

平成23年度
理想の看取りと死に関する国際比較研究
報告書

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

「平成23年度 理想の看取りと死に関する国際比較研究報告書」 刊行にあたって

国際長寿センター(International Longevity Center-Japan)は、1990年に設立されました。それ以来、世界14カ国に誕生している海外の姉妹センターとともに、高齢者のみならずすべての世代が支え合ういきいきとした高齢社会を実現するために活動を続けてまいりました。

日本では少子高齢化が急速に進行し、2040年には出生が約58万人に対して死亡が約166万人に上ることが予想されています。この中で、高齢者が自立した生活を可能な限り長く続け、さらに日常生活において手助けが必要となっても充実した毎日を過ごしていくことに加えて、人生の終わりを迎えるにあたって高齢者本人にとって最期の段階まで自己決定に基づいてQOLが確保されること、および看取る人々が納得感を得られる環境がますます重要となってきます。

高齢者が自宅において自らの自己決定とQOLを確保するために、また看取りのあるべき姿を明らかにするために、私たちはその検討の出発点に国際比較の方法を採用し、日本において当然とされていることを見直しながら根底的な検討を加えたいと考えました。このために、国内外の医療・福祉・生命倫理など幅広い専門分野の研究者による「理想の看取りと死に関する国際比較研究」調査・研究委員会を組成し学際的な研究を開始しました。

調査・研究の過程では国内の様々な医療・福祉機関、また海外各国の国際長寿センターおよび諸機関のご協力をいただきました。

この調査・研究によって、海外各国と日本の看取りにおける環境の違い、そして日本における特質、さらに政策的示唆に至るまでを明らかにし、本報告書において調査・研究の成果を集大成することができたことはわたくしどもの深くよろこびとするところであります。

本研究にあたってご尽力いただいた調査・研究委員の方々および調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

平成24(2012)年3月

国際長寿センター
センター長 伍藤忠春

— 目 次 —

序文(長谷川和夫)…5

I. 認知症の人の看取りに関する世界の課題と展望…8

長谷川 和夫

II. 国際長寿センターセミナー報告

A. ILCセミナー「生と死ーいのちの終わりを考えるー国際比較の中から」(2011年11月18日) (セミナー報告)

1. セミナー開催にあたって 13

木村 利人

2. 国際比較の視点からみた終末期ケア“看取り”の現状・課題と今後の展望 14

箕岡 真子

3. アメリカの終末期ケア 概要と政策課題 31

マイケル・K・ガズマノ

4. ディスカッション 47

5. 「終末期ケアに関するステートメント」の提案 51

(セミナーを終えて)

6. 看取りのバイオエシックスを実践するために 52

木村 利人

7. セミナーから明らかになってきたこと 56

箕岡 真子

B. ILCセミナー「日本の看取り、世界の看取り」(2012年2月3日)

(セミナー報告)

1. 認知症の人の看取りの課題 58

長谷川 和夫

2. 韓国社会の変化と看取り 61

李 聖姫

3. フランス及びヨーロッパにおける看取りの実情 69

マリー・アンヌ・ブリュー

4. ディスカッション 88

(セミナーを終えて)

5. セミナーから明らかになってきたこと 93

長谷川 和夫

III. 看取りをめぐる諸課題と方向性

1. 看護系大学における「看護倫理」教育の課題 96

鶴若麻理

2. 死亡前の医療・介護について 103

府川哲夫

IV. 特別報告

1. 大震災と認知症のお年寄り 110

内出幸美

2. 母に捧ぐ ～母の人生、そして死～ 122

ノーリーン・シバ

V. 理想の看取りと死に関する国際比較調査 報告と分析

終末期、看取りについての国際制度比較調査

終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：アンケート調査

終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：施設質問紙調査

終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：ヒアリング調査

(2010年調査への各国からのコメント)

1. 「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」の背景・成果・提言 134
辻 彼南雄
2. 終末期、看取りについての国際制度比較調査 142
中島 民恵子
附)「終末期、看取りについての国際制度比較調査」アメリカからの回答 149
3. 看取りに関する日韓ヒアリング結果 154
中島 民恵子
4. 看取りに関するオーストラリア ヒアリング結果 160
国際長寿センター
5. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査 169
辻 彼南雄
渡辺 大輔
中島 民恵子
- 5-1 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：アンケート調査 169
- 5-2 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：施設調査 218
6. 日韓調査にみる「理想の死」「理想の看取り」 229
渡辺 大輔
7. 平成 22 年度看取りの国際比較調査結果に対する各国の考え方 240
中島 民恵子
8. 集計表
- 8-1 9カ国集計表 245
- 8-2 日韓2カ国集計表 287
- 8-3 施設票集計表 337
9. 調査票 343

序文

2011年度の理想の看取りと死に関する国際比較研究報告書の刊行にあたり、まず関係者各位の御努力に深い感謝を捧げたい。

これは国際長寿センターILC（日本）が3年度にわたり世界の姉妹センターからの御協力を頂いたことを基盤にして行われたことで、他に類をみない貴重なデータが集積されたことによるものである。

看取りは無益な延命治療をせずに自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケアをすることと定義される。日本は言うまでもなく人口の高齢化をもつ先進諸国はもとより、これから高齢化をひかえている多くの国々が大きな関心を寄せていることは言をまたない。ことに本邦の場合は高齢化のスピードが他に比を見ない速さをもっていることが注目される。周知のごとく本邦の高齢人口が7%から14%になるまでの期間は1970年から1994年までの24年であった。ちなみに7%の高齢化率を高齡化社会、14%を高齡社会と呼んでいるが、フランスは実に115年、スウェーデンは85年、アメリカは69年、イギリスは46年、最短でもドイツが40年であったことから明らかである。まさに日本の高齢化率による高齡化社会から高齡社会への移行は、移行というより突入といった方がスピード感を表現するのにふさわしいと言えよう。さらに2010年高齢化率は7%の3倍の21%を超えて23.1%となり超高齡社会になった。そして今後も高齢化率は加速して、7%の4倍化（28%）が達成されるのは2030年頃と推定される。あと20年もしないうちにもうひとつの段階に入り超々高齡社会を迎えることになる。

しかも、本邦人口の規模が海外諸国と比較すると著しく大きいことが注目される。例えば2010年本邦の65才以上は約2,958万人であるが、これはカナダの総人口数3,411万人にも匹敵する。また高齢者の医療や福祉政策を論ずる際にしばしばデンマークやスウェーデン等の北欧諸国の制度が引き合いに出されるが、それらの国々の全人口は高々560万人～900万人ほどであり、これは本邦の75才以上の後期高齢者数約1430万人に比較してはるかに少ない数と言えよう。従ってサービス提供の内容とそのあり方、あるいは受け手である高齢者の考え方の中の広さあるいは情報伝達の浸透度等具体的な高齢者への施策の実施については、約3,000万人という対象人口の量の大きさには特有の問題点があることを認識したい。

ところで本報告書では、認知症の看取りについては、世界各国いずれも未だ明確な方法や対策をもっていないことが実状として明らかにされた。重要なこととして認知症についての偏見や誤解等があることである。認知症の人は何もかも分からなくなった人と考え、過剰なケアや虐待的な対応が起こりがちである。個別的な自分史をもつ尊厳性のある人、パーソンとして対応することがなおざりにされている。ここに一般的な終末期ケアの倫理が一層重要になる。

認知症ケアの主流は、パーソンセンタードケア（Tom Kitwood 1997）である。御本人の視点にたったケア、御本人の内的体験を理解するケアであり、その人らしさを大切にするケア、寄り添うケアである。Stand by meの理念である。

各国の社会的背景や文化も看取りについて私達の気づきを越えた影響があること、しかし異なった文化をもっている各国に共通した課題のあることも明らかになった。

これからは“死”を迎えることについて学ぶ事が重要になるだろう。よく生きることは、よく死ぬことにつながる。死生学の普及が市民への啓発活動として重視されるだろう。

看取りは世界に共通したグローバルな課題であるが、3.11の東北大震災以来日本は想定外の国難状況にある。また日本固有のスピードの速い高齢化は待ったなしの状況である。正にモデル無き挑戦に力を尽くし想いを尽くして行動する事が求められている。世界は私達に注目していることも間違いない。お互いが愛をもって支え合う絆を大切に努力していきましょう。

【参考文献】

鈴木隆雄：超高齢社会の基礎知識. 講談社（東京），2012

箕岡真子：認知症ケアの倫理. 24（2）169-176 Dementia Japan, 2010

Kitwood T. : Dementia reconsidered : The Person comes first. Open University Press, Maidenhead

2012年3月

認知症介護研究・研修東京センター 名誉センター長
聖マリアンナ医科大学 名誉教授
長谷川 和夫

I . 認知症の人の看取りに関する世界の課題と展望

II . 国際長寿センターセミナー報告

A. ILC セミナー「生と死—いのちの終わりを考える
-国際比較の中から」

B. ILC セミナー「日本の看取り、世界の看取り」

I. 認知症の人の看取りに関する世界の課題と展望

認知症介護研究・研修東京センター 名誉センター長
聖マリアンナ医科大学 名誉教授
長谷川 和夫

今回の認知症の人の看取りに関する国際比較研究は、国際長寿センターILC（日本）による3カ年にわたるものである。本研究は米国、英国、フランス等同様の ILC 姉妹センターの協力を基盤にしたユニークなもので他に類をみない貴重な資料が蓄積されたと考えている。

はじめにいくつかの課題を提示したい。

多くの国が高齢社会を迎えているが、ことに日本の高齢化率のスピードが著しいことが注目される。表-1に日本の高齢化率の特長を示した。人口の高齢化率は、7の倍数によって示されているが、最初の7%を高齡化社会、14%、21%、そして28%とそれぞれ高齡社会、超高齡社会、4倍を超々高齡社会と呼称している。そして本邦では、7%から14%になるまでの期間は1970年から1994年までの24年であった。高齡化社会から高齡社会に移行するのに24年であった。同じ移行は、フランスでは実に114年、スウェーデンは82年、USAは69年等と比較すると日本の高齡化の著しく速いことは明白である。序文においても指摘したが、その後21%になった2010年超高齡時代さらに28%となる2030年頃に予想される超々高齡時代へと突入していくことが想定されている。

表-1 日本の高齢化率の特長

人口高齢化率	7%	14%	21%	28%
年代	1970	1994	2010	2030頃
呼称	高齡化社会	高齡社会	超高齡社会	超々高齡社会
著者の 関連した事象	1968 新福尚武教授と の出遭い 1974 長谷川式スケール 開発	1989~1999 ドネペジル臨床治 験 2000 介護保険施行 2001 認知症介護研究・ 研修東京センター	2011 認知症看取り国際 研究	

著者が認知症の医療とかかわり始めたのは1965年頃、長谷川式スケールを公表したのは高齡化社会時代の1974年であった。そして1989年からドネペジル（アリセプト）の臨床開発にかかわり、実際にアルツハイマー型認知症の適用薬として登場したのは1999年であった。高齡社会に入った時代である。また現在認知症ケアの主流になったT. Kitwoodの提唱したパーソンセンタードケアは1997年に知ったのである。やがて2000年に介護保険が施行され、2001年に認知症介護研究・研修東京センターが社会福祉法人浴風会に設置され、私はセンター長として介護職の人材育成等にかかわり、今日に至っている。また2004年には痴呆から認知症へと呼称が改められて、人としての認知症御本人の尊厳性が確立されてきたと思う。2006年には地域包括ケアが中心課題となり、超高齡社会にと在宅療養が重視されることになった。そしてさらに超高齡社会に入った2011年、今回の認知症の看取りの国際調査にかかわることになったのである。この様に認知症の医療とケアの流れを限定された範囲ではあるが、臨床医の現場から実感として体験することができたと思う。

1) 看取りの基本課題 いのちの終りを考える

高齢社会にあって認知症の人の終末期医療と介護という重要課題に取り組むに当たって、国際長寿センターはまず看取りの基本課題を取り上げ日米の国際比較の視点から米国の **Hastings Center** と協力して、2011年11月18日にセミナーを開催した。「いのちの終りを考える」という日本ではタブー・トピックであった課題に真正面から取り組んだといえる。詳細は後に続く報告に譲り、その意義について述べる。セミナーを主導したのは恵泉女学園大学 木村利人学長であった。

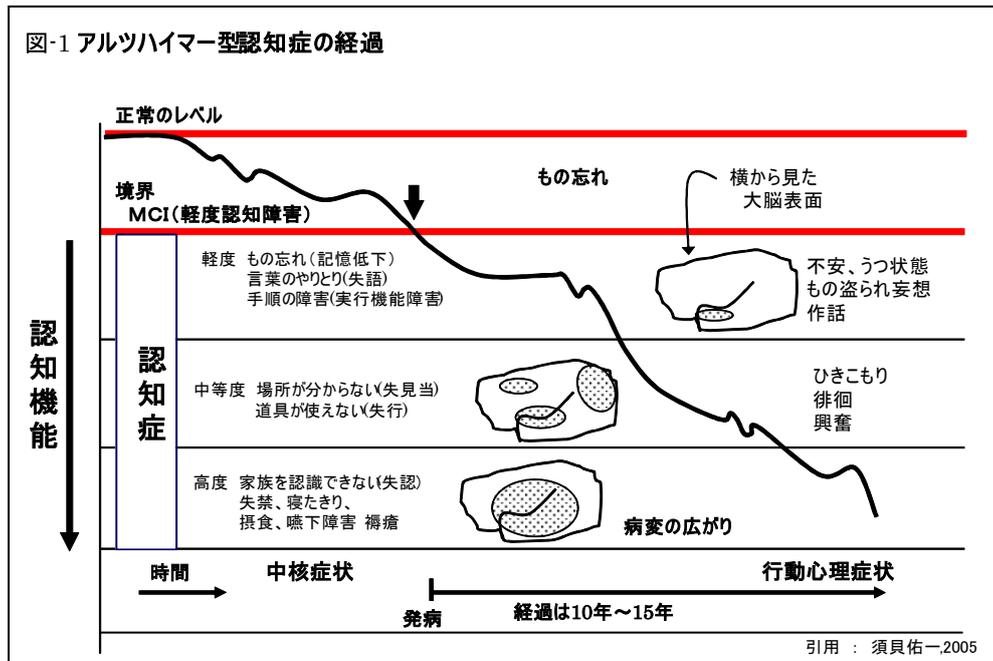
講師はアメリカのマイケル・カズマノ「ヘイスティングス生命倫理研究所」研究員、ニューヨーク大学医療政策管理学准教授、日本からは箕岡真子東京大学大学院医療倫理学客員研究員であった。箕岡氏は看取りを「無益な延命治療をせずに、自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケア」と明快な定義をして議論を進め、問題点を明らかにした。ことに認知症の終末期ガイドラインについての研究会の内容を詳細に報告し、また人工的経管栄養（胃ろう）についての問題点にふれた。

カズマノ氏は、終末期ケアの倫理目標や現実とのギャップを明確に指摘した。米国ではホスピス利用者は増えてはいるが、今も限られていること、またホスピスの期間が短すぎるし、また提供が遅すぎる（Too little, Too late）と課題について詳述し注目された。そして一番の問題点は、私たちが死というものを人間の状態の一部であると受容することであろうと述べて注目された。

さらに参加者は活発な討論を行って、居住空間の大切さや終末期ではなく終生期と表現すべきだという提案がなされる等、有意義なセミナーであった。

2) 認知症を知ること

認知症の看取りにかかわっていくうえで認知症についての基本情報を持っている事が期待される。なかでも頻度の多いアルツハイマー型認知症の経過は図-1に示す様に矢印「↓」の発症から終末に至るまで長い期間がある。



いつとはなしに発症し緩徐に進行することが特徴である。図の左側に示した様に脳内病変が進行するに従って認知障害は軽度から中等度そして高度へと進行するがいつからと

いう明確な区切りはない。認知障害は認知症の中核症状であるが個別性がある。軽度では記憶低下の他に失語（言葉のやりとりができない）、実行機能障害（手順の障害）がおり中等度になると失見当（場所の見当がつかない）、失行（道具が使えない、着衣ができない等）がみられる。高度になると失認（親しい人の顔を認識できない等）、発語も乏しく数語に限定される。笑うことがなくなり、大小の便失禁、摂食障害、寝たきり状態、嚥下障害、このため嚥下性肺炎をおこし易くなる。これが終末期である。軽～中等度はそれぞれ 2～3 年、高度は 4～5 年とされている。適用薬としてドネペジル（アリセプト）が主に使われているが症状の進行抑制作用があり、低下していく傾きを約 1～3 年間なだらかにする。この様な認知障害をもった御本人が暮らしていく上で体験する心理症状や間違い行動が図の右側に示される。不安、うつ状態、ひきこもり、徘徊、興奮等である。一部は脳因性であるが、多くは環境や対応の仕方によって軽快したり悪化したりする。周辺症状ともいわれるが最近では行動心理症状、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD)といわれる。中核症状は認知症の全ての人におこるが、BPSD の多くは一過性で 80%～90%におこる。しかし共に暮らしを続ける家族介護者にとっては中核症状よりも BPSD の方が 24 時間 365 日の対応を続けることが非常に困難になる。

これとは別に“せん妄”という状態がおこる。これは身体因性、あるいは脳因性によるものが多い。数日前等から急に認知障害がおり茫然とした表情となり注意力低下、意識混濁、興奮、多動、幻覚等を伴うことが多い。認知症がなくてもおこる。肺炎、インフルエンザ、脳炎等の感染症、心不全等の循環障害、肝あるいは腎障害等であるが最も多い原因は眠剤や精神安定剤等の薬物の副作用でおこる。多くは一過性である。認知症では夜間におこることが多く、夜間せん妄といわれる。原因となる病気の治療が必要になる。

認知症の御本人は発症から終末期までの心の旅をすることになる。また最愛の人を抱えた家族介護者も支援を必要としている当事者であることを忘れてはならない。

3) 認知症の人を知ること

Tom Kitwood は認知症ケアの理念として Person Centered Care、その人を中心にしたケアを提唱した (1997)。彼の著書「Dementia Reconsidered」は副題として person comes first “人がまず最初だ”という副題がつけられている。認知症ケアの生命倫理に卓見を示す箕岡真子氏も認知症ケアには Person の意味を深く考慮する重要性を指摘している。

2012 年 2 月 3 日のセミナーでは M. A. ブリウー先生は、昨今の欧米ではキリスト教からの信仰離れが多くなったことを話されていたが、キリスト教に根ざした文化は、なお強いインパクトをもっていると思う。旧約聖書の創生紀第 1 章に神による天地創造の物語がある。その 27 節に“神は御自分をかたどった人を創造された。神にかたどって創造された、男と女に創造された”と記述されている。ここに人の尊厳性が象徴されている。この尊厳性はキリスト教文化に限らずグローバルな意識であろう。人はみなそれまでのユニークな自分史をもっていて、それは縦断的にもまた横並びの形においても多くの人の想いによる絆によって創られている。しかも他の個人によって絶対に代行されることのない独自性をもつ存在 Being であることを考えると人のもつ尊厳性 dignity は文化を越えた共通の認識であろう。

従って人がアルツハイマー型認知症にかかりコミュニケーションができなくなって終末期を迎えた時にも人としての尊厳性をしっかりと認識してその人の視点にたつこと、その人を中心とした支えを私たちがしていくことが求められている。

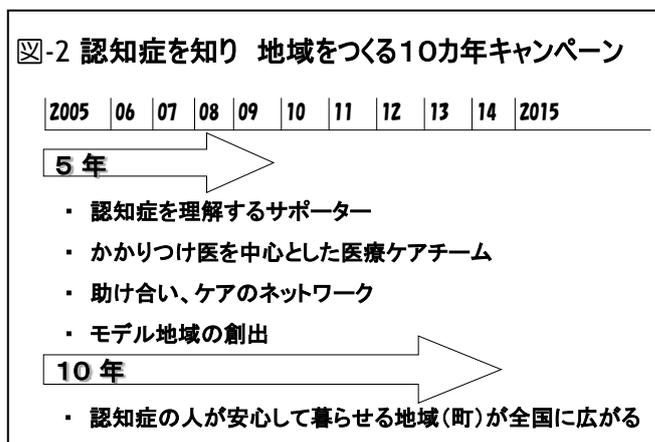
筆者は街角の小さな診療所でアルツハイマー型認知症に罹患し、全ての記憶を失った80才代の女性に出遭った。約14年前に発病、当時の長谷川式スケール得点は19/30（満点は30、20点以下を認知症の疑い）。次第に認知障害は進行し平成23年4月では付き添った長女を認識できず、失見当、着衣失行、両便失禁で全面介助に近くスケール得点は2点であった。しかし全ての記憶を失っていても堂々とした存在感があった。そして今、座っている御本人の存在自体が記憶なのだと思います。想起する機能が障害されていて蓄積された記憶は蔽われてしまっているのであろう。存在は全てに先行する。存在 Being は進行形で続いていることに気づきをもった。そしてこれこそが人のもつ尊厳性なのだと感銘をうけた。健常者からは気づきをもつことはできなかったが、極限状況にある認知症の御本人から尊厳性を学んだと考えるのである。ところがさらに御本人の認知症は進行し、24年2月には自分で出された食事はとることができるが傾眠状態が頻繁におこり、診察中で話をしてもすぐに眠り始める状態となった。長谷川式スケールの施行はできなくなった。終末期と考えられる。

前にも述べたが認知症の家族も御本人と同じ様に当事者であると考えて対応することが広義の看取りの観点から必要になる。「公益社団法人認知症の人と家族の会」は、介護家族が同じ立場にたって支え合う絆の全国組織であるが、介護相談や会員同志の交流会、あるいは会誌による情報提供等を活発に行っている。なかには介護を卒業してさらに継続して活動を続ける人たちの努力には敬服する。在宅療養の看取りの場合にもこの様なボランティアが育成されることがこれから期待されよう。

3.11 の様な大きな自然災害で身内を失った人のなかには「何故私にこの様なことがおこったのか？」あるいは「神さま、何故私にこうした苦しみを与えられたのですか？」と設問された方もあると思う。ALS の様な不治の難病や認知症の人や家族の人のなかにも「何故、私に...?」と生きていく意味を問う深刻な課題がおこる。スピリチュアル・ケアである。ホスピスの現場では避けて通ることは出来ない。それぞれの現場において、御本人や当事者の訴えを時間をかけて十分に聴き取り、そして苦しみを共有する感性が必要になるだろう。

4) 認知症になっても大丈夫な町づくり

既に冒頭で述べた様に、本邦は高齢化率のスピードが著しく、2030年以降には超々高齢社会に入る。その頃には平均寿命は90才に近く、在宅での看取り医療とケアは必然的な流れになるであろう。しかも家族は逝去し、単身の高齢者ケアが常識になる時代となるであろう。一方で2005年からスタートし認知症になっても大丈夫な町づくりキャンペーンが進行中である。



かかりつけ医を中心とした医療とケアのチームワークや助け合いケアのネットワークが地域に創られる事が提言され、最も重要な第1項として認知症を理解する市民のサポーターを養成する事があげられている。2012年1月現在、市民のサポーターは全国で314万人に達したという。また地域包括ケアの仕組みが2006年以来開始され、制度の上でも地域包括支援センターや認知症医療センターが拠点として全国に設置され、2012年4月からは24時間在宅訪問サービスが施行されるに至った。これは在宅で生活する高齢者に医療とケアを直接届けるという仕組みであり、病院中心、あるいは施設中心からの転換といえよう。日本は高齢社会で生き抜く上で世界に類をみないトップランナーであり、既に多くの先輩諸氏が築きあげられている“モデルなき挑戦”をさらに継続していくことが私たちILC関係者にも今もこれからも求められていることである。

カルメル会司祭ヴィクトール・シオンが指摘している様に「今」の瞬間は過去と未来という二つの大きな現実にはさまれた微小でか弱く、把握しにくいものかも知れない。しかし「今」が自分の手の中にあるうちに、私たちは貴重な体験を重ね、人との愛を知り、あるいは神に祈る唯一の機会をもつことを改めて認識したい。

A. ILC セミナー 「生と死—いのちの終わりを考える —国際比較の中から」

(2011年11月18日)

(セミナー報告)

1. セミナー開催にあたって

恵泉女学園大学 学長
木村利人

このセミナーは、3つの点で非常に画期的でユニークであると言えます。

1点目は、「いのちの終わりを考える」という、長い間日本ではタブー・トピックとなっていた問題に正面からぶつかろうという点です。

2点目は、今まであまり取り上げられてこなかったバイオエシックスの観点からの問題点を取り上げるという点です。本日は素晴らしいスピーカーをお二方招いています。お一方はアメリカの「ヘイスティングス生命倫理研究所」で研究員をなさっているマイケル・ガズマノ先生。各国における健康と医療の格差調査等も手がけておられます。もう一方は、医療の分野でバイオエシックスに正面から取り組んでおられる箕岡真子先生で、『認知症ケアの倫理』という初めて認知症とバイオエシックスの問題を取り上げた本も著されています。

3点目は、会場の皆さんの参加です。壇上にスピーカーが私を含め3人いますが、会場にもテレビや新聞、雑誌などでご活躍のエキスパート、専門家の方が多くいらっしゃいます。発表を聞いて、ぜひ皆様方の自由な考えを述べていただき、今日の会議を一緒に作っていきたいと思っています。

また、本日のセミナーでは、話して聞いて終わりということではなく、この機会に看取りに関するカンファレンス・ステートメントも作りたいと思っています。

2. 国際比較の視点からみた終末期ケア“看取り”の現状・課題と今後の展望

東京大学大学院医学系研究科医療倫理学分野 客員研究員

箕岡医院 内科医師

箕岡真子

日本における 終末期ケア“看取り”の問題点 —在宅のケースから学ぶ—

箕岡真子
東京大学大学院医学系研究科
医療倫理学分野 客員研究員
箕岡医院 内科医師

Copy Right: Masako Minooka 2

日本における終末期ケア“看取り”の問題点についてお話をさせていただきます。

私たちは、普段なかなか、在宅における理想的な看取りができません。それは様々な要因があると思いますが、最近理想的な在宅看取りを経験いたしまして、その理想的なケースを通じて、「では、なぜ普段私たちは理想的な看取りができないのだろうか」、という理由、問題点を考えていきたいと思っています。

**日本は世界一の長寿・高齢化社会
世界中がその動向を注目している**

Japan	人口; 1.27億、	65歳以上; 22.2%、	寿命; 82.1歳
US	: 3.07億、	; 12.8%	; 78.1歳

総死亡数 1084450人				
	1960	1996	2006	2007
病院	18.2%	74.1%	79.7%	79.4%
自宅	70.7%	18.3%	12.2%	12.3%
老人ホーム (老健含む)		1.5%	3.1%	3.3%

Copy Right: Masako Minooka 3

日本は、現在、世界一の高齢化社会に突入しています。この表をご覧くださいますと、日本の 総人口 ; 1.27 億、65 歳以上人口 ; 22.2%、寿命 ; 82.1 歳に対しまして、アメリカでは人口 3.07 億、65 歳以上人口 ; 12.8%、寿命 ; 78.1 歳ということになります。また、日本における総死亡数 1,084,450 人の死亡場所は、1960 年には病院が 18.2%、自宅が 70.7%だったのに対しまして、2006 年には病院が 79.7%、自宅が 12.2%となっております。2007 年には、ほんのわずかですが病院での死亡が減り、在宅での死亡が増えております。また、老人ホームでの看取りも、少しずつですが、1.5%→3.1%→3.3%と増えてお

りまして、介護職にとりましては、たいへん大きな問題に直面することになってきたわけです。

認知症の人の数は増加傾向にある

- 介護保険を受ける**500万人**のうち、**250万人**が認知症。
- 施設入所者の**8割**が認知症合併
- **20年後**; **350万人**以上
- **30年後**; **430万人**

Copy Right, Masako Minooka 4

そして、特に認知症の人々の数は、近年増加が著しく、介護保険を受ける 500 万人のうち、半数の 250 万人が認知症でして、施設入所者の 8 割以上が認知症を合併しております。また、20 年後；350 万人以上、30 年後；430 万人と予想されております。したがって、認知症の人々の自立と自律をどのように尊重するのかとか、特にアルツハイマー病の終末期に必発の嚥下困難に対する人工的水分栄養補給（経管栄養）をどうするのかといった問題に直面せざるを得なくなります。

“看取り”の定義

- “看取り”のイメージ
「平穏な死」「自然の死」「お迎えがきた」
→人間の尊厳を守れる
→いったいどこが問題なの？
- 厳密な定義：
無益な延命治療をせずに、自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケアをすること
=「延命治療の差し控え・中止」
⇒法的・倫理的問題が内在している

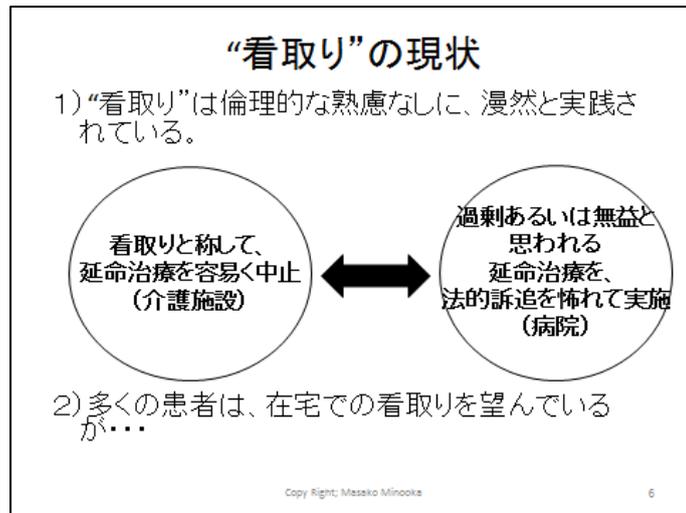
事前指示はあるか 末期か？ 治療の無益性 治療義務の限界？

Copy Right, Masako Minooka 5

ここで、私たち日本人が使っている“看取り”という言葉について、ガズマノ先生に説明しておく必要があります。私たち日本人は終末期に、しばしば“看取り”という言葉を使います。これは日本語特有の言い回しでして、「平穏な死」「自然の死」「お迎えがきた」というように、あたかも人間の尊厳を守れる優しいお別れのイメージがありますが、その指し示すものは曖昧です。例えば「妻は夫の最期を看取った」というように死亡時に同席できたという意味合いもありますし、また「当院の在宅看取りの症例数は何例」というように医療側の死亡診断を指すこともありますし、また「看取り介護」というようにもう少し長いスパンを指すこともあります。海外においては“看取り”の直訳に相当する単語はなく、看取りの状況において end-of-life care（終末期ケア）、withholding and withdrawing life-prolonging treatment（延命治療の差し控え・中止）、palliative care

(緩和ケア), hospice care (ホスピスケア) などが“看取り”の状況において用いられています。

“看取り”を厳密に定義いたしますと、「無益な延命治療をせずに、自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケアをすること」ですので、医療において最近大変問題になっております人工呼吸器取り外しなどと同様に、「延命治療の差し控え・中止」という法的・倫理的問題が内在していることとなります。しかし“看取り”という言葉の、「平穏な死」「自然の死」「お迎えがきた」という優しいお別れのイメージに、これらの難しい問題点が隠れてしまうことがしばしばあることも事実です。



翻って、現状を見てみますと、“看取り”は倫理的な熟慮なしに、漫然と実施されていることがあります。例えば介護施設などで、“看取り”と称して、治療の有益性や無益性について医学的に十分考慮することなく延命治療を容易く、差し控えたり、中止してしまっている場合がありますし、また、病院などでは、過剰あるいは無益と思われる延命治療を、法的訴追を怖れて実施してしまっている場合があるわけです。実際、法的訴追の問題だけでなく、食べられない高齢者を入院させてしまった場合、食べられるようになるまで入院させておくとなると、入院期間はかなり長期になってしまい、入院期間短縮化の国の政策とは相いれなくなりますし、かといって食べられないまま家に帰すわけにもいかず、どうしても早く家や施設に戻すためには、病院としては胃ろう(PEG)を入れざるを得ないという状況になるわけです。

また、先程、お示しいたしましたように、多くの患者さんは「自宅で死にたい」と望んでいるにもかかわらず、病院で死なざるを得ないのも事実です。

最近経験した理想的な“看取り”

＜ケース＞79歳、女性、胃がん(BorrmannⅣ)
家庭ですべての家事をこなし、5月には九州旅行も行った。6月中旬食欲不振のため受診。初診の際に腹部超音波検査で多量の腹水を認め、癌性腹膜炎の疑いで大学病院に紹介となる。GFにてBorrmannⅣ型胃がん(スキルス)、CTにて腹腔内リンパ節転移多数。担当医は、本人および家族に積極的治療の適応ないことを告げ、緩和ケアを勧めた。
本人・家族は、在宅での看取りを希望。在宅緩和ケアの依頼があり、家族の協力が得られる状況だったため快諾。

Copy Right: Masako Minooka

7

それでは、最近経験いたしました理想的な在宅看取りのケースを通じて、終末期ケア“看取り”の倫理的問題点を考えていきたいと思います。

『＜ケース＞79歳、女性、胃がん(BorrmannⅣ,スキルス) 家庭ですべての家事をこなし、5月には九州旅行も行った。6月中旬食欲不振のため受診。初診の際に腹部超音波検査で多量の腹水を認め、癌性腹膜炎の疑いで大学病院に紹介となる。GFにてBorrmannⅣ型胃がん(スキルス)、CTにて腹腔内リンパ節転移多数。担当医は、本人および家族に積極的治療の適応がないことを告げ、緩和ケアを勧めた。

本人・家族は、在宅での看取りを希望。在宅緩和ケアの依頼があり、家族の協力が得られる状況だったため快諾。

介護保険を利用し、患者の療養する部屋にベッド設置し、療養環境を整える。看護師の娘は、休職し連日付き添い看護・介護にあたる。往診は週3回実施。
経口摂取量は次第に減少していき、2週間目には、数口食べるのみ。疼痛は非麻薬性オピオイドで管理可能。意識清明。
腹水は増加し、腹部膨満感および嘔気・血性嘔吐あり。麻薬フェンタニル貼付での疼痛管理となる。「この夏は越せないと思う。私は家でこのような療養ができて幸せ」。医師にも、毎回感謝を伝える。
連日、家族や親戚が訪問し、皆に御礼を述べる。
7月14日、「ありがとう、ありがとう」を繰り返し、「先生が来たよ」の声に「安心した」と言い、チェーンストークス呼吸になり、意識なくなり、永眠する。

Copy Right: Masako Minooka

8

介護保険を利用し、患者の療養する部屋にベッドを設置し、療養環境を整える。看護師の娘は、休職し連日付き添い看護・介護にあたる。往診は週3回実施。経口摂取量は次第に減少していき、2週間目には、数口食べるのみ。疼痛は非麻薬性オピオイドで管理可能。意識清明。腹水は増加し、腹部膨満感および嘔気・血性嘔吐あり。麻薬フェンタニル貼付での疼痛管理となる。「この夏は越せないと思う。私は家でこのような療養ができて幸せ」。医師にも、毎回感謝を伝える。連日、家族や親戚が訪問し、皆に御礼を述べる。

7月14日、「ありがとう、ありがとう」を繰り返し、「先生が来たよ」の声に「安心した」と言い、チェーンストークス呼吸になり、意識なくなり、永眠。

79歳胃がん終末期の女性

☆娘が看護師。毎日介護にあたる
・☆整った療養環境
☆定期的な医師の往診・緊急時の体制

本人および家族の、病状・予後について
の理解と受容

☆疼痛管理
☆腹水による腹部膨満感・嘔気・発熱・
口腔内カンジダの管理
☆快適ケア



私は夏は越せない
でも、自宅で皆に
見守られ幸せ。

死ぬときは苦しく
ないのかしら？

ありがとう。あり
がとう…

Copy Right: Masako Minooka 9

このケースをまとめてみますと、娘が看護師で毎日、看護・介護にあたった、整った療養環境があった、定期的な医師の往診・緊急時の体制があったということが言えます。そして、本人および家族の、病状・予後についての理解と受容があったこと、快適ケアがなされ、疼痛管理、腹水による腹部膨満感・嘔気・発熱・口腔内カンジダの管理などが適切になされていたことも重要です。そして、本人も「死ぬときは苦しくないのかしら？」と言いながらも、「私は夏は越せない。でも、自宅で皆に見守られ幸せ。」と平静な気持ちで過ごし、最後には「ありがとう。ありがとう…」と皆に感謝の気持ちを伝えていました。

でも、現実には…… 在宅でのよい看取りを阻む要因

- 1)告知
 - ・本人に告知しない⇒病状、予後や経過の理解ができず、死ぬ運命を知らない
 - ・告知の方法の問題
- 2)死の概念のとらえ方
- 3)本人における問題点
 - ・本人が死を受け入れることができない⇒無益な延命治療を望む
 - ・事前指示の普及が不十分
- 4)家族における問題点
 - ・家族の揺れ動く気持ち、代理判断の問題など
- 5)コミュニケーションの不足
- 6)家族関係・家族の介護力の不足
- 7)家庭における療養環境が整わない
- 8)医療者・看護師・介護との関係⇒医師が協力しない・連携がうまくいかない
- 9)不十分な緩和ケア⇒疼痛管理・精神的ケア(本人・家族)
- 10)人工的水分栄養補給のとらえ方⇒食事と考える

Copy Right: Masako Minooka 10

このように、このケースは、本人も家族も、そして我々医療者も満足感を覚えた理想的な看取りだったわけですが、実際は、こうすべてうまくいかないケースが多いわけで、ここにあげましたように、このケースと違って様々な問題点が浮かび上がってきます。

- 1) 告知に関する問題。本人に告知しない⇒病状、予後や経過の理解ができない⇒死ぬ運命を知ることができない。つまり本人にとっての究極のプライバシー権が尊重されていないということになります。そして告知の方法の問題、共感のない心ない告知が、本人や家族の感情を傷つけます。
- 2) 死の概念のとらえ方の問題
- 3) 本人における問題点
 - ・本人が死を受け入れることができない⇒無益な延命治療を望む
 - ・事前指示の普及が不十分のため、本人の意思や願望が尊重されていない

- 4) 家族における問題点
- ・家族の気持ちは揺れ動くということ、そして誰が本人に代わって代理判断をするのかなどという代理判断の問題
- 5) 意思決定のプロセスにおけるコミュニケーションの不足
- 6) 家族関係・家族の介護力の不足
- 7) 家庭における療養環境が整わない
- 8) 医療者・看護師・介護との関係⇒医師が協力しない・連携がうまくいかない
- 9) 不十分な緩和ケア⇒疼痛管理・精神的ケア（本人・家族）
- 10) 人工的水分栄養補給のとらえ方⇒食事と考へ、多くの人に PEG が実施されているという現状があります。

これらの中の問題点の幾つかを、ガズマノ先生にコメントいただき、一緒に考えていきたいと思ひます。



まず、一番目に告知における問題点です。日本における実際の場面ではこのようなことがあります。例えば、家族（娘）は「私が病気になったら、ぜひ告知をしてください」。でも、お母さんの場合には「母が落胆するといけなひので、告知をしないでください」という場面をよく見かけます。また、医者は医者で「告知によって、弱者である患者は、うつ状態になり、病状も悪化する」などと言うわけです。日本でも、がんの告知は大分普及してきましましたが、認知症の告知を含め、このような場面はしばしば見かけます。

(1)「告知」における問題点

①本人に告知しない(嘘をいう)・家族のみに告知
 ⇒医師は、告知によりうつ状態・病状悪化を懸念
 ⇒本人が、病状・予後や経過を知ることができない
 ⇒本人が死ぬ運命を知らない
 (究極のプライバシー権の侵害)

②告知の方法の問題
 ⇒共感をもった方法で告知がなされない
 『できることは何もない』
 ⇒失望・苦悩
 ・残された時間を有意義に過ごすという意欲の低下
 ・望む終末期ケアを自分で決めることができない

Copy Right: Masako Minooka 12

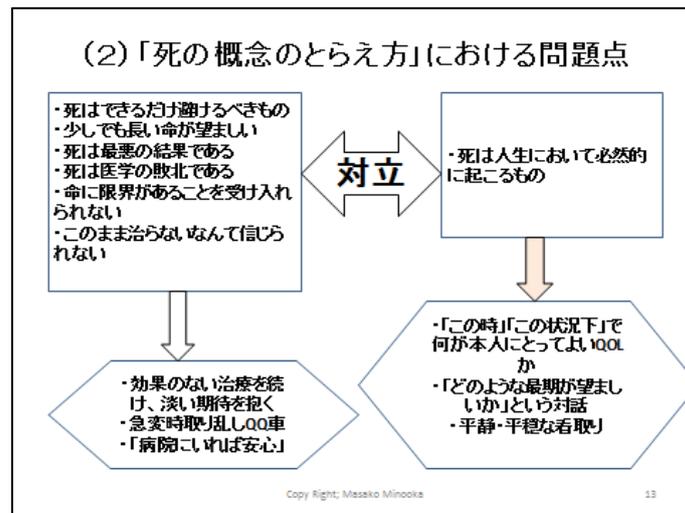
告知における問題点をまとめてみます。

①本人に告知しない（嘘をいう）・家族のみに告知する場合。

⇒医師は、告知によりうつ状態・病状悪化を懸念しているわけですが、その結果⇒本人が、病状・予後や経過を知ることができない⇒本人が死ぬ運命を知ることができない(究極のプライバシー権の侵害) ⇒自分が望む終末期ケア、自分の人生の最期の生き方を自分で決めることができないという結果になってしまいます。

