	12,000	70
42	長崎県 ※	348	17	20.5	15,000	43
43	熊本県	318	21	15.1	21,000	66
44	大分県	364	17	21.4	19,000	52
45	宮崎県 ※	229	14	16.4	15,000	66
46	鹿児島県	365	20	18.3	18,000	49
47	沖縄県	289	11	26.3	12,000	42
	合計	20,124	1,055		1,515,000	
	全国平均			19.1		75

(注) ※印は、単位型緩和ケア研修会を実施している都道府県
 ・(A)及び(B)は、平成22年12月末現在、厚生労働省において実施を確認したもの
 ・(C)は、平成20年患者調査における都道府県別悪性新生物患者数

がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会
修了証書の交付枚数推移



注)上のグラフは、修了証書の交付枚数を月毎の伸び率換算したもの

緩和ケア研修会修了証書交付枚数集計表

公表日時等	集計時点	交付枚数
健康関係主管課長会議(平成21年2月6日)	平成20年12月31日	1,071
第9回がん対策推進協議会(平成21年2月26日)	平成21年2月26日	2,669
第10回がん対策推進協議会(平成21年6月24日)	平成21年5月31日	3,730
平成21年度がん関係主管課長会議(平成21年7月3日)	平成21年6月30日	4,175
第11回がん対策推進協議会(平成21年12月2日)	平成21年10月31日	9,260
全国健康関係主管課長会議(平成22年2月4日)	平成22年1月5日	10,067
第12回がん対策推進協議会(平成22年3月11日)	平成22年2月28日	11,174
第13回がん対策推進協議会(平成22年5月28日)	平成22年3月31日	11,254
第14回がん対策推進協議会(平成22年10月6日)	平成22年9月1日	17,066
第1回緩和ケア専門委員会(平成23年1月11日)	平成22年12月28日	20,124