②告知の方法の問題としましては、

⇒共感をもった方法で告知がなされない、例えば『できることは何もない』といった極端な言い方は、患者だけでなく、家族も傷つけます。その結果、⇒失望や苦悩を感じ、残された時間を有意義に過ごすという意欲が低下してしまいます。



「死の概念のとらえ方」における問題点といたしまして、「死はできるだけ避けるべきもの」「少しでも長い命が望ましい」「死は最悪の結果である」「死は医学の敗北である」「命に限界があることを受け入れられない」「このまま治らないなんて信じられない」という考え方と、「死は人生において必然的に起こるもの」という考え方の対立があります。

前者の「死はできるだけ避けるべきもの」という考え方においては、「効果のない治療を続け、淡い期待を抱いたり」「急変時に取り乱して救急車を呼んだり」「病院にいれば安心」といった考え方になります。後者の「死は人生において必然的に起こるもの」という考え方におきましては、「この時」「この状況下」で何が本人にとってよい QOL か、あるいは「どのような最期が望ましいか」という対話がなされ、平静で平穏な看取りをすることができます。

(2)「死の概念のとらえ方」における問題点 —治療のゴールの変更—

・死はできるだけ避けるべきもの
・少しでも長い命が望ましい
・死は最悪の結果である
治療のゴール;完治

移行

・死は人生において必然的に起こるもの
治療のゴール;
快適ケア
平穏な最期

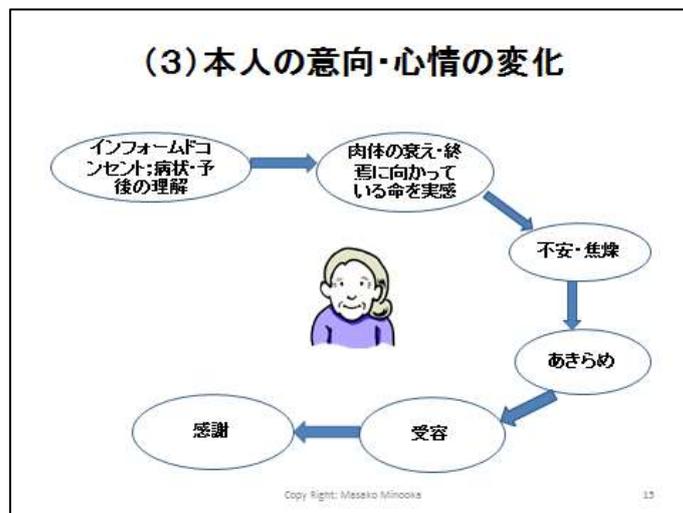
＊ 死の受容を強要するのではなく、病状の変化を共有するプロセスにおいて、自然に受容されるのを待つ。

Copy Right: Masako Minooka

14

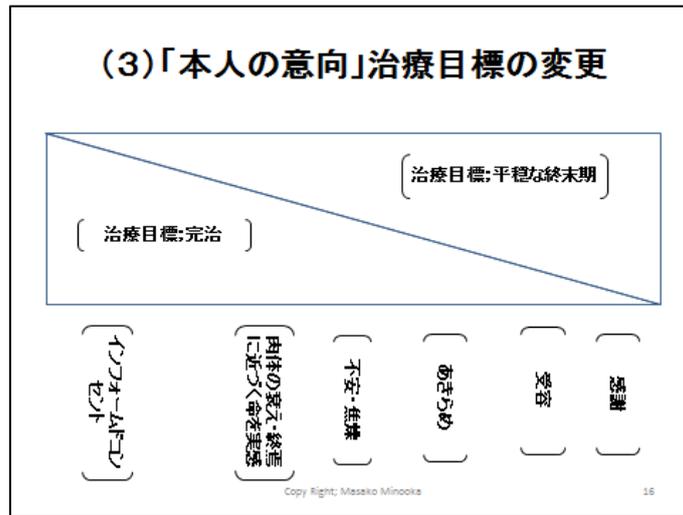
「死はできるだけ避けるべきもの」「少しでも長い命が望ましい」という考え方においては、治療のゴールは“完治”ということになります。治療のゴールを快適ケア・平穏な最期に変更することによって、「死は人生において必然的に起こるもの」と受容することができ、苦痛・苦悩から解放されることができるようになります。しかし、死の受容を強要するのではなく、病状の変化を共有するプロセスにおいて、自然に受容されるのを待つことが大切です。新しい治療のゴール（例えば心の平穏や周囲の人々との関係の改善など）をもてないと、あきらめの境地になったり、気持ちが沈んで抑うつ状態になってしまいますが、新しい治療のゴールは、（たとえ、それが病気の完治でなくても）一筋の光・希望を与えてくれます。

(3)本人の意向・心情の変化

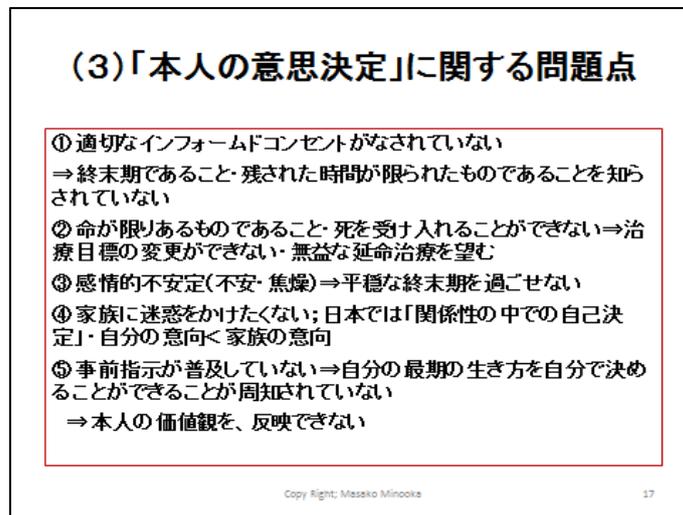


15

今回のケースにおきましては、患者さんの意向・心情はこのような変化をたどりました。「インフォームドコンセントによって病状・予後の理解」をした後、「症状の悪化・食欲低下・肉体の衰えを感じ、終焉に向かっている命を実感」するようになりました。そして、「不安・焦燥」→「あきらめ」から→「受容」の境地にいたり→最終的には「感謝」の気持ちになりました。



この患者さんの心情の変化は、治療のゴールの変更と相関して変化していきました。



患者さん本人の意思決定に関する問題点といたしまして、以下のことがあげられます。

- ① 病状や予後についての適切なインフォームドコンセントがなされていない場合があるということ。その結果、終末期であること、残された時間が限られたものであることを知らされていないことになります。
- ② 「命が限りあるものであること」、つまり死を受け入れることができないということがあります。その結果、治療目標の変更ができない、無益な延命治療を望むということが起こります。
- ③ 感情的に安定せず、不安・焦燥があるということ。平穏な終末期を過ごせない。
- ④ 日本では、特に「家族に迷惑をかけたくない」という考え方が強い傾向にあります。それは、日本では大抵の場合、ひとりで決めることは少なく、「関係性の中での自己決定」が行われますので、「自分の意向」よりも「家族の意向」をより重要視する傾向があります。
- ⑤ 「事前指示が普及していない」、これは日本におけるたいへん大きな問題点でして、「自分の最期の生き方を自分で決めることができること」が周知されていないといえます。その結果、終末期ケアに本人の価値観を反映できないということが起こってきてしまいます。



これは、現在、私たちが普及活動をしております事前指示書「私の四つのお願い」です。アメリカの「Five Wishes」を参考にして、日本の実情に合わせて作られています。

「四つのお願い」とは、“あなたが重い病気に罹り、自分の意思を伝えることができなくなった時” の4つのお願いから成っています。

- ①あなたに代わって、あなたの医療やケアに関する判断・決定をしてほしい人
- ②あなたが望む医療処置・望まない医療処置について
- ③あなたの残された人生を快適に過ごし、充実したものにするために、どのようにしてほしいのか
- ④あなたの大切な人々に伝えたいこと

この①が、医療における代理判断者の指名（アメリカでいう DPA に相当します）、②がリビングウィルに相当します。



次に「家族に関する問題」です。今回のケースでは、家族の意向・心情の変化はこのようなものでした。大学病院で胃がんの終末期と診断されたお母さんは、医師から「大学病院は、治療しない場合は、入院できない。治療のためにベッドを待っている他の患者がたくさんいる」と言われ、娘は「どこで終末期を過ごしたらいいの？」と途方にくれ、最初は大学病院の医師に対して、不信感と怒りを感じましたが、自身が看護師であった娘は「母は私が、自宅で看取る！母によい最期を過ごさせてあげたい！」と考え、自宅で看取る決

心をしました。看取りのはじめの段階では「治療を断念して死を受け入れなければならない苦悩を受け入れ」、その後「具体的に死と向き合う」最終段階を経過しました。

(4) 家族の意思決定における問題点

- ①インフォームドコンセントに関する問題
 - ・経過・病状・予後の理解が十分でない
- ②感情・心情的問題
 - ・家族の死を感情的にも受け入れることができない
 - ⇒限られた時間であることへの理解ができない
 - ・死に逝く人を身近で見守ることの苦悩不安・焦燥
 - ・感情的動揺・揺らぎが起こる(焦燥⇒あきらめ)
「ただ死を待っているだけでいいのだろうか」
- ③代理判断の問題
 - ・誰が適切な代理判断者か？
 - ・どのようにして事前指示や本人の価値観を尊重するか？
- ④本人と家族、あるいは家族内における意見の不一致の問題

Copy Right: Masako Minooka

20

家族、特に意思決定に関する問題としまして、以下の4つがあります。

- ①インフォームドコンセントに関する問題としましては、経過・病状・予後の理解が十分でないために、必要以上の完治についての期待をいただく場合があります。
- ②感情・心情的問題もあります。理解の問題だけでなく、家族の死を感情的にも受け入れることができず、その結果、残された時間が限られていることを受け入れることができません。そして、死にゆく人を身近で見守ることの苦悩・不安・焦燥があります。そして感情は揺れ動き、焦燥とあきらめを行ったり来たりします。「ただ死を待っているだけでいいのだろうか」と積極的治療に思いを馳せたり、「もうあきらめるしかない」と落胆したりと揺れ動きます。このような揺れ動く感情の家族を、医療・介護専門家は理解し共感を示し、支えていく必要があります。また家族は気分転換やレスパイトケアが必要となるでしょう。
- ③代理判断の問題の問題も大きな論点です。誰が適切な代理判断者か？どのようにして事前指示や本人の価値観を尊重するのか？という点について考えなければなりません。日本では、本人が意思能力がない場合には、ほとんどの場合、家族が決めますが、家族の代理決定権について、法的に根拠がなく、慣習として行われていますので、優先順位も決まっています。
- ④本人と家族、あるいは家族内における意見の不一致があった場合には、問題の解決が難しくなります。まだ残念ながら、日本では、アメリカと違って倫理コンサルテーションや倫理委員会の整備が十分でないために、問題解決の方法について今後、考えていかなければなりません。

認知症終末期ガイドライン

認知症の人のターミナル医療・ケア研究会

★ご本人が平穏な最期を過ごすためには、家族も冷静で平穏な心をもつことが必要です

患者さんの病状および今後の経過についての情報を得て、何が有益で、何が無益な治療ケアなのかをよく理解してください。そのためには医療ケアチームとコミュニケーションを十分はかって、「その患者さんにとって」「その時に」「その状況において」何が最も適切な医療・ケアであるのかを、皆で共感を持って考えることが大切です。

★終末期ケアについて、十分な時間をかけて話し合いをし、時間をかけて考え、心の整理をします

★「人の命は限りあるものである」という事実を受け入れることも大切です

Copy Right: Masako Minooka

21

終末期の意思決定に関して、ある研究会が出したガイドラインがありますので、一部抜粋して、ご紹介いたします。これはケアワーカーや介護家族に対するガイドラインです。

(5)「コミュニケーション」に関する問題点

①(死に向かったの)病気の経過・予後の共通の理解

- 現在の状況・今後予想される予後
- 治療法の選択肢とそれぞれの利点欠点など
- 治療の無益性

②意思決定のプロセス

③死の準備教育

- 「命とは限りあるものである」
 - 不安・恐怖・悲しみの時間
- ⇒平穏で感謝にみちた時間への転換

④最期の瞬間

- 死が切迫した時の徴候
- 実際に死が訪れたときの徴候
- 死亡時の対応

Copy Right: Masako Minooka

22

終末期ケアにおいては、医療ケア専門家と、本人・家族との「コミュニケーション」がたいへん重要ですが、現状は十分になされているとはいえません。

- ①(死に向かったの)病気の経過・予後の共通の理解についてのコミュニケーション、具体的には・現在の状況・今後予想される予後・治療法の選択肢とそれぞれの利点と欠点・治療の無益性などのついて十分なコミュニケーションが必要です。十分なコミュニケーションがないと、慌てて土壇場で救急車を呼ぶといったような事態が起こります。
- ②意思決定のプロセスにおけるコミュニケーション対話の重要性。
- ③死の準備教育「命とは限りあるものである」ということを受け入れるための教育が必要となります。このような考えを受け入れることによって、不安・恐怖・悲しみの時間⇒平穏で感謝にみちた時間へ転換されることとなります。また④最期の瞬間・死が切迫した時の徴候・実際に死が訪れたときの徴候・死亡時の対応などについて、家族に話しておけば、感情的不安や動揺が軽減します。

認知症終末期ガイドライン

認知症の人のターミナル医療・ケア研究会

最期の瞬間はどうなりますか？

死に逝く人が、緩和ケアに沿った快適なケアを受けているのであれば、死は、通常、平穏なものとなるでしょう。呼吸は次第に浅く、不規則になってきます。そして最後に1～2回の深い大きな呼吸(チェインストークス呼吸)をします。そこに居合わせた人は、その人に触れたり、手を握ってあげるとよいでしょう。家族は、最期の日々に、患者さんがたった一人にならないようにしてあげることが大切です。介護施設でも、家族がその人に寄り添えるように、宿泊などができるようになってきています。このように自分の大切な人の死が平穏であれば、最期まで寄り添ってきた家族は皆、‘看取り’の満足感を感じることでしょう。

Copy Right: Masako Minooka

23

先程ご紹介したある研究会のガイドラインでは、「最期の瞬間」についてこのように説明しています。『最期の瞬間はどうなりますか？；死に逝く人が、緩和ケアに沿った快適なケアを受けているのであれば、死は、通常、平穏なものとなるでしょう。呼吸は次第に浅く、不規則になってきます。そして最後に1～2回の深い大きな呼吸（チェインストークス呼吸）をします。そこに居合わせた人は、その人に触れたり、手を握ってあげるとよいでしょう。家族は、最期の日々に、患者さんがたった一人にならないようにしてあげることが大切です。介護施設でも、家族がその人に寄り添えるように、宿泊などができるようになってきています。このように自分の大切な人の死が平穏であれば、最期まで寄り添ってきた家族は皆、‘看取り’の満足感を感じることでしょう。』

認知症終末期ガイドライン

認知症の人のターミナル医療・ケア研究会

喉からの分泌物が増えたときはどうすればいいですか？

次第に分泌物の量が増え、粘性を増してきた場合、ゼイゼイという喘鳴が聞こえてきます。ご家族にとっては、この喘鳴音はたいへんつらそうに聞こえますが、患者さんの意識レベルが低かったり、昏睡状態の場合には、ご本人は自分の呼吸状態を自覚していないことが多いといえます。

Copy Right: Masako Minooka

24

『喉からの分泌物が増えたときはどうすればいいですか？；次第に分泌物の量が増え、粘性を増してきた場合、ゼイゼイという喘鳴が聞こえてきます。ご家族にとっては、この喘鳴音はたいへんつらそうに聞こえますが、患者さんの意識レベルが低かったり、昏睡状態の場合には、ご本人は自分の呼吸状態を自覚していないことが多いといえます。』

(6)「家族関係・家族の介護力」 に関する問題点

- ①現代では核家族化、老老介護・地域コミュニティでの連携もない
- ②主介護者がいない
 - ・患者の気持ちを理解し患者が信頼する主介護者は必要
- ③家族の介護力に依存
 - ・家族が、食事介助・清拭・排泄の世話・服薬管理・体位交換・痰の吸引などをする事になる。
- ④家族介護者への過度の期待
 - ・医療介護専門家の価値観を押し付けけない(家族ごと理想像は異なる)
- ⑤意思決定の代理判断者 Surrogate 又は Proxy
 - ・時に主介護者と一致しない
- ⑥コミュニケーション不足;終末期ケアについて話し合ったことがない
- ⑦日常生活とのバランス
- ⑧利益相反

Copy Right: Masako Minooka

25

家族関係・家族の介護力も、適切な看取りをするためには、大変重要な要素です。家族関係・家族の介護力に関する問題点として、以下の8つがあります。

- ①現代では核家族化、老老介護・地域コミュニティでの連携がないということ
- ②主介護者がいない;患者の気持ちを理解し患者が信頼する主介護者がいることが適切な看取りには必要です。
- ③在宅では、家族の介護力に依存する事項が多い;たとえば食事介助・清拭・排泄の世話・服薬管理・体位交換・痰の吸引などをする事になります。
- ④家族介護者へ過度の期待をかけてしまっている場合があります。家族ごと理想像は異なりますので、医療介護専門家の価値観を押し付けてはいけません。
- ⑤意思決定の代理判断者 Surrogate 又は Proxy の問題もあります。代理判断者が、時に主介護者と一致しない場合には、適切な終末期ケアに関する意思決定をすることができないことがあります。
- ⑥家族内におけるコミュニケーション不足;「死」ということについて話をする事が憚られ、終末期ケアについて話し合ったことがないということがあります。
- ⑦日常生活とのバランス;在宅介護によって、家族の皆の日常生活のペースが乱されることを患者本人も望んでいないし、家族もできれば避けたいと考えています。
- ⑧時に、本人と家族との利益相反、例えば家族が本人の年金を当てにしているとか、遺産相続の問題があります。

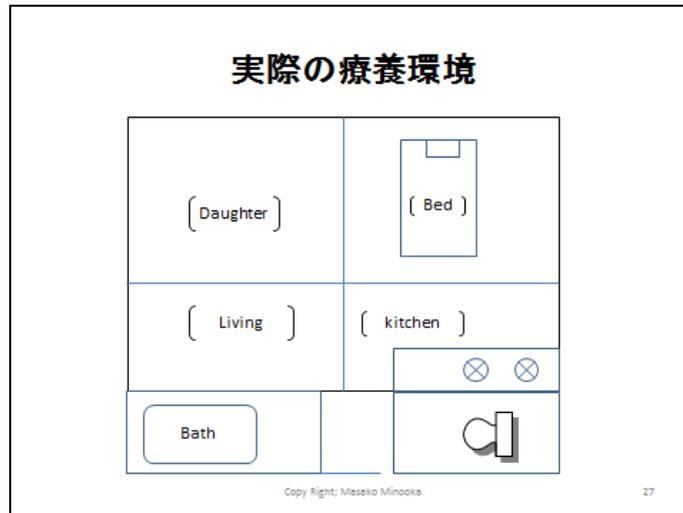
(7)「家庭における療養環境」における問題点

- ・日本では狭い家が多い・家族構成の問題
- ・個別の病室をつくることができない
- ・家族の日常生活のペースを乱す
- ・本人が「家族の迷惑になる」と遠慮する
- ・家族の介護力がないと清潔の保持が困難
- ・家族の心構えやる気と協力・経済力が影響

Copy Right: Masako Minooka

26

家庭における療養環境の問題も、適切な看取りをするためには大切な要素です。日本では狭い家が多く、個別の病室をつくることができないことがあります。また、家族構成の問題もあります。家族の日常生活のペースが乱され、患者本人が‘家族の迷惑になる’と遠慮する場合。そして、家族の介護力がないと清潔の保持が困難になります。これらの療養環境は、家族の心構えやる気と協力・経済力が影響します。



これは、本日の良い看取りができたケースの、実際の療養環境です。



在宅でよい看取りをするためには、医療者・看護師・介護との連携関係がたいへん大切な要素です。日本の制度では、医師（これはほとんど開業医）・訪問看護師・介護（実際に介護をするホームヘルパーとケアプランをつくるケアマネージャー）が、在宅医療に関わっています。

在宅医療ができるかどうかは、医師が協力するかどうか（これには医師と家族との信頼関係が必要です）、訪問看護師の支援が必須です。そして、家族も病状理解をし、在宅で看取る決意・意欲と、実際の協力が求められます。

(8) 医療者・看護師・介護との関係

- ① 医師との信頼関係があるかないかで、在宅看取りの可否が決まる
医師の協力・訪問看護師の支援
- ② 家族の病状理解と意欲・協力は必須
- ③ 本人・家族と医療ケアチーム【医師、訪問看護師、介護(ケアマネージャー、ホームヘルパー)】との連携が重要
 - * 連絡の取れる体制; 必要があればいつでも訪問可能であることを伝え、安心を与える
 - * 起こりうる可能性のある症状・連絡が必要な症状を前もって伝えておく
 - * 必要となりそうな薬剤を置いておく
- ④ 医師のQWL(Quality of Working Life); 24時間、365日の対応

Copy Right: Masako Minooka

29

そして患者や家族と、これらの医師・訪問看護師・介護専門家との連携関係が重要となります。具体的には、連絡の取れる体制があること、必要があればいつでも訪問可能であることを伝え、安心を与えることが必要でしょう。そして起こりうる可能性のある症状・連絡が必要な症状を前もって伝えておくことも、家族の感情的安定のために大切です。ときには必要となりそうな薬剤を置いておくなどの工夫も役立ちます。また連携に際して、在宅診療をする医師のQWL (Quality of Working Life) も考えなければならない問題です。医師は24時間、365日の対応を余儀なくされますので、在宅診療をする医師の数が増えないという現状があります。

(9) 緩和ケアに関する問題点

- ① 治療の無益性が認識されていない
 - ・無益な延命治療はやめても、必要な治療や快適ケアは必要
(Cure sometimes, comfort Always)
- ② 開始が遅い緩和ケア
 - ・終末期であると認識していない → ずっと病氣と闘い続ける
→ 平穏な最期が保障されない
- ③ 不十分な緩和ケア
 - ・疼痛管理・鎮静・不快な諸症状(呼吸困難・嘔気等)の管理
 - ・精神的苦痛の除去・安心の提供
- ④ 在宅緩和ケア
 - ・自宅でも、疼痛管理可能なことを伝える
 - ・家族にモルヒネなどの副作用(例えば便秘)を説明するとともに、無理に使用を我慢する必要もないことを説明
 - ・不安がなく、安定した気持ちでいると、使用する麻薬の量が減る

Copy Right: Masako Minooka

30

認知症などを含めた高齢者に対する緩和ケアは、今後、たいへん重要ですが、がんの緩和ケアと違って、まだその重要性の認識は十分ではありません。緩和ケアに関する問題点です。

- ① 治療の無益性が認識されていない点、そして、無益な延命治療はやめても、必要な治療や快適ケアを実施することは重要であるということ (つまり Cure sometimes, comfort always) についての社会の理解が十分でないこと。
- ② 緩和ケアの開始が遅いということ; 終末期であることを認識しないことによって、ずっと病氣と闘い続ける結果、緩和ケアが実施されず平穏な最期が保障されなくなってしまう。

- ③緩和ケアの実践が十分でないこと；具体的には疼痛管理・鎮静・不快な諸症状（呼吸困難・嘔気等）の管理、あるいは精神的苦痛の除去・安心の提供が十分に実施されているとはいえない現状があります。
- ④在宅緩和ケアの実践もまだ十分ではありません。；病院だけでなく、自宅でも、疼痛管理は可能なことを伝える必要があります。そして、家族に対して、モルヒネなどの副作用（例えば便秘）を説明するとともに、無理に使用を我慢する必要もないことを説明しておくといよいでしょう。また、実際に不安がなく安定した気持ちでいると、使用する麻薬の量が減るといふ事実もあります。

(10)「人工的水分栄養補給」に関する問題点

- ①経管栄養(胃ろう)は“医療”か？“食事”か？
- ②実際に、日本では胃ろうが多い；約40万人
- ③特に認知症終末期の経管栄養
⇒苦痛の多い終末期を少し延長するだけである
⇒QOLの改善に役立たない
- ④日本における認知症終末期における経管栄養の有効性についてのデータが不十分
(例)生存率を改善するか？
誤嚥性肺炎を予防するか？

Copy Right: Masako Minooka 31

最後に「人工的水分栄養補給」（経管栄養・PEG）に関する問題点です。

- ①経管栄養（胃ろう）は“医療”か？“食事”か？という問題。食事と考えると「差し控えや中止はできない」と考える人はかなりいます。
- ②実際に、日本では胃ろうが多く、約40万人です。
- ③特に認知症終末期では、嚥下困難に対処するために経管栄養が非常に多くのケースで実施されています。しかし、アルツハイマー病の終末期の経管栄養については、⇒苦痛の多い終末期を少し延長するだけであるという批判、本人のQOLの改善には役立たないという批判があります。
- ④日本における認知症終末期における経管栄養の有効性についてのデータは不十分でして、本当に生存率を改善するのか？あるいは、誤嚥性肺炎を予防するのか？などについて、客観的エビデンスが示されておりませんので、海外でのデータを参考にしなければなりません、その海外のデータも日本では十分に周知されていないという現状があります。

3. アメリカの終末期ケア 概要と政策課題

ヘイスティングスセンター 研究員
ニューヨーク医科大学医療政策管理学 准教授
マイケル・K・ガズmano

アメリカの終末期ケア： 概要と政策課題 2011年11月18日 ILC-Japan, 東京

Michael K. Gusmano, PhD
ヘイスティングスセンター 研究員
ニューヨーク医科大学医療政策管理学 准教授

1) 良質な終末期ケアの倫理目標とは

“アメリカでは、死ぬのが難しい”
Nancy Dubler

“アメリカでは死ぬのが難しい”

これは生命倫理学者のナンシー・デュブラの言葉ですが、本当にアメリカで死ぬのは難しいのです。

アメリカのナーシングホーム入所者のうち、
メディケアのホスピス給付を選ぶのは
何%？

- ✓ 1. A. 6%
- 2. B. 15%
- 3. C. 30%
- 4. D. 50%

終末期ケアについて、日本の問題点を箕岡先生が指摘されたましたが、アメリカでもかなり大きな問題があります。これから私の申しあげることは、アメリカにしか当てはまらないものもあるかもしれませんが、日本に共通することも多くあるのではないかと思います。

アメリカでは、老人ホームの中でも6%の人しか、メディケアのホスピスの給付を受けていません。アメリカも緩和ケアを行っていますが、本当に病気で老人ホームにいる人たちですら、ホスピスのメディケアの給付を選んでいません。

良質な終末期ケアの倫理目標

苦しみを和らげる
生と死の両方を尊重する
ウェル・ビーイング(幸せ)を促進する
人間を尊重する
尊厳を尊重する
関係性を尊重する
違いを尊重する
公平性を促進する
専門職の倫理的整合性を維持する
良質のケアや倫理的実践を支援するために組織システムを活用する

資料: Berlinger, Jennings, and Wolf, *Ethics Guidelines for Decision-making About Life-Sustaining Treatment and Care near the End of Life* (2012年出版予定).

良質な終末期ケアの倫理目標について、私はこう考えています。

- ・苦しみを和らげる
- ・生と死の両方を尊重する。そして、死も人生の一貫なのだということを受け入れる
- ・ウェルビーイングを促進する
- ・人間を尊重する

生命倫理の中では、「自立」を語ることが多いのですが、完全な自立はフィクションです。完全には自立的ではられません。アメリカでも、患者が本当に自立しているとは言っても、家族、その他の人たち、ソーシャルネットワークなど、周囲の人間が意思決定に携わっています。そして、患者は家族に、自分のために意思決定をしてほしいと思っているかもしれません。

- ・尊厳を尊重する
- ・関係性を尊重する
- ・違いを尊重する
- ・公平性を尊重する
- ・専門職の倫理的整合性を維持する
- ・良質のケアや倫理的実践を支援するために組織システムを活用する。良いシステム、良い方針は重要だ

2) 終末期ケアの目標とギャップ

終末期ケア: 理想と現実のギャップ

- **1995年**の調査では、終末期ケアの選択について、医師が患者にほとんど話をしていないことがわかった。
 - 患者がいつ心肺機能蘇生をしてほしくないかを知っている医師は、半数に満たなかった。
- **1998年**の調査では、**479人**の患者のうち**391人**が、病院ではなく自宅で死にたいと回答した。しかし、その**391人**のうち**216人**は、結局病院で死亡したのである！

資料: SUPPORT Principal Investigators. 1995 JAMA; Pritchard RS et al. 1998. J Am Geriatr Soc

アメリカでは、終末期ケアの理想と現実との間にかなりのギャップがあります。1995年の調査によりますと、医師は患者と終末期ケアの選択肢についてほとんど話をしていないことがわかっています。また、患者が心肺蘇生をしてほしくなかったということを知っていた医師が、半数に満たなかったという報告もあります。

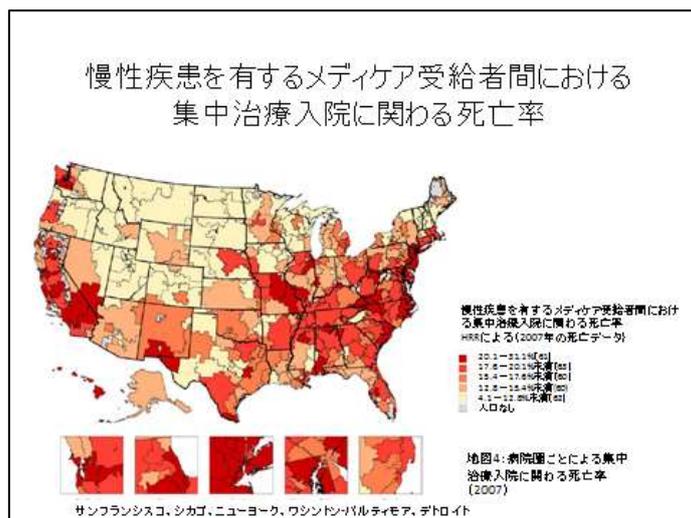
1998年の調査では、どこで死にたいかを479人の患者に聞いたところ、391人は、病院ではなく自宅で死にたいと回答しています。自宅で死にたいという考えにおいては、日米共通しているようです。しかし、そのうち216人は、結局は病院で亡くなっています。これも日本と同様のトレンドと言えます。

楽観の余地あり？

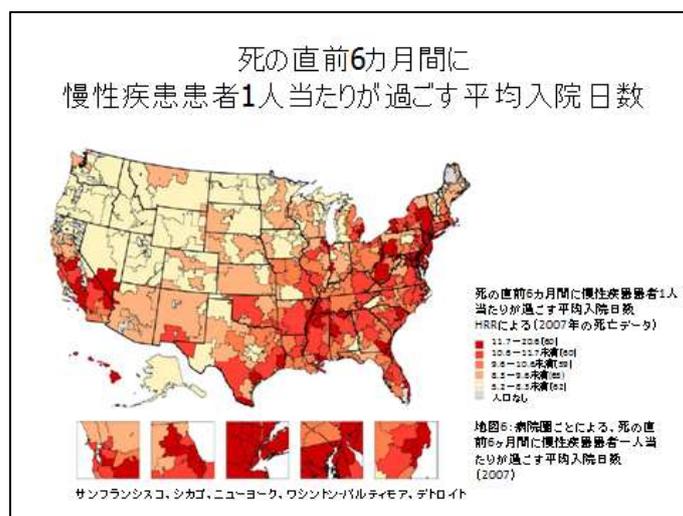
- 重度の慢性疾患を有するメディケア受給者が終末期に病院で過ごした日数は、**2003年**よりも**2007年**のほうが少ない。
- **2003年**と比較すると、**2007年**には彼(女)らが病院で死亡する確率が低く、ホスピスケアを受ける傾向が高かった。

ただし、いいニュースもあります。**2007年**にメディケアの受給者が病院で過ごした終末期の日数は、**2003年**よりも減ってきています。そしてまた、病院で死亡するケースは、**2003年**に比べると、**2007年**のほうが低かったのです。これは少し楽観してもよい傾向かもしれません。

3) 医療システム、介護システムのばらつき



この地図は、ダートマスの保険アトラスです。「慢性疾患を有するメディケア受給者間における集中治療入院に関わる死亡率」の割合が、地域ごとに色分けしてあるのですが、かなりばらついていることがわかります。4%程度の人たちしか集中治療室で死んでいないという地域もあれば、30%以上の人たちが集中治療入院で亡くなっていると地域もあり、非常に地域格差が大きいということがわかります。これを念頭に置いて、アメリカを一般化して考えるというよりも、医療システム、介護のシステムにはかなりばらつきがあるという認識が必要です。



この地図でも、やはり同じようにばらつきがあるということがわかります。これは「死の直前6カ月に慢性疾患患者1人当たりが過ごす平均入院日数」ですが、5日未満というところもあれば、21日間病院で過ごしているところもあります。一般的に言うと、日本よりもアメリカのほうが相当短いと思いますが、21日というのはアメリカのスタンダードからすると、かなり長い日数になります。

4) 40年前から進まない終末期ケアの議論

私達がすべきことは何か？

- 当時3つの対策がとられた。
- 終末期における患者の選択肢拡大(例: 生前遺言及び／あるいは代理人の指名)
- 医師への研修の改善
- ホスピスや緩和ケア
- 40年経ったが、成果はわずかである。
-なぜ？

ヘイスティングスセンターの創立者である、ダニエル・キャラハンとウィル・ゲイリンが最近一緒に論文を出版しました。テーマは、なぜ終末期ケアのディベートがずっと同じなのかということです。フラストレーションがたまっているのです。

40年前に終末期ケアについて、3つの対策が取られています。

1つ目は、終末期における選択肢を拡大することです。たとえば様々な法的なリビング・ウィル、あるいは代理人の指名などによって選択肢を広げること。2つ目は医師への研修の改善。そして3つ目はホスピスや緩和ケアでした。こうした対策を立てて40年間行ってきましたが、成果はわずかです。

5) 事前指示書から持続的委任状へ

事前指示書は効果的か？

- 十分な指示が提供できていない
 - 曖昧すぎて明確でない:「もし私の死期が近づいたら」
 - 日常的な臨床的状況で役立つには医学的に特定されすぎている (例:「もし私が長期にわたって植物状態になったら」)
- 2005年に大統領生命倫理評議会が出した報告書でも、事前指示書の効果に懸念を表明している。
 - 「人の将来のケアについて明確に指示をしようとするのは、誤っていたり効果的でなかったりすることが多い」
- **しかし**その後の調査からは、指示書が使用された場合には、その真の価値を提供できることが示唆される。
 - 例えばTeno等の調査では、「事前指示書、蘇生禁止指示書及び人工的水分補給・栄養差し控え指示書は、経管栄養の低使用率と関連している」事がわかった。

事前指示書というのは効果的でしょうか。ヘイスティングスセンターでも調査を行いました。事前指示書の問題として、まずは曖昧すぎるという点があります。たとえば、「もし死期が近づいたら」では漠然としすぎて役に立ちません。逆に細か過ぎる、具体的過ぎる場合もあります。専門的、医学的な状況のことを言ったとしても、自分の病状が違った方向に進むかもしれません。2005年に大統領生命倫理評議会が出した報告書の中でも、やはり事前指示書の効果に懸念が表明されています。

そうはいつでも、ジョン・ティーン等の調査では、事前指示書の中で蘇生禁止指示、あるいは人工水分栄養補給差し控えの指示を行っている場合には、経管栄養が減っているということも判明しています。法的な手段には懸念はあるが、効果は少しはあるということです。

永続的委任状(Durable Power of Attorney)が救いの手？

- アメリカ法曹協会の高齢者法律問題委員会及び大統領生命倫理委員会が、「永続的委任状」の利用を通じて「代理人」を活用することを推奨した。
- 医療委任状を手配しているアメリカ人は**15%**に過ぎず、生前遺言を準備している人(小数)の半数である。

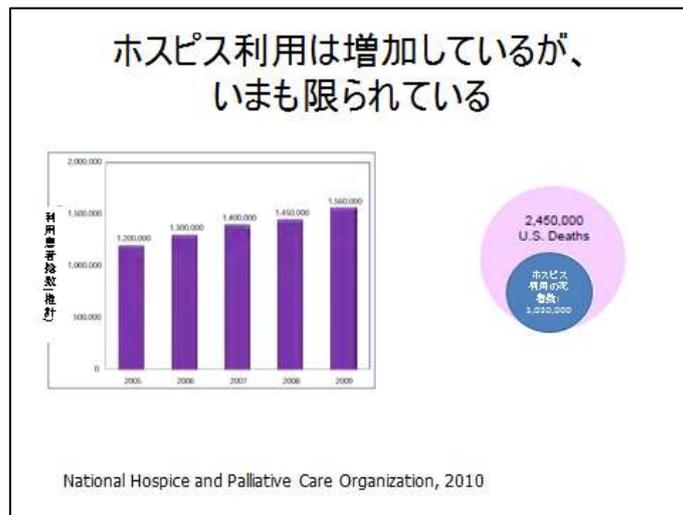
こうした事前指示書の問題点に対して、持続的委任状が救いの手になるのではないかと考えています。持続的委任状は、アメリカの法曹協会の高齢者法律問題委員会及び大統領生命倫理委員会が、その利用を通じて代理人を活用することを提案し、推奨しているものです。ただ、持続的委任状を手配しているのは、アメリカ人の**15%**に過ぎません。これは生前遺言(リビング・ウィル)の**30%**の約半数で、活用の率は少ないと言えます。

6) ホスピスの展開

ホスピスの展開

- 「ホスピス」という言葉は、**1967年**にロンドン郊外でホスピス(セント・クリストファー)を設立したシシリー・ソンダーズが作った。
- **1960年代後半**に、エリザベス・キューブラー＝ロスの著書「死ぬ瞬間(On Death and Dying)」で、「尊厳死」が注目を集め、エール大学看護学部長だったフロレンス・ウオールドはソンダーズと共に働き、アメリカでホスピスを推進した。
- 重要な指標から、ホスピスが「主流」になりつつあることが確実に示されてきた。
 - ビル・クリントンの医療改革(実現せず)で保証給付に含まれた(**1993年**)
 - ホスピスケア記念切手発行(**1999年**)
 - ホスピス・緩和ケアへのアクセスに関する全国会議(**2005年**)
 - ホスピスに「世界的関心」を寄せてもらうための「世界デー」イベントが**70カ国**で開催(**2006年**)
 - ホスピスケアが終末期ケアのコストを削減することを主張する研究が増加

ホスピスは、非常に重要です。ホスピスは**1967年**にロンドンでシシリー・ソンダーズが作ったもので、ニューヨークでもこれを元にしています。**1960年代**以降に徐々に主流となり、受け入れられるようになりました。また、ホスピスが死の質を上げ、コストを下げるのが指摘されています。



アメリカでは、ホスピスの利用が増加しています。これはいいニュースですが、一方悪いニュースとしては、増えてはいるが、まだまだ利用が限られているということがありません。

アメリカのホスピスケアは どこで提供されている？

死を迎えた場所	2009	2008
患者の自宅	68.6%	68.8%
民家	40.1%	40.7%
ナーシングホーム	18.9%	22.0%
居住施設	9.6%	6.1%
ホスピス(施設)	21.2%	21.0%
急性期病院	10.1%	10.1%

National Hospice and Palliative Care Organization, 2010

日本ではホスピスはほとんど施設で行われているということですが、アメリカでは事情が若干違います。

アメリカでは、68%以上のホスピスケアの利用者は、自分が暮らしているところでホスピスケアを受けている。ただし、特にアメリカでは、亡くなる時は居住施設、ナーシングホームなど、自宅以外の居住型施設で住んでいるということがよくあるため、68.6%の方々が暮らしているところで受けていると言っても、それらがすべて自宅ということではありません。ホスピスのケアを受けているということであって、急性期の病院に行かなくていいという意味です。

7) ホスピスケアは “Too Little ,Too Late”

Too Little, Too Late(少なすぎ、遅すぎ)

- ホスピスケアの平均利用日数は**69日**、中央値は**21.1日**
 - 半数は利用が**3週間未満**で、残りの半分为**3週間以上**
- ホスピス利用者のお大半が癌患者のため、死の**3週間前**、あるいは平均値である**69日前**まで、終末期であることがわからない、というのは考えにくい。

Too Little, Too Late(少なすぎ、遅すぎ)

- 心臓病の終末期患者に関する調査では、ホスピスサービスが徐々に増加していたのと同時に、費用がかかる集中治療の利用も増加していたことが分かった。
- ホスピスケアがコストを削減できる十分な証拠がある一方で、ホスピス前にかかるコストも計算されなければならない。

多くの方がホスピスケアを受けるようになってきてはいますが、ホスピスケアの期間が短かすぎるし、提供が遅すぎる（Too Little ,Too Late）ことが問題です。これはメディケアの法律とも関係しています。ホスピスのケアを受けるためには、余命6か月未満という診断を受けることが必要だからです。

理論的にはホスピスケアというものは、何か月も受けるべきものです。しかし、ホスピスケアの平均的日数は、**69日**に過ぎません。中央値は**21日**です。つまり半分以下の方々が**3週間未満**のホスピスケアとなっています。

もともとホスピスというのは、がん患者を念頭において作られたもので、ホスピス利用者のお大半ががん患者です。それなのに、**3週間前**まで終末期であることを医師が知らないなどということはありません。

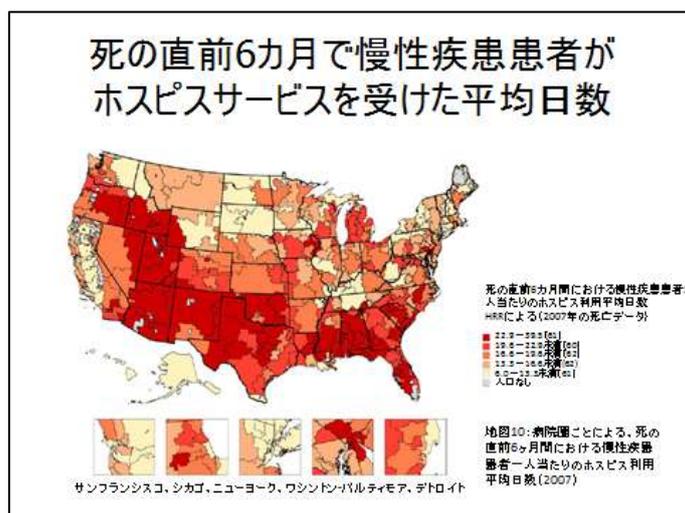
ホスピス利用の人種／民族格差

患者の人種	2009	2008
白人	80.5%	81.9%
多人種／その他の人種	8.7%	9.5%
黒人／アフリカ系アメリカ人	8.7%	7.2%
アジア、ハワイ、その他太平洋諸国	1.9%	1.1%
アメリカンインディアン／アラスカ先住民	0.2%	0.3%

National Hospice and Palliative Care Organization, 2010

アメリカのサービスのばらつきに関しては、民族、それから人種のことも考えなければいけません。ホスピスの給付はいろいろな人に行われてはいますが、80%以上のホスピスの利用者は白人です。多人種、黒人、アジア、ハワイ、アメリカンインディアンの方々の利用率はかなり低いことがこの表からもわかります。

死の直前6カ月で慢性疾患患者がホスピスサービスを受けた平均日数



地域によっても、ホスピスの利用にはかなりばらつきがあります。「死の直前6か月で慢性疾患患者がホスピスサービスを受けた平均日数」は6日～39.5日までバラバラです。ホスピスが提供されているところであっても、利用がまだまだ少ないことがわかります。

8) 緩和ケアはコストを削減できるか

緩和ケア

- 緩和ケアとは、患者の痛みに対処したり痛みを抑えたりするサービスの総称である。患者は同時に治療を受けてもよいし、終末期であってもなくてもよい。
- ホスピスケアは必ず緩和ケアを伴うが、緩和ケアはホスピスだけでなく他の場所(特に病院)でも行われる。

アメリカでは、緩和ケアとホスピスが混同されているところがあります。箕岡先生もおっしゃっていましたが、緩和ケアは非常に早い段階で、継続的なケアの一部として行うことができます。疼痛管理ができるし、カウンセリングを家族、患者にすることもできます。緩和ケアはプロセスの早い段階で行って、その後ホスピスでの緩和ケアに移行するのが理想的です。

緩和ケアはコストを削減できるか？

- 最近の調査では、転移性非小細胞肺癌の患者対象の緩和ケアが、コスト削減につながったことを示している。
 - なぜ？このような患者達は、効果がほとんどない毒性の強い治療を受けるのをやめたから。
- 緩和ケアチームは在宅ケア支援を提供し、予防可能な患者の緊急入院を防いだ。

Temel et al. 2010 NEJM.

最近、転移性非小細胞肺癌の患者対象の緩和ケアが、コスト削減につながったというニューイングランド・ジャーナルの記事が出ましたが、ちょっと誤解があります。コスト削減につながったのは、このような患者が、効果のほとんどない毒性の強い治療を受けるのをやめたからです。

ただ、在宅ケアで行うと、単に患者の QOL が上がるのみならず、政策としてコストを下げることができます。それは確かです。

9) 緩和ケア拡大の財政的なバリア

ただし、そうは言っても、財政的なバリアというのはあって、緩和ケアについては、患者との利益相反が病院にはあります。病院は、終末期の集中ケアで収入を上げているのが実情だからです。

緩和ケア拡大の財政的バリア

- 直接的な利害対立: 病院は終末期の集中ケアで収入をあげている。
- メディケア(とメディケイドの大半)には、病院内におけるホスピス・ベース以外の緩和ケアに対する特定の報酬カテゴリーがない。

5年前、「医師と病院が、一番収益を上げることができるのは、患者が治癒することではなく、早めに病気になって、それが慢性化として継続的に維持するケースだ」という一連の記事がニューヨーク・タイムズに掲載されました。たとえば慢性の腎炎の人に透析をすると非常に長期的になり、それによって病院側は継続的に収益を上げられます。ただし、最初に糖尿病の予防をしてしまうと、収益が上がらないといったからくりです。

ホスピスベース以外の緩和ケアに関しては、メディケアの場合、特定の報酬カテゴリーがないことが問題として上げられています。慢性の、たとえばがんといった、外来で多くの治療を受けなければならないといった人にとっては、とりわけ様々なケアが受けられない状況にあります。

緩和ケアに対する財政的バリア

- 緩和ケアはホスピスと同じではないが、混同されることが多い。
- メディケア・ホスピスプログラムに適用される規則は、早期の緩和ケア提供という目標を弱体化させるものである。
 - メディケアホスピス給付の対象となるには、患者は6か月以下の余命の診断を受けなければならない。
 - 患者は、全ての治療をあきらめて、ホスピス給付のみ受けることに同意しなければならない。

また、ホスピスの給付の対象となるためには、たとえば6か月以下の余命の診断を受けなければならないと考えられてしまうことも問題です。6か月以上の余命があったとしても、緩和ケアを受けることはもちろんできるのですが、医師の方は患者に緩和ケアを与えるために、余命の診断6か月以下とするのをためらってしまうケースがあります。患者は患者で、すべての治療をあきらめて、ホスピスの給付のみを受けるとことに同意しなければならないということへのためらいがあります。

緩和ケアへの財政的バリア

- 患者の大半は病院かナーシングホームで死亡するため、ホスピスプログラムは施設の医療専門職と調整を図らなければならない。
- ナーシングホームは、患者を緩和ケアに移行させることで、金銭的にペナルティーを課される。
- 質の評価指標は、ナーシングホームが患者を緩和ケアに移行させることを実践しにくくしている。

組織的な問題もあります。患者の大半は病院かナーシングホームで死亡するために、ホスピスプログラムは施設の医療専門職と調整を図らなければいけないのですが、これが非常に難しい場合があります。

さらにナーシングホームに関してもっと問題になってくるのは、金銭的なペナルティを課されることです。患者を緩和ケアに移行しなければならないため、ナーシングホームの保険対象分のベネフィットが少なくなってしまうからです。また、ナーシングホームは患者を緩和ケアに移行させることによって、クオリティに関しての評価の指標が悪くなってしまうということがあるため、移行を実践しにくくしています。

緩和ケアと慢性癌

- アメリカでは、以前に癌の診断を受けた癌生存者が**1,200万人**近くいる。
 - 早期癌の治療を受け、再発していない人
 - 長期にわたって治療を受けている慢性的な癌患者
 - 癌が再発しやすい人
 - 癌に関連した慢性症状のある人
- ホスピス外の緩和ケアは、入院での診察サービスの**場合が多い**
 - 外来は、これらの幅広いサービスへの一貫したアクセスが**難しい**。

アメリカでは、以前がんと診断されたがん生存者というのが非常に増えていて、1,200万人近くいます。その中には早期がんの治療を受けて再発していない人、長期にわたる慢性的ながんで治療を受け続けている人、また、がんが再発しやすい人、関連した慢性腫瘍となる人もいます。

ホスピス以外の緩和ケアは、入院での診察サービスは多いが、退院して外来になると、そうしたアクセスが難しくなってきます。急性期の病院やナーシングホームのホスピスと違ったところでは緩和ケアがあるのですが、慢性のがん患者として長年外来で診察を受けている人たちにとっては、緩和ケアを受ける財政的な仕組みや組織的なメカニズムがないことが問題となっています。

モラルと終末期ケア

- 宗教の「権力者」たちによる露骨な干渉の事例なしに、アメリカの物語は終われない。

– Terri Schiavo

– オクラホマ州Tulsaの患者(2010年)

– H.R. 3200の第1233項「Advance Care Planning Consultation(事前ケア計画協議)」

終末期におけるモラル、とりわけ宗教の役割についてお話しします。

すでにいろいろなケースがあります。Terri Schiavo ケースというのは、心臓の発作が原因で酸欠と植物状態になったフロリダ州の女性の事例です。彼女の夫のマイケルは、彼女の人工呼吸器を外したい、それが彼女の希望でもあったと主張しましたが、彼女の両親が反対して訴訟になりました。するとここに宗教の権力者たちが露骨な干渉をしてきたのです。当時のブッシュ知事のもと、人工呼吸器を取り外してはいけないという判決がでましたが、最終的には医師は人工呼吸器を取っても良いということになりました。

また、2010年、オクラホマのタルサの患者のケースでは、いわゆる終末期において、「死に至る病であるとわかったときには、自分に対して人工栄養を出さないでくれ」という事前指示があったにもかかわらず、患者の兄がそれはカトリック教会の考え方に違反するというので、カトリック教会の専門家を巻き込んで、患者の事前指示書を無視しました。

さらに緩和ケア、そして「事前ケア計画協議」¹ がなされた後に、これは政府がいわゆる安楽死を促進する方法で、それによってコストを節減するためであると主張する人たちがいました。これは全く真実ではないのですが、政権はこういった法律に関しては、非常にセンシティブなものは取り除かなければならないと主張する政治家もいます。

¹ H.R.3200 の第 1233 項「Advance Care Planning Consultation (事前ケア計画協議)」

1 1) 難しい医師のコンサルテーション

ケアの差し控え VS 中止

- アメリカでは法的にも倫理的にも区別されない。
 - どちらもケアを実施しないこと。
 - 延命支援の中止は、医師幫助自殺とは法的にも道徳的にも異なる。
 - 緩和を目的とした鎮静剤の使用は、(わずかであるが) 死を早めることもあるが、これも医師幫助自殺とは異なる。

以上のように、アメリカにおいては、医師のコンサルテーションに関して、法的にも、倫理的にも、難しい問題があります。

1つの点として、ケアの差し控え vs 中止といった問題です。これは法的にも、倫理的にも区別されていません。ケアを実施しないという点では、どちらも同じです。より良い緩和ケアを提供し、また患者自身が望むのであれば、ケアを中止することが少なくとも倫理的には問題はないと法律では認められています。こうしたコンセンサスがあるのにもかかわらず、なおもまだこういった意思決定をする時にためらいがあるのです。

ケアの差し控え VS 中止

- 医療専門職は、違和感を「感じる」ことにより、ケアを中止する決定がしにくい。
 - この点を認めるのは重要。しかし、もし治療の差し控えが患者の望むことであれば、決定しにくいからと言って患者の要望に反することを行うのは倫理的でない。

病院、それから医師、専門職はケアを中止する決定に違和感がありますが、それは、治療を差し控えることによって訴訟を起こされるのではないかという懸念からです。決定しにくいからと言って、患者の要望に反することを行うのは、倫理的ではありません。

法的な障害を取り除く

- 法的な障害を取り除いた重大な判決
 - Quinlan (1976)
 - Saikewicz (1976)
 - Bouvia (1986)
 - Schiavo (2005)

より良い緩和ケアを提供し、また患者自身が望むのであれば、ケアを中止することが少なくとも倫理的には問題はないと法律では認められています。

法に関する誤った通念

- 緩和目的の鎮静剤使用、延命治療の未提供、または延命治療の中止により訴えられた病院やナースングホームは、ほとんどない。
- しかし、上記の事が起こるのではないかと、いう不安だけでも、医療提供者が患者を一番に考えた行動をとりにくくするのに十分である。

ただ、感情的な問題というのは依然として残っています。

1.2) 死との勝利なき闘い

死との勝利なき闘い

- CallahanとNuland: アメリカの医療・社会の文化 (New Republic)
- 良質な終末期ケアは、死を人間の状態の一部として受け入れる意思を必要とする。
 - 医療専門職による
 - 患者や家族による
 - 医療業界による

一番の問題点は、やはりわれわれが、死というものを受け入れていないということではないでしょうか。

箕岡先生もおっしゃっていたが、われわれとしては、やはり死が人間の状態の一部であることを受け入れることが必要です。いわゆる医療専門職も家族も医療業界もそうしなければなりません。

死との勝利なき闘い

死を人間の状態の一部として受け入れる、ということの意味

- 医療専門職にとって: 患者を健康へ導く以前の任務と同じように、患者の死への道に付き添うことが重要となる。
- 患者や家族にとって: 医療は結局、死から救えるものではない。
- 医療業界にとって: 高い費用をかけて命を数カ月しか(あるいは1年ほどであっても)伸ばさない新たなテクノロジーは役立たずである。
 - 高い医療費
 - 良質の終末期ケアの先延ばしを後押しする: まだあきらめるな、果敢に戦え

しかしながら、死は敵であって、私たちはそれに対して闘わなければいけないという考え方も頭のどこかに常にあります。

連邦政府政策と勝利なき闘い

- リチャード・ニクソン大統領が1970年に宣言した癌との「闘い」および、アメリカ国立衛生研究所の研究予算の急増。
- 死との闘いで犠牲となったことの一例: 医療が、古くからの歴史があるケア・死を人生の避けられない一部として受け入れること・安らかな死を迎えられるように医師が可能な限りの全てを行う倫理的義務を忘れてしまった。
- 「技術的規範」は、死にゆく人の命を持続させるように出来る限りのことを行い、そのために使える技術を積極的に使う義務として、医師の間で幅広く理解されている。
- 比較的好く知られていない「技術的規範」: 限らない医学的進歩を追求する、と想定された義務

1970年、がんとの戦いと称して、リチャード・ニクソン大統領が、NIH (National Institutes of Health : アメリカ国立衛生研究所) の研究予算を急増したが、このことが、今まさにある種の障壁になっています。

つまり、がんとは治すものであり、治せるようにするための研究に莫大な予算が使われています。そして、病気を治すために、人生の最後までその努力を惜しまないことが当たり前だと、多くのアメリカ人が思っています。

これからは財政的な、そして組織的なバリアを取り除いていき、その患者の意思に沿っていくということが何より重要だと思います。

4. ディスカッション

第1部のプレゼンテーションを受けて、参加者からは様々な質問票が提出され、また意見が述べられて活発な議論が交わされた。以下はその一部である。

日本居住福祉学会会長

早川和男

「居住空間の大切さ」

早川 生まれてから生涯を終えるまで、どのような居住空間が人生に相応しいかということの研究している。富山県砺波市にある「ナラティブホーム」は、終末期居住の新しい試みだ。「ナラティブホーム」は、病院が午前中は診療をするが、午後は在宅介護の訪問をしている。近接する「ものがたりの郷」には在宅支援診療や訪問看護ステーションなどの医療・看護・介護サービスが24時間提供され、家族とともに終末期を迎えることができる。日本居住福祉学会では、これは終末期の居住空間の在り方の一例として、表彰させていただいた。

もう1つ、居住空間の大切さという点では、アメリカのロバート・バトラー博士は、認知症のあるお年寄りが転居すると、死に至る危険があると、ご本に書いておられる。こうした点につき、さらにご意見があれば、うかがいたい。

ガズマノ 特に認知症の方が転居することになると問題を起こすと思う。ヘイスティングスセンターでも、急変などで場所を移ると、進行が速まり、本当に症状が悪化してしまうケースがあった。だから、ホスピス、その他の終末期のケアを、住んでいるところで受けさせなければいけないというのは、このあたりにも関係があると思う。緩和ケアのサービスも同様だ。

アメリカでは病院へは外来で、終末期ケアを自宅でという実践がなかなかできていないが、居住の問題は非常に重要だと思う。

箕岡 “How we die depends on where we are when we are dying.” 「私たちが死ぬときにいる場所が、その人の死に方を決める」。まさにそれに尽きると思うので、住環境の問題、これから考えていかなければいけない大変大事な問題だと考えている。

医療法人社団つくし会新田クリニック院長

新田國夫

「在宅の看取りが増えない原因」

新田 ガズマノ先生の表現の、“Too Little, Too Late.” これは日本も全く同じである。かつて私もアメリカに行ったときに、なぜ“Too Little, Too Late.”なのか聞くと、結局治療からのチェンジングができないために、あまりにも遅れてしまうとのことだった。

チェンジングができないのは、誰もが死にたくなくて、飽くまでも治療を望むからだ。とくにがん患者はその傾向にある。

ただ、日本で起きていることは、高齢対策である。高齢者にとっては、死を望まないのではなくて、徐々に死を迎えるという状況になりつつある中で、どこで死ぬかという問題に置き変わって来ているのではないか。アメリカのホスピスケアの提供は68%が患者の自宅という話だったが、日本もこれに近づいてきていると思っている。

在宅ケアに関しては、大雑把に言うと、いわゆる国民意識として、生を求める問題と、死に対するチェンジングがなかなか進まないということだと思っている。

ガズマノ 日米比較の研究を10年以上行っているが、常に思うのは、文化的、組織面での違いがあるにもかかわらず、非常に共通点が多いということだ。つまり長期的なケア、終末期ケアに関して、誰も死にたくないし、死に直面するのはいやだと思っている。ただ、やはりケアを提供している専門職、それからまた家族の人たちは、あるところであきらめるということが適切ではないだろうか。患者も含め、私たち全員が死と直面してこなかったことが今までの問題ではないか。

箕岡 最近プロフェッショナルの方々に対して行ったアンケート調査で、終末期にある方の事前指示があった場合に、延命治療を中止したり、差し控えたりすることが可能かという問いには、可能だという回答が非常に多かった。しかし、実際にファミリーが終末期になった場合を問うと、「1日でも長く生きてほしい」と変わってしまう。そのあたり、今後、もう少し研究していかなければいけないと考えている。

元参議院議員

阿部正俊

「終末期ではなく終生期と言ってほしい」

(質問票)

- ・ 生は誕生と終わりがある
- ・ 生の終わりが「死」といわれるだけだ
- ・ 生は 100%本人のものである
- ・ 死は家族を含めた近くの人々のかかわった多様なものである

提案

- ① 「終末期」と言わずに「終生期」と表現しよう
- ② 生の終え方について、本人の（事前の）意見を最大限尊重しよう
- ③ 医療は本来「治すもの（生を支援するもの）」であり、「死」にかかわるのは得意ではないはず（少し手を引こう）。「看取り」に医療は何ができるのだろうか？

木村 阿部正俊先生からの質問票に、「医療は本来治すものであり、死に関わるのは得意でないはずだ」とある。確かに医療側は命をできるだけ伸ばす方向で今までやってきていて、それはアメリカも日本も同じだ。

ガズマノ先生のプレゼンテーションの中にも、死の看取りを含めて、医療のプロフェッショナルのコンセプトを変えようという話がでてきた。もう少し詳しくご説明いただきたい。

ガズマノ 医療の目標は、必ず死の要因を取り除くことだという考え方があるが、それに関しては、国際長寿センター（米国）のすばらしい論考がある。そのうちの1つが、「老衰で死んだことがあるのだろうか」である。

アメリカでは、死亡証明書の理由の欄から老衰という項目がなくなっているからだ。ということは、結局必ず病気で死ぬということになる。だから、何十億ドルも費やして NIH (National Institutes of Health) が病気の治療のための研究をやっている。

これは、死ぬ理由を全部なくすために行っているわけで、とても非現実的である。医療の目的は、ケアを提供することだというキャラハンたちの主張は正しい。死も人生の一部。治療が役に立たなくなってくる時点があるのだから、そうなったら、生活の質を提供する、苦痛を和らげる、快適さを提供する、といったようにフォーカスを変えていかなければいけない。

死に焦点を当ててトレーニングを始める医師はいないと思う。特にアメリカでは、医療でお金持ちになりたいと思えば、外科医になって、ハイテクの医療をしなければならない。これがやはり問題ではないかと思う。これは価値観の選択肢だ。

箕岡 日本の医学部や看護教育では終末期についての教育はまだ行われていない。医師や看護師になった後に、自分の実践を通じて緩和ケアについて学んでいくのが現状だ。実際には緩和ケアは非常に大事で、将来は学生にも教育しなければいけないと思っている。

阿部 質問票に終末期医療と言わないでほしいと書いた。人生には必ず死があるが、人というのは生きているわけで、生きている人について終末期というのは医療が独断的すぎる

のではないかと感じている。認知症やがんなどという前に、普通の人がどう生き終えるかということを考えるのが大事ではないだろうか。死については医療の問題だけで議論されることが多いが、生き方は100%本人自身のものだ。「死」を本人が認識することはない。だから、本人の意思を、生き終え方を、まず確かめるというところから始めていただきたいものだと思う。それがこれからの日本における長寿社会ののポイントなのではないか。「医療は死にかかわるのは得意ではない」というのはそういう意味だ。死については、医療関係者や周りの人間が決めるのではなく、本人が決めるのであるということだ。だから、「終末期」と言ってほしい。あくまでも生の終わりである。

5. 「終末期ケアに関するステートメント」の提案

木村 このようなセミナーでは医療関係のプロフェッショナルだけで集まる機会が多いのですが、ソシオロジスト、法律家、政治家等、いろいろな方々が集まって議論できたことは非常に有意義でした。

最後に、スピーカーの共通理解ということで「生と死—いのちの終わりを考える—」ステートメントを提案します。

<p style="text-align: center;">国際長寿センター セミナー 「生と死—いのちの終わりを考える —国際比較の中から」 2011年11月18日 終末期ケアに関するステートメント（暫定）</p> <p>①私たちの人生には、自分自身ではどうすることもできない病気・死などの苦難・苦しみがあります。</p> <p>②あなた終末期の尊厳を守り、あなたの残された日々を平穏で充実したものにするために、人生の最期のステージをよく‘生きること’を大切にしたいする必要があります。</p> <p>③「本人意思によって延命治療をしないこと」は、倫理的に安楽死とは全く異なる概念です。</p> <p>④適切な終末期ケア（end-of-life care）とは、「本人自身にとって」「その時に」「もっとも相応しい」医療・ケアを提供することです。</p> <p>⑤もし、治療目標を「完治」から⇒「快適さ」「尊厳への配慮」に変更しなければならない時期がきたと適切に判断された場合には、延命治療を差し控えたり中止したりすることは、死にゆく本人の「最善の利益」のために許されることです。</p> <p>⑥人はひとりで生きているわけではありません。家族をはじめ、たくさんの人々に囲まれて生活しています。本人の真意を理解するために何より大切なことは、（まだ意思能力があるうちに）本人とその親しい人々が、十分なコミュニケーション（およびディスカッション）を行うということです。</p> <p>⑦終末期における延命治療について、それを受けるのか、あるいは拒絶するのかを自分自身で決める権利があります。そして、事前指示においては、本人は、かつて意思能力が正常だった時に、その代理判断者を自分自身の最善の利益のために信頼して選んでいるという事実を忘れてはなりません。</p> <p>⑧医療に関する事前指示に法的強制力がない場合でも、医師をはじめとする医療従事者や介護従事者は、本人の願望がどのようなものであったとしても、それらに耳を傾けなければなりません。</p> <p>⑨すべての人には、平穏な終末期を保障されるために、緩和ケアを受ける権利があります。終末期と判断されたのなら、時宜を逸さない緩和ケアが開始される必要があります。</p> <p>⑩日常的にケアを実践している家族介護者の身体的・精神的・経済的支援、そして、家族介護者の終末期医療に関わる意思決定を最大限支援することは重要です。同様に、終末期ケアに携わる専門職のQWL（Quality of Working Life）についても配慮が必要です。</p>
--

（このステートメントは、さらに2012年3月に国際長寿センター企画運営委員会にて確認された）

(セミナーを終えて)

6. 看取りのバイオエシックスを実践するために

恵泉女学園大学 学長
木村利人

今回の国際長寿センターのセミナー「生と死—いのちの終りを考える・国際比較の中から」は、ILCによる「理想の看取りと死に関する国際比較研究」の一環として行われた。

いのちの終わりの現状と今後の展望を、箕岡先生とガズマノ先生とがそれぞれ日本とアメリカとの社会的背景をふまえて具体的なケースも分析しつつバイオエシックスの視点からの検討と問題提起がなされた。医療や介護をめぐる社会的、文化的な相違がみられるものの、日米の比較を通して浮かび上がってきたのは、「良質な終末期ケアの倫理目標」(ガズマノ先生による指摘)の設定において、「苦しみを和らげる」こと等、日本の「安らかな死」への願いの表明と共通の点がみられるということである。

人生の最も大事ないのちの終わりの時を、従来、私たちはあまりにも「病院」に閉じ込め、「医療化」し過ぎてきたように思う。過度の終末期医療、偽りの希望を与えての医療処置と延命、患者の痛みへの無配慮、説明・同意の不十分さ、そして過剰な延命処置によって、ただいのちを永らえるのではなく、何よりも自分自身の人生観や価値観に基づいて、できれば「在宅」で生命の終わりを安らかに迎えたいと言う患者自身の生前の意向が無視されてきたように思われる。

私自身の家族・親族の身の上にもこのようなことが起こった。かつて、今から約40年も前のことだったが、私の父は不治の肺がんと診断されたが、その事実は患者である父には告げられなかった。父は、老人性結核の治療をしているということにされ、大変に激しい痛みと苦しみの中で「早く安らかにいのちの終わりを迎えたい」と家族に訴えつつ世を去った。同じ頃に、私の義理の祖母は抗がん剤の副作用としか思えない錯乱状態に陥りベッドの縁に手足を拘束されていた。呼吸困難による気管切開手術も家族の反対を押し切って、医師の判断のみによって行われ、本人の生前の明確な願いだったこの世における安らかないのちの終わりとはほど遠い臨終を迎えた。

長い間このような状況が、むしろ当然のこととして受け入れられてきた日本においても、1980年代以降には、バイオエシックス(生命倫理)の考え方の基本をなす「自己決定」の原則に基づいた患者の権利の発想やインフォームドコンセントの考え方が理解されるようになり、少しずつではあっても状況は変化しつつあるように思われる。

いのちをまもり育てるために—バイオエシックス(生命倫理)の形成

国際的にみて、1960年代後半からの約40年間に極めて大きな「いのちをまもり育てる」ための様々な変革が起こされ、それがバイオエシックス(生命倫理)の形成をもたらすことになった。これらの変革の社会的背景として、1960年代からの様々な世代と性別を越えて連帯した人権運動があった。伝統的な「医師中心の医療」から「患者中心の医療」へと、医療の考え方の基本、すなわちその「重心」の移行に根源的な変革をもたらす影響を与えたのがバイオエシックスの発想なのであった。

たとえば、アメリカでの高齢者のいのちをまもり育てるための闘いはグレイ・パンサーという戦闘的なグループによって「老人差別反対」として展開され、若者たちとの連帯の

プロジェクトが社会変革をうながした。世界的な広がりを見せた女性解放運動の展開は性差別、就職差別をなくす社会作りの実現に大きく貢献し、女性のリプロダクティブ・ライツの宣言などを含め国連世界女性会議の開催などへと大きな広がりを見せた。

また、医療消費者としての患者の権利の主張とその保護、医師－患者関係の人間としての平等性、患者の知る権利の確認や市民の情報の公開を求めての地域社会運動も展開され、世界の諸国で、医療における患者の権利が立法化された。たとえば、アメリカ病院協会の「患者の権利章典」の宣言やマサチューセッツ州などでの「患者の権利法」などは地域における具体的な運動の成果であった。人々の世界観や価値観、人生観に根源的変革をもたらしたこれらの1960年代から1970年代にかけての正義の実現と充実したいのちをまもり育てる人権運動や社会運動こそが実はバイオエシックスという学問の最も重要なルーツの一つなのである。

いのちの終わりの国際的様相－未熟死を避ける

1980年代に、ワシントンD.C.で開催された「死と死の過程」を考えるコミュニティ・セミナーに招かれて参加した時のことであった。開会の言葉に続いてのセッションで、美しいバロック音楽を背景にスライドで「死を考える」テーマでの情景が写し込まれた。それらの死のありさまのカラーズライドは、アフリカやアジアなど世界の各地での殆ど医療の恩恵が与えられない状況の中での「未熟で貧困な死」であった。飢餓・栄養不良などによる死に加えて、第一・二次世界大戦、ベトナム戦争、中近東や南アフリカの紛争、犯罪や事故による死など人間が作り出してきた残酷な様々な死の状況も次から次へと写し出された。これによって、死を特定の個人の病気・病院・医療との関わりだけで考えがちな先進医療諸国での私たちの「贅沢な死」への問いかけがなされた。

開発途上国の人々のいのちの保障と充実、その生と死の問題に重ね合わせつつ私たち自身の生と死をどの様に把握すべきかをめぐって討論は白熱し、長時間に及んだことが強烈な印象となって残っている。

私にとって関心をひいたのは、当然のことながら高齢化社会における「成熟死」(mature death)は受入れても「未熟死」(immature death)をおこさせないように国内・国際的に着実な政策を実現していこうと言うことであった。

もちろん人間にとっての死に成熟も未成熟も無いように考えられるが、現実にはそれぞれ「大往生」が前者にあたり、「不慮の死」が後者に当たると考えられる。そして、既にこの「mature 概念」を用いての死と死の過程をめぐる様々な教育が米国では幅広く行われており、このセミナーもその一環なのであった。

自分のいのちの主権者として－バイオエシックス公共政策

私たちの生が有限であることは誰もが知っているものの、高齢者であると無いとにかかわらずその終わりが何時やってくるのかは誰にもわからない。そしてそれが「成熟死」か「未熟死」かといったことの判断も人によって異なるであろう。しかし自分が、自分のいのちの主権者としての意識に目覚め、人間としての尊厳と人権をまもるためのさまざまな社会活動や運動が医療・保健の分野にも広がりを見せ、それが数々の生と死をめぐる「バ

イオエシックス公共政策」や立法化へと進展していったと言う歴史的事実の重みを正しく受け止めなくてはなるまい。

旧くからあった様々な価値観の変動は、特定の分野の専門家のイニシアティブというよりも、一般の人たちといろいろな分野の専門家との開かれたかたちでの協同作業の中から新しく展開され、生や死の問題をコミュニティの中で考え、実践する方向へと向かうことになった。

バイオエシックスの立場からは、末期の医療において患者の自己決定を尊重し「ホスピスケア」が展開された。いうまでもなく、ホスピスケアとは末期患者を収容する施設のことではなく、在宅ケアを中心に主として高齢者の末期がん患者のための緩和医療と看護によるコミュニティのネットワークをいう。国際的にみても患者の権利擁護など医療・保健関連のガイドライン作りや公共政策・立法は殆どすべて国レベルではなく、はじめはコミュニティでの、自分たちの「いのちを守り育てる」運動としてスタートしていることに注目すべきであろう。

死の決定へのプロセスを自分がいのちの主権者としてあらかじめ備え、文書にする発想が法的に認められたのは米国カリフォルニア州での「自然死法」(1976年)が最初のケースであった。つまり、救急医療の現場やがんの末期状態などにおける極度の不必要な痛みや苦しみのなかで患者にとって利益となるよりかはむしろ人間としての尊厳が失われかねない程の過剰な延命処置を拒否することによって、ある意味で自然な「成熟死」或いは充実したいのちの終わりを迎えたいとする一般の人々の「安らかな生の終わり」への願いが立法化されたのである。

これは勿論いかなる理由付けによるにしても、患者の生命を薬物の注射などにより終わらせることを目的とする患者本人の同意の有無に関わりのない「積極的安楽死」とは異なる。また、これは「消極的安楽死」(患者本人の意向に関わりなく医療が積極的な延命に介入せず自然に死を迎えさせる)とも異なると私は考えている。即ち、「尊厳死」とは本人の法的に保障された「治療拒否権」に基づく「死を選択する権利の行使」の結果として理解されるべきなのである。したがって、事前に「living will」などの定められた文書による指示を要件としているし「事前指示」(advance directives)をより明確にした「持続的委任状」(Durable Power of Attorney)により、ヘルスケアについての決断を特定の個人に委任するという手続きも出来るのである。このことは、治療の拒否の権利を含めあらゆる医療上の価値判断の最終的決定者は正常な判断能力を持った成人、またはその法的代理人であるとする英米法の原理の当然の帰結であるといえよう。米国はいろいろな民族的・宗教的背景を持った多様な価値観の共存を許容する多民族国家であり、各個人の考え方や価値判断を最大限に尊重しようという公共政策が確立しているのである。

いのちの質の充実—国際的な動向と展望

今、私たちの「生」や「死」のありかたを医療、看護、行政、司法などの専門家の発想に委ねることを問い直すというのが国際的な動向であるといえよう。自分たち自身で、また家族との関わりの中で生と死の問題を把握し直し、未来を展望する考え方が広がりつつある。高齢化社会を迎えつつある世界の医療先進諸国では、コミュニティの中でのボランティアが在宅の末期患者の家族を訪問し、家族の人々の手伝いをしたり、話し相手となったり、ショッピングなどを交代で行なったりしている。その他にも、病院のボランティア

担当セクションの調整によって、末期患者のケアにあたっているケースも多く見られる。

私たちの生と死を「医療」の技術性と専門性の中にのみ閉じ込めることから解放し、真に人間的な末期ケアをするために、むしろ、医療、看護専門家でないボランティアによる支え合いのネットワークをつくることには大きな意義があろう。

「未熟死」ではなくて、良き「成熟死」を自ら全うするために患者や家族が専門家に「生命操作」をされることなく、生命と人権を侵害されないように、いのちの質を充実させ、いのちを豊かに最後まで全うさせるように備えるべき時代に私たちは生きている。

「生」と「死」に直面している自分たち自身が「いのち」の主権者なのだというバイオエシックスの発想は、私たちが、それぞれコミュニティの中でお互いに支え合って生きていくための「いのちの質」の充実への出発点なのである。

最後に、今回の国際長寿センターのセミナーにおいては、日米の「看取り」をめぐって、参加者からの質問票の提出、会場での活発なコメントなどもあったが、特に「居住空間」の問題や「終末期」を「終生期」とする表記に改めたい、などのユニークな発言が目された。いのちの終わりの問題を様々な学問分野の専門家をはじめ、今現在で、家族の看取りをなされておられる方々の切実なご体験などを反映するための、このようなセミナーの開催は極めて重要な意味を持っていると感じさせられた。

世界で最初に設置されたバイオエシックス研究機関である「ヘイスティングス・センター」から来日されたガズマノ先生、並びに日本で臨床医としてのいのちの終わりをめぐって、いつも「患者と共にある」バイオエシックスの精神を实践されてこられた箕岡先生、そして当日のセミナーに参加された皆様、国際長寿センターの方々に心からなる感謝を申し上げます。

(セミナーを終えて)

7. 日本における終末期ケア“在宅看取り”の問題を 考える

医師、東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 客員研究員
箕岡医院 内科
箕岡 真子

日本は、世界一の長寿国となり、今後、死亡者数がますます増加する多死社会を迎えることになる。このような困難な状況を、今後どのように乗り切っていくのかは、世界の他の国々が注目するところであり、今回、アメリカ Hastings Center の Dr. M. Gusmano 氏を迎えて、国際カンファレンスを開催できたことは大いに意義のあることだと思われる。

日本においては 1960 年には病院死亡 18.2%・自宅死亡 70.7%であったが、2006 年には病院死亡 79.7%・自宅死亡 12.2%とまったく逆転している。このような状況においては、死は我々の眼前から遠ざけられ、日常生活とはかけ離れたものとして存在することになる。

介護保険制度開始以来、家族支援によって在宅で看取る家族が増えるのではないかと考えられたが、いざ蓋をあけてみると実際の結果は、高齢者を自宅から追い出し施設に預け、施設は姥捨て山となったという現実がある。在宅で看取ることにより、今まで共に微笑み、共に喜び悲しんだ一つの命が消えていく、そんな過程を見守り、命の大切さを学ぶことができるのではないかと考える。

今回は、最近経験した理想的な在宅看取りのケースを通じて、なぜ普段は「在宅看取り」が困難であるのかを具体的に考えてみた。多くの日本人は、自宅で亡くなりたいと考えているが、以下の要因が在宅看取りを阻んでいる。

- ①告知の問題；適切な告知が実施されないことにより、病状、予後や経過 の理解ができず、アドバンス・ケア・プランニングをたてることができない。
- ②死の概念のとらえ方の問題；「死は最も避けるべき最悪の結果である」「治療目標は完治」という考え方を変えることができず、より深い苦悩・焦燥に陥る。
- ③本人の意思決定における問題点；不適切なインフォームドコンセント や、本人意思の尊重である事前指示の普及が不十分である。また、しばしば感情的に不安定となる。
- ④家族の意思決定における問題点；感情的に揺れ動く気持ちがあり、また 家族内の意見の不一致や、代理判断は本人の願望や最善の利益を反映しているのかという問題がある。
- ⑤コミュニケーション不足の問題；予測される病気の経過や予後についてだけでなく、本人や家族の価値観についても、十分なコミュニケーションが必要である。
- ⑥家族関係の問題・家族の介護力不足の問題；地域コミュニティとの関係が疎であり、老一老介護の問題があり、家族に十分な介護力がない。また患者が信頼する主介護者がいないこと、家族の日常生活とのバランスの問題もある。
- ⑦家庭における療養環境の問題；適切な療養環境が整わないと、快適な在宅療養ができず、また患者自身も家族の迷惑になるのではないかと遠慮することになる。
- ⑧医師・看護師・介護者との関係；医療・看護・介護のチームワーカーおよび連携が、在宅看取りの要である。

- ⑨緩和ケアの問題；開始が遅く、不十分な緩和ケアが問題となる。がんだけでなく、高齢者の慢性疾患においても、緩和ケアの概念は重要であり、適切な疼痛管理・症状コントロール・精神的ケア（本人・家族）が早期から開始される必要がある。
- ⑩人工的水分栄養補給における問題；認知症をはじめ多くの高齢者に PEG が実施されているが、その適切な適応について、医学的だけでなく倫理的視点からも再検討が望まれる。

病床数と死亡数を比較しても、今後、在宅看取りに移行せざるを得ない状況は、明らかである。在宅看取りにより、本人にとっては、慣れた環境でひとりの患者としてだけでなく、ひとりの生活者として自身の望む平穏な終末期を過ごすことが可能となる。よりよい在宅看取りを 実践するためには、地域（コミュニティ）ぐるみの家族に対するサポート体制、医療・看護・介護のより緻密な連携が重要である。また、本人の願望を尊重した終末期ケアを実践するために、今後の事前指示の普及が望まれる。

B. ILC セミナー「日本の看取り、世界の看取り」(2012年2月3日)

(セミナー報告)

1. 認知症の人の看取りの課題

認知症介護研究・研修東京センター 名誉センター長
聖マリアンナ医科大学 名誉教授
長谷川 和夫

日本は高齢化のスピードが非常に速いことから様々な対応が追い付かないというのが現状であると思います。ことに認知症の人の看取りに関しては、恐らく国際的にも明確な決まりというものもまだまだこれからであるということも課題ではないでしょうか。

今回の「理想の看取りと死に関する国際比較調査」では国際長寿センターが世界各国の国際長寿センター・グローバル・アライアンスの協力を得て行った調査です。こういう調査ができたということは、非常に大きな価値があると思います。

私からは、看取りにおいては5点ほど大きな課題があるということ申し上げます。

まず最初は「認知症の終末期の特徴」です。認知症の終末期をいつからと明確に決めるということは必ずしも容易ではありません。Reisbergによる「FAST」という評価表がありますが、その分類で7番目である「非常に高度の認知機能低下」のうちのd・e・fが終末期であると定義されております。ちなみにa・b・cはどうなのかと言いますと、a. 最大限約6語に限定された言語機能の喪失、b. 理解し得る言葉は1つの単語になってしまう、c. は歩行能力が喪失するのです。その次からd. 着座能力の喪失、e. 笑う能力の喪失、f. 昏迷あるいは昏睡ということになるのです。こうした、ただ言葉が言えなくなるとか、歩行ができなくなるというだけではなくて、座ることが可能でなくなる。ちゃんと座っているということができなくなるのです。それから笑う能力がなくなる。そして最後には昏迷、あるいは昏睡ですが、この最後の状態はいわゆる臨死状態だろうと思います。

このd・e・f、ここが認知症のターミナルステイトであろうかということなのですが、しかし認知機能の低下というのは必ずしも厳密に順番を追ってなくなっていくというわけではありません。後戻りしたり、また先に進んだり、揺れながらだんだんと機能が失われていくわけでありまして。ですから、黒か白かというようなはっきりしたけじめで「ここから」ということはなかなか難しいのです。

ですから、認知症の場合の特徴は、灰色の黒とも白とも言えないグレーゾーンがかなり長くあるということです。認知症の場合はそういうターミナル、エンド・オブ・ライフのステージというのは数カ月から数年ぐらいの幅があるということです。認知症のターミナルケアでは、「いつから」ということがなかなか特定できにくいということがあります。

2番目は「認知症看取り医療の課題」です。認知症の中で最も多く見られるアルツハイマー型認知症は今世紀の大きな課題ですが、長い臨床経過をたどります。ことに高度になって発病から逝去されるまで、経過がだいたい10年から15年と言われております。ご本人はもう自分がアルツハイマーという診断を受けた時点から、もう知識は皆さん知っておられますから、自分自身が今は物忘れがひどくなる段階だけれども、やがて何もかもできなくなる状態になるだろうということは知っています。そして、自分は死に近づくであろうという情報を持ちながら入り口に立つわけです。

そして、ターミナル状態までいくわけですが、そういうご本人の発病からターミナルに至る旅といいますか、その旅を看ている家族はたまらない気持ちだろうと思います。つまり自分の最愛の配偶者であるとか親であるとか、あるいは子供であるかもしれない。人々がだんだん衰えていって、やがてターミナルになっていくのです。ですから家族も当事者です。関係者、つまり医師、看護師、介護職にある人もそういう旅路をご本人と家族とともに考えてともに支え、より添っていくというのが関係者の課題です。ですから緊密な連携が必要になります。

認知症が高度になりますと、いわゆる BPSD と言っていますが、周辺症状が現れて、軽症のときも不安になったり、あるいは見当識、自分の場所が分からなくなりますから道に迷って徘徊するというようなことが起こってくるわけです。高度になってもこの BPSD は続くことがあります。しかも、それは「せん妄」というかたちになって現れます。つまり、意識障害が起こってきてまた軽快するということもあります。そのときは意識混濁があつて精神混乱状態になって幻覚が起こりますから、もう本人も分からなくて大騒ぎをしたり、家族はそれによって大変な苦しみを味わうというようなことが、認知症のターミナルの時期にも起こり得るわけです。ですから、これに対応しなければならないというようなことも特徴であろうと思います。

3番目に「認知症看取りケアの課題」です。これが非常に大きな課題だと思いますが、認知症になるとコミュニケーションができなくなります。言葉のやりとりができなくなりますから、自分の思っていることを他の人に伝えるという、そういうことができなくなります。例えば痛みがあつたとしても、それを伝えるということができなくなるかもしれない。言葉で自分の意思を表明できないために、ケアをする人は「つい」ケアをする側の認識とか考えとか、都合とかそういうことでケアをしていってしまいがちになることもあります。「任せておきなさい。私が全部やってあげますからね」というような態度になったり、あるいは過酷な態度をとってしまったりする場合があります。

そのために認知症の本当の倫理的な課題、いわゆる「尊厳性」、「ケアの倫理」ということが非常に大きな問題になろうかと思えます。「パーソンセンタードケア」という考えのもとに英国のトム・キットウッドという人が、本人の視点を中心にしたケア、本人の内的体験を理解しようとするケア、本人のその人らしさを大切にするケア、本人の尊厳性を尊重するケアでなくてはならないということを言っております。

つまり、「認知症になると何もかも分からなくなる」というような通念から脱却しなければなりません。痛いと言葉で表現できないから、認知症の人は痛覚はなくなるだろうという考えてしまうこともありがちですが、そういう医学的な証拠はまったくありません。ですから、認知症の人も痛みを感じているにちがいないのです。だけど、その痛みを表現することができませんから、例えば高度の認知症の人が痛みを感じているときには、例えばうめき声だけかもしれないし、あるいは黙ってしまっただけの面をしているかもしれないし、あるいはぼうっとしているかもしれないのです。

そういうときに、ほんとにささいな表情の変化を読み取って、「あっ、これは普段とは違うぞ」ということを察知して、痛みがあるのではないかと考えなければなりません。例えばがんの場合のターミナルケアでは痛みをコントロールするのが第1ですが、認知症の人の場合はあまり痛みはなくなるだろうから、痛みはあまりコントロールしなくていいという感じを持ちがちです。しかし最近の研究によりますと決してそうではありません。

例えば骨折をしているかもしれない、あるいはリジリティとありますが筋肉の拘縮が起こるためにちょっとしたことで痛みが来ているのかもしれない、あるいは便秘とか下痢とか腹痛とかそういうようなことで痛みを感じているかもしれない、そういうようなときに認知症の人自身は表現できないのです。ただ、普段とは違うような表現をするかもしれません。例えばしかめっ面をすとか、非常に構えたような感じがして硬くなるとか、そういう普段とは違うなというノンバーバルな指標というのを察知して、「これは痛みがあるのではないか」ということで鎮痛剤を投与することをためらわないということも考えなければなりません。鎮痛剤を投与することによってせん妄がひどくなるということはないそうです。せん妄は、その原因を鎮痛剤がコントロールしますから、かえってせん妄状態は軽くなるという所見のほうが多いのです。

それから4番目が「家族や介護者のケア」です。先ほど申しましたように家族も当事者です。ことにケアは24時間365日です。家族もともにケアをしていかなければならない。昼も夜もないので身心の消耗は甚だしい。うつ病になりがちです。そして、デプレッションが起こって、いわゆる自死をすとか、非常に悲劇的な状況が起こったりします。それからお亡くなりになった後の家族の「グリーフケア」というようなことも非常に重要であろうと思います。

5番目に「看取りの文化」です。これはのちほど発表する報告の中にも出てまいります。各国によって制度が違いますし、文化的な背景も異なります。死に対する受容の仕方も時代と共に変わっていくこともあるかもしれません。認知症を含めた看取りの医療とケアは現在施設中心、あるいは病院中心になっていますが、むしろこれからは地域の中での人と人との絆を基盤にした在宅の看取りケアを本来あるべき姿として考えるべきであろうと思います。つまり「在宅の看取り」という方向に変化していくということが考えられるのではないかと思います。

セミナー「日本の看取り、世界の看取り」においては、この後、「国際比較調査の目指したもの（辻彼南雄）」「国際比較調査報告①各国の看取りと専門職の役割（渡辺大輔）」「国際比較調査報告②各国の看取りの法制・制度と実際（中島民恵子）」のプレゼンテーションが行われました。本報告書では内容を134ページ以降の「V. 理想の看取りと死に関する国際比較調査 報告と分析」に詳細を掲載しています。

2. 韓国社会の変化と看取り

Chungam Silver Care Center 理事長、韓国アルツハイマー協会会長
李 聖姫

韓国社会の変化と看取り

韓国認知症家族協会会長
李 聖姫(イ・ソンヒ)

ただいまご紹介いただきました李聖姫と申します。本日はお招きいただきましてありがとうございます。

1. 儒教的「孝」文化の継承

大家族制度

60歳に経帷子を用意(16個)

先祖の墓参り(風水地理説)

葬儀文化(地域共同体)

烈女門

孝子・孝婦賞

今年で、韓国の社会福祉協議会設置から60年が経って、福祉60年時代を迎えた韓国では、今年を福祉元年として「福祉の幸福探し」がスローガンとして掲げられています。

長年、儒教思想が引き継がれてきた韓国では、大家族制度が中心となり、60歳になると経帷子・死装束を自分で用意し、また先祖の墓参りを重要視してきました。葬儀は、地域共同体的な性格で行われ、熱心に親を扶養した家には烈女門が建てられました。今も「孝」文化が伝承され続けており、国は孝子章・孝婦賞を授与しています。

2. 政府の老人福祉施策

先・家庭, 後・福祉制度

長男に対する親の扶養義務

生活保護対象者中心(選別的福祉)

政府の老人福祉施策は、「先・家庭、後・福祉政策」となっており、親の扶養義務は、家族の責任とされてきました。特に、長男が親を扶養することが義務とされていました。

低所得層でかつ戸籍上息子がいない場合に限って、生活保護対象者として区分するという選別的福祉制度が持続されてきました。

3. 医療保険制度の導入

医師の往診制度(1970年代)

相続法の変化(1991年)

－遺産は子ども共同配分に

1963年に医療保険法が制定され、1970年代までは、医師による往診が行われていました。しかし、1977年の医療保険制度の実施に伴って往診制度がなくなり、病院診療のみとなりました。

また、1991年に相続法が改正され、長男が財産を相続し、親を扶養する大家族制度の慣習から、息子・娘に関係なく、共同分配されるようになりました。相続法の改正以後、娘と共に同居する親や、娘が親を扶養するケースが増えてきました。

4. 高齢化時代

高齢化社会(2000年)から
→高齢社会(2018年)に変化

核家族化(アパート文化)

都市に人口集中現象

女性の社会進出

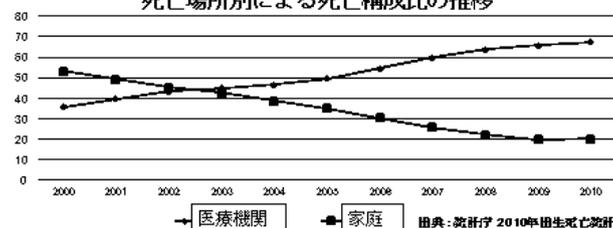
韓国では、世界で例を見ない速さで高齢化が進んでおり、2000年に高齢化社会（高齢化率7%）に入りました。また、わずか8年後の2018年には、高齢社会（高齢化率14%）に入ると言われています。

人口のソウルへの一極集中現象がみられ、女性の社会進出が活発に行われている今日、従来のように、在宅で親を介護し続けたり、看取ることが難しくなっています。

5. 看取る場所の逆転：家庭<病院

	2003年	現在
医療機関	45.0%	67.6%
家庭	42.7%	20.4%
その他	12.3%	12.1%

死亡場所別による死亡構成比の推移



統計庁の調査によれば、2003年を基点に、看取る場所として家庭と病院が逆転しています。現在は、看取る場所として家庭より病院のほうが多いことが確認できました。

6. 今日の社会問題 (政府の低出産高齢対策)

高齢者独居世帯 24.8%

高齢者夫婦世帯 28%

出生率1.15

韓国における高齢者世帯の類型をみると、高齢者独居世帯が 24.8%、高齢者夫婦世帯が 28%を占めています。言い換えれば、現在、韓国の高齢者全体でみると、高齢者のみで構成された世帯が 50%を超えています。

一方、出生率をみると 1.15 となっており、政府は、低出産高齢社会対策を推進しています。

7. 老人長期療養保険の導入 (2008年7月)

サービス選択=契約	措置制度
等級123要介護認定(普遍的)	生活保護受給者中心 (選別的)
在宅 15%、施設 20%	本人負担なし

韓国では、2008年7月に、老人長期療養保険制度(介護保険制度)が導入され、20歳から療養保険料を徴収する社会保険システムとなっています。これによって高齢者がサービスを選択する時代、すなわち措置制度から契約に変わり、全ての国民が権利として施設や介護サービスを利用するようになりました。また、民間施設も大幅に拡充され、重症患者の施設入所が増え、病院と施設を区分することができないくらいとなっています。

一方、認知症患者は老人長期療養保険制度の等級外者となっており、家族の負担が重くなっているのが実情です。また、自治体の在宅介護サービスは、十分に備えられておらず、ほとんどが老人病院に入院するようになっており、看取りケアにおける問題点として指摘されています。

8. 清岩老人ホームの30年

毎年20名程度死亡(定員100名)

看取り時には、礼拝

…2010年からは病院葬儀

3日間の葬儀

火葬場

これまでに、私たちの清岩老人ホームで看取った入所者は、生活保護対象者でした。私たちは、彼・彼女らのことをお母さん、家族と思っています。葬儀のたびに、入所者たちも互いに哀悼して3日間の葬儀を行い、礼拝も捧げ、火葬場まで同行しながら、臨終を見守ってきました。

しかし、長期療養保険制度が導入されたことから、入所者は生活保護対象者だけでなく、一般層にまで拡大するようになりました。そして一般層の家族のニーズにより、協力病院と連携し、病院で葬儀を行う形式に転換しました。ただ、本人及び家族から施設で最期を過ごしたいとの要望があれば、その要望に従っています。

9. 病院で看取る理由

保護者としての立場の転換

(家族のニーズ増加)

1,2,3等級重症患者

(病院からの入所が80%以上)

死亡診断書発給の難しさ

病院の隣にある葬儀式場が利用可能

病院で看取る理由として、保護者の意向や宗教的な背景と共に、保護者が契約の意味を理解できないまま不満が増えてきたことがあげられます。また、死亡診断書の場合、医師が発行しなければならないため、病院に送られるケースも少なくありません。

また、韓国の場合、外国と違って葬儀式場が病院の隣にあるので便利であることも病院で看取る理由の一つとなっています。

10. 施設職員の問題点

療養保護士の力量不足

**看護師による法的な許容範囲外の
重度者**

医療的ケアが多い

診療環境不足

韓国の老人ホームでも日本と同様に、経管栄養やカテーテル利用者、および重度の褥瘡がある利用者が入所しています。韓国では、療養保護士が施設の介護を行っていますが、養成時間の短さや経験の浅さから、その力量が不足しており、全介助が必要となった重度者に十分に対応できていません。

さらに、施設への医師の往診も不足しており、看護師が医療の中心とならざるをえない状況になっています。看護師の配置数は限られており、その負担が重いことも課題となっています。

11. 延命措置の問題点

本人と家族の意向

ガイドラインがない

**病院では積極的な延命治療が、
施設では家族の同意を得て自然死が多い**

清岩老人ホームでは、入所契約の際に「看取り」に関して本人と家族の意向を尋ねています。そして、実際に看取りに入った場合には、その意向を随時確認しながら、経管栄養や点滴などの処置を行っています。だが、近頃、施設に入所する高齢者と家族は、経管栄養などを望んでいない場合が多くなっています。

また、韓国では、看取りに対するガイドラインがありません。したがって、家族と本人の意向をどこまで尊重するか、本人の意志が確認できない場合にはどうするかなど、看取りに対する「自律性 Autonomy」をどこまで尊重するかが課題であります。

12. 老人介護事件

高齢者夫婦世帯

未婚の子どもと同居する場合

孤独死

在宅では、老人介護事件が発生しています。高齢者のみで構成された世帯が 50%を超えている現在、等級外者をケアしている家庭では、家族や本人の心理的・社会的な問題によって老人自殺や虐待などが生じています。自殺や虐待は、特に、認知症患者や地方でよく見られます。従って、社会福祉士は、今日における在宅ケアの課題を改めて整理し、今日の諸課題に対応できる在宅ケアサービスを提供するように工夫すべきであると考えます。

13. 認知症高齢者の看取り、 死への不安

身体的技能の喪失

記憶技能の喪失

生きてきた環境、家族との離別

老人ホームに入所した高齢者は、死への恐怖を持っており、自律性を喪失したことから人間としての尊厳性を喪失したケースが多くあります。とりわけ、入所当時から認知症や脳血管障害によって意思表示が十分にできない場合、特に感情を尊重することが重要です。

14. 看取りと尊厳性

今日の生活を維持

家族との意思疎通

高齢者の個性を尊重

看取りケアは、施設に入所したときから始まります。十分な看取りケアが行われなければ、入所者は、自分の人生全部を否定的に思うことさえあるだろうと思います。

日常生活の最後に死があるのは、必然であり、ケアの延長線上に看取りがあります。職員には、家族の葛藤や罪悪感を理解し、入所者と家族が良い思い出が作れるように支援していくことが求められています。職員は、家族と本人の意志を常に確認しながら、お互いにずれが生じないようにし、常にユーモアをもって接することが必要であります。

ターミナルケアの精神

私がエホヴァの家に永遠に生きるだろう

詩編23編（ダビデの詩）

ご清聴ありがとうございました。

《注》李聖姫さんの講演スライドの最後のスライドがターミナルケアの精神とあった。そして詩篇23編とだけ記されていたが、おそらくこれが非常に大切なポイントと考えられるので、ここに詩篇23編を付加させて頂く。（長谷川和夫）

詩篇 23

- ¹ 賛歌。ダビデの詩。
主は羊飼い、わたしには何も欠けることがない。
- ² 主はわたしを青草の原に休ませ
憩いの水のほとりに伴い
- ³ 魂を生き返らせてくださる。
主は御名にふさわしく
わたしを正しい道に導かれる。
- ⁴ 死の陰の谷を行くときも
わたしは災いを恐れない。
あなたがわたしと共にいてくださる。
あなたの鞭、あなたの杖
それがわたしを力づける。
- ⁵ わたしを苦しめる者を前にしても
あなたはわたしに食卓を整えてくださる。
わたしの頭に香油を注ぎ
わたしの杯を溢れさせてくださる。
- ⁶ 命のある限り
恵みと慈しみはいつもわたしを追う。
主の家にわたしは帰り
生涯、そこにとどまるであろう。

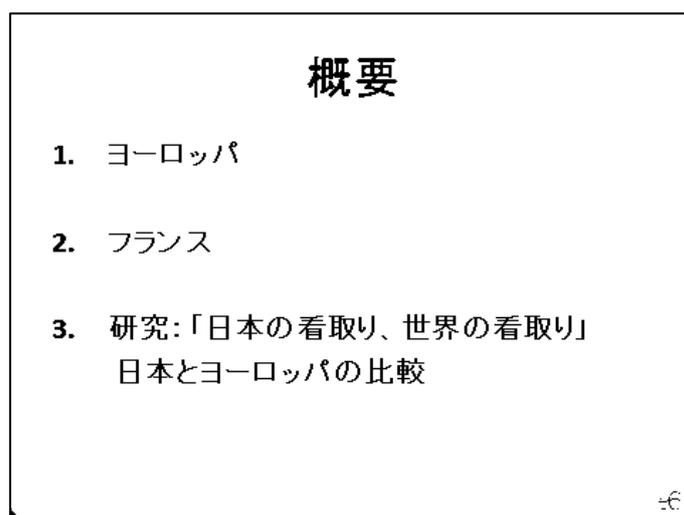
3. フランスおよびヨーロッパにおける看取りの実情

国際長寿センター(フランス) 研究部長

マリー・アンヌ・ブリウー



皆様、本日フランスから、寒いけれども大変美しい日本に参ることができましたことを大変光榮に思っております。また、今回ご招待いただきましたことを大変にうれしく光榮に思っております。また、フランス国際長寿センター理事長のフォレット教授は今回参ることができなかったことを大変申し訳なく思っておりまして、皆様方の今回の卓越した研究成果に心から祝福をしております。



さて、私の今回の発表ですけれども3部に分かれております。終末期に関しましてヨーロッパの概念、それからフランスの概念、そして最後に日本とヨーロッパの比較とさらにフランスのことについてコメントいたします。この比較は、国際長寿センター(日本)の「日本の看取り、世界の看取り(2011年3月)」

(http://www.ilc-japan.org/study/doc/summary_1001.pdf)に基づいて行っております。

ヨーロッパにおける看取り： 医療の概要

- ヨーロッパでは近年、死をとりまく状況が変化している。大半の人は、長期にわたる慢性疾患を経て、高齢、または非常に高齢で死亡しており、その場所は多くの場合病院やケアホームである。また、より幅広い治療法や緩和ケアも利用できるようになった。患者側としては、何としてでも命を長らえようとするよりは、安らかに死にたいと思う人が多い。
- このような変化の結果、医療専門職は、患者の死を早めかねない医学的判断に直面することが増えている。またいくつかの国では、終末期患者の権利・安楽死の妥当性・その他終末期の決定に関する議論が浮き上がった。

Population & Societies, 430, January 2007 -INED-

㊦

さて、ヨーロッパでは近年死を取り巻く状況が変化しています。大半の人は長期にわたる慢性疾患を経て非常に高齢で亡くなっています。そしてその場所も多くの場合は病院やケアホームです。また、幅広い治療法や緩和ケアを利用できるようになったわけですが、患者としてはなんととしてでも命を永らえようとするよりは安らかに死にたいと思う人が多くなりました。

ヨーロッパにおける看取り： 現在の法制度

- オランダとベルギーの国会では、2001年と2002年に、安楽死に賛成する内容が採択された。
- スイスでは長年、幫助自殺が暗黙のうちに認められている。
- ドイツでは、SGB V(社会保険法典第371項b及び第1321項d)で、いつでもいかなる状況でも専門的緩和ケアへアクセスする権利が謳われた。
- スペインの法律は、国際機関(WHO、EU)が作成した原則や勧告にほぼ沿った形となっている。
- EUは、第24次の勧告を作成した(2003)。
- フランスでは、2005年4月に「レオネッティ法」が制定され、2006年2月に施行された。本法の下、もし死を早めるとしても、医師が不要な治療を差し控えたり、痛みの緩和を強化することが認められる。

Population & Societies, 430, January 2007

㊦

こういった変化の結果、医療の専門職は患者の死を早めかねない医学的判断に直面することが増えています。また、いくつかの国では終末期患者の権利、安楽死の妥当性、またその他の終末期の決定に関する議論が浮き上がっています。

オランダとベルギーの国会では、安楽死に賛成することが2001年、2002年に採択されました。スイスでは長年、幫助自殺が暗黙のうちに認められています。ドイツでは専門的緩和ケアへ、いついかなる状況でもアクセスする権利が謳われています。これは社会保険法典によって成立したものです。

またスペインの法律は、国際機関でありますWHO等で作成した原則、勧告にほぼ沿ったかたちとなっています。EUは第24次の勧告を作成いたしました。また、さらにフランスでは2005年4月に「レオネッティ法」が制定され、2006年に施行されました。この法律の下、もし死を早めるとしても、医師が不要な治療を差し控えたり、痛みの緩和を強化するということが認められました。

ヨーロッパにおける看取り： 現在の法制度

実際には、全ての国で患者の権利または事前指示書に関する一般的な法律が存在する。

ヘルスケアに関する他の法規は、主に特定の緩和ケアの場における財源や規則（ベルギー、オランダ、イギリス、フランス、ドイツ）、ケアのより良い調整に向けたインセンティブ（ドイツ）、緩和ケアへの平等なアクセス（スペイン）に関するものである。

Population & Societies, 430, January 2007

㊦

実際にはすべての国で患者の権利、または事前指示書に関する一般的な法律が存在しています。ヘルスケアに関するその他の法規は、主に特定の緩和ケアの場における財源、それから規則ということで制定されています（ベルギー・オランダ・イギリス・フランス・ドイツ）。またケアのより良い調整のインセンティブ（ドイツ）、緩和ケアへの平等なアクセス（スペイン）といったものもあります。

ヨーロッパにおける看取り： まず痛みの緩和

- 投与される痛み止めは通常、強オピオイド（76%（イタリア）～96%（オランダ）のケース）で、投与方法は各国で大きく異なる。
- 最後の24時間に投与される量は様々だが、通常は300mg未満のモルヒネ口頭摂取相当である（ベルギーでは83%のケース、スウェーデンでは93%のケース）。

Population & Societies, 430, January 2007 – Eured study 2002

㊦

さて、ヨーロッパにおける看取りで、まず痛みの緩和ですけれども、投与される痛み止めというのは通常、強オピオイドでありまして、イタリアでは76%、オランダでは96%というふうに投与されますが、投与方法は国によって大きく異なります。最後の24時間というところで投与される量というのは、それぞればらつきがありますけれどもだいたいはモルヒネの経口投与相当、300mg未満となっています。ケースとしまして、ベルギーで83%行っており、スウェーデンでは93%となっています。

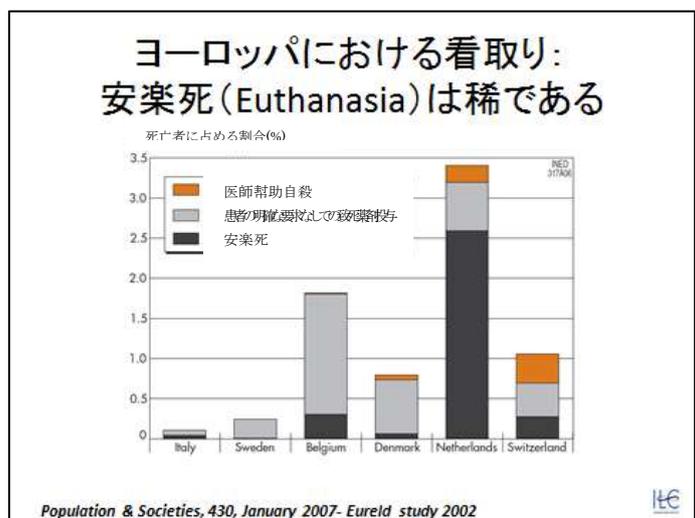
ヨーロッパにおける看取り:
突然死以外の死の1/3のケースでは、生命を短縮する可能性がある医療的判断が行われている

- 生命を短縮する形での痛みや症状の緩和:全死亡の19%(イタリア)、26%(デンマーク)。
- 治療の差し控えまたは取り止め:死の4%(イタリア)、14%(スウェーデン・デンマーク・ベルギー)、20%(オランダ)、28%(スイス)。
- 患者の死を積極的に早めるために薬を投与する医師 幫助自殺は、数は上記に比べると非常に少ないが、全ての国で存在する:死の0.1%(イタリア)、1.8%(ベルギー)、3.4%(オランダ)。最後に記した2国では、調査時点で安楽死が合法化されていなかったにもかかわらず、上記の結果が示されている。

76

Population & Societies, 430, January 2007 - Eureid study 2002

さて、突然死以外の死亡の3分の1のケースでは、命を短縮するという可能性がある医療的な判断が行われています。生命を短縮するかたちでの痛みや症状の緩和をするということで、イタリアでは全死亡の19%、デンマークは26%なされています。また、治療の差し控え、または取り止めはイタリアでは4%、スウェーデン・デンマーク・ベルギーでは14%、オランダ20%、スイス28%です。



また、患者の死を積極的に早めるために薬を投与する医師幫助自殺ですが、これは数としては非常に少ないのですが、すべての国で存在はします。このスライドで見いただきますようにイタリアでは非常に稀です。ただし、オランダでは3.4%になっています。これは安楽死に関しまして合法化されていなかった時期でこの数値となっています。



EUROPAL

EUROPAL : 欧州7カ国継続比較研究
主催: European Public Health Executive Agency

欧州における緩和ケア
優良実践の定義

- 緩和ケアにおける患者のQOL向上
- 緩和ケアの質の評価
- 欧州における緩和ケアの質の指標作り

<http://www.europal.eu/project-group-members/malteser-krankenhaus-palliativ-medizin-bonn/birgit-jaspers-europal@anes.umcn.nl> kvissers@anes.umcn.nl

研究グループ:
Karen Van Beek¹, Kathrin Waitha², Nisar Ahmed³, Birgit Jaspers⁴, Jean-Marc Mollard⁵,
Wojciech Leppart⁶, Sam H Ahmedzaï³, Johan Menten¹, Kris Vissers², Yvonne Engels², Sylwia Paz⁷ - 1 Belgium, 2 Netherlands, 3 UK, 4 Germany, 5 France, 6 Poland, 7 Spain



1つここで皆さん方に紹介するのは、「欧州7カ国継続比較研究」ということでヨーロッパで欧州保健省によってなされているものですが、「欧州における緩和ケアの優良実践の定義」ということで、まず緩和ケアにおける患者のQOLの向上、緩和ケアの質の評価、そして欧州における緩和ケアの質の指標作りということが目的です。

EUROPAL : 質問票の内容

1. 緩和ケアの提供と財源に関する医療システム
2. 人々の緩和ケアニーズを測定するシステム
3. 死亡場所
4. 緩和ケアに関する国や地域の政策
5. 緩和ケアに関する法律
6. 緩和ケアとその実施に関する保健計画
7. 国・地域の緩和ケア協会
8. 緩和ケア資源の数と説明
9. 緩和ケアを提供または受給するバリアとインセンティブ
10. 緩和ケアの教育と専門化
11. 緩和ケア機関におけるボランティアの役割とボランティア養成
12. 研究(国・地域の研究計画、財源)

<http://www.europal.eu/project-group-members/malteser-krankenhaus-palliativ-medizin-bonn/birgit-jaspers>



EUROPALのこれは質問票で、それに回答を書いてもらうわけですが、内容はここにあるものです。まず、緩和ケアの提供と財源に関する点、それから人々の緩和ケアニーズを測定するシステム、そして死亡場所。また、質の国際指標ということでは51項目で欧州諸国の優良実践を定義づけています。

EUROPAL : 質の国際指標(51項目)が開発・認証され、欧州諸国の優良実践を定義づけている

<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアサービスの定義 ・緩和ケアへのアクセス -アクセスと供給力 -時間外 -ケアの継続性 ・基礎構造 -インフラ -ケアに関する情報 -ITシステム ・アセスメント・ツール ・人材 -チーム -スタッフ教育及び研修 -情報共有 -ケアの編成 -サポートシステム 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床データの記録 -カルテ -タイムリーな記録 ・質と安全 -質に関する方針 -有害事象の報告 -苦情処理 ・臨床活動報告 ・全国・国際 -国の緩和ケア政策 -ガイドライン -医療保険政策 -緩和ケアネットワーク ・緩和ケア研究 ・緩和ケア教育
--	---

EAPC Congress 2010 Glasgow P159 Abstract reference number: A-238-0016-00554 

例えば、緩和ケアサービスの定義、それからパリアティブ・ケア（緩和ケア）へのアクセス、インフラ、そしてアセスメント評価のツール、人材等であります。

**ヨーロッパにおける看取り:
緩和ケア発展のバリア**

- 1) 金銭的・物的資源不足。
- 2) オピオイド処方に関する問題: 厳しい手続きと否定的なステレオタイプ。国によっては法外な価格。
- 3) 緩和ケアへの社会的認知度不足。また患者重視の「ケア」より疾病に重きを置く「治療」モデルにおいて、緩和ケアを専門領域として政府が認識しにくい現実。
- 4) 医学部や看護学部でのカリキュラムにおける、緩和ケア教育・養成プログラム不足。

T Lynch, D Clark, C Centeno et al. J Pain Symptom Manage 2009; 37:305-315 

ヨーロッパにおいてのこの緩和ケアの発展に関しまして、実は共通したバリアがあります。

まず第1点としましては、金銭的・物的資源不足ということですね。これは官僚的な政府の制度、それから政治的な不安定といったことがその原因となっております。

また、オピオイド処方に関する問題としましては、非常に厳しい手続き、また否定的なステレオタイプの考え方があるということです。

3番目の障壁としましては、緩和ケアの社会的な認知度が低いということ。また、政府の認識としては緩和ケアというのは専門領域としてより疾病に重きを置くものであり、「治療」モデルというふうに加え、患者重視の「ケア」モデルというふうにはあまり考えていないという点です。

4番目としましては、医学部・看護学部でのカリキュラム、緩和ケア、教育・養成プログラムの不足であります。

**フランスにおける看取り：
レオネッティ法が2005年4月に制
定され、2006年2月に施行。**

HE

さて、フランスにおけます看取りということで、レオネッティ法が議会におきまして2005年に採決され、そして2006年の2月に施行されました。法律となったわけです。このレオネッティ法というのは、終末期患者の権利に関する法律でありまして、この法律は終末期に対してフランスの人々が表明している不安に応えるものです。

**レオネッティ法：
終末期患者の権利に関する法律**

- 本法は、終末期に対してフランスの人々が表明した以下のような不安に応えるものである。
 - 苦しむことへの不安
 - 自分の意思を表明できないことへの不安
 - アグレッシブな治療を受けることへの不安
 - 見捨てられ一人で死んでいくことへの不安
- 医療専門職に決定の枠組みを提供。
- 医療の決定における手続きを課す。

Summary made by the Mobile Unit for Palliative Care of Hospital COCHIN - Paris - February 2010

HE

つまり、苦しむことへの不安、自分の意思を表明できないことへの不安、アグレッシブな治療を受けることへの不安、見捨てられ一人で死んでいくことへの不安です。この法律は、医療専門職に対して決定をするための枠組みを提供します。また、医療の決定における手続きを課しています。

レオネッティ法： 終末期患者の権利に関する法律

- レオネッティ法は以下の価値観に基づいている
 - 患者の意思の尊重(自律の原則)
 - 患者及び代理の情報の必要性
 - 人間の尊厳
 - 痛みの緩和
 - 治療の中止や治療拒否は、緩和ケアの確立を伴って行われなければならないという原則
- レオネッティ法では、医療の決定に手続きを課している
 - 治療を中止または制限する決定における合議制。
 - 議論の報告義務: 決定は医療ファイルに記録されなければならない。主要人物の意見・会議の日付・関係者の氏名および資格に加え、チームとの協議にかかった時間も記録される。

Summary made by the Mobile Unit for Palliative Care of Hospital COCHIN -Paris- February 2010

76

「レオネッティ法」ですが、これは次のような価値観に基づいています。

つまり、患者の意思の尊重、患者及び代理の情報の必要性、人間の尊厳、痛みの緩和、治療の中止、もしくは治療の拒否というときには必ず緩和ケアの確立が伴っていなければならないという原則です。

レオネッティ法の主な条項

1. 不理尽で頑固な対応の拒否
2. 患者による治療拒否
3. 成人であれば誰でも、将来自らの意思を表明できない場合に備えて「事前指示書」を書くことができる
4. 自らの意思を表明できない患者の治療を制限・中止する際の合議プロセス
5. ダブル「効果」の原則:もし対応が死を早めるものだったとしても、苦痛を軽減することが処方者の意図
6. 患者の尊厳の保護:「尊厳は、その人がどのような状況であれ、絶対的かつ比類なき人類の価値を描くものである」
7. 国際的な倫理原則の保護:自律の原則・慈善の原則「悪意なし」の原則

「まず、害を及ぼさないこと」

76

レオネッティ法では医療の決定に関する手続きを課しています。まず、治療を中止または制限する決定は合議制で行うこと。議論の報告は必ず書面に義務として医療ファイルに記録されなければならない。また、いわゆるリーダー（主要な人物）の意見・会議の日付・関係者の氏名・資格、チームとの協議にかかった時間等を記録するということです。

「レオネッティ法の主な条項」を紹介します。

- 1 理不尽で頑固な対応を拒否すること
- 2 患者による治療の拒否
- 3 成人であれば将来自らの意思を表明できない場合に備えて「事前指示書」を書くことができる
- 4 自らの意思を表明できない患者の治療を制限・中止する場合には合議プロセスが必要
- 5 ダブル効果の原則ということは、もし対応することが死を早めるものだったとしても、苦痛を軽減することが処方者の意図であるというダブルの効果

6 患者の尊厳の保護：尊厳はその人がどのような状況であれ、絶対的かつ比類なき人
類の価値を描くものである

7 国際的な倫理原則の保護：自律の原則・博愛の原則・悪意なしの原則
まず害を及ぼさないことというのが前提となります。

フランス緩和ケア学会の勧告：
もし3つ以上の答えが「Yes」であれば、緩和ケア専門チームの利用を要検討

	質問	補足	YES/NO
1	現在の知識では治る見込みのない疾病を有する患者	この質問への「Yes」の回答は、Pallia 10を用いて以下の質問を行う必要条件である。	
2	予後悪化因子が存在する	腫瘍科で認められるもの：低アルブミン血症、炎症性症候群、リンパ球減少、カルノフスキー尺度のパフォーマンスステータス>3	
3	疾病の進行が急速である		
4	患者または親族が緩和ケア及びサポートを要求している	緩和ケアへのアクセス権保障(1999年6月9日付の法No. 99-477)	
5	第一線の治療を実施しても、症状が持続する	ケアの間における不随意な痛み、呼吸困難、嘔吐、閉塞性症候群、混乱、興奮等	



フランス緩和ケア学会の勧告：
もし3つ以上の答えが「Yes」であれば、緩和ケア専門チームの利用を要検討

	質問	補足	YES/NO
6	患者及び/又は近親者に心理的な脆弱性要素が認められる	悲しみ、不安、引きこもり、攻撃的行動障害、コミュニケーション障害、家庭内の争い、患者及び/又は近親者に以前からみられた精神疾患	
7	患者及び/又は近親者に社会的な脆弱性要素が認められる	孤立、不安定、身体的な依存、仕事の不安定性、財政難、扶養が必要な近親者や小さな子供の存在	
8	患者及び/又は近親者が、疾病及び/又は予後に関する情報を理解するのに困難を要する	病気の悪化に直面する中で患者や近親者は不安感を増し、その結果、心理的防御機制により、コミュニケーションが困難となり、緩和ケアの実施を複雑化させる可能性がある。	



フランス緩和ケア学会の勧告：
もし3つ以上の答えが「Yes」であれば、緩和ケア専門チームの利用を要検討

	質問	補足	YES/NO
9	医療チームのケアの一貫性に疑問点又は矛盾がみられる	疑問点の例：●採用、●水分補給・栄養補給・抗生物質・プローブの設置・輸血・患者のモニタリング(HGT・モニタリング等)の指示、●鎮静剤の指示、●最適な支援の場所、●蘇生の状況	
10	例えば以下のような点において、適切な対応に疑問点が見られる：●治療の拒否、●治療の制限又は決定、●安楽死の要請、●価値観の対立の存在	レオネット法は、患者の権利及び終末期に関するもので、治療の拒否及び/又は、判断能力/意識がある全ての者及び自らの意思を表明する状況にない患者への治療を制限するにあたっての決定条件について対応するものである。	



「フランス緩和ケア学会の勧告」といたしまして、このような勧告を行っております。これはいわゆる緩和ケアの学会で老年学会とは別です。

まず 10 項があるわけですが、その内の 3 以上に「Yes」であった場合には緩和ケアを利用するということです。例といたしましては、まず予後悪化因子が存在する、疾病の進行が急速である、治る見込みがない疾病、または患者および近親者に心理的な脆弱性の要素が認められる、また、第一線の治療を実施しても症状が持続するということです。

フランスの緩和ケア機関の拠り所

- 緩和ケアユニット (USP)
- 緩和ケア移動チーム (EMSP)
- 緩和ケア認定病床(LISP)
- 在宅入院 サービス(HAD)
- 緩和ケアネットワーク

46

さて、この「緩和ケアに関する拠点」は何かと言いますと、緩和ケアのユニット、それから緩和ケアの移動チーム、そして緩和ケアの認定病床、在宅入院サービス、緩和ケアのネットワーク、こういったものが必要になってくるということです。

フランスにおける緩和ケアの提供状況 (2010年12月31日現在)

	緩和ケアユニット数 (USP)	緩和ケアユニットの病床数	1164施設における緩和ケア認定病床 (LISP) 数	緩和ケア移動チーム数
フランス	107	1176	4826	353

緩和ケア2008-2012年計画の中間時点では、緩和ケアベッドの数は、計画前の2,000から6,000近くとなった。進捗報告では、計画が重点を置くべき2点として、「病院緩和ケア提供者の地域ネットワーク完成」と「ナースিংホーム及び在宅における緩和アプローチの普及」を挙げている。

2010 STATUS OF THE DEVELOPMENT OF PALLIATIVE CARE IN FRANCE IN 2010
REPORT TO THE PRESIDENT OF THE REPUBLIC - PR REGIS AUBRY - National Committee monitoring the development of palliative care - April 2011

「フランスに緩和ケアの提供の状況」というのを見ていただきますと、パリアティブ・ケアのユニットの数が 107。そしてこういった緩和ケアユニットの中の病床数というのが 1176。1164 の施設において緩和ケアの認定病床がいくつあるかというのが 4826。緩和ケア移動チームが 353 チームとなっています。

ということで、6000 ぐらいの緩和ケア用のベッドがあるわけです。緩和ケアの 2008-2012 年国家計画の中間時点での緩和ケアのベッド数は、計画前の 2000 から 6000 に増えているということです。

日本の看取り、世界の看取り

日本と欧州諸国の比較

■C-Japanの報告書(2011年3月)より

IEC

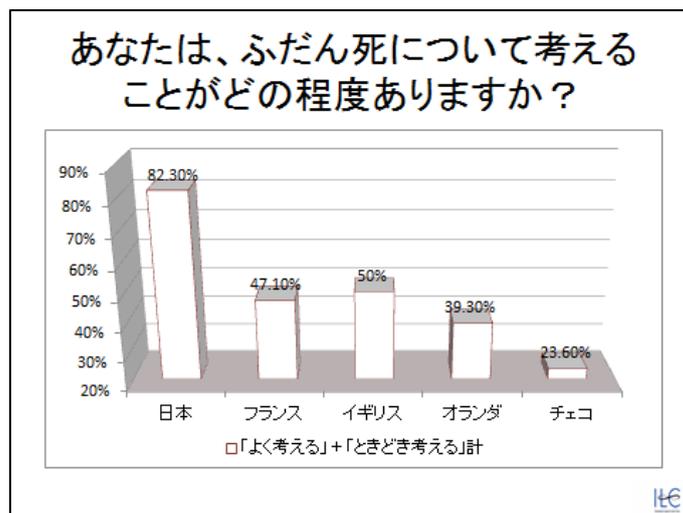
さて、国際比較を国際長寿センター（日本）の比較研究*の結果を利用してまいります。日本と諸国の比較です。

*「平成 22 年度在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」。8 か国の看取りに関わる専門職対象のアンケート調査。

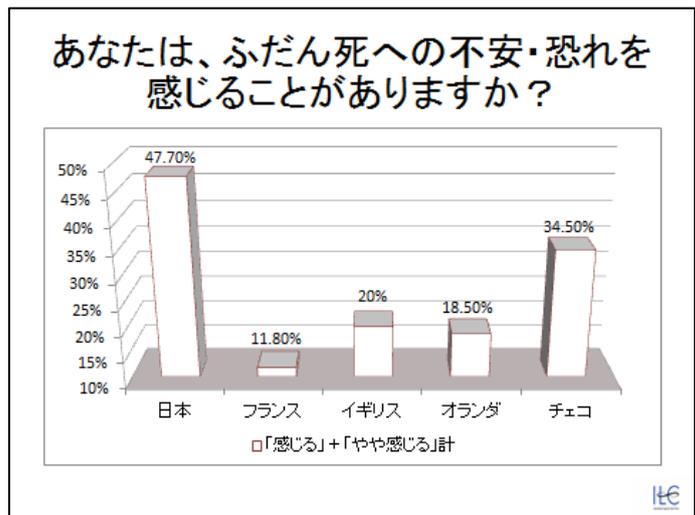
主な結論（1）

- ・日本と EU で大きな文化的相違が見られた結果
 - － 死についての考え
 - － 死に対する不安感
 - － 最期に共に時間を過ごすこと
 - － 可能な限りの医療や介護を受けること
 - － 患者が最後に苦しむ期間を短くしたい
 - － 患者の宗教・文化的儀礼に適った対応を行いたい

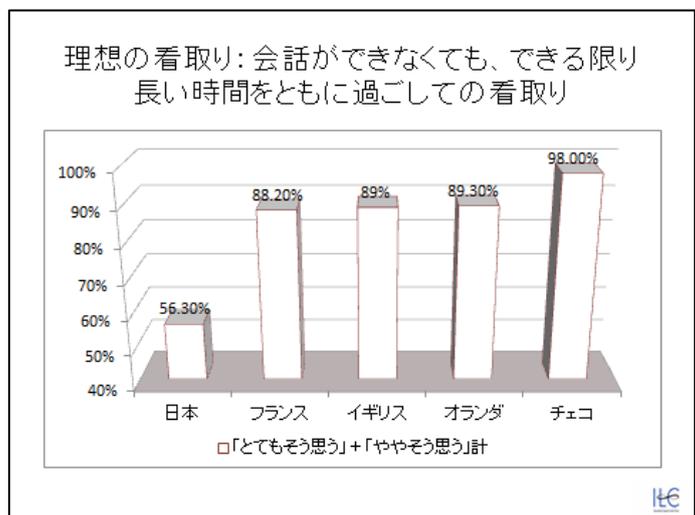
まず第 1 点といたしましては、日本と EU では大きな文化的な相違が見られました。死についての考え、それから死に対する不安感、最期に共に時間を過ごしたい人、それから可能な限りの医療や介護を受けるかどうか、患者が最後に苦しむ期間を短くしたいかどうか、患者の宗教・文化的儀礼に適った治療をしてほしいかどうか、こういった点で違いが出てきています。



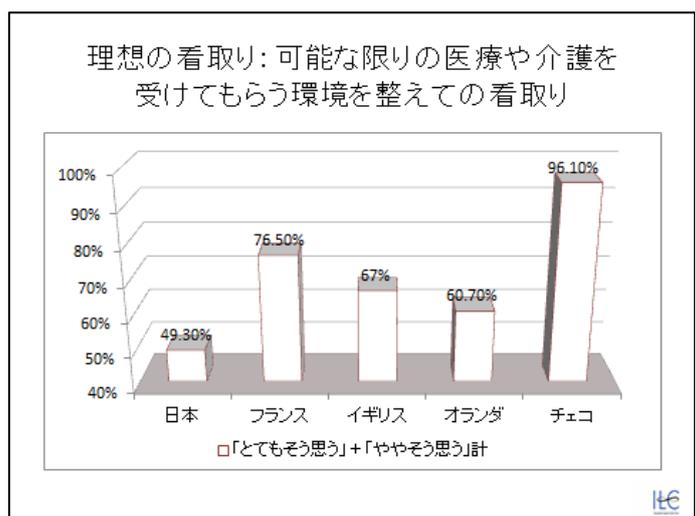
まず、「ふだん死について考えていますか？」で、日本と他のヨーロッパ諸国の数値です。



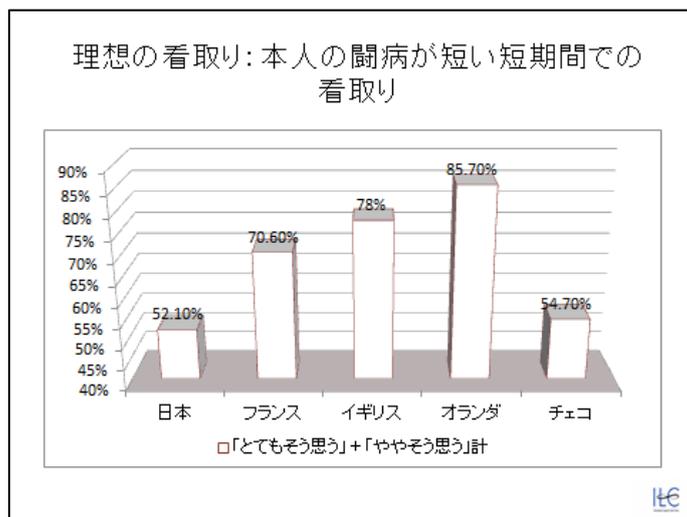
次が「普段死への不安を感じることはありますか？」における日本とヨーロッパの国です。



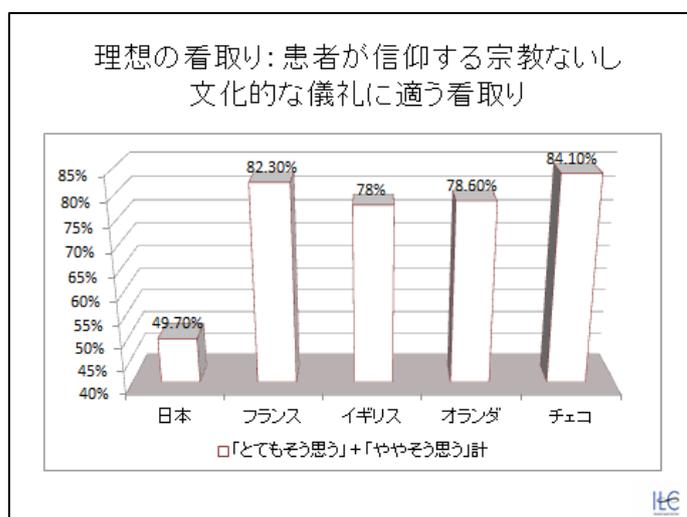
そして、「会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしたい」。これは日本の場合には少なくなっています。ヨーロッパの場合には高い数値になっています。



「可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えて看取りをする」ということになりますと、ヨーロッパ諸国のほうが高い数値になっています。



「本人の闘病が短い短期間での看取り」でも、ヨーロッパのほうが数値が高いのです。

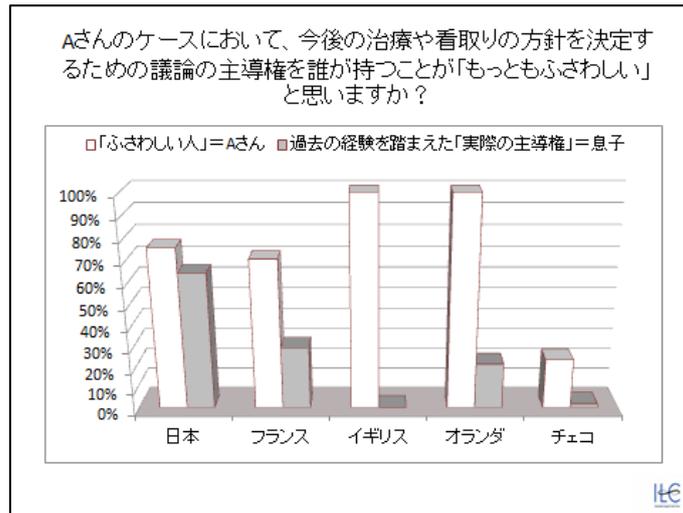


「患者が信仰する宗教ないし文化的な儀礼に適う看取りをしたい」ということでは、日本は50%以下になりますが、ヨーロッパの諸国においては高い割合となっています。

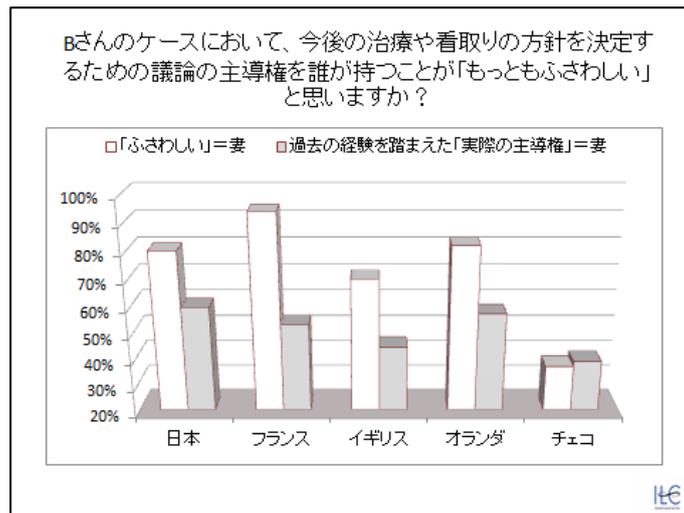
ということで、こういった比較を日本とその他ヨーロッパ諸国でしてみますと、国ごとの相違というのが終末期ケアの実践に関してあります。

主な結論（2）

- ・終末期ケアの実践に関する国ごとの相違
 - 誰が治療や看取りの方針を決定するかについての意見



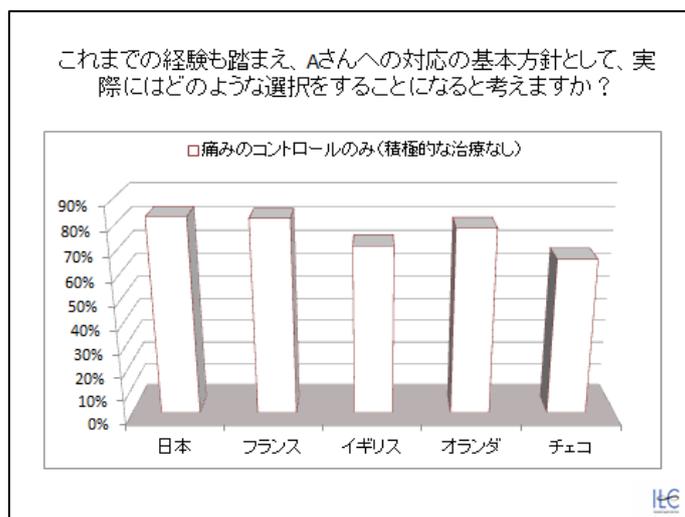
治療や看取りの方針を誰が決定するかということに関しまして、ケースA、末期がんのAさんの場合です。まず誰がふさわしいかという意見、それからまた実際の経験が示されています。「誰が最も主導権を持つことがふさわしいか」というと、Aさん自身であるという国が多いのです。しかし「実際に誰がその本人以外でその主導権を持つことになるか」ということに関しましては、違いが出ています。



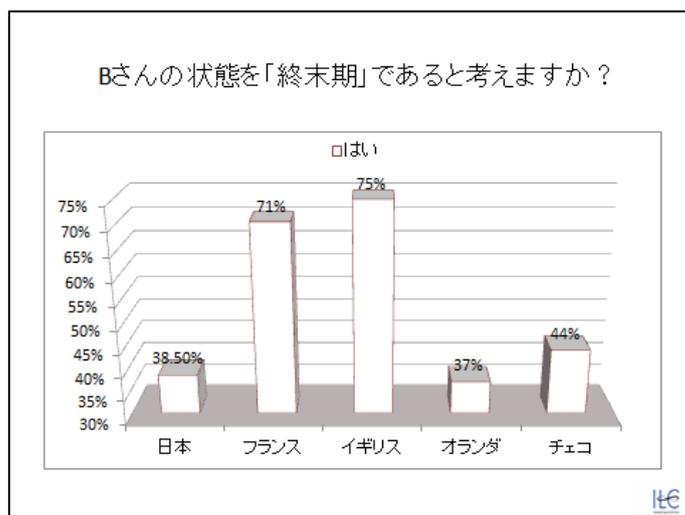
こちらは終末期認知症のBさんの場合です。

主な結論（3）

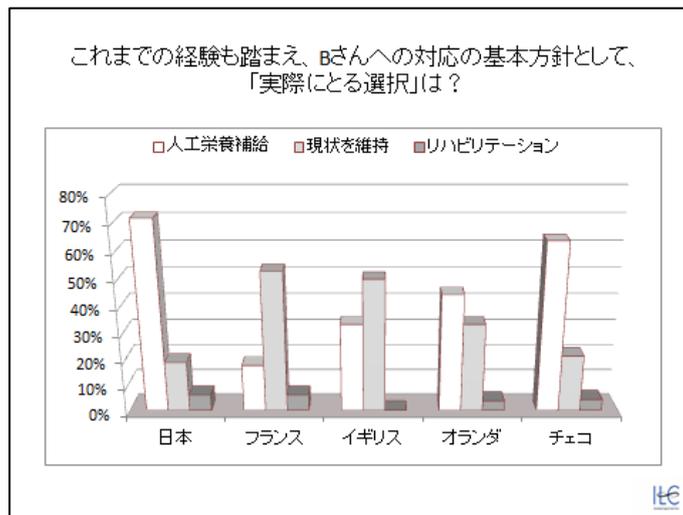
- ・Aさんに対する看取りの意見や実践は各国で類似しているが、Bさんに対しては異なる
 - Aさんに対しては、痛みのコントロールのみで積極的な治療を行わないことが「最も多い」
 - Bさんは「終末期」なのか？ Yes or no?
 - Bさんに人工栄養補給を行うのか？ Yes or no?



末期がんのAさんの場合ですけれどもこちらを見ていただきます。実際の対応方針としては「ペインコントロールのみ」が多くなっています。



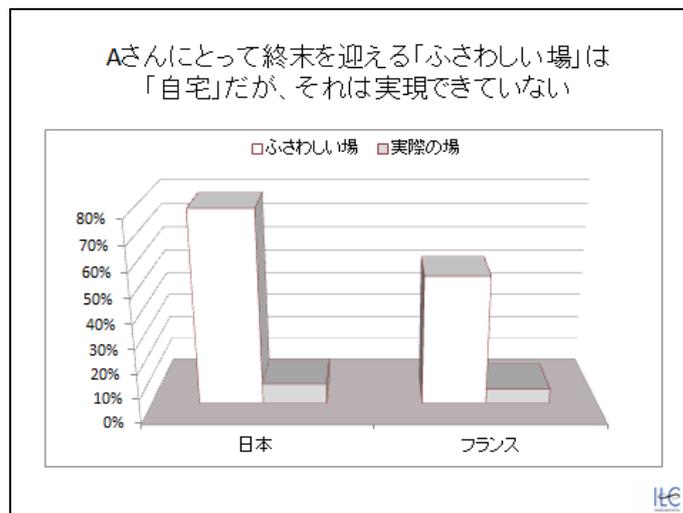
ただし、回答者である緩和ケアのチームの人たちに「Bさんは、もう終末期かどうか？」というふうに聞きますと、国によって違いが出てきています。



まずBさんに関しまして、経験によって今後の対応の基本方針として実際にとる選択はどれですかという質問ですけれども、見てみますと、人工栄養ということが日本では推奨されております。フランスはそうではない。ヨーロッパでも少なくなっています。

今度はフランスとの違いというところを見ながら、さらにこの議論を発展していきたいと思えます。

フランスの調査結果に関するコメント



フランスでも日本でも末期がんのAさんにとって終末を迎えるにふさわしい場所は自宅ですが、それは実現できていないということです。このフランスと日本、両方とも非常に大きな違いが実際と理想との間にあります。

フランスにおける看取り： 文化的な理由による、在宅での看取りに 対する親族の受け入れ困難

フランスでは、人々はどこで死ぬのか？

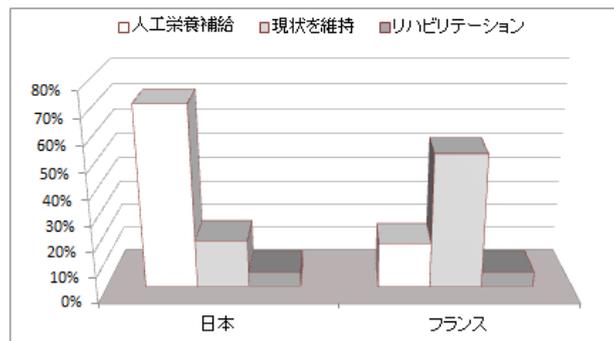
2010年のIGAS（社会問題監察総局）報告書によると、フランスではこの30年間、医療機関で死亡する人の割合はほぼ変わらず（58%）、在宅での死は27%、老人ホームでの死は11%、路上での死は2%である。

しかしながら、生から死への道のりには地域差がある：
フランス南部（イタリアと類似）では、北部（イギリスと類似）と比較して在宅での死が多い。

46

どこでフランスでは死んでいくかということですが、フランスにおきましては58%が医療機関で死亡するというのが、この30年間変わりません。在宅での死亡は27%、老人ホームは11%、路上では2%です。しかしながら、生から死への道のりには地域差がありまして、フランスの南部の場合にはイタリアと似ていまして、ここでは医療機関での死が少ないのです。北部の場合には在宅の死は少なく、イギリスと似ています。

なぜBさんへの対応の基本方針として「**実際にとる選択**」が、フランスでは日本のように人工栄養補給ではないのか？



47

さて、終末期認知症のBさんへの対応ですが、人工栄養補給というのはなぜフランスでは少ないのかということです。フランスではBさんはまさに終末期であって、もうBさんへの人工栄養ということは勧められることではないというふうに考えています。水分の補給、または必要に応じてIV（点滴）またはSC（皮下注射）をするということはありません。

フランスにおける看取りと経腸栄養

- フランスではBさんは終末期として捉えられると強く考えられ、実際にBさんへ人工栄養を勧められることはないと考えられる。水分補給はいかなる場合でも、必要に応じてscまたはivにより実施。
- 患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合、レオネッティ法により、頑固な治療及び栄養補給は推奨されない。
- さらに我々は、FNCLCC(全国癌センター連盟)が策定したガイドラインに従わなければならない。
- - 経腸栄養は、PS(Performance status=活動度。またはWHO基準: 0=健常/普通に活動、1=何らかの症状があるが就労活動が可能、2=症状により就労が困難、3=半日以上寝ていなければならない、4=寝たきり)が2を超える、あるいは余命が3カ月未満の場合、提供されない。
- - 経腸栄養の効果とリスクは熟慮が必要だが、在宅入院(HAD)であれば自宅でPEGも可能。

<http://www.sor-cancer.fr/>

㊦

また患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合、レオネッティ法によりまして、頑固な治療、栄養補給というのは推奨されていません。またさらに、私どもは全国がんセンター連盟が作成したガイドラインに従わなければならないということで、経腸の栄養に関しましては、例えばWHOの基準におきまして、いわゆる余命が3カ月未満、もしくは活動度ということに関しまして4つの活用度があるのですが、その内の2つ条件が合う場合には行わなくなります。

経腸栄養の効果とリスクということはもちろん熟慮が必要でありますけれども、在宅入院であれば、自宅でもPEGは可能と考えます。

2011年1月:

フランスの世論は緩和ケアへ前向きにシフトしているが、安楽死法には慎重となっている

- 本世論調査は「**幫助を伴う死**」に関する2つの選択(=緩和ケア及び/又は安楽死)を分析するものである。
- 回答者の60%が、安楽死の合法化よりも緩和ケアの発展を望んでいる。
- 52%が、安楽死法が「悪用のリスク」につながると考えている。
- 57%が、「患者の同意なしに安楽死させられる」可能性を懸念している。
- 56%が、弱い立場の患者が安楽死を受け入れるよう圧力をかけられる可能性があると考えている。
- これらの結果は、既存の調査とかなり異なっている。例えばIFOP(フランス世論研究所)向けに2010年11月に行った調査では、フランス人の94%が安楽死に賛成だという結果が示されている。しかしこの調査では、緩和ケアのテーマにはふれられていなかった。

世論調査(1,015人のサンプルを対象に実施)

㊦

フランスは実は緩和ケアに関しまして前向きなかたちでシフトしているということが言えます。安楽死法には慎重になっています。フランスの世論調査ということに関しましては、緩和ケアということに動いて来てまして、また、安楽死に関しましては低い数値になってきております。

回答者の60%が緩和ケアの発展を望んでいます。と言いますのは、これは文化的な側面もあるかもしれませんが、いわゆる緩和ケアとそれからまた安楽死ということで、60%は、緩和ケアのほうが安楽死の合法化よりは良いと考えるということです。52%が、安楽死法は「悪用のリスク」につながると考えています。57%は、患者の同意なしに安楽死させられる可能性というのを懸念しています。また56%は、弱い立場の患者が安楽死を受け入れるよう圧力をかけられる可能性があると考えています。

これらの結果は、実は以前の調査の結果とは異なっています。フランス世論研究所におきまして、安楽死という問題について 2010 年に調査しましたが、そのときに 94%が安楽死に賛成となっていました。ただここでは「緩和ケア」ということは言っていませんでした。

一般の人たちに緩和ケアについての認知度をあげること、それからまたさまざまな専門家の人を育てることが長期的な時間がかかると思いますが必要なことです。

ありがとうございます。

4. ディスカッション

長谷川 和夫
辻 彼南雄
李 聖姫
マリー・アンヌ・ブリウー

長谷川 ディスカッションに入ります。非常に多岐にわたる調査結果、ブリウー先生と韓国の李先生からのお話がありました。

このディスカッションのテーマは私たちが考えたところでは「在宅で最期を迎える際の課題と方向性はどのようなものか」という非常にジェネラルなものです。

それから2番目の課題は、「認知症の人が看取りを受ける場合の問題点」、ことに終末期認知症の事例Bの場合に関連して尊厳をどう考えるか、ターミナルをどのように過ごしていったらいいのかが論じられたと思います。

それから3番目は日本、あるいは世界の看取りというのをレビューしてみて、現在の段階で「これからの日本の看取り、あるいは世界の看取りというのはどういう方向にあるべきか」というこの3つぐらいであると思います。

初めに在宅で最期を迎える際の課題と方向について辻先生からお話いただけますか。

辻 どうして病院で亡くなる方が多くて在宅で看取ることが難しいか、というご質問だと思います。私の20年在宅医療を日本でやってきた私見です。最初に思いつくのは高度医療、病院医療への期待感というのが、患者さん、ご家族に多いように思います。在宅では高度の医療はできません。特に外科手術的なことができませんから、それをお望みの場合には現状としては病院にご紹介する傾向にあります。外科治療を含む、胃ろうをつくるというのも外科治療です。そういうことをお望みの場合には、その時点で病院にご紹介して入院されるということが多いように思います。

患者さん、国民の皆さんの意識がまだ病院を希望される場合が多いという現状があります。そしてそれに対応して、その医療処置を判断する医療従事者、医師・ナース・その他多くの医療従事者もそれを良しとするところが現状でありますので、どうしても病院での医療を受けましようという傾向にあるように思います。

その結果、病院で治療を始めてその後に「中止をする」というのは非常に難しい。したがって、効果が十分はっきりしなくても「継続していく」という傾向にあって、結果的に亡くなるまでその治療をしていく。それが結果として、今の日本の数字になっているのではないかと考えています。

長谷川 要するに治療、治す医療というのが第1に挙げられる病院の使命であって、まずそこが1つあるのではないかと思います。それが超高齢社会になると、そうばかりは言ってもらえないのではないかと。治すことはできないという場合が増えてくるわけですから。これからは、治す医療のみではなくて「痛みを止める」とか、あの世に行くまでは生きていくわけですからその生涯の「クオリティー・オブ・ライフ」が高い、本人も家族も良かったと思えるような医療、介護を求める声が多くなると思います。言い換えると「死を上手に迎える医療とケア」という考えになってきたのでしょうか。

「多死社会」と言われていて、辻先生が示されたスライドで分かるように死亡者が多くなる社会になります。いかにより良く死を迎えるか、つまりより良く生きるということとより

良く死んでいくということとがひとつになるような医療とケアが求められる方向になったということではないかと思います。



ブリュー先生はEUと日本との死に対する考え方が違うと言われました。それは文化的な相違というものがある、例えば日本は死に対して考える頻度というのが多い、それから不安も多いということです。しかし、日本では「会話ができなくてもできるだけ長い時間をともに過ごす看取り」への肯定的な意見は少ない、また「患者が信仰する宗教ないし文化的な儀礼にかなう看取り」も重視されないようです。このことについてブリュー先生、いかがでしょうか。

ブリュー わたしは日本人のように考えることはできませんが、本当に違うとは感じております。ヨーロッパの感性ということについては、私は代弁できるかと思えます。私が感じているところを申し上げますと、それは日本とヨーロッパにおいて死の意味するところ、死をどのように受け取っているかは、やはり大きな違いがあるということだと思います。

アジアにおきましては、死はすべての終わり、終結ではないと考えてらっしゃると思います。ヨーロッパにおきましては、宗教の重要さは相当低くなっております。つまり神を信じるものが少なくなっている。または来世、または死後の希望がそれほど高くないということです。そうなったならば、死ぬときには痛みがないようにしてほしい、死はすべてがお終いであるというかたちにヨーロッパ人は死を捉えるようになってきていると思います。特に最近では、恐れもないけれども、希望もないということです。そして療法に関しましても、必要な緩和、痛みをとるという方向にいつていると思います。これは、私の個人的な見解ですが。

長谷川 李さんはいかがですか。韓国は日本と割合近接していると思いますが、どうでしょうか。

李 そうですね。死に対して不安もけっこうありますし、死に対しての最期のしきたりも非常に重要視しています。ですから、先ほど私が発表しました「病院の隣に葬儀場がある」ということ、それは皆様はちょっと考えられないことだと思いますけれども、例えば生活保護者が施設で最期を迎えても、とにかく病院の隣の式場で葬儀を行います。弔問客に全部挨拶するかたちで最期を迎えたいということがかなりあります。

ですから、今は短くて3日の葬儀ですけれども5日とか7日とか、そのような場合もかなりありましたので、多くのことで韓国と日本の考え方では少しずつ違います。また韓国とヨーロッパの違いも多くあると思います。

長谷川 私は日本の在宅の看取りというような場合、特に認知症の場合には、家族はたいへん苦勞して24時間365日介護をしているわけですから、普段から死とかそういうことを考えているだろうと思います。そしてターミナルケアの中で看取りの期間が短くなることを望むこともあると思います。これは、認知症の在宅ケアにあたって日本でもしっかりと地域の中にサポーターがいる、ケア支援が充実している、町づくりがしっかりとされているという場合には、そのようなことは少なくなるのではないかと思います。

次に李先生にうかがいます。

先ほど渡辺研究委員が指摘した点、つまり日本では医師よりも看護師、介護職の方が経管栄養を選択するケースが多い（本報告書212ページ参照）という点についてコメントをいただければと思います。

李 先ほどの指摘は、日本では経管栄養を多く選ぶのは看護とか介護職で、医師は比較的少ないとのことでした。韓国では看護と介護は実際に患者さんを見ていた立場なので、それほど経管栄養をさせようとは思っていません。私の施設でも、経管栄養をすぐに選ぶのではなくできるだけお米のお粥のようなものを、とにかく口で食べられるように援助しています。しかし、病院ではとにかく生きてもらうということで、ほとんど100%の場合に経管栄養を勧めます。

それともう1つは、韓国でホスピスの選択が多いとの指摘もありました（本報告書181ページ参照）。10年前にはそれほど多くはありませんでした。しかし今では、緩和ケアをする専門機関は40か所近くになっています。クリスチャンの教会では高齢化していて、高齢者が多いので、ホスピス教育を盛んに行っています。緩和ケアという言葉さえあまり入ってないのですが、それでホスピスは有名です。教会のホスピス、施設を作ったりということもいま行っております。

在宅の終末期ケアについては、医療の体系から見放されている状態なので、在宅で最期を迎えることは本当に難しい状態です。

長谷川 それでは今度は認知症の人の看取りということに関して少し考えてみたいと思います。海外でもがんの看取りに関しては条例やガイドラインはできているが、認知症に関しては乏しいということです（本報告書143-146ページ参照）。レオネッティ法を制定されたフランスではいかがでしょうか。

ブリウー 先ほど紹介しましたが、レオネッティ法では合議制ということになっています。この合議制というのは、決定のプロセスです。何が最も優先度の高いケアで、患者が必要としているものなのかを検討します。ひとつの病院のサービス以外のその他の医師の意見も必要になってきます。そして家族の意見はどうなのか。つまり「チーム」というかたちで合議的に患者に何をするかということを決めていきます。認知症の患者は自分の意思を表明できないのでそのようにするのです。これは必ず記録をします。誰が参加していてどのように決めてきたのかということです。これがレオネッティ法でありまして、非常に難しい場合も、こういった方法をとって進めているといいます。

長谷川 非常にチームというものを重要視しているようです。これはがんのターミナルケアでもそうですが、認知症の場合ほとんどの本人が自分の意思を表明できないので、ますます難しい状況になりまして、ケアの倫理性というようなことが非常に大きな問題となります。

最初にお話ししたとおり、認知症のターミナルは「どこから」ということが決めにくい。黒か白かというように画然と決めにくく、それからケアをする場合も常にコミュニケーション

ョンが非常に難しいためにじっくりとご本人と向き合う姿勢がケア職の中に必要となります。いわゆる「パーソンセンタードケア」というしっかりご本人を中心にしたケアというものを強化していかなければなりません。

そのような場合には、介護者とかケア関係者、それからさらに市民の教育や啓発が必要で、ボランティアの方を受け入れていくことも重要だと思います。

認知症の人の場合は家族も当事者で、「認知症の人の家族の会」という組織があります。これは全国的に作られています。このような仕組みも非常に重要ではないかと思えます。

認知症を中心にして、今後どうあるべきかということについて、辻先生いかがでしょうか。

辻 認知症の方の看取りの今後について医師の立場からお話しします。がんについては終末期の判断は、今回の調査でもほぼ世界中の医師で一致します。ところが、認知症の方の特徴は、終末期というのを医師が判断するのが非常に難しい病気であるということです。そこから終末期と思わない医師は治療を続けますし、終末期と思う医師は現状維持を選ぶこととなります。

そのことが今回の調査では、調査ケースにおいて欧米で終末期であるとする回答が多く、日本では少ないという結果に表れていると思います（本報告書 199 ページ参照）。終末期の判断がどうも国によって違っているようです。それはそれぞれの文化というよりも、私の考えではやはり長寿先進国であった欧米諸国の方々の知恵と歴史が現在の違いをもたらしているのだらうと思っています。

日本は、ついこの間までは若い国でございましたので、まだ長寿社会における医療とか、終末期について考えることの日が浅いと思います。欧米との差は長寿社会の歴史の差かなというふうに思いました。

これからのことですけれども、認知症は今後、これから世界中で増えてまいります。そして亡くなる方が増えてまいりますので、もう各国単位ではなくてグローバルな問題として、人間の基本的な権利、良い看取りを受けられる権利というのが世界中で認められるような運動にしていく必要があるのではないかと思います。たとえば、憲法に「看取りケアを受けられる権利」とかいうような形で人権の一つとして入れる必要もあるくらいに世界は高齢化の状態になってきているのではないかと思います。

長谷川 素晴らしいですね。ブリウーさん、認知症を含めてこれからのことはいかがでしょうか。

ブリウー 私も完全に辻先生のおっしゃったことに同意いたします。グローバルなケアですね。また提言（アドボカシー）ということもあります。つまり患者の尊厳というものの、その権利というものを提唱していかななくてはいけないと思います。例えば国によって、または宗教によって、または法律や条令によって、サービスが違うというような現状がありますが、個々の課題、教育、啓蒙、そして訓練を行うことによって克服していかななくてはいけないと思います。患者の尊厳というものを守っていくという視点、それが究極的な目的として追求されなくてはいけないと思っています。

長谷川 ありがとうございます。それでは、李先生いかがでしょうか。

李 たいへんいいお話をさせていただきまして、付け加えることはありませんけれど、私はアルツハイマー病協会の韓国代表です。今は国際アルツハイマー協会の本部は今ではイギリスにあります。前はアメリカのミシガン州にありました。国際アルツハイマー協会のスローガンは **Stand By You** です。「あなたのそばに誰かいますよ」という安心感、それ

が一番大切だと思いますし、また尊厳がどこまで守られるか、最後まで守ってほしい、そういうことを言いたいと思います。

患者さんは自分を受け入れてくれる人がそばに最後までいてほしいと思うので、**cure**よりは**care**のほうにもっと力を入れて家族の教育とか一般の啓蒙とかが必要だと思います。

長谷川 ありがとうございます。日本は長寿社会のトップランナーです。一番先を走っていますのでモデル、お手本がありません。ですから、「モデルなき挑戦」という言葉がありますけれども、私たちはそれに敢えて向かっていかなければならないと思います。おそらく世界は私たちを注目しているにちがいません。日本として、私たちとしてできることはどういうことでしょうか。昨年の3.11以来かなり厳しい復興ということを私たちは背負っております。原発の放射能の問題も深刻です。世界では経済不況とか、雇用不安とかさまざまな問題も起こっています。その中でわれわれは少子化・高齢化に向かっていかなければならないということだと思います。

これから是非この今回のこのセミナーをきっかけにして私たち専門職、それから市民がすべて同じ目線で同じ立場でこれからの看取りをどうすべきか、ということを考えながらモデルなき挑戦をさらに勇気を出してすすめていきましょう。

(セミナーを終えて)

5. セミナーから明らかになってきたこと

長谷川 和夫

本セミナー「日本の看取り、世界の看取り」は、私たちの国際比較調査から得られた知見を報告するとともに、世界各国との比較を通して日本の認知症の人を中心とした終末期ケアの在り方について考えようとするものであった。

今回行われた看取りの国際調査は辻彼南雄医師の指導のもと、日本、韓国、英、米、オーストラリア、イスラエル、チェコ、フランス、オランダの9か国を対象に行われた。

中島民恵子研究委員からは、看取りの制度、ガイドライン等について各国の実情を調査した結果、認知症の看取りについて国としての制度やガイドラインは各国ともにいまだ確定されたものは成熟していないことが報告された。

渡辺大輔研究委員は、末期がんの高齢者と高度認知症の高齢者の2ケースを設定し理想的判断と現実的判断について質問を行った。その結果、がんの終末期については疼痛ケアが中心で各国間に大きな差はなかったが、認知症についてはまず仮想ケースが「終末期ととらえるか」について各国の判断が分かれる等各国で違いが目立った*)。また日本では各国に比して「家族の意向」が重視される傾向が強いことが明らかにされた。今後さらに分析を重ねることとしている。

*)経管栄養の選択についてもがんの例に比較して多様であった。

李先生の発表の中では同じ東アジアの国ということもあり韓国における高齢者介護の実情は日本に似ているところが多く見られた。つまり、家族制度の急激な変化によって高齢者の立場が不安定であること、介護保険の導入にともなう契約という考え方への本人・家族・ケア関係者の戸惑い、終末期における病院依存という状況である。李先生はこれらの問題に対して、**stand by you** という言葉を紹介されて、本人と家族の意思を丁寧に確認して高齢者の尊厳を中心に置いた介護を行うことが必要であると言っておられたと思う。

フランスのブリュー先生からは、ヨーロッパにおいて長期にわたる国民的な議論の中から終末期ケア事前指示書にかかわる法律やガイドライン整備が進んでいること、その中で合議制が重要なポイントであること、人工栄養補給の実施が日本に比べて少ないことが報告された。

以上の報告を念頭に置きながら日本の現状を考えてみるとあらためて気が付くことがいくつかある。一つは、日本では古い家族制度がすでにほとんどなくなりながら自己決定によって物事をすすめるというわけでもないという不安定な状況である。これについては終末期ケアにあたっては一概に個人の自立した判断を求めるわけにはいかない。本人の尊厳とケアの倫理を踏まえながら人と人との絆を大切にしたい日本型の連帯を作り上げるべきであろう。その際は、丁寧な広範な人々の議論を経て終末期ケアに関する国民的なコンセンサスを作っていくことが必要となろう。

また、さらに言えば、まだまだ終末期には程遠い人たちも高齢期の充実した暮らしと終わりの迎え方について考え、準備をしておくべきであると思う。たとえば、家族ともよく話し合っただボバンス・ディレクティブを準備することも重要であろう。

終末期についての議論は終末期だけの問題ではなく、長寿社会のなかで充実した生を送っていくということの一部であることを痛感した次第である。

本セミナーが、以上の意味で今後の国民的な議論のための参考になれば幸甚である。最後にあらためて発表していただいた各先生に感謝を申し上げる。

Ⅲ 看取りをめぐる課題と方向性

1. 看護系大学における看護倫理教育の課題

2. 海外諸国の看取りをめぐるデータ分析

Ⅲ. 看取りをめぐる諸課題と方向性

1. 看護系大学における「看護倫理」教育の課題

聖路加看護大学 准教授
鶴若麻理

1. 本稿の目的

わが国には 2011 年度において看護系大学が 200 校あり、看護学部や看護学科を有する大学は年々、増加傾向にある。日本は未曾有の超高齢社会にあり、かつ科学技術の急速な発展による先進医療やそれに伴う倫理的問題が複雑に絡み合い、医療・看護・福祉を取り巻く状況は著しい変化をしている。そのような中で、看護専門職には、確かな専門的技術や知識という看護実践能力のみならず、多様な価値観を有する人間への理解を基盤にした幅広い教育をふまえた倫理的な看護実践をなし得る人材の育成が求められている。そのためには、倫理にかかわる教育は看護教育上、中核となるべきものであろう。

そこで、本稿では、わが国の看護にかかわる倫理規定や看護倫理教育の位置づけを振り返りながら、看護系大学における倫理教育について、今後の課題を検討してみたい。

2. 看護において倫理が重視される背景

まず「倫理」について考えてみたい。「倫理」の「倫」は人々の間、「理」は道理やことわりを意味し、「倫理」とは、人と人とかかわりあうなかでの道理やことわりといえる。看護実践を思い浮かべてみると、まさに看護がくりひろげられる場は、患者をはじめとして、家族、医師、看護師、コ・メディカルのスタッフなど様々な人々がかかわりあっている。看護実践においては、人と人とかかわりあうなかで考えるべき道理があり、その考えるべき道理は何かを追求するのがまさに、看護倫理ということであろう。

高田 (2005) は、1990 年代くらいから、看護倫理が徐々に重視されてきた背景として、次の 5 つをあげている。

一つは、医療の高度化・複雑化・科学技術化である。これは、医療技術の進歩により生じる新たな倫理的問題にどのように取り組むかが、一人ひとりの人間はもとより、看護や看護の担い手においても問われるようになった。二つは、患者の権利意識と保健医療福祉への関心の高まりである。一般国民の 7 割以上は、自分が治る見込みがない時、病名や詳しい病状が知らされることを望んでおり、そのようなことは患者に与えられている権利と考える傾向が強くなっている (厚生労働省, 2010)。また、高齢社会を迎えた日本では、公的介護保険等を利用しながら、地域や在宅で暮らす人々も多くなり、保健医療福祉サービスの質に大きな関心を寄せている。三つは、情報公開の加速化と医療事故情報の取り扱いである。前述した二点目とも関連をもっているが、医療者側が提供する情報の質や量、タイミングを一方的に決めるのは、患者の権利を侵害しているという認識が広まっている。また、発達する医療のなかで、安全な看護の提供が問われている。四つは、看護教育の高度化である。1990 年代半ばから、看護教育の大学化が進み、その中で、一般教育科目の強化が促進され、かつての美德教育が中心であった倫理教育から、さらに倫理的問題を考えるための論理的な分析力を育むような教育が求められている。五つは、専門職団体・学会の取り組みである。この点については、詳細は後述するが、看護界として、専門職の基本

的責任と義務を規定した倫理綱領が 1988 年につくられ、その後、2003 年に改訂されている。

このように、医療の進展や社会や人びとの意識が変化するなかで、看護において倫理の重要性が改めて問われている。

3. 看護倫理の位置づけ

看護学士教育において、今まで看護倫理というのは、どのように位置付けられてきたのだろうか。保健師助産師看護師学校養成所指定規則、文部科学省の検討会報告および出版されてきた教科書の 3 点からみていく。

「看護倫理」の用語は、終戦後の 1951 年に看護婦助産婦保健婦法および同法に基づく看護婦学校指定規則の看護学のなかの「職業調整」の備考欄に、「(看護倫理を含む)」という表現として登場した(高田, 2003)。看護の教育が学校教育として認められた 1951 年の指定規則には、看護倫理や職業調整の科目が独立して位置づけられていた。しかし、その後、1967 年の指定規則の改正では、看護学概論 60 時間の中に含まれるようになり、看護倫理に関する記述がなくなり、その位置づけがわかりにくくなってしまった。その後、1997 年に看護倫理が保健師助産師看護師学校養成所指定規則に、「教育上の課題」として盛り込まれたこともあり、多くの教育機関が倫理にかかわる科目をカリキュラムのなかに織り込むようになり、現在に至っている。

文部科学省では、2002 年に看護学教育の在り方に関する検討会報告「大学における看護実践能力の育成の充実に向けて」において、カリキュラムのなかに「学士課程の教育は、社会人として信頼し得る倫理的感受性に富んだ人間性の滋養、看護対象者の人間としての尊厳、権利の尊重に基づいた擁護者としての在り方、専門的知識に基づいた判断力と実践能力の育成が重視される」として、人間尊重、擁護の方法と到達度を述べている(文部科学省, 2002)。さらに、2004 年看護学教育の在り方に関する検討会報告「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標」では、5 群 19 項目(1 群: ヒューマンケアの基本に関する実践能力、2 群: 看護の計画的な展開能力 3 群: 特定の健康問題を持つ人への実践能力 4 群: ケア環境とチーム体制整備能力 5 群: 実践の中で研鑽する基本能力)を示している。その中で、倫理教育に大きなかわりをもつと考えられるのは、1 群のヒューマンケアの基本に関する実践能力であり、報告書には、「看護実践の基本的能力として求められるのは、ヒューマンケアの基盤的能力であり、幅広い視野から人間と人間生活を理解し、確実な倫理観をもって行動する態度と姿勢である」と記されている。この能力は熟練度を示しているのではなく、卒業時到達度は、看護職者として、恒常的に追究していくべき能力の基点であり、基本的態度を身につけ、発展の方向性の認識が求められている。構成する能力として、「人の尊厳の重視と人権の擁護を基本に据えた援助行動」、「利用者の意思決定を支える援助」、「多様な年代や立場の人との援助的人間関係の形成」が挙げられている。

このように、看護基礎教育において、倫理教育がいかに重要であるかが示されているが、具体的なレベルでの方略は提示されていない。

次は、教科書の面から、看護倫理がどのように教えられているかをみていこう。伊藤ら(2007)は、戦後の教科書を通して看護倫理教育の内容を検討した研究の中で、次の 3 点を指摘している。一つは、戦後から現在まで、医療者の行動規準を示したいわゆる職業倫理は、一貫して教えられ続けてきた。二つは、1989-1996 年から、生命倫理が看護倫理

に関する教科書のもう一つの大きな柱として含まれるようになった。これは、1980年代以降、わが国でも生命倫理という学問分野に目を向けられるようになった背景と一致しているだろう。三つは、1997年以降、倫理についての一般的な知識、看護師としての職業倫理、生命倫理、看護独自の問題に対する倫理など多岐にわたり、さらに倫理的な意思決定を行うための知識が加わっている。

教科書の内容からみると、職業倫理は継続的に教えられており、その中で、時代の変遷とともに生命倫理に関わる内容が織り込まれ、かつ現代では、倫理にかなうような意思決定をするための知識や看護独自の問題は何かということが織り込まれていることがわかる。

4. 看護実践に関する倫理規定

看護における倫理に注目が集まる背景で、専門職団体・学会の取り組みをあげたが、ICN（国際看護師協会）や日本看護協会では、専門職団体としての倫理規定を設けている。

1988年に日本看護協会は「看護婦の倫理規定」（日本看護協会）を策定した。2000年にICN（国際看護師協会）が「国際看護師倫理綱領」（1973）を改訂し、「ICN 看護師の倫理綱領」を公表したことを受けつけられたもので、その後、2003年に現代の看護がおかれている状況を鑑み、いくつか新たな項目が加わり、名称もかわり「看護師の倫理綱領」（日本看護協会、2003）となっている。前文と条文にわかれているが、15カ条の規定が設けられている（図1）。

図1 看護師の倫理綱領の条文（日本看護協会、2003）

前文

人々は、人間としての尊厳を維持し、健康で幸福であることを願っている。看護は、このような人間の普遍的なニーズに応え、人々の健康な生活の実現に貢献することを使命としている。

看護は、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的としている。

看護師は、看護職の免許によって看護を実践する権限を与えられた者であり、その社会的な責務を果たすため、看護の実践にあたっては、人々の生きる権利、尊厳を保つ権利、敬意のこもった看護を受ける権利、平等な看護を受ける権利などの人権を尊重することが求められる。

日本看護協会の『看護師の倫理綱領』は、病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護師を対象とした行動指針であり、自己の実践を振り返る際の基盤を提供するものである。また、看護の実践について専門職として引き受ける責任の範囲を、社会に対して明示するものである。

条文

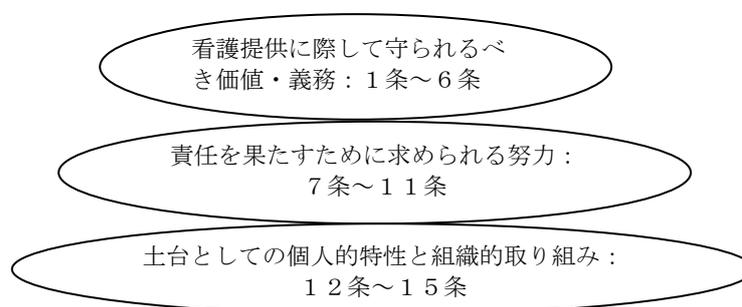
1. 看護師は、人間の生命、人間としての尊厳及び権利を尊重する。
2. 看護師は、国籍、人種・民族、宗教、信条、年齢、性別及び性的指向、社会的地位、経済的状態、ライフスタイル、健康問題の性質にかかわらず、対象となる人々に平等に看護を提供する。
3. 看護師は、対象となる人々との間に信頼関係を築き、その信頼関係に基づいて看護を提供する。
4. 看護師は、人々の知る権利及び自己決定の権利を尊重し、その権利を擁護する。
5. 看護師は、守秘義務を遵守し、個人情報保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行う。
6. 看護師は、対象となる人々への看護が阻害されているときや危険にさらされているときは、人々を保護し安全を確保する。
7. 看護師は、自己の責任と能力を的確に認識し、実施した看護について個人としての責任をもつ。
8. 看護師は、常に、個人の責任として継続学習による能力の維持・開発に努める。
9. 看護師は、他の看護師及び保健医療福祉関係者ととともに協働して看護を提供する。
10. 看護師は、より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施する。

11. 看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する。
12. 看護者は、より質の高い看護を行うために、看護者自身の心身の健康の保持増進に努める。
13. 看護者は、社会の人々の信頼を得るように、個人としての品行を常に高く維持する。
14. 看護者は、人々がよりよい健康を獲得していくために、環境の問題について社会と責任を共有する。
15. 看護者は、専門職組織を通じて、看護の質を高めるための制度の確立に参画し、よりよい社会づくりに貢献する。

その内容は、大きく分けると、図2のように、①看護提供に際して守られるべき義務・価値、②責任を果たすために求められる能力、③土台としての個人的特性と組織的取り組みに分かれる。

これら、看護者の倫理綱領は、看護者の行動指針であり、自己の実践を振りかえる基盤となるものであり、さらに専門職としての責任の範囲を社会に示している。

図2 看護者の倫理綱領の構造（日本看護協会）



5. カリキュラムとしての「看護倫理」や「生命倫理」

(1) 看護倫理の定義について

前述した「3 看護倫理の位置づけ」において、看護倫理が、看護教育の中でどのように位置づけられてきたかをみてきた。ここでは、実際の看護教育のカリキュラムにおいて、倫理にかかわる教科がどのような内容で教えられているのかをみていくが、その前に、そもそも看護倫理とはどのように定義されているのか、その定義をみていく。

看護倫理とは、「看護実践場面で看護師が直面するさまざまな倫理的問題に対して、普遍的な倫理原則やその時代の社会思想などから、看護職によってなされる判断およびその論拠を追究すること」（和田, 2002）とある。また、高田（2005）は、「看護（実践）において正しいことは何か、どうすることがよいことなのか、看護者として私は何をなすべきなのかを問い、これに答える営みである」という。看護倫理の理論的基盤については様々な議論があるが、看護実践の範囲という視点から考えると、看護倫理は職業倫理と生命倫理を包括する概念と捉えられている（習田ら, 2005）。関谷（2005）は、看護倫理の用語規定について、6冊の『看護学概論』に関する書籍を調べたところ、「看護倫理は〇〇である」と端的に記述されているものはないことを指摘している。その中で、記述の傾向として、①職業倫理優先傾向、②患者の権利優先傾向、③倫理的意思決定に関する総論的傾向の三つがあるという。

その一方、服部（2005）は、看護倫理というとき、看護をする側のあり方だけに照明が当たっているのではないかと疑問を呈し、倫理問題を多角的な視座から考え合うときに、いつまでも職種だけで縦に切り取っていくことはできないのではないかと、また看護倫理という名のもとで教える場合、<看護>を冠することで帯びる特殊性というのが本当にある

のか、ケアリングの倫理あるいはヘルスケアの倫理のように大きなものに統合されていくという展望が必要ではないかと指摘している。

このように、生命倫理と看護倫理は同じではなく、生命倫理の方がより大きな概念で、看護倫理というのは、臨床倫理や医療倫理に近く、かつ看護実践という観点での倫理的問題に焦点がおかれているのがわかるだろう。

(2) 科目としての看護倫理

では、次に実際の「看護倫理」の科目についてみていこう。

山田ら（1997）は、3年課程の専修学校での調査であるが、倫理に関する教育は、倫理学、生命倫理（学）、医療倫理（学）、看護倫理（学）などの科目で行われており、脳死・臓器移植、遺伝子操作、インフォームドコンセント、病名告知、看護者の倫理綱領などが教育内容として組み込まれていると指摘している。筆者も看護系大学の200校のシラバスを調査してみたが、その名称は看護倫理、生命倫理、医療倫理、生命・看護倫理など多岐にわたっており、内容も主要な倫理学理論、生命倫理に関するトピックス、看護実践で遭遇する倫理的問題の事例検討、看護師としての職業倫理など、様々な内容をそれぞれの科目名称で教えている。またその科目責任者も看護学の専門家、哲学・倫理学の専門家、医学の専門家など多様である。看護倫理と生命倫理は同義として、看護倫理の教育においても現場の看護実践とは直接に関与があまりないテーマについて、倫理原則を用いながら議論する方法が用いられている（和泉, 2005）という指摘もある。

大日向ら（2009）は、看護系大学10数校の「看護倫理」のシラバスをみたところ、構成に関して5つの傾向を指摘している。一つ目は、生命倫理・医療倫理の諸問題を中心テーマとする構成、二つ目は、功利主義や義務論等の倫理理論、また倫理原則をテーマにする構成、三つ目は、看護学の各領域における倫理問題のトピックを扱う構成、四つ目は、看護倫理の用語（ケアリング、アドボカシーなど）や基本問題（パターンリズム、プライバシー侵害など）を主とする構成、五つ目は、医療過誤の事例紹介や事故防止に関する知識を扱う構成で、いくつかの組み合わせで展開され、授業の形態は、ほとんど講義とグループワークの組み合わせになっているという。

高橋（2011）は、2005-2010年の過去5年間の看護倫理教育に関する文献検討のなかで、諸機関における倫理規定は整っているが、基礎看護教育のなかで、「看護倫理」教育の展開についての方法論は具体化しておらず、「看護倫理」教育を継続的段階的に4年間に実施しているのは、一部の教育者の実践に留まっていると指摘している。さらに、大日向（2009）は、看護倫理のカリキュラム上の位置づけは依然として不明確のまま、断片的・分断的な知識によって科目内容が構成されており、倫理学・哲学の専門家が担当者となっている大学も未だ存在していると述べている。

看護倫理の教育に関する研究をみていくと、一つの授業科目としての教授法や内容を含めたデザインの研究（稲葉, 2009; 大日向, 2009）はなされている。いくつかの大学、たとえば千葉大学看護学部では、日本文化を反映した看護倫理教育の先駆的な試み（森ら, 2007）もなされているが、看護教育の全体的な枠組みのなかで、系統的で段階的な倫理教育のプログラムを検討する研究はない。

6 今後の課題

本稿では、わが国の看護にかかわる倫理規定や看護倫理教育の位置づけを振り返りながら、看護系大学における倫理教育の現状の一端をみてきたが、今までの先行研究から、各大学によって科目名称、内容、方法、さらには教育者の学問的背景も様々で、看護倫理が何を意図しているのか共通理解にも至っていない現状がみえてきた。倫理教育は、教養・専門課程双方で展開されているが、断片的かつ分断的で、相互の関連性や統合性は明らかではない。特に教養課程は非常勤教員が担当している場合も多く、統合的に倫理教育プログラムが展開されているとは言い難い。

看護基礎教育全体において、断片的・分断的な知識の羅列にとどまっている教育内容の構造自体を体系化しようとする研究や実践はほとんどみられず、多くの関係者が重要であると思いつつも、進展がなされていない。倫理教育は看護学専門領域のみならず様々な教養科目と関連しあい、有機的な統合および一年次からの体系化された教育が求められる。看護教育全体に通底するものであり、最終的には臨床現場における看護実践へ生かしていくことが必要である。

看護学の専門家であれば、看護倫理が教えられるのではなく、その一方倫理学の専門家だから看護倫理が教えられるというのでもない。少なくとも双方の叡智を結集した形で、看護系大学の倫理教育の系統的な枠組みを構築することが求められよう。看護倫理の授業科目の内容や方法論はもちろんのこと、どのような能力や資質を有していれば、看護倫理を教えられ得るのかということもあわせて考えるべき課題であろう。

引用文献

- 伊藤千晴・太田勝正, 2007, 「教科書からみた戦後の看護倫理教育内容の変遷」『日本看護学教育学会誌』, 17(1), 29-40.
- 和泉成子, 2005, 「看護における倫理—看護倫理の意義と教育のあり方」『看護展望』30(8), 25-31.
- 稲葉佳江, 2009, 看護学教育における看護倫理の基礎形成に関する教授学的検討, 『旭川医科大学研究フォーラム』, 10, 23-40.
- 大日向輝美・稲葉佳江, 2009, 看護基礎教育における授業科目「看護倫理」の内容構成に関する検討, 北海道大学大学院教育学研究院紀要, 108, 61-70.
- 荻野雅・服部健司, 2005 「看護基礎教育のなかでの倫理教育—教師としてどう取り組むか」『看護展望』30(8), 17-24.
- 習田明裕・志岐康子, 2005 「看護倫理教育のカリキュラムをどう立てるか」『看護展望』30(8), 32-37.
- 関谷由香里, 2005, 「看護基礎教育のテキストにおける看護倫理の用語規定と記述内容の検討」『看護教育』46(2), 140-144.
- 高橋衣, 2011, 過去5年間の看護系大学における「看護倫理」教育に関する文献検討, 『東京女子医大看護学会誌』, 6(1), 81-89.
- 高田早苗, 2003, 「看護倫理をめぐる議論」日本看護協会編, 『平成15年度版看護白書』, 日本看護協会出版会, 3-19.
- 森恵美・手島恵・酒井郁子他, 2007, 千葉大学看護学部における日本文化を反映した看護倫理教育の先駆的試み, 『千葉大学看護学部紀要』29, 61-66.
- 山田聡子・波多野梗子・小野寺杜紀, 1999 「基礎教育における看護倫理教育の実態」『看護教育』40(3): 204-208.
- 和田攻編, 2002, 『看護学大事典』医学書院, 522.
- 文部科学省 看護学教育の在り方に関する検討会 大学における看護実践能力の育成の充実に向けて 2002年
<http://www.umin.ac.jp/kango/kyouiku/report.pdf>
- 文部科学省 看護教育の在り方に関する検討会報告 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 2004
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm
- 厚生労働省 終末期医療のあり方に関する懇談会報告書
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/06.pdf>

参考文献

- 新井龍, 2007, 「我が国の看護系大学における倫理教育の現状と課題」『滋賀医科大学看護学ジャーナル』5 (1) : 138-141.
- 小島操子, 2011, 「看護倫理の変遷を経験を通してみる」『日本看護倫理学会誌』, 3(1), 1-2.
- 田村恵子, 2010, 「実践・研究・教育の協働と看護倫理の発展—終末期ケアの視点から」『日本看護倫理学会誌』, 2(1), 63-65.
- 森田敏子・岩本テルヨ, 2007, 「看護と生命倫理」, 高橋隆雄・浅井篤 (編) 『日本の生命倫理—回顧と展望』九州大学出版会.
- 文部科学省 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 第一次報告 2009
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1283190.htm

2. 死亡前の医療・介護について

福祉未来研究所
府川哲夫

1. はじめに

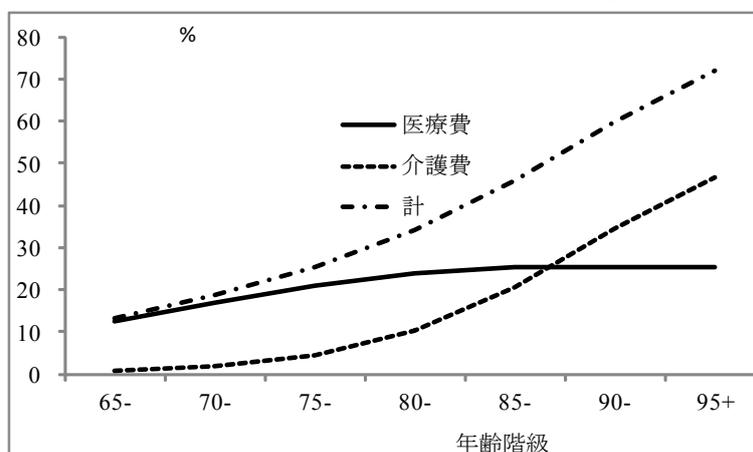
人口の高齢化が進展し、高齢人口が増えるなかで、人生の最後にかかる費用に対して関心が高まっている。The Economist 誌は 2010 年 11 月 20 日号で、日本の高齢化とそれが社会保障制度をはじめ日本の社会経済に与える影響について日本特集を組んで報道した。また、Lancet 誌は 2011 年 9 月に日本の皆保険 50 周年に焦点を当てた。死亡前医療費に関しては、看取り・緩和ケア・胃ろうなどの他に、延命治療や尊厳死・安楽死などの倫理上の問題もあって、複雑な問題となっている。

2. 高齢者の医療費・介護費

日本の国民医療費は 2009 年度で 36 兆円にのぼり、このうち 65 歳以上の医療費は 19.9 兆円で、国民医療費の 55% を占めている。

死亡率は高齢層で年齢の上昇とともに急速に高まっている。2009 年の死亡率(男女計)は 65 歳以上で 3.4%であったが、70-74 歳 1.6%、80-84 歳 4.8%、90-94 歳 14.5%と上昇している。日本人の平均寿命は 1980 年代後半に世界一となり、その後も死亡率の低下は概ね順調に続き、2010 年は男 79.6 年、女 86.4 年と 1960 年と比べて男で 14 年、女で 16 年伸びた。「日本の将来推計人口」(2012 年 1 月)の中位推計によると 2050 年には男女とも現在よりさらに 4 年程伸びて、それぞれ 83.6 年、90.3 年になると推定され、深刻な人口高齢化の一因となっている。

図1 65歳以上の年齢階級別人口1人当たり医療費及び介護費:2009年度



出典:2009年度国民医療費、介護給付費実態調査報告(2009年5月審査分～2010年4月審査分)

図1は65歳以上人口に焦点を当て、年齢階級別人口1人当たり医療費及び介護費(いずれも対1人当たりGDP比)を示したものである。65歳以上の介護費は65歳以上医療費のおよそ1/3であるが、この図から90歳以上の超高齢層では医療費よりも介護費の方が大きいことがわかる。

3. オランダ人の平均寿命はなぜ日本人より短い (注1)

オランダの平均寿命は男 77 年、女 81 年で日本 (男 79 年、女 86 年) より短い。その差の多くは 65 歳以上の死亡率の違いである。喫煙は高齢者死亡率に重要な影響を与えている。喫煙は 65 歳のオランダ人の平均余命を男で 3.4 年、女で 1.3 年短くしている (表 1)。この結果、オランダ人の男性の平均余命の短さは、喫煙によってかなり説明されるが、女性の場合はまだ 2.6 年の差があり、喫煙以外の要因を考えなければならない。

オランダでは高齢者の施設入所率が高い。しかし、日本における病院での社会的入院を考慮すると、施設入所率でも両国の違いは大きくない。日本では高齢者の子との同居率が高く、また、日本では高齢者に対するケアで機能的サポートが多いのに対して、オランダでは感情的サポートが大きな役割を果たしている。これらが両国の女性の平均余命の差に寄与している可能性がある。

表 1 5 か国における 65 歳の平均余命 : 2005 年

	(単位:年)				
	フランス	日本	オランダ	スウェーデン	アメリカ
男の65歳平均余命	18.0	18.1	16.4	17.4	17.2
喫煙の影響除去	20.4	20.6	19.8	18.9	20.3
女の65歳平均余命	22.0	23.2	20.0	20.6	19.9
喫煙の影響除去	22.3	23.9	21.3	21.6	22.4
65歳以上の施設入所率 (2004) (%)	7	3 +3.8	7	7	4

4. 死亡前医療費に関して

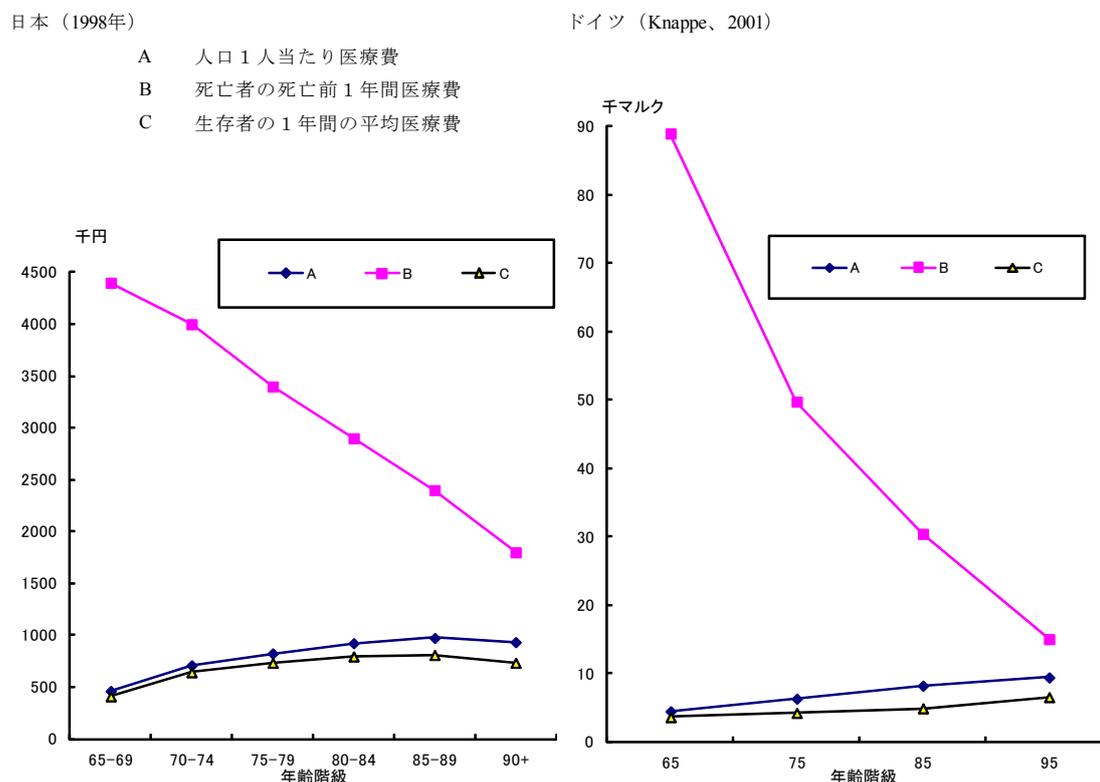
(1) 1990 年代の老人医療レセプトデータを用いた結果

日本における死亡者の医療費に関する最近の研究例では Hashimoto et al. (2010)、田近・菊池 (2010) などがある。死亡者の医療費はその入院状況によって大きく異なり、死亡月が近づくにつれて死亡者 1 人当たり医療費が増加する主な要因は入院受診の増加であった。死亡者 1 人当たりの死亡前 1 年間の医療費は年齢の上昇とともに大幅に低下し、終末期の医療費高騰が老人医療費全体に与える影響は大きくなかった (府川, 1998)。死亡者 1 人当たりの死亡前 1 年間の医療費は生存者 1 人当たりの 1 年間の医療費の 4.3 倍と高かったが、この医療費は死亡者の年齢階級の上昇とともに低下した。この現象はアメリカやドイツでも報告されている (Busse and Schwartz, 1997)。65-69 歳の死亡者 1 人当たり死亡前 1 年間の医療費を 100% とすると、85 歳以上の死亡者の場合は日本やオランダで 50% (Van Vliet and Lamers, 1998)、ドイツ 63% (Busse, Krauth and Schwartz, 2002)、アメリカ 66% (Lubitz and Riley, 1993)、スイス 71% (Felder, 2003)、と国によって低下の割合は異なるが、死亡者 1 人当たり医療費が年齢の上昇とともに低下することは共通である。病院 (又は入院) 医療費だけを考えれば、高齢者の死亡前医療費は年齢の上昇とともに低下することが高齢者医療制度の違いにかかわらず普遍的に成り立つ可能性があると考えられる。

(2) 日本とドイツの死亡者1人当たり医療費(注2)

図2は日本(1998年)とドイツ(2000年)について、65歳以上の年齢階級別人口、死亡率、人口1人当たり医療費及び死亡者1人当たり死亡前1年間医療費を試算し、さらにこれらのデータから生存者1人当たり医療費を計算して図示したものである。死亡者の1人当たり医療費は生存者より高い(65歳以上計で5倍)が、その倍率は65-69歳の10.7倍から年齢階級の上昇とともに急激に低下し、90歳以上では2.4倍と低下した。

図2 高齢者の年齢階級別人口1人当たり医療費



(3) オランダの年齢階級別人口1人当たり保健費(注3)

オランダの保健費は医療費と介護福祉費の合計で、ZVW、AWBZ、政府支出などで構成されている。2010年の保健費は871億ユーロ(GDPの14.8%、以下同様)で、医療費は505億ユーロ(8.6%)、介護福祉費は336億ユーロ(5.7%)であった。医療費の内訳では病院・専門医が224億ユーロ(3.8%)で最も多く、薬剤費64億ユーロ(1.1%)、精神保健54億ユーロ(0.9%)と続いている。介護福祉費の内訳では高齢者介護が160億ユーロ(2.7%)、障害者ケアが79億ユーロ(1.3%)、などであった。

人口1人当たりの保健費は65歳以降急増し、特に女性では95歳以上の1人当たりの保健費は70-74歳の約7倍に達している(図3)。また、病院医療費に限って、生存者と死亡者の1年間の平均医療費(2000年)を比べると、死亡前1年間の医療費は70歳以降、年齢階級の上昇とともに急激に低下する(90歳は70歳の3分2)が、それでも死亡者の医療費は生存者の医療費よりはるかに高い(図4)。

図3 性・年齢階級別1人当たり保健費

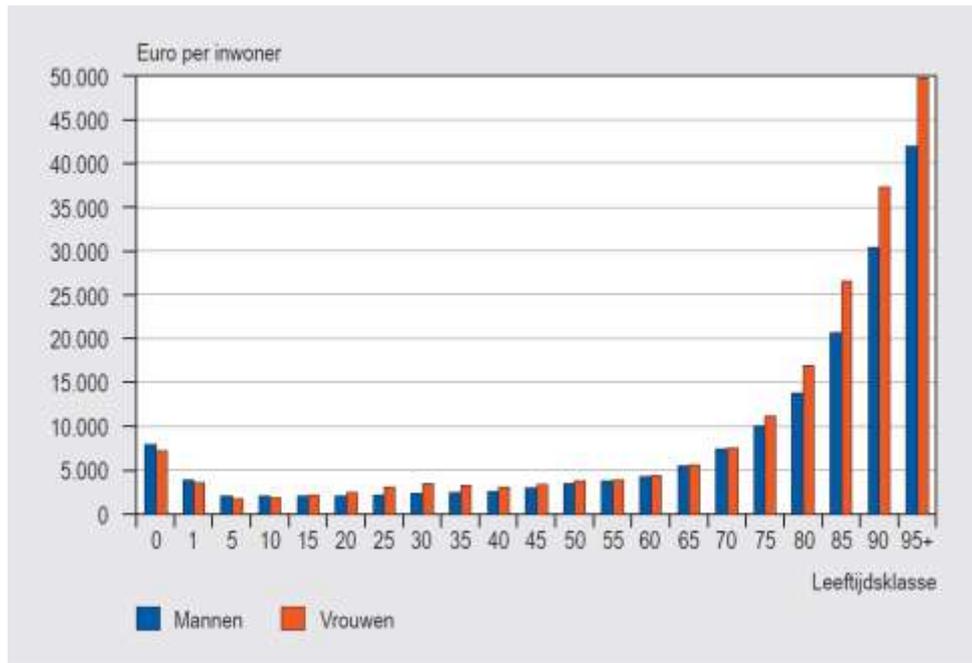
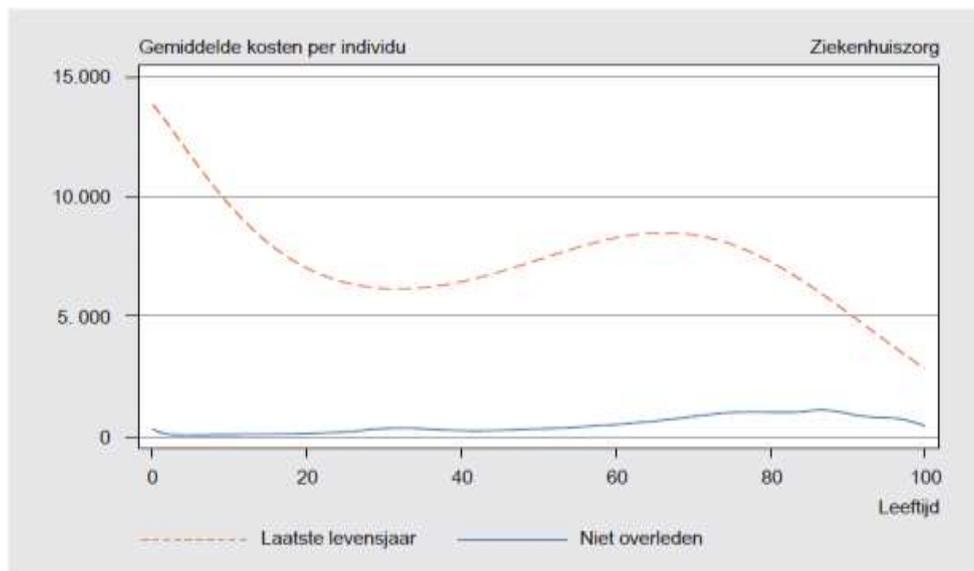


図4 生存者・死亡者別1年間の平均医療費（病院）



(4) 死亡前における治療抑制（注4）

2001年6月～2002年2月の間にベルギー、デンマーク、イタリア、オランダ、スウェーデン、スイスの6カ国で得られた死亡者の診療データを分析した結果、終末期に不治療の決定をした割合はイタリアで6%、スイスで41%と国ごとに大きな違いがあった(表2)。1つの不治療の決定には複数の治療抑制が含まれている。抑制される治療内容では薬が最も多い。生命を1ヶ月以上延命させる治療を抑制する割合は、オランダ(10%)、ベルギー(9%)、スイス(8%)で高く、デンマーク(5%)、イタリア(3%)、スウェーデン(2%)で低かった。高齢患者や病院外では延命治療をしない傾向にあった。

表2 ヨーロッパ6か国の治療抑制

	ベルギー	デンマーク	イタリア	オランダ	スウェーデン	スイス
死亡総数	55,793	57,044	22,368	14,037	93,755	44,036
分析対象数	2,950	62	44	75	61	67
治療しない決定数	885	732	201	1,794	783	1,362
その割合(%)	27(25-28)	23(22-25)	6(5-7)	30(29-32)	22(21-23)	41(40-42)
治療抑制	1,517	1,111	233	3,131	1,094	2,321
治療保留(%)	894(59)	493(46)	126(54)	1829(57)	731(66)	1539(66)
治療中止(%)	623(41)	618(54)	107(46)	1302(43)	363(34)	782(34)

5. 議論と考察

社会保険方式を採用している国々の中でも、医療保険における公私の役割分担や介護費の対GDP比において大きな違いがある。

オランダ人の平均寿命は日本人より2年半短い。喫煙の影響を除去すると65歳の平均余命の差は特に男でかなり縮小した。オランダはフランス・ドイツより医師数も病床数も少ない。オランダの短期医療（ZVW）は完全に民営化され、高齢者介護を含むAWBZは公的制度で運営されている。オランダの医療費、高齢者介護費はそれぞれGDPの8.6%、2.7%で日本より大きい。ただし、日本の高齢者介護費（現在、GDPの1.6%）もいずれオランダの水準に近づくことは避けられないと考えられる。医療サービス利用の効率化（例えばdeductibleの導入）や医療と介護の連携（例えばnursing homeにおけるサービス提供）などにおいて、オランダの経験は日本にとって大変参考になると思われる。

高齢死亡者の1人当たり死亡前1年間の医療費は、生存者の1年間の平均医療費よりはるかに高く、かつ、死亡者の年齢階級の上昇とともに急激に低下することがいろいろな国で報告されている。死亡者の医療費の他に、高齢者の施設入所率などにおいても多くの先進国で共通の特徴が見られる。

注

- (注1) van Bodegom D. et al. (2010) に依拠している。
(注2) ドイツはKnappe (2001) に依拠している。
(注3) オランダはRolden H. & van der Waal M. (2012) に依拠している。
(注4) Bosshard et al. 2005 に依拠している。

文献

- 田近栄治、菊池潤 (2010). 死亡前12か月の高齢者の医療と介護 - 利用の実態と医療から介護への代替の可能性 -
府川哲夫 (1998). 高齢化と老人医療費「病院管理」vol.35(2), pp.35-46.
Bosshard G. et al. (2005). Forgoing Treatment at the End of Life in 6 European Countries. Arch Intern Med. 2005;165:401-407.
Busse R., Krauth C. and Schwrtz F.W. (2002). Use of acute hospital beds does not increase as the population ages: results from a seven year cohort study in Germany. Journal of Epidemiology and Community Health, 2002, 289-293.
Felder Stefan (2003). Adapting health and long term care schemes to the challenges of a long life society. ISSA 4th International Research Conference on Social Security, Autwerp, 5-7 May 2003.
Hashimoto H., Horiguchi H. and Matsuda S. (2010). Micro Data Analysis of Medical and Long-term Care Utilization Among the Elderly in Japan. Int. J. Environmental Research and Public Health, 2010 (7), 3022-3037.
Knappe Eckhard (2001). Auswirkungen der Alterung der Bevoelkerung auf die Kranken - und Pflegeversicherung (GKV und GPV). Deutsch-japanisches Symposium, September 2001.
Lubitz S.D. and Riley G.F. (1993). Trends in Medicare payments in the last year of life. The New England Journal of Medicine 328, 1092-1096.
OECD (2011). Health Data 2011

- Rolden H. & van der Waal M. (2012). Coordination of health care services in the Netherlands. Report by Leyden Academy on Vitality and Ageing.
- Scheil-Adlung X. (2003). To wards sustainable health and long-term care schemes in ageing societies : The case for a rethink of policy paradigms in France, Germany, Japan and the Netherlands.
- van Bodegom D. et al. (2010). Dutch life expectancy from an international perspective. Leyden Academy on Vitality and Ageing. October 2010.
- Van Vliet R.G.S.A. and Lamers L.M. (1998). The high cost of death: Should health plans get higher payments when members die?. *Medical Care* 36, 1451-1460.

IV 特別報告

1. 東日本大震災と認知症の人

2. 母に捧ぐ ～母の人生、そして死～

Ⅲ. 特別報告

1. 大震災と認知症のお年寄り

社会福祉法人典人会（岩手県大船渡市）
総所長 内出幸美 Ph.D.

はじめに

2011年3月11日、午後2時46分、地球の自転が100万分の1.8秒早まる巨大な地震がこの地を襲った。地震そのものの被害も甚大だったが、その30分後に襲ってきた津波はすざましい爪痕を残した。2万人が犠牲になり、そのうちの4千5百人が未だ行方不明のままである。そして、あの日から一年が過ぎようとしている。

大地震、大津波、原発事故により、世界中の人々は今までの価値観が大きく揺さぶられたに違いない。食の安全、節電等の生活習慣の見直し、自然災害がもたらす死の意味づけ等、筆者にとっても自分自身を見つめる極めて大切な一年であった。

中国の詩人、蘇東坡は心の安らぎを「無一物中無尽蔵」と表現している。何にも囚われず、何ものにも執着しない境地に達すると、人間が一人で生きているのではなく、様々な縁によって生かされていることがわかり、ただただ感謝の心が生まれてくる、といった内容である。筆者は、津波で全てを流され無一物になった時、皆が肩を寄せ合い感謝の気持ちを大切にしていかに生きてきたことで、人と人とのつながりや支え合いが存在していたのだと痛切に感じた。

このように、大震災から1年、実に様々な経験をこの地で積むことができた。この経験から何を学び、何を伝えていくことが大切なのかをまとめてみたい。

1. 震災前の岩手県大船渡市概要

(1) 地域の概要

大船渡市は、岩手県の南東端に位置し、北国ではあるが温暖な気候で一年中さまざまな活動が楽しめる。地形は急峻な山地が海岸線まで迫る典型的なリアス式海岸の港町として有名である。2001年11月には隣町と合併し、2011年11月末現在の総人口は3万9,434人、高齢化率は30.8%である。当市は、認知症高齢者対策に積極的に取り組んでいる地域でもあった。地域の認知症の人と家族の会を平成3年より立ち上げ、電話相談を週5日行い、相談者をできるだけつどの会に繋いでいる。認知症サポーターの養成講座は全国に先駆けて2003年に開催し、徘徊模擬訓練等も市民一体となって取り組んでいた。

しかし、最近では、少子高齢化、核家族化が進み、かつてのようなコミュニティのつながりが薄れており、地域によって住民とのつながりや暮らしぶりに格差が生じていた。10年以上住み続けている住民が1割にも満たない振興住宅地などでは、盆踊りや敬老会の担い手が少ないため行われなくなっており、地域との協同が課題となっている。

(2) 防災について

大船渡市は、1611年慶長三陸津波、1896年明治三陸津波、1933年昭和三陸津波、1960年チリ地震津波と過去に何度も甚大な被害を受けている地域である。**写真1**は吉浜地区にある津波碑であるが、明治三陸大津波の際住民の2割が命を落としたことからひとり一人の名前を刻み、高台移転を促進した。今回は行方不明1人、家屋倒壊4棟にとどまった。

この吉浜地区ではさまざまな場所に津波被害を伝える碑があり、小学生は毎年被害場所を巡り大人から先人の教訓を学習。「低い場所に住宅を建てないのは当たり前」と自然に意識してきた。大船渡市にはこの他、**写真2**のように常に津波を意識する仕掛けが随所にある。しかし、記憶の風化と共に住居は海側に広がり、今回の大津波では全世帯の2割にあたる5,322世帯で被害を受けることとなった。

写真1 吉浜地区の津波碑



写真2 市内にある看板



また、大船渡市は、自主防災組織の組織率が73.5%であり、特に市内沿岸部は80.0%と高くなっている。この組織の役割は、震災発生前から文化の伝承、訓練、資材等の整備を行い、発生直後は自身と家族の安全を確認した上で、近隣の救助のための助け合いを行う。数時間後は安否・被害情報収集、消火活動、手当、搬送、援護者の避難支援、その後も避難所運営、炊き出し、防疫、要支援者の配慮等が明文化されている。住民も各受け持ちに分かれて訓練が徹底されている地区が多いことが特徴である。今回の大災害ではこの自主防災組織が地域密着型サービス事業所と協同し、大活躍することとなる。

そして、大船渡市は、**図1**に示すとおり、1987年より全国5都市と「銀河連邦」という友好都市関係を形成している。これは、宇宙科学研究所の研究施設がある全国の2市3町が提携したもので、1996年には災害時の相互防災協定を締結し、大規模災害時の応援救助、職員派遣、資機材の提供などが定められている。

このような大災害時に複数の都市とネットワークがあったことは普段からの交流が功を奏し、顔の見える支援となり得た。実際、2日後の13日より職員支援、物資、水道、医療・保健・福祉など広範囲にわたる支援をしていただいております、現在でも交流は続いている。



図1 銀河連邦共和国

2. 2011年3月11日(震災当日)

午後2時46分、震度6弱の大地震が発生、その後3時15分、大船渡には最大波の大津波が多く多くの市民を飲み込んだ。死亡者・行方不明者は433人、そのうち68.8%が65歳以上の高齢者で占められた。その中には某介護老人福祉施設の入居者67人が含まれている。

この30分間という時間は、避難する場合逃げ切ることができる時間だったのか、どのように逃げるべきだったのか、私たちケア事業者もようやく検証を始めた。

その時刻、デイサービス等を利用していたお年寄りたちは帰宅時間前だったこともあり、事業所に留まり生き伸びた。また、事前に介護が必要だと地域に知らせていた家庭(地域支援マップに記されていた)にはいち早く地域住民が助けに来た。しかし、認知症という病故に近隣に隠していた家庭には誰も駆けつけることはなかった。認知症だから助かった命、認知症だから失った命…。

この人間の生死を分けたものは一体何だったのだろうか。それは天災なのか、人災だったのか。同じお年寄りを預かる市内の介護保険施設・事業所でも、ある特養は67名の命を失い、ある認知症対応のデイサービスは全員生き延びた。単に利用者の数の問題ではないと感じている。大量の死者を出した特養の施設長は、わずか10mの道路を登れば助かったが「まさかここまで津波が来るとは…」とコメントしていた。

お年寄りの命を与る私たち職員の第一に優先すべきことは、お年寄りを生き延びさせることである、その強い自覚を持つことであると今更ながらに気づかされた。

(1) 認知症デイサービス「菊田」の奇跡的避難

ここは、平築140年の古民家を改修した認知症対応型通所介護事業所であり、お年寄りが幼少時代に過ごした雰囲気、大きな神棚、竈のついた台所、縁、畑があり、昔ながらの風習を大切にしていた生活を送っていた。お年寄り、職員、近所の人たちにも大好評の居場所だった。この場所は、海から500mで海面との高低差はほとんどない。2時46分の大きな揺れに「津波が来る」と職員は直感した。センターの登録者は80～90代の18人。

当日は11人(定員は12人)が利用していた。職員はお年寄りの頭に座布団を載せ、同時に荷物、防寒具、非常用持ち出し物品の準備にとりかかった。お年寄りは自分の持ち物に拘る人が多いため、誘導の際「荷物は玄関にありますから、大丈夫!!」と声をかけて安心感を持ってもらった。揺れが小さくなって、5人の職員が2台の車にお年寄りたちを分乗させた。腹が減っては戦はできぬ、と炊事担当の職員はおやつに用意していたふかしイモをなべごと車に乗せた。午後3時前、山側に約1.2km離れた同一法人が運営する小規模多機能ホームに着いた。(市の指定する避難所は海の近くの漁村センターだった)わずか10分たらずの避難となった。避難経路はいつもと違い、川沿いは極力走らず、津波を想定して出来るだけ山側を逃げた。途中、利用者である一人暮らしのお年寄り宅に寄ったが、近所の人々が既に避難させていた。

その後3時15分の大津波でこのデイサービスセンターは周辺の民家もろとも流され、全壊した。この周辺は壊滅状態で尊い人命も多数奪われた。

これまで、津波注意報が出るたびに避難してきた。事あるごとに利用するお年寄りから「地震が来たら津波が来ると思え」と教えられていたからだ。震災の2日前にも震度4の地震が起き、津波注意報が出たが、避難に約40分近くかかった。女性がトイレから出ようとせず説得に時間を要したからだ。それ以外にも利用者連絡先一覧を持ち出せなかつ

たり、と反省が山のようにあった。その時は幸いにも注意報は解除されたが、今後大きな地震がきたらこれではいけないと職員間で話し合い、マニュアルの見直しや、利用者の混乱した時のシュミレーション、「今度は担ぎ上げてでも連れ出す」という強い意識を職員間で確認した。3月11日、この女性はかつがれて避難した。

この2日間を比べると、避難時間で約30分以上の差があった。これは予め訓練していたことで想定外の出来事は想定内になっており、それで即座に職員が行動できたことが要因である。地震の規模も違い、より緊迫した状態であったが職員はそれぞれ冷静な判断をすることができ、10分で避難完了する結果となった。「過去の反省を生かして利用者の命を守れた」「避難訓練は業務的に行うのではなく、本番を想定して実り多いものとなるように取り組む」「訓練は失敗し、問題が多い方が成功と思え」「今回体験して学んだことを伝え続ける」と職員らは話している。また、職員は「いつもお年寄りから津波の話をしてもらっていたから、今回は逃げ切れた、支えているのではなく本当はお年寄りに支えられていた」と実感したようであった。

写真3 認知症デイサービス「菊田」



写真4 「菊田」跡地



(2) 試された倫理観

大地震直後から電気、水道のライフラインが断絶、通信、道路も寸断、何よりの恐怖は余震だった。

その恐怖の中で、法人本部にある特別養護老人ホームには、建物被害のあった隣接する医療法人のデイケア利用者等の受け入れが始まった。もちろん、当法人のデイサービス利用者も帰ることが出来ず、留まることとなる。沿岸部は壊滅状態であったことから、地域住民も法人内の各施設・事業所(10施設・事業所を運営)へ避難してきた。

法人の施設・事業所の中に津波のために孤立してしまった事業所もあり、自衛隊が駆けつけられたのは3日後であった。当然、そこではサバイバルが始まった。過酷な状況下では管理者だけではなく、職員ひとり一人が瞬時に判断をしなければならなかった。一方、職員にも家族がおり、自分が生きていることを家族には伝えられない、家族の生死を知ることもしない状況であった。

本部にいた筆者は、11時過ぎ、ある職員から自分の家のあたりは壊滅状態とのラジオ情報を聞き、家に帰りたいと懇願された、夜中であり、道路の寸断、余震が続いている状況を勘案すると承諾できることではなかった。しかし、「近い人の安否を知りたい」と話され、今生の分かれないかもしれないと思ったが最終的には許可した。このように、究極の状況下の判断は自分の経験知だけでは限界もあり、日ごろからライフワークバランスの考え方、倫理観、哲学観などを鍛えて置くことの重要性が認識された。それほど全て

が想定を超えていた。後に法人内のある所長から是非判断に迷わないように防災計画やマニュアルに盛り込みましょう、と提案された。確かにリスクマネジメントの重要な部分に「アクシデントマネジメント(過酷な状況下での管理)」という概念が今回は全く見落とされていたと感じた。しかし、想定外を想定することは至難であるため、日ごろからどんな状況下にあっても自身の見識、倫理観、哲学を備え、判断する際の思考回路を鍛えておくことで適切な判断に近づけると思われた。

(3) 自然災害で家族を失うことの意味づけ

61歳になる男性職員がいる。彼は91歳の父親、息子、姉、甥の4名を津波で失った。彼は当日の夜から必死で肉親を探し続け、2日後に無事だった妻と遺体安置所を毎日まわった。一カ月後に彼は職場に戻ってきたが、姉は6月に瓦礫の中から発見され、息子は今年1月に宮城県石巻市の安置所のDNA鑑定で判明した。父親と消防団員だった甥は未だに見つかっていない。現在は夫婦で仮設住宅で暮らしている。

彼は7年前、84歳の母親を突然、病で亡くしている。母親は日頃から「皆に迷惑をかけたくないから कोरोリと死にたい」と家族に話していたという。母親本人の願いも叶い、あまり想いを残すこともなかったという。しかし、「父親の場合は、残念で、まだまだ生きていて欲しかった」なぜなら、生前「まだ死んでいられない、息子や孫に年金もやらなければならないし」と常に話していた。また、父親の若い頃はお酒好きで地域の世話も積極的にしていたそうである。

彼は、「病気で亡くなることは、その人の体の問題とあきらめもつくが、今回はなかなかつかなかった。6月を過ぎて、周りも市に死亡届を出している人が多くなり、その頃から自分もあきらめなければならないのかなあと思いはじめたが、とにかく遺体が見つからないと届ける気持ちにはなれなかった」という。しかし、「もうすぐ一周忌にもなる。あの世にいて、自分がメソメソしていたら往生できないのではないかと思えてきた。自分たちの生活もあるし…」と少しずつ心の整理をしているようである。

彼は、大工だった経験を生かし、各事業所の環境整備を一手に引き受けて仕事をしている。蛇口のトラブル、棚づくり等、仕事はとても丁寧で人あたりも良い性格なので、若い職員たちからも好かれている。お年寄りの関わりも自然体で素晴らしく、何よりも楽しそうである。「仕事にくると気持ちも紛れる」は彼の口癖である。

また、彼は妻が日曜日は仕事なので、家にいるよりは、と毎週のようにボランティアで来てくれている。花の水やり、お年寄りの話し相手などである。厳しい状況下であるにもかかわらず、人のために何かをしようという行動に出ている。

自然を恨む、といった言動はまったく見られない。筆者の職場では140名中10名の職員が家族を津波で失ったが、誰一人として自然を恨んではない。宗教哲学者の山折は、人間の表情に着目し、被災した日本人とアメリカ人(カトリーナ災害)、中国人(四川大地震)との違いを見ていると、前者は穏やかな表情、後者は険しい表情であったという。被災しながらも穏やかな表情でいられるのは、自然のなすことに怒りをぶつけてみても泣きわめいても仕方がないと、厳父の怒りに首を垂れるような姿勢があったからだとしている。これは「天然の無常」とも表現でき、それは自然に抗わず、自然と寄り添って生きてきた日本人の知恵であり、高い受容性の賜物であると解釈している。このことは日本人のものの考え方における重要なポイントだと思う。

彼の場合、失ったもの、亡くした人を悼む気持ちを大切にしている。悲しみは消せるわけではなく、取り除くべきものでもない。人に隠すことでもないからこそ、彼の場合はいつも心を開放しているのではないだろうか。だからこそ、「命の尊さ」「そばにいてくれる人の大切さ」「人との関わりと心のつながりの中で今を大事にする」という彼の生きる姿勢が感じられる。

3. 一年の経験から伝えるべきこと

(1) 災害時における「緊急介護派遣チーム」の必要性

大地震直後から、本部のある特養に、建物被害のあった隣接する医療法人のデイケア利用者等の要介護者の受け入れが始まり、デイサービス利用者も留まり、地域住民も法人内の各施設・事業所へ避難し、夕方からは炊き出しが始まったことは前述のとおりである。

法人本部にある特別養護老人ホームのLPガスは使用可能だったため、近くの公民館からは「食べ物が無いのでおにぎり 50 個お願いします」と依頼され、即座に提供した。乳飲み子をかかえたお母さんからは「ミルクが無いんです」と頼られた。次々に来る住民への対応に迫られ、その場その場の判断でとにかく物資提供、寝床の提供に追われた。

法人の中には津波のために孤立してしまった事業所もあった。自衛隊が駆けつけられたのは3日後であった。当然、そこではサバイバルが始まった。過酷な状況下では管理者だけではなく、職員ひとり一人が瞬時に判断をしなければならなかった。一方、職員は、自分が生きていることを家族には伝えられない、家族の生死を知ることできない状況であった。

このような過酷な状況下で、職員は自宅に帰ることも許されず、身体的、肉体的、感情的にも疲労し、そのピークは3日目の13日だった。そしてなにより見通しが見えない漠然とした恐怖がのしかかってきた。「これは長丁場になる」と感じ、職員に「応援部隊を要請に行ってくる」と告げ、通信手段の途絶えた中、唯一消防署に設置された衛星電話をかける市民の列に並び、3分間という時間的制約の中で、日本認知症グループホーム協会に連絡しSOSを発信した。それによく応えてくれ、5日後の3月18日に第一陣が応援部隊として、石川県から駆けつけてくれた。デイサービスの送迎用ワゴン車に支援物資をいっぱい積み、リーダーの精神保健福祉士、看護師2名、介護福祉士3名の構成メンバーであった。当時はまだ被災地の状況が分からない、マスコミはボランティアが行くことを制限していた中、顔見知りのメンバーだったこともあり、感極まったことを今でも覚えている。

—緊急医療はあっても緊急介護がない!!—

震災直後から1週間の困難は、物資がないこと、人手が足りないこと、に尽きた。入居しているお年寄りたちは、いつもと変わらない暮らしを心がけた結果、それほどの動揺や不安感は見られなかった。むしろ、お年寄りや職員が皆で雑魚寝をすることで、人の温かみに触れ、乗り越えられたのだと思う。しかし、環境の大きく変化した認知症のお年寄りは周りの動揺にうまく適応できずに心身の自分の「居場所」をさまようこととなった。

こうした状況下の中で痛切に感じたことは、「緊急医療」はあっても「緊急介護」の概念が全く存在しなかったことだ。近隣の病院には、被災直後から県内外の緊急医療派遣チームが入ってきたが、介護の現場には誰も来てはくれなかった。8日目の18日に初めて訪れた支援部隊は、公的なものではなく、あくまでもボランティアとしての位置づけでしかなかった。

職員の中には家や家族を失った者もいて、ライフワークバランスがとれず緊急事態に直面してしまっただけでなく、また、地域の要介護者の受け入れ、他施設からの利用者受け入れ、そしてどうしても現場に来ることもできない職員もいる中で、人手は全く足りない状況であった。命を与えるという意味では、介護も医療も同じ重みがあるはずである。

大災害時には、緊急医療と同様に「緊急介護」も必要であると痛感した。そこで、災害救助法に既に位置づけられている災害派遣医療チーム(DMAT; Disaster Medical Assistance Team)の介護版となる災害派遣介護チーム(DCAT; Disaster Care Assistance Team)を国、都道府県や事業所単位で重層的に創設し、社会福祉士、介護福祉士や看護師などが被災地へ迅速に駆けつける態勢を整備すべきだと私たち被災地から各方面に要望している。

―地域の要介護者支援の必要性―

このたびの大震災では、災害規模が大きかったため、本来地域に目を向けるべき地域包括支援センター(市直轄)は、災害直後、物資の仕分け作業で手いっぱいだった。避難所の大半は大規模な小・中学校が多かったことから、要介護者やその家族に対する相談や適切なコーディネートをどのようにしたら良いかということが問題になった。外部からの保健師などでは地元の情報が乏しいことから、市内にある福祉施設・事業所によるコーディネート機能が求められた。

市内14の施設・事業所が流失したことにより、住み慣れた故郷を離れなければならないお年寄りは178人となった。家族の分だけ、人の数だけ苦渋と悲しみが重なっていった。自分たちの故郷から意に反して離れざるを得ないということは、今まで培った人たちのつながりをみな捨て、山川海から離れていくことでもある。これはアイデンティティを失うことにつながり、自分の一部を切り取られるようなものである。認知症のお年寄りは、自分がここにいたい!ということ表現できない。そのことを分かっているだけに私たちは遣る瀬無い思いでいっぱいだった。

私たちが提唱している重層的DCATがシステム化されれば、外部からの福祉施設・事業所への支援が充実されることで、地元の福祉施設・事業所の職員が地域や避難所に出向けることが可能となり、できるだけ地元でふんばれる体制もできると思われる。

(2) ケアを支える心のつながりの大切さ

―お年寄り同士、お年寄り職員とのつながり―

グループホームやユニット型特養では、普通は個室でそれぞれのお年寄りが寝ているが、オーバーベッド状態であったこと、また震災発生後半月程度、余震が続いており皆、集まって体を寄せ合おう、ということで職員とお年寄りは雑魚寝状態であった。雑魚寝では隣同士がお互いに手を握り合うというお年寄りの姿が多くみられた。また、お年寄りに職員が添い寝をする形となり、お互いの温もりを感じることで安心できた。後日の職員へのインタビューで、この厳しい状況を乗り越えられた理由について、多くが「限られた食糧を少しずつ分け合って、本当の家族のようにお互いを思いやれたから」「添い寝をし、お互いの温もりを感じることで自分の家は流されたけれど安心感を得た」と話していた。職員と利用者という関係を越えたつながりを持てたからこそ乗り越えられた。

写真5 添い寝をする職員と利用者



写真6 安心感を与えた雑魚寝



—自分たちの地域で支え合う、震災で寝食を共にしたことによる地域住民の認知症への理解—

私たちの地域密着型サービスの事業所にもたくさんの住民の人たちが避難され、寝食を一緒にし、苦楽を共にした。そこでは、本来の人間としての気づきが促されたと感じている。その一つが震災を共に乗り越えたことによる地域の中での絆の発見だった。

津波のために孤立してしまった小規模多機能事業所「後ノ入」という事業所がある。そこは、津波により道路が遮断され、自衛隊が駆けつけられたのは3日後だった。津波は事業所の100mまで迫り、泥足で泣きながら住民たちは避難してきた。6人がやっと泊れるくらいの小さな事業所だったが、幸い、併設してグループホームの建設を終わり4月1日から開所予定であったため、そのスペースを全て使うことができたことも幸運だった。その所長は迷うことなく約140名の地域の人々を受け入れた。日頃から運営推進会議などで「何かあったときは当ホームを活用してください」というメッセージを発信していたことが功を奏した。事業所の周辺は孤立無援の離れ小島となってしまったが、この地区は自主防災組織がしっかりと訓練されていたため、婦人部の人たちは、被害を受けなかった家から冷蔵庫にある食べ物、食材、米などを持ち寄り、炊事班を結成した。救護班の男性たちは、暖をとるための反射式ストーブ、毛布、薪をかき集めた。そして、その日から地域住民と利用していたお年寄り、職員の5日間の共同生活が始まった。

私たちにとって何より良かったことは、共に生活することで、地域の人たちが施設の様子、介護の様子をみてくれ、時には介護も手伝ってくれた。協同生活の中で、認知症のお年寄りの暮らしの様子、介護の様子を実体験してくれた。と同時に私たち職員もお年寄りの介護だけに追われるのではなく、住民の人たちと共に悲しみ、生きていたことを喜び、多くの感情を共有することができた。

また、認知症のお年寄りに対する地域住民の意識も少しずつ変わっていくのがわかった。かつての地域社会は親密な人間関係で成り立っていたと思う。米や味噌がなくなると分け合ったりという向こう三軒両隣という関係だった。しかし、今の社会は、地域のつながりが希薄化し、都市部のように隣は何をする人ぞ、が当たり前になっていた。ところが、この大震災で、何日間かをお年寄り、住民の人たち、職員が寝食を共にしたことで、地域との結びつきが再確認された思いがした。「後の入」に避難してきた民生委員がテレビのインタビューを受けている側で職員が聞き取り、メモしたものがある。事業所のイメージについて震災前は「専門的な認知症の治療をするところ、どことなく近寄りやすい」と認知症に対する偏見があり、地域との壁のようなものが存在していたと思われた。しかし、寝食を共にした結果「認知症の人も普通の人と変わらない」「喜怒哀楽を共有し、地域と施

設という枠組みを超えて家族に近い存在となった」と話してくれていた。行動には変化が現れ、震災後は「後の入」の会議室を民生委員や地元の集まりの時は毎回活用してくれている。婦人部はよく昔のおやつ作りに来てくれる。近所の人たちがくれる野菜の量も増えている。職員も近隣の子どもの名前を呼び合う間柄となった。

やはり、寝食を共にしたことで、お互いに相手を「知る」ことができ、そのことで地域にも職員にも変化が現れたのだと思われる。一般的には認知症のお年寄りの生活を体験するという事は、身内にいなければあり得ない。認知症介護を体験するという事は、その暮らしぶりを五感で感じてもらえたということである。それまでは、地域の中で孤立した特別な事業所と地域住民という枠組みを超えて、お互いがお互い様だね、と分かり合えたことで変化が生じてきたのだと思う。今までは、事業所と地域が別々に向き合おうとしていたが、そうではなく、お互いが同じ方向に向かっていくというスタイルに変わっていった。

写真7 介護を間近で体験する住民



—ケアを支える心のつながり—

この一年間、一人の力ではどうすることもできなかった。しかし、私たちは、お年寄り同士、お年寄りと職員、職員同士、お年寄り・職員と地域住民、地域住民同士、外部からのさまざまな形での支援があり、お互いがお互いの「ありがたみ」を体験した。支え合っていれば心が癒されることも体感した。つながっていくこと自体が、地域における高齢者ケアのための体制づくりの基盤であることがこの震災から明らかになった。

(3) ケア事業所が貢献できること

—地域包括ケアを見据えた「まちづくり」—

この一年は、復興に向けて、ケア事業所としてどのようにして地域と協同していくか、「まちづくり」にどう貢献していくか、私たちその方策を意識し続けた。

自分たちも復興の一助になりたい、という気持ちは地元のケア事業者たちは人一倍強い。そこで、8月に市長を囲む会を市内のケア事業者たちが主催した。私たち事業者は、復興にあたりワーキンググループを組織し、すぐ解決すること、中期的視点、長期的に取り組むことを挙げ、課題解決に向かうことにした。その一つが地域包括ケアを見据えた「まちづくり」である。これは、住民やケアの現場が主体になる参加型の企画づくりである。小規模の話し合いやヒヤリングによって各地域のニーズを把握して、住民発意の町づくりをしていこうという試みである。

住民からは「保育園、小中学校を統合してほしい」「皆で暮らす集合住宅がよい」「茶飲み話ができる居場所がほしい」「スーパーでの買物ではなく、肉屋、魚屋、豆腐屋、八百屋がほしい」「商店や小学校が併設できる規模の町」「郵便局が近くにほしい」「お年寄りだけの施設ではなく、子どもも若者も認知症のお年寄りも集えて、支え合えるような場所があったらいい」等の示唆に富む要望が出された。それは、震災を共に乗り越えてきた公民館単位(最大でも170世帯)の規模をイメージしていることが理解でき、コミュニティを保つことの大切さが出てきている。大船渡市の「環境未来都市構想」の中には、このような高齢者に配慮したコンパクトシティ構想が盛り込まれている。

私たちは、お年寄りを「ケアされる側」としてだけではなく、「ケアやサービスの担い手」として位置づけ、働く場と生きがい創りを促す、という明確な方針を立てた。認知症のお年寄りに対する価値観を「支援する対象」から「働く人」「仲間」と変えた瞬間でもあった。

一災害における「レジリエンス(Resilience=回復力)」というキー・コンセプト

大災害に遭い、今までの生活を破壊され、酒におぼれる人、閉じこもる人、自殺をした人もいた。そうなる理由は十分すぎるほど理解できる。しかし、そうした厳しい体験にもめげず、たくましく生きているお年寄りの方が圧倒的に多い。

家を流され、仮設住宅で娘さんと暮らしている高橋コウさんは86歳。復興に向けて何か自分にできることはないかと、12月から仮設づくりの屋台村で「えんがわ」というお店でおふくろの味を提供している。コウさんは昼間のみの出番だが、地元料理の「ひつみ汁」は大人気だ。厳しい環境にもかかわらず、立直る力は高く、多くの市民が勇気づけられ影響されている人物だ。

仮設住宅でも、住民たちが同じ敷地内のトレーラーハウスでデイサービスを始めたところがある。そこでは、閉じこもりを防ごうと仮設内で看護師や介護士の資格を持つ人が中心となって、主に「お茶っこのみ」をし、軽体操などをして2時間くらい過ごす。見学させてもらったが、そこに来ていたのは元気なお年寄りが多かった。もっと何かできることを秘めているお年寄りたちだった。聞くと、漬物とかおかずを持ち寄る日もあるとのことだった。そこで感じたのは、もっとこのお年寄りたちの力を発揮できる居場所づくりができるのではないかということだった。

「お茶っこのみ会」のその次の段階として、お年寄りの働く生きがいづくりという発想が大切になってくるのだと思われる。このような逆境からの回復への祈りを込めて、まちづくりに関しては、レジリエンスが一つのキー・コンセプトとなると思われる。

一「居場所カフェ」への取り組み

筆者らは、アメリカの支援団体の協力の元、「居場所カフェ」創設に関わっている。これは、被災地のお年寄りが、自分たちの「居場所(自分らしくいられる、くつろげる場所)」を見つけることができ、自分たちのレジリエンス(回復力)を地域のあらゆる年齢の人たちと一緒に強化できる場所となるコミュニティのカフェである。

また、「居場所カフェ」は、仮設住宅に住まわれている人たちを含め、多世代が「ちょっと立ち寄れる寄り道の場所」といった住民たちとのワーキングで発想された。ここでは、知恵や経験が豊かなお年寄りが地域の財産として活躍することにより、若者から面倒をもらっているという社会のイメージを変えていくことを目的としている。

「カフェ」という若者の行く場所としてのイメージがある場所で、地元のお年寄りの人たちが運営に参加していくというやり方が、多世代にも受け入れてもらえ、また今後進んでいく超高齢社会における地域の取り組みにおいて何らかのヒントにつながるのではないかと期待している。例えば、カフェだとお年寄りには入り難いかもしれないが、同年代の人が運営していると少し気軽に入れるかもしれないし、雇用にも繋がるという可能性を含んでいる。寄り道先といった感覚を大切にしているのは、子連れのお母さんがちょっと息抜きに入れる場所が、子どもの遊び場や自宅以外にあるのは良いのではないかとこのことから起因している。

仮設に住んでいる人たちは、慣れない生活環境の中で新しい「家庭」を創っていかねばならない。「家庭という感覚は、自宅以外に行く場所があることにより、帰ってくる場所があるという安心感から生じる」という理論がある。お年寄り向けのデイサービス、デイケアとは全く違う、ごく一般にあるようなカフェを創り、お年寄りの人たちに「お茶を入れてもらうのではなく、入れる側にまわってもらう」というアプローチは、家に引きこもりがちな高齢者にとっても有益であると思われる。

筆者らは、「居場所カフェ」でお年寄りたちが得意の漬物やかまもち(郷土のおやつ)を若者や子どもに提供することにより、自分は役に立つ存在だと実感できる機械が得られ、コミュニティ感覚を取り戻すことができる。さまざまな世代と交流を実現できるなどの効果が期待できる。そして、コーヒー一杯分の10%を次の被災地へ還元することになればもっとやりがい感も出てくると思われる。

ここで重要なのは、地域住民が参加し、これは自分たちの地域のために自分たちが行う「自分たちのプロジェクトである」と感じてもらうことである。

皆さんは、スターバックスなど若者が好んで行くお店で、コーヒーや漬物を出してくれるお年寄りと、それを笑顔で食べている子どもや若者の姿を想像できますか?! 私もあ30年後には、「居場所カフェ」で働いて、こだわりのコーヒーやかまもちを作って喜ばれ、頼られるおばあちゃんになりたいと、そんな楽しい夢を見ています。



図2 「居場所カフェ」のイメージ図

4. まとめ

2011年3月11日の震災前に戻せるものと戻せないものがある。私たちには、しなやかな回復力をもった日本人の素晴らしいDNAを持ち合わせていることを尊ぶことが大切だと感じる。その基盤となっているのが、人と人のつながりであることが今回の震災での私たちの体験から浮かび上がってきた。お互いが生かされ、支え合うことが自覚できれば、他者への愛情は自然と増すものである。愛情のあるところに恐怖は存在しないことも経験させてもらった。

また、社会問題化している、認知症や孤独死など問題の本質は、超高齢化、核家族化、地域文化の希薄さ、地域コミュニケーションの崩壊などの社会的な課題であると置き換えられるのではないだろうか。大船渡市は、コミュニケーションが比較的保たれていた地域は結束力でまとまり、津波を風化させない文化の伝承も行われていた。しかし、大津波により、肉親やお茶のみ友達を亡くし、近くに行き物にも行けなくなり、一人暮らしの人が多くなった。

私たちは、震災だけの問題に囚われることなく、どうやって自分の住む超高齢社会を乗り越えるかを地域と共に創っていく姿勢が今、問われているのだと思われた。

震災後の地域やお年寄りたちとの支え合いや「居場所カフェ」の取り組みを通じて、地域住民が集まり、お互いに支え合うシステムがつけられれば、人間関係がより増強するとともに、コミュニティのレジリエンスをさらに強化することにもなると考えられた。

5. おわりに

震災後2カ月が経過した5月11日、当法人の全職員140人を対象にアンケート調査を実施した。その一つの質問が「震災のキーワードは?」であった。職員から得られたキーワードは、「絆」「協力」「つながり」「思いやり」「家族」「仲間」「地域」等と肯定的なキーワードが9割を占めていた。また、この時点で特に若い職員が「謙虚」になった、と筆者は感じた。窮地を脱するには「連帯」と「謙虚な心」が必要であることが再認識された。人間は一人では生きていけない。当たり前のことであるが、このシンプルで大切なことを、震災は私たちに知らしめているように思えた。

また、震災後、実に多くのボランティア、研究者、支援者がこの土地を訪れた。私たちは掛け値なく「今の東北の姿」を知らせるべく、いろいろと見てもらい、話した。一義は皆の記憶が新しいうちに、防災に関する警鐘を鳴らしたい!!との思いからである。決して風化させてはならない。このような自然災害で多くの犠牲者を出さないためにも、全国のひとり一人が防災意識を高め、防災活動を通じて「思いやりのある町」づくりを目指していただきたいと切に願う。

デイサービスセンター「菊田」の近くにあの大津波にも負けずに残った大きな樺がある。この木は数本が寄り添っていたため、瓦礫がぶつかろうがお互いが倒れずに残った。お互いを支え合うことで耐え抜き、今も悠然と立ち続けている。私たちは遠方から支援していただいた方々に支えられたからこそ、この樺の木のように立っていられていると感じる。これから先、このような災害が起こったとき、感謝の行動として、今度は私たちが支えようと思っている。この支え合う樺のように…。

2. 母に捧ぐ ～母の人生、そして死～

国際長寿センター(英国)専務理事 事務局長
ノーリーン・シバ

私には 104 歳まで生きた母がいたという、最もユニークな経験をさせてもらったことに気付きました。これが私の母です。1907 年に生まれ、つい先日、2011 年 9 月 7 日に他界しました。

この原稿を母に捧げます。

母の人生：背景

キャスリーン・エレン・スミス (家族や友人からは Kath として親しまれていました) は、まず何よりも献身的な妻であり、母であり、祖母でした。母は訪れた人々を暖かくもてなし、私たち家族にも、この家を快適でフレンドリーな場所にするよう教えてきました。

母はイングランドのサマセットにあるウェストン・スーパー・メアで生まれ、第 1 次世界大戦後までそこに住んでいました。その後、母は両親とともにイングランドのバーミンガムにあるホール・グリーンに引っ越し、そこでは女子高校に通い、卒業後は秘書として働いていました。母が父ノーマン・チャールズ・スミスと出逢ったのは、社交ダンスのクラスでした。二人は 1931 年に結婚し、イングランドのウエスト・ミッドランズにあるソリフルで、48 年間の幸せな時を共に過ごしました。



母にとって最も大切だったのが家族です。母は家族の絆を決して忘れず、両家の家族と親密に連絡を取り合っていました。

家庭生活と並行して、母は優れたスポーツウーマンでもありました。母が最初に愛したスポーツはテニスで、イングランドのウィンブルドンにあるオールイングランドテニス・クロケットクラブに若い時から連れて行かれ、毎年開かれる全英オープンに集うトップ選手たちを見ていました。母はゴルフやバドミントンもしましたが、晩年にはローン・ボウリングを始め、母が所属するソリフルのスポーツクラブのチームが強さを誇っていました。このチームはイングランド女性ボウリング大会のファイナルまで残り、1960 年代にはウィンブルドン公園で試合をしました。またその後もイングランドのウエスト・ミッドランズにあるレミントン・スパでも試合をしました。両親はよくテニスやボウリングを楽しんだり数々のクラブ活動に参加したりして、幸せな時を過ごしていました。

母はトランプのブリッジを 100 歳までしており、ソリフルとイングランドのサリー州のバンステッドにいるブリッジの友だちと一緒に過ごす時間を楽しんでいました。

母はいつも公明正大に行動 (play the game) し、私たちと接する時も外の世界と接する時も、常に公平で粘り強い人でした。母は当時の人と比べると、どんな事にもとてもオ

オープンで柔軟性のある人でした。特に凄かったのは、人生に対する母の前向きな姿勢です。母は決してくよくよすることなく人生を最大限に生きていました。104年という期間を考えると、これは十分に達成されたのです！

現在 21 歳と 19 歳の母の孫たちは、「とても特別」な存在でした。母がウッドマンスタンにある私たちの家族を訪ねてくれた時も、その後 90 歳でイングランドのサリー州にあるバンステッドのバンガロー（私たちの家のすぐ隣家）に引っ越してからも、孫は母にとって大きな喜びでした。母が晩年、必要なあらゆるサポートやケアを受けられたのは、この点がカギでした。

母は子供たちと遊ぶのが大好きで、母にとって最大の喜びは、子供たちの幸せな姿を見ることでした。80 歳代後半の頃、母はダイニング・テーブルの下で子供たちとクリスマス・ツリー・ボックスの中で遊んでいるところを発見されたと聞いても驚かない方もいらっしゃるでしょう。

母はいつも、孫たちが泳いだりテニスをしたりする姿を見たいと願っていました。もちろん母はその願いや夢を超えた所まで生き続け、孫たちが順調に学業を進めてきたティーン・エイジの時期、そして大学に通っている所まで見届けることができました。

同様に、母は姉や私に対しても勉強や興味のあること、進路についていつも励まし支えてくれました。

母は私たち家族の中心的存在であり、母がもうこの世にいないことをとても寂しく思います。皆様からいただいたお悔やみの言葉や母との思い出話に、私たちは大いに支えられ、励まされました。こんなに沢山の方々が母と共に過ごした時間を楽しみ、母のユーモアのセンスや、自分より周りの人々のことをまず考える姿勢、そしてあらゆることに参加しようとする姿勢を認めてくださったことがわかり、それは私たちにとって大きな意味を持つものであります。私たちは皆、母を尊敬し、愛したのです。

この数年、母を自宅でケア出来たことを嬉しく思い、また感謝しています。これはひとえに、母のケアへ自分の全ての時間を捧げた姉と、地域の医師・看護師・介護士・サポートサービスの皆様による素晴らしい支援のお陰です。

もし私が母の遺伝子、特に母の長寿の大きな要因を受け継いだとすれば、私はとても幸運な人間です。そしてこれらの要因は私だけでなく他の人々にも応用できるものであり、母に感謝するところであります。

母の長寿の要因と思われることを、以下にまとめてみました。続いて、母の人生最後の数年間についての詳細も記してみました。

母の長寿の要因

ヘルシー・エイジング

とても幸運なことに、母は健康に恵まれており、心身ともに強く、認知症の症状もまったくありませんでした。しかしあいにく母は 90 歳の時に大腿骨頸部を骨折し、これが母に身体的な影響を与えることになりました。この骨折は、もちろんよくあるケースで自宅での転倒が原因です。ただし執刀医は、母のように雄牛のごとく丈夫な骨は見たことがない、とおっしゃっていましたが。

母は 2 つの世界大戦や配給時代を生き延びましたが、生涯を通じて新鮮な食材を使いバランスの取れた食事を摂っていました。

前向きな姿勢

母について特筆すべきなのは、とても楽しく社交的でリラックスした姿勢で人生に臨んでいたということです。また母は非常に自立精神の旺盛な人で、他人の迷惑になりたくないと常に思っていた人でした。

アクティブ・エイジング

母は生涯を通じて非常にアクティブな人で、特にテニス、ゴルフ、ボウリングなど、さまざまなスポーツを行っていました。社会的な活動やカードゲームも楽しんでおり、地域のブリッジクラブには101歳まで通い続けていました。また母は娘と一緒に毎週教会にも通っていました。家では食事の支度やテーブルセッティングを手伝ったり、お皿を拭いたり整理整頓を助けてくれたりしました。実際、母は冗談半分で自分の事を私たちの「キッチン・メイド」と呼んだりしていました。母が100歳になった時に書かれた新聞記事は、「ブリッジをプレーすることで気持ちをアクティブに保つことが、彼女の長寿の秘訣」という文面で始まっています（詳細は添付資料1を参照）。

移動能力

母は80歳代後半まで車を運転しており、90歳の時に大きな転倒事故が起きるまで、移動能力も非常に優れていました。転倒に加えて膝も弱くなって、母は杖を使用するようになり、続いて歩行器、車いすの使用となり、最後には自宅で電気リフトを使用するようになりました。このリフトは役割をきちんと果たしてくれるものでしたが、空中に持ち上げられて他人に動かされるリフトは、母にとって非常に大切な自立や尊厳を奪うもので、また怖いものでもあり、母はとても嫌っていました。しかしこのリフトのおかげで、母は家族とともに自宅に住み続けることができたのです。

家族によるサポート

これは特に母が90歳の時に、結婚当初より住んでいたバーミンガムの家からロンドン近郊に住む私たちの家の隣に越してきた時から、常に決定的に重要な要素でした。母にとって家族は極めて重要な存在でした。母は孫たちの世話で毎日忙しく過ごし、孫たちの活動にも関心を寄せていました。未婚の姉は、徐々に母にとってフルタイムの介護者となりました。

また母は他界するまで、全ての家族から社会的な刺激や支援を受けてきました。

カギとなるスタッフ

まず**作業療法士**の方が重要な役割を担い、自宅のスロープ、手すり、電動車椅子、病院用ベッド、リフト、そして最後にはウォーターベッドなどの重要な機器を手配してくださいました。作業療法士、そしてもうひとり重要な役割を担ってくださった**一般医（GP）**の先生が、理学療法、歯科、眼鏡、足の治療や、以下の在宅サービスを手配してくださいました。

最後の2年間は、毎日8人の介護士の方が母をお世話してくださり、2人の保健師の方も6-7年間、生死にかかわらない皮膚がんの治療を毎週行ってくださいました。2週間に1度あったクロスロード・ケア（訳注：イングランドとウェールズの介護者サポートチ

ヤリティ。Crossroads Care) での一時預かりは 18 ヶ月間続き、最期には在宅ホスピスとマリー・キューリー・ホスピスの夜間看護サービスを受けました。当時、母にはほとんど資産がなかったため、これらのサービスの大半は無料で受けられました。介護士の方々への直接的なコストは年間で 2.5 万ポンドでした。姉は一時預かりサービス用に介護者手当を受けており、また母の介護手当や年金は、家の維持、食料、清掃、歯科、美容院、眼鏡など、生活や支援の費用に使われました（詳細は添付資料 1 を参照）。

近所の人々や友人

自宅でのサポートネットワークは、家族、近所の人々、そして友人の方々により実現できました。このようなネットワークにより、買い物、短時間のケア、整髪などの「隙間サポート」や、社会的なコンタクトならびに交流がもたらされたのです。

長寿の要因：まとめ

母はとても充実して満足のいく人生を歩み、私たち家族の中心的な存在でした。高齢者の多くが虐待を受けたり十分なケアを受けられない状況であるという報告を考えると、母が 104 年の生涯を通じて自宅に住み続けられたことに安堵しております。地域で素晴らしい在宅サービスに恵まれたことは幸運でした。もちろん姉と私も良いチームでした。姉は最後の数年間、24 時間のフルタイムケアを母に提供していましたが、自宅にサービスが入る際には常にその質の監督も行っていたのです。一方で私は、医療や社会的サービスの知識を駆使した役割を担い、様々なサービスに関するアドバイスを رفتり、主介護者である姉が少し休めるようにケアを交代したりしました。母の例で、適切な手助けやサポートがあれば在宅介護ができるということが証明されたのです！このような支援があれば、私もひよっとしたら長生きしてもよいかな、と思いますし、このような経験が他の方々のご参考になることを願っています。

母の晩年と最期に関する詳細

90-100 歳

母は 90 歳の時に、引っ越し先の新しいバンガローでショッピングバッグにつまずき転倒して、大腿骨頸部を骨折しました。皮肉なことに、引っ越し前の家はもっと古い一戸建てで、階段やデコボコの庭の敷石がある所だったのですが、もちろん母はそのような環境にすっかり慣れていたのでした。

母はまたとても自立した人で、必要な時には人に頼むようお願いしていましたが、私たちが外出していた時に食器棚の中にある何かを見つけようとして、転倒事故が起きました。当時はアラームを首にさげるシステムを導入していなかったため、母は助けを求めることも出来ませんでした。近所にはビル関係者もいましたし、私も隣の家にいましたが、母は電話まで言うことも誰かを呼ぶこともできず、2 時間以上床に倒れていたのです。母を見つけてからすぐに私たちは救急車を呼び、母は大腿骨頸部治療の手術を受け、地元の病院に 2 週間入院しました。その間、常に家族が病院を訪れました。その後 1 週間は地元のナーシングホームで過ごし、理学療法を受けたり歩行器の使い方を教わったりしました。その後母が自宅に戻ってすぐ、出来る限りの用具（例：杖・歩行器・カート・台所のスツ

ール・首にかけるアラーム・柄の長い靴べらなど)を揃えました。これらの用具はすべて、カギとなるスタッフとなられた作業療法士の方が手配してくださいました。

母の入院中に、面白いことがありました。わずか5歳と7歳の子供たちが、祖母の歩行器のフレームを人形劇の舞台に見立てて数々のショーを披露し、祖母をいつも楽しませていたのです。ついには病院の廊下で歌いお金を集めることまでしていたのです！これが何のためだったのか、私の理解を超えた所ですが、確かなのは、孫たちが祖母の回復を助けたということです！

この重大事故で、母は自宅でこれまでよりかなり多くの支援を必要とするようになり、母の移動能力に大きな影響を及ぼしました。理学療法士の方が毎日運動を行ってくださいましたが、あまり効果はありませんでした。脚と膝の理学療法は8週間続き、また母が買い物・レジャー施設・友人の訪問・ブリッジのプレーなど外出がしやすいように、障害者用のバッジも申し込みました。手術後のこの期間を通じて、母は歩くことに対して大きな後押しを必要としていましたが、いつも私たちと車で出かけたがってはいました。

自宅での母は、テレビ・読書・ジグソーパズル・カードゲーム・スクラブル（訳注：単語作成のボードゲーム）・その他様々なボードゲームを楽しんでいました。特に好きだったボードゲームは、母が晩年まで得意としていた暗算を素早く行って遊ぶ「シャット・ザ・ボックス」というものです。

母はテーブルや台所のスツールで、姉の台所仕事も手伝いました。母はダイニングルームのテーブルで座ることができ、バンガローのもっと硬い椅子にも腰掛けることが出来ました。母の生活を快適にするため、姉はバンガローの様々な点を直しました。例えば介護士の方が早い時間に母を床に就かせた時用にカーテンを暗くしたり、つまずきやすいカーペットの代わりにベルクロのマットレスを敷いたり（寝室での母の洗身介助に必要）しましたし、母は暖かい服を何枚も着て、座っている間も冷えないように、お湯の入ったボトルを置いておきました。また母の能力に合わせてゲームもアレンジし、例えばサイコロやスクラブルの文字、ビンゴのボードを特大サイズにしました。最近では成人用のジグソーパズルも特大ピースのものが出てきています。

母は93歳の時、腰の部分（意外な所！）に皮膚がんを発症しました。おそらく母が若い頃に好きだった日光浴が原因だったのではないかと私たちは考えています。当初母は、患部を除去して皮膚を移植する手術を受けました。ロンドンにある病院に行くことや、病院ベッドでの小さな手術などで、母は6週間程ヘトヘトになっていました。この治療は、ロンドンにあるがん治療で有名な医療機関のロイヤル・マーズデン病院で行われ、定期的な診察は、地元のサリーにあるマーズデン病院で行われました。初めは治ったと思われましたが、後に再発しました。

98歳の時、母は地元のマーズデン病院で8週間の放射線治療を受けました。また毎週の手当も必要で、地域の一般医（GP）を通じて専門医が手配した保健師の方が、母の自宅を初めは週1回、後に週2回訪問してくれました。

私たちはこの間の6年、3か月ごとに母を診て下さる専門医の下、素晴らしいケアに恵まれました。後に、母の耳にがんの小さなほくろが出てきました。これは手術で取り除き、3ヶ月後には再発もなく治癒しました。

この段階で、姉は夜間でも必要に応じて母のケアを行えるよう、母の寝室で寝るようになりました。母は夜間でも定期的に起きる人で、その際にベッドからの移動に介助を必要

としていました。皮膚がんの手当てはケアが必要な時が多い為、母が眠れない時、姉は母に飲み物を用意して落ち着かせたのでした。姉は実に6年間も母の部屋で寝ていたのです！

この時期、そして合計9年余りの間、母は車椅子を必要としていましたが、家族や友人の支援を得ながら非常にうまくやっていました。後に母は屋内でも車椅子を必要とするようになり、その他にも、電動リクライニングチェア、車椅子型ポータブルトイレ、椅子やベッドからの移動を介助する為の黄色いバナナボード、バンガローでの数々の手すり、母の足を支えるスツールなどの用具も必要となりました。また家の前と後ろにスロープも取り付け、一つは自費で、もう一つは作業療法士を通じて設置しました。

100歳を迎える

母の100歳のお祝いは喜びに満ちており、地元の家族、過去に住んでいたバーミンガム、教会の友人、ブリッジの友人、そして近所の方々とで5つのパーティーが行われました。母のエネルギーや心遣いは素晴らしく、私たちの息子（14歳）は100歳のお祝いを記録した最高のフィルムを作成しました。このフィルムは私たちにとって永遠の宝物となるでしょう。以下は、母が述べた名言です。

「なんでこんな大騒ぎをしているの？私はまだ60歳の気分なのよ！」

「私は子供や孫たちがしてくれることすべてに感謝したいです。それが私にとってすべてなのです。」

パーティーで母は女王様からの電報を受け取りました。これは、国際長寿センターグローバルアライアンス共同理事長のバロネス・サリー・グリーングロスが取り計らってくださったものです。

100-102歳

母は100歳のお祝いが一通り済んだ後、片目の白内障の手術を受けなければなりませんでした。この間、母は食べたり活動に参加したりしている時に距離感を間違えることが多くなり、テレビも以前ほど楽しまなくなってきたのです。病院では母が普段使っている福祉用具や生活環境が全く用意されていなかったため、たった一晩で入院生活に適應するのは難しく、家族全員と医療スタッフは、適應させるのに苦戦しました。母は自分の問題の原因やニーズを理解しておらず、この手術の必要性について強く抵抗し、眼科の先生からは、母が100歳のティーンエイジャーのように食ってかかった、というお話を聞きました。術後のケアは全て姉が自宅で行いました。

この頃から母の食欲が目に見えて落ちており、私たちと外出はするのですが、特に車の中で眠ることが多くありました。日々の活動への関心が衰え、母はデイセンターで参加していたいつものブリッジゲームでも集中出来なくなりました。しかし母の101歳の誕生日祝いでは、自宅で友人や近所の人たちとすっかり楽しんでいました。母はいつも、パーティーや周りに人がいることを楽しんでいました。

姉は何年もの間、自宅で必要とされるあらゆるケアを提供してくれており、特に栄養満点の食事や定期的な楽しみ作り、そして家事や社会的なコンタクト作りなど、母の周りで起こる全ての点で尽力してくれました。もちろん私たちも家族全体で母に刺激や活動、多くの人との交流をもたらしており、特に孫たちは学校から帰ると祖母と食事をしたり一緒に時間を過ごしたりしていました。

母は台所での手伝いが徐々に難しくなり、姉はラウンジのテーブルで母と活動し、母を見守ったり介助したりするようになりました。母の集中力や手伝える力は、起きている時間と休んでいる時の間でふわふわ漂うようになり、テレビにも集中できなくなりました。手術を受けなかったほうの目も悪くなってきましたが、高齢で受けた1回目の手術の経験を踏まえてもう片方の目の手術は行わないことにしたため、白内障の手術はあまり役に立ちませんでした。

102-103 歳

母はこの頃には更に疲れやすくなり、自分のことも出来なくなってきました。傷口の周りがよくかゆくなり、手当やかゆみの緩和が必要で、保健師の方が引き続き訪問してくださいました。母は他にも、結膜炎、顔面の酒さ、便秘、歯の欠損、若い頃発症した乾癬の再発など、多くの小さな疾病も抱えていました。これらはすべて治療や管理が必要なものであり、姉は介護士や看護師の方から指導を受けながらケアを行っていました。

その後私たちは、地元自治体の成人・地域ケア部にある社会的ケアチームから、毎日8人の介護士の方に来ていただくことになりました。はじめに総合的なアセスメントが行われ、最高の継続ケアチームを計画するために、6週間は経験豊富な介護士の方々がケアを行ってくださいました。このようなサービスやその他のサービスにかかった費用は、添付資料2をご覧ください。

作業療法士の方が、これらの手配をすべて手伝ってください、特にイス・ベッド・トイレなどの移動で介助する電気リフトや、バンガロー内で追加が必要となった手すりの設置など、新たな福祉用具の準備で助けて下さいました。

このように、毎日8人の介護士によるサービス、保健師の継続訪問、自宅の改修や福祉用具、そしてフルタイムの住み込みで行う姉の惜しみないケアのお陰で、母は確実に自宅での生活を続けることができたのです。

母の腹部にがんの症状が更に出たため、訪問看護が週3回に増やされました。ロイヤル・マーズデン病院のがん専門医が、これまでで初めて患者宅の訪問に同意してください、先生はとても楽しんでいらした様子でした！また母はもう手術を受けるには年をとりすぎていたため、治療は自宅で行っていただくよう私たちは決めました。この時の症状は特に重く、母を弱らせるものでした。この皮膚がんの進行が、母のエネルギーを絞り取っているかのようでした。苦痛の際にはパラセタモールでコントロールしていました。

最後の数週間

介護士の方が母を毎日起こし、入浴・着替え・排せつ・ベッド上での安楽を介助してくださいました。姉は食事介助全般を行ったり、一緒にいたり刺激を与えることで、追加の看護や介護を行ったりしました。母が寝たきりになったのは、最後の3週間だけで、その時には看護師の方が至急でウォーターベッドを手配してくださいました。私の息子は、そんな母の状態をまだ一時的なものと考えており、母はまたラウンジにあるいつもの椅子に戻ってくると思っていたのですが、それはなりませんでした。

母は徐々に食事を拒否するようになり、ほとんど飲むこともしませんでした。注射器を使って少しずつあげたり、少なくとも頻繁に母の口を濡らしてあげたり、といったように、あらゆる手立てをとってみました。母は寝たきりだったので体がとても硬くなっていたた

め、動かされることが嫌な様子でした。特に最後の3日間、私たちは交代で母のそばに座り刺激を与え続け、母に話しかけていました。

地元のホスピスが来て総合アセスメントを行い、自宅で必要になると考えられる薬を準備してくださいました。保健師の訪問は毎日となり、最後の2晩はマリー・キューリーの看護師の方が泊まりがけで、母のベッド上での安楽を保ったり投薬を行ったりして（訳注：マリー・キューリー・キャンサー・ケア財団が提供する末期がん患者へのホスピスサービス）、母が楽な状態でいられるよう助けてくださいました。このような状態になり、母が亡くなる前に、姉は6年ぶりに自分の寝室へ戻ることになったのです。GPの先生はこの重要な数ヶ月間、あらゆる追加の看護ケアを認めて下さり、最後の1週間は毎日訪問してくださいました。また最後の数日間や母の死後も電話をくださいました。

マリー・キューリー・ホスピスの看護師の方によるケアは非常に素晴らしく、母に別れを告げるにあたって私たちを呼ぶタイミングも心得ていらっしゃる、母を綺麗に逝かせてくださいました。そしてもちろんGPの先生が訪問して母の死亡診断書をくださり、その後母は、きめ細かな対応をいただきながら、教会へ運ばれました。

インドに6週間旅行していた孫が参列できるよう、母の葬儀は3週間延期されました。この時間があっただけで、姉と私は母の死を受け入れ始めたり、葬儀の詳細を準備したりすることができました。特に母の願いをかなえたり、それまでとその後の金銭的な問題を処理する時間ができました。姉はとても疲れていましたが、徐々に回復し、家の活動や家族・友人・近所の人々との活動を色々行い始めるようになりました。私たちは毎週母の墓参りをしており、これが母の不在を乗り越える助けとなっています。母の孫たちも祖母を忘れることはなく、私たちは2月の母の誕生日に集まり、母の人生を祝う予定です。もちろん私たちはこのクリスマス、母がいないことをとても寂しく思うことでしょう。しかし、地域の素晴らしいサービスのお陰で、母が愛する家族と自宅で生活出来たのですから、後悔することは何もありません。

2011年12月20日

Kathleen at 100 is still calling all life's trumps

by Post reporter

KEEPING her mind active by playing bridge contributes to her longevity and is part of the weekly pleasure of Banstead resident Kathleen Smith.

At her home in Park Road, on Sunday February 25 she marked her 100th birthday and a long and active life with a special party for close friends and family.

Kathleen will celebrate with more friends when Banstead Day Centre put on a tea party for her and her Bridge friends next month.

And that will followed by another family gathering in the Midlands, where she lived for much of her life having moved their from Weston-Super-Mare at the end of the first World War.

Kathleen joined Banstead Day Centre in 1997 and has played bridge there every week.

She has been a member of the Banstead Arts Festival Society for 10 years, enjoying their seasonal concerts and the annual Spring Festival.

She also attends St Peter's Church, Woodmansterne, with her daughter, Anne.

As a girl Kathleen attended Cateswell High School for Girls, Hall Green, where she excelled at sport, especially tennis and attended ball-room dancing classes led by a Mr Lansdowne.

It was at these classes after qualifying as a secretary, she met Norman Smith

Their friendship grew and in 1931 they were married at The Church of the Ascension, Hall Green. They then lived in the new and popular suburb of Solihull and had two daughters - Anne and Noreen.

Sport has played an important part in Kathleen's life - first tennis, then golf followed by badminton and latterly flat green bowls.

Kathleen and her bowling



Still playing her cards right is Kathleen Smith who reached 100 on Sunday

Photo No: E4621/6

team from Blossomfield Club, The Wardens, played for their club and the county.

Their success led them to the national bowls finals at Wimbledon - in those days the finals were held on the flat greens in Wimbledon, SW19.

Kathleen recalls that later the national finals were located in Royal Leamington Spa and many hours were spent on these greens in all

weathers.

In 1997 Kathleen moved to Banstead, Surrey, where her younger daughter and family were living.

A bungalow next door became available and she has spent many happy hours with Noreen, Mirek and the grandchildren Karina and Alexander, who in their progress to teenage years have given her much pleasure.

キャサリンは 100 歳にしてなお人生を満喫中

Post 記者

ブリッジをプレーすることで気持ちをアクティブに保つことが、バンステッドに住むキャサリン・スミスの長寿の秘訣であり、また毎週の楽しみのひとつである。

パークロードにあるキャサリンの家では 2 月 25 日の日曜日、親しい友人や家族と、100 年という長きにわたるアクティブな人生を祝う格別のパーティーが開かれた。キャサリンはまたバンステッド・デイセンターで、ブリッジの友人とも来月お茶会でお祝いをする事になっている。さらにその後、第 1 次世界大戦の終わりにウェストン・スパ・メアから引っ越して以来人生の大半を過ごしたミッドランズでも、家族の集まりが待っている。

キャサリンは 1997 年にバンステッド・デイセンターへ通うようになり、毎週ブリッジをプレーしている。キャサリンはこの 10 年来、バンステッド芸術フェスティバル協会の会員でもあり、季節のコンサートや毎年のスプリング・フェスティバルを楽しんでいる。また娘のアンとともに、ウッドマンスターンにある聖ピーター教会にも通っている。

キャサリンは少女時代、ホール・グリーン・ケイツウェル女子高校に通い、特にテニスで優れたアスリートであった。そしてランズダウン氏が率いる社交ダンスクラスにも通っていた。彼女がノーマン・スミスと出逢ったのはこのクラスで、それは秘書としての資格をとった後のことだった。二人の友情は深まり、1931 年にホール・グリーン・昇天教会で結婚した。そして二人は新しく人気の高い郊外のソリフルに住み、アンとノリーンという二人の娘を授かった。

スポーツは、キャサリンの人生で大きな位置を占めている。まずテニス、そしてゴルフ、その後バドミントンもプレーし、晩年にはグリーン・ボウリングも楽しんでいた。キャサリンとボウリングチームの仲間達が所属するブロッサムフィールドクラブ「ワーデンズ」は、クラブや全国でもプレーした。このチームは躍進を続け、ついにはウィンブルドンの全国ファイナルまで勝ち進んだのである。当時、ファイナルは SW19 ウィンブルドンで行われたのだった。

キャサリンによると、後に全国ファイナルは、ロイヤル・リーミントン・スパで開かれるようになり、どんな天気にも関わらず、何時間にもわたってグリーンの上で過ごしたとのことである。

1997 年にキャサリンは、二女の家族が住むサリーのバンステッドに引っ越した。二女の家の隣にあるバンガローが空き、キャサリンは、ノリーン、ミレク、そしてティーンエイジャーでキャサリンに大きな喜びをもたらす孫のカリーナ、アレキサンダーとの幸せな時を過ごしてきた。

(添付資料2)

項目	単価	合計	備考
支出			
介護	£527.72/週、8人/日、5日/週	£27,441.44	
Crossroads (一時預かり)	£14/時間、2時間/週	£1,456.00	
足の治療	£35/回	£140.00	
歯科	£16.50/回	£49.50	3回訪問
清掃	£10/週	£500.00	2週は祝日で除外
整髪	£16/回	£400.00	
収入		£29,986.94	
冬の暖房費	£400 + £25 (とても寒かった週)	£400 + £125	(2010/2011年)
介護手当	様々: この手当は毎年変動し、£40/週 (2005)から£70/週 (2011)に増加。	様々: £2,080 - £3,640	
年金	£80 - £105/週	£4,160 - £5,460	
地方税	地方税請求書に£335.28	£335.28	
介護者手当	£500 (一時預かりサービスに使用)、 £1,835.48 (使われず)、2011年10月6日に再度支払われた。		
ロンドンへの交通費	青バッジ保有者は無料	非該当 (無料)	

VI. 理想の看取りと死に関する国際比較調査 報告と分析

終末期、看取りについての国際制度比較調査

終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：
アンケート調査

終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：
施設質問紙調査

平成 22 年度看取りの国際比較調査結果に対する
各国の考え方

VI. 理想の看取りと死に関する国際比較調査 報告と分析

終末期、看取りについての国際制度比較調査
終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査: アンケート調査
終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査: 施設質問紙調査
終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査: ヒアリング調査
(2010年調査への各国からのコメント)

1. 「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」の背景・成果・提言

一般社団法人ライフケアシステム代表理事
辻彼南雄

1. 問題の背景

「諸外国と比較して、日本における病院死の圧倒的増加はなぜか？」

今回の「理想の死と看取りと死に関する国際比較調査」対象国の高齢化率をまず確認しておきたい。日本の高齢化率は1960年代、1970年代から増加が顕著になり、その後も非常に早いスピードで増え、今後もさらに増加すると予測されている。韓国もそれを約20年遅れて高齢化が急速に進行している。その他の各国はやはり少しなだらかなカーブをたどりながら、徐々に高齢化が進んでいる。

高齢化社会の進行に伴い、高齢者の看取りの問題は各国ともすでに共通の問題であると思われ、今後さらに重要視されてくるであろう。

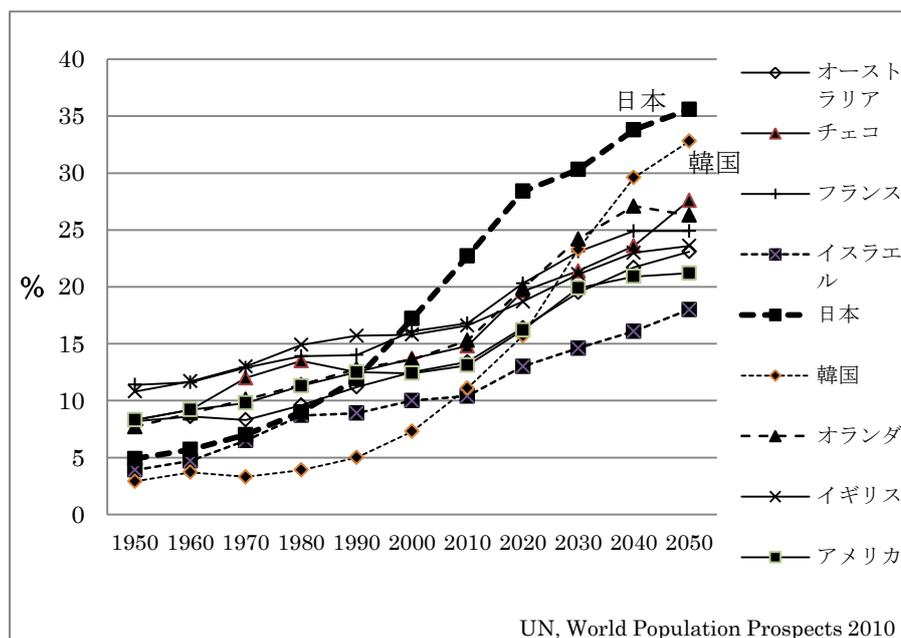


図1 各国の高齢化率の推移 (調査対象国 1950-2050)

1) 出生数、死亡数

日本では、今後出生数が減少し死亡数が増えていく (図2)。現在は死亡者が上回り始め、後20年、30年後には死者が出生数の3倍に達するとみられている。つまり出生届けよりも死亡届けが多い社会が目の前に来ている。

出生に立ち会う医師、ケア従事者が重要な仕事をしているのと同じく、今後は高齢者の終末期を支え、死に至るケアをする質の高い専門家の必要性がさらに求められる。

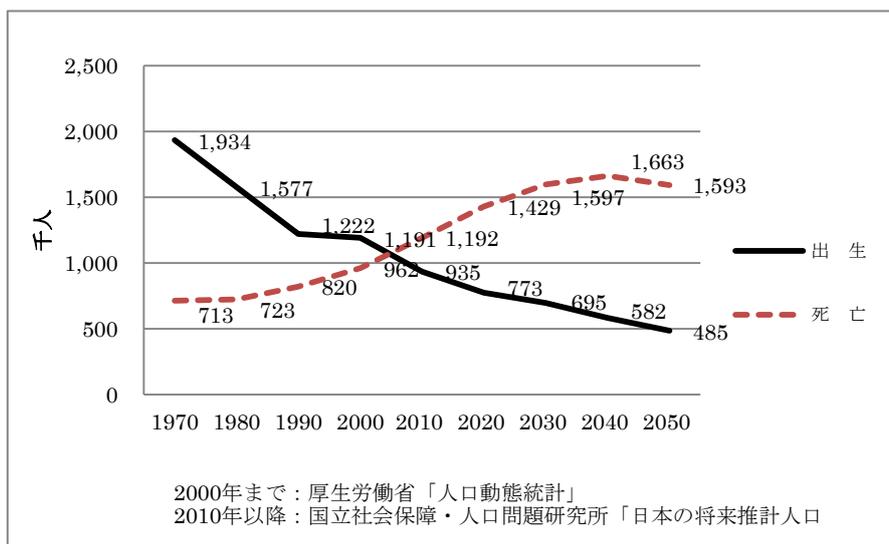


図2 日本の出生数と死亡数の推移

2) 死亡場所の推移

日本の死亡の場所の推移のデータを見ると(図3)、1975年を基点に在宅死と自宅外の死が交差しており現在87.6%の方々は多くは病院で亡くなり、12.4%の方が自宅、つまり医療施設ではないところで亡くなっている。

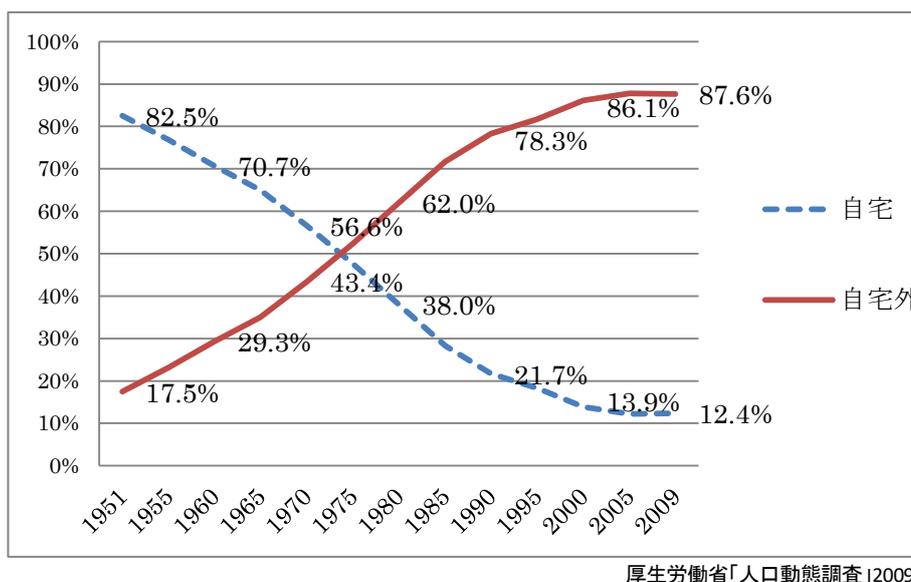
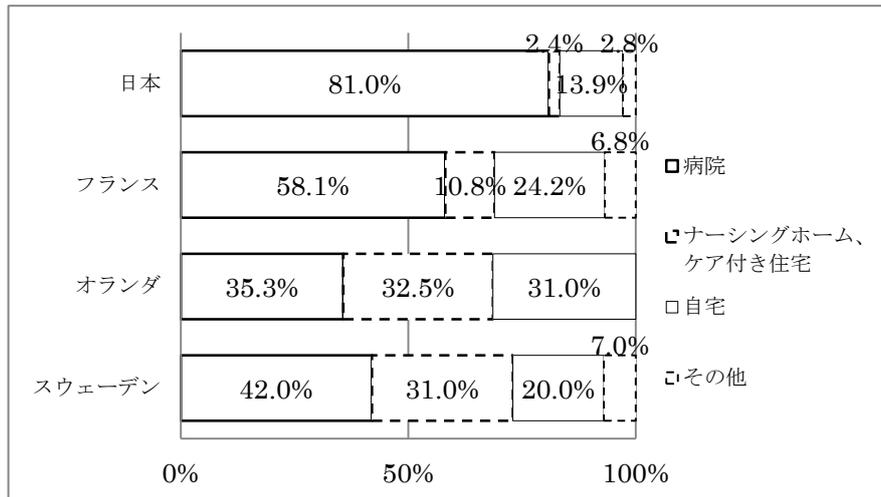


図3 日本の死亡場所の推移

図4「終末期における医療－死亡場所の内訳」は、医療経済研究機構の研究報告書からの引用である。病院死の割合は高い順に日本が81.0%、フランス58.1%、スウェーデン42.0%、オランダ35.3%である。

これらの国はほぼ同じ経済水準であり、現代医療の技術水準も、日本とこれらの各国で大きな差はないはずであるにもかかわらず、死亡の場所になぜこれだけの差が出てくるのだろうか。

一方で、どのようにしたら自宅やナーシングホーム・ケア付き住宅で他国のように最期を迎えることができるのだろうか。



医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」2002
 図4 終末期における医療 —死亡場所の内訳

少し古いデータになるが、OECDの1998年のデータによって時系列でみていくと日本は1960年頃には病院死の割合が低い国であったが、非常に速いスピードで各国を上回る事態になってきたことがわかる(図5)。

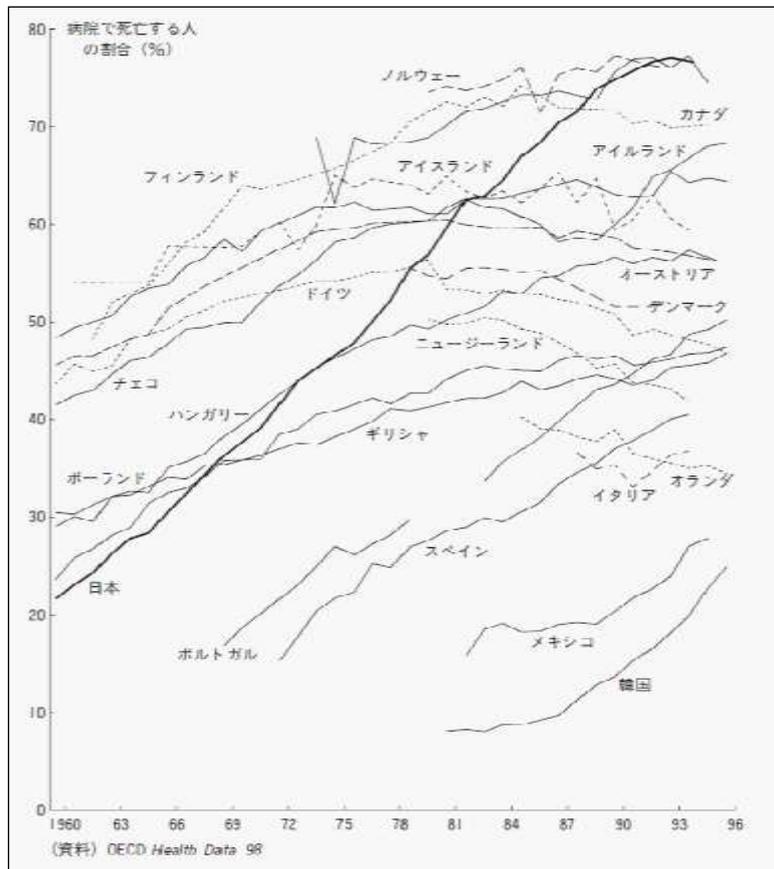


図5 病院で死亡する人の割合

また、上記のグラフの時期以降の状況を見てみる。最近いろいろな機会に入ったデータを整理してみると以下の表1が得られた。日本は一貫して病院死率は高い状態が続いている。2006年以降にごくわずかだが低下しているのは最近の在宅医療施策によるものと思われる。フランスのデータはコンスタントに安定しているようである。韓国は早いスピードで上がった

てきている。オーストラリアはデータが少ないが上がってきているようである。オランダもごく一部しかデータがないがこれを見ると非常に低い。チェコとイギリスは比較的高い。

各国の医療技術水準は同等であるのに、これだけの死を迎える場所の違いはなぜ生まれているのだろうか。今までその理由は各国の施設制度の違いであり、また、死に対する態度など宗教の違いであるとも片付けられてきたが果たしてそれは妥当であろうか。

表1 各国の病院死率の変化 (%)

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
日本	76.2	77.1	78.2	78.4	78.6	78.9	79.6	79.8	79.7	79.4	78.6	78.4
アメリカ			50.0	49.2	48.5	47.2	46.1	45.3		43.0		
イギリス									67.6	66.5	66.1	65.5
フランス	58.1					56.3	57.5	57.2	57.7	57.2	57.6	57.7
オランダ									28.0			
韓国	28.5	32.2	36.0	39.9	43.5	45.1	46.7			54.7		
オーストラリア	35.3							60.4				
チェコ										68.9	69.3	69.6

出典：注

2. 調査方法

高度の医療行為が必要ならば入院ということになり、それほどの医療が必要ではなければ入院せずとも病院外でも可能である。そして現在では、胃ろうによる栄養法、延命処置法を知らない医師はいないはずにもかかわらず、それを適用する国としない国がある。そうであれば、現代医学＝科学技術水準以外の何がそうさせているのか、あえて治療行為をしない国があるのはなぜか。統計だけではわからないこの疑問の答えをなんとか知りたいというのが今回の調査研究の出発点である。

つまり、われわれの調査は以下の2つの疑問から出発している。

疑問1 なぜ病院死が増え、在宅死が減ったのか

疑問2 死を迎える場所の違いは何から生まれるか

医療内容はほぼ世界共通であるとして、死亡場所の比率が異なるとすれば、それは国ごとの制度が違うためという説明もある。医療によって左右される「死」についての対応が各国の専門家で異なっていることも予想された。では、終末期の医療内容の決定には医療従事者の判断は何に影響されているのか。高齢者に多い疾病、特にがんと認知症によってはどのような差があるのだろうか。

そこで、以下の3つの仮説を設定した。

仮説1) 看取りの場の選択は、国の関連法整備によって影響を受けている

仮説2) 看取りの場の選択は、医療専門職の関連ガイドラインおよび各専門職の判断によって影響を受けている

仮説3) 看取りの場の選択は、がん患者と認知症患者では異なっている

この仮説検証のため、実際の調査としては以下の4調査を行った。

A. 終末期、看取りについての国際制度比較調査

- ・各国の協力機関対象。終末期のケアについての法律や条例、等についての各国協力機関への質問紙調査。実施は2010年、2011年。(対象国：日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ、韓国、オーストラリア)

B. 専門職、機関への調査

a. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：アンケート調査

- ・各国の協力機関経由で(日本は直接)、看取りを行う専門職対象。看取りの理想と実際、等。2010年、2011年。(日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ、韓国、オーストラリア)
- ・実際のアンケート調査にあたっては、看取りの現場のケアスタッフの声を集める必要があるが、過去の経験から漠然とした問いを投げかけても具体的な事実を見出すことは難しいことが予想された。そこで、典型的な臨床事例を創作してそれへの具体的な意見と実際の対応を聞く専門職に対するアンケート調査の方法を採用した。ケースAとして末期がんの場合、ケースBとして認知症の場合を想定した。

b. 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：施設質問紙調査

- ・各国の協力機関経由で(日本は直接)、病院・施設管理者対象。看取り実績・経管栄養利用者数等。2011年。(日本、韓国)

c. 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：ヒアリング調査

- ・各国で直接インタビュー。終末期の高齢者への看取りを行っている事業者の専門職。看取りの実際と課題について。2011年。(日本、韓国、オーストラリア)

3. 成果

調査結果と分析に詳細な分析は、本報告書の142ページ以下にその詳細を譲り、ここでは在宅医療を専門とする立場からいくつかのポイントを記すにとどめたい。

(わが国の特徴)

20年在宅医療を日本で行ってきた医師の立場から実感していることは、終末期であっても国民の高度医療、病院医療への期待の高さである。在宅では胃ろうを含む外科手術的なことができないため、希望がある場合には現状としては病院にご紹介する傾向にある。その時点で入院されるということが多いように思う。それに対応して、その医療処置を判断する医師・ナース・その他多くの医療従事者もそれを良しとする傾向があると思う。

その結果、病院で治療を始めてその後に「中止をする」というのは非常に難しい。したがって、効果が十分はっきりしなくても医療処置を「継続していく」という傾向にあって、結果的に亡くなられるまでその治療をしていく。それが結果として、今の日本の高い病院死の数字になっているのではないかと考えられる。

その過程で認識されることが少ないのは、自分の死や家族の看取りの時期が100%やってくるということである。それを指摘する医師などの専門家も少ない。

今回のアンケート調査の結果から日本の特徴と思われるものをいくつか挙げてみたい。

末期がんの A ケースにおいて、専門職が「終末を迎えることができるように支援するべき場所（理想）」は、日本においては「自宅」と考えるのが 79.2%であるのに対して、「終末を迎えるであろうという現実的判断（現実）」は実に 8.2%まで低下してしまうのである。これは比較対象の各国に比べて顕著な乖離である（本報告書 181 ページ）。このことは、現実に自宅やナーシングホーム・ケア付き住宅で最期を迎えるための医療・介護チームの配置を含む環境整備が十分ではないことを示しているのではないだろうか。

また、終末期認知症の B ケースで「医学的知見以外の家族への説明内容」で「余命」を説明する場合は日本では少なく 26.2%である（本報告書 207 ページ）。

同じく B ケースで「実際の対応の基本方針を選択した理由」への回答では「生存時間が延びる可能性が高い」が 38.8%で最も多く、「家族の意向に合致する可能性が高い」が次いで 31.6%を占め、調査国中で非常に多い傾向を示している。また、同じ質問で「本人の尊厳が保持される」との回答は、日本では 16.7%に過ぎないが、日本を除く各国ではより多く選択されてそれぞれの国の最も高い割合の回答となっている（本報告書 211 ページ）。

これらの結果は、上に述べた私の実感とも関連するが、我が国における看取りにかんするコンセンサス作りが不十分であることを示唆していると思われる。

また、がんについては終末期の医療・介護の具体的な方針については、各国ともそれほど多くの違いはないが（本報告書 189 ページ）、認知症の特徴は終末期を判断するのが非常に難しい疾病であるということである。そこから、終末期と思わない場合は治療を続け、終末期と思う場合は現状維持を選ぶことになる（図 6）。

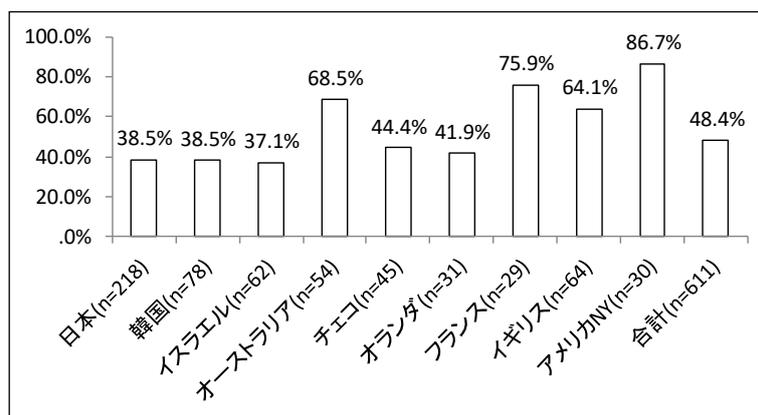


図 6 B ケースを終末期と思うか（「はい」の割合）

このことに関連していると思われるのは、調査対象国のうち日本に次いで高齢化が進んでいるフランス（高齢化率 16.8%, 2010 年, World Population Prospects, UN 以下同）、英国（16.6%）、オランダ（15.3%）ではそれぞれ終末期関連の法律と国家戦略、ガイドラインが成立しているということである。フランスでは「レオネッティ法（2005 年）」「緩和ケア推進プログラム（2008 年）」、英国では「意思決定能力法（2005 年）」「終末期ケア戦略（2008 年）」、オランダでは「安楽死法（2001 年）」「緩和ケア計画（2008 年）」である（本報告書 143 ページ参照）。そして、たとえばフランスではレオネッティ法成立までに 20 年以上もの期間にわたって国民的な議論が行われたとのことである。

図 6 にみられる国ごとの違いは、それぞれの国の文化というよりも、以前から長寿先進国であった欧米諸国の歴史と、近年急速に長寿社会となってきた日本との国民的な議論の蓄積の差がもたらしているものではないだろうか。

また、認知症は、今後世界中で増え、そして亡くなる方が増えていくことは明らかである。各国単位ではなくグローバルな問題として、良い看取りを受けられる権利が世界中で認められるような運動を作っていく必要があるのではないかと思う。死にゆくときも、最後までその人らしく扱われることは基本的人権のひとつであると訴えていくことは非常に重要であると思われる。

最後に、3つの「仮説」の検証について述べておきたい。

仮説1) 看取りの場の選択は、国の関連法整備によって影響を受けている

仮説2) 看取りの場の選択は、医療専門職ガイドラインおよび各専門職の判断によって影響を受けている

今回の調査結果から、仮説1, 2については、妥当性は得られたと思う。ただし、結果として成り立っている法律や国家計画の内容もさることながら、それらを作り上げる前提としての国民的なコンセンサスの積み重ね方の結果からの影響というべきかもしれない。これをまず、わが国は見習うべきであろう。

仮説3) 看取りの場の選択は、がん患者と認知症患者では異なっている

がんについての終末期の医療・介護の具体的な方針については各国ともに標準化され実行されようとしており、その理想と現実に大きな違いはない。しかし、認知症の場合は各国で差が現れるという意味で世界的に標準化されておらず、そういった意味で、がん患者の看取りの場と認知症患者の看取りの場に違いが表れていると言えるであろう。一言で言えば、認知症の看取りの正解的標準化はがんに比べて遅れているということである。

4. わが国の政策への提言

最後にこれまで述べてきたことのまとめを政策への提言として簡単に整理したい。

1) 認知症の終末期のケアのあり方についての国民的議論が必要

急速に増加しつつある認知症の終末期ケアの基準について、特に、その「終末期」の判断についてはわが国においては医学上のコンセンサスがなく、他のケア専門職にもないのが現状である。当事者である国民を広く巻き込んだ議論をしていく必要があると考える。

2) 国レベルでの法整備が必要

看取りの場の問題は国民とケア専門職の共通の課題であり、「がん」と「認知症」などの疾患の相違に留意しつつ、終末期ケアに関する新しい法整備が必要と考える。その根拠として、日本国憲法第13条に「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」が規定されているが、「尊厳をもって看取られる権利」は高齢化社会の幸福追求権ではないかという理念も提言したい。

3) 看取りにかかわる在宅ケア専門職の教育推進

病院外で看取ることのできる「専門職」が育成されていない現状がある。上記と並行し、専門職の行動ガイドラインを早期に作成し、そのガイドラインに基づく専門職の教育を急ぐべきである。それと同時に、在宅ケア専門職、つまり診療所医師、訪問看護師、介護職の連携促進事業の促進が、現在あるケア専門職間の意向もしくは判断のズレの問題の解消となるであろう。

謝辞

調査にご協力くださった各機関の皆様にあらためてお礼を申し上げます。

調査にご協力いただいた機関

- ・ 日本国内：病院、診療所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護事業所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、有料老人ホーム
(特に東京都中央区、滋賀県守山市の多くの機関にご協力いただいた)
- ・ 海外国際長寿センター：アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコの各国センター
- ・ 韓国痴呆家族協会
- ・ HammondCare (オーストラリア)

注)

出典	
日本	厚生労働省 平成 21 年人口動態統計 (確定数>上巻>死亡>年次>2009 年)
	表 5-6 「死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」
アメリカ	Centers for disease Control and Prevention. (1989-2005)
	・ GMWK309 Deaths by Place of Death, Age, Race, and Sex: United States, 1999-2005 ・ Health, United States, 2010 Special Feature on Death and Dying, 1989, 1997, 2007
イギリス	Office for National Statistics Deaths registered in 2008
	・ Mortality statistics deaths registered in 2006, 2007, 2008, 2009 わが国の医療提供体制と緩和 3. 高齢社会と緩和ケア (1998)
フランス	National Institute of Statistics and Economic Studies ・ Donnees detaillees des statistiques d'etat civil sur les deces en 2003-09
オランダ	廣瀬真理子「オランダにおける終末期ケアの現状と課題」海外社会保障研究 Autumn 2009 No.168
韓国	Statistics Korea ・ Birth and Death Statistics in 2003, 2004(93-04)
	2007「ホスピス・緩和ケア：韓国の現状と課題」(Dr. Hyun Sook Kim の講演から) 桑野 紀子 Noriko Kuwano 大分県立看護科学大学 広域看護学講座 国際看護学
オーストラリア	福田裕子「オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題」海外社会保障研究(2009)No168
チェコ	Czech Statistical Office
	・ Population Stock and Flows in the Czech Republic 2007-09

2. 終末期、看取りについての国際制度比較調査

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

1. 目的

本調査は、終末期、看取りにおける医療、介護についての法律やガイドライン等を把握することを通して、質問紙調査の回答を規定するバックグラウンドの1つとなる制度的背景を明らかにすることを目的としている。

2. 対象と方法

本調査は、質問紙調査と同様の日本を含めた9カ国にデータ提供を求めた。しかし、韓国からは質問に対する直接的な回答が得られなかったため、日本、イギリス、フランス、イスラエル、オーストラリア、チェコ共和国、オランダ、アメリカの8カ国を対象とした。

質問紙調査のケース1（末期がんケース）、ケース2（認知症ケース）の状況を踏まえた上で、「1. 法律、条例の有無、規則の有無について」、「2. ガイドラインの有無について」、「3. 認知症の人の終末期における死について」、「4. PEGの使用について」の項目を設定した。

これらの分野に詳しい専門家、研究職（有識者）に回答を依頼するように要請して、それらを踏まえた回答を、フランス、イギリス、イスラエル、オランダ、チェコ、オランダ、アメリカの国際長寿センター（ILC）アライアンス各国センターから得た。なお、イギリスの調査はILC-UKの依頼によりThe National Council for Palliative Careが協力し、オーストラリアについてはHammondCareの協力が得られた。また、日本においては、本調査チームが作成した。

3. 結果

国ごとに回答情報量の違いがあるため、項目によって回答の有無にばらつきが見られるが、以下、設問項目ごとに関連法律やガイドライン等について確認していく。

最初に、対象国に関して概要をつかむため、緩和ケア・終末期ケアに関する制度、戦略およびガイドライン、認知症の人のガイドラインの有無を整理した。表1では、制度を「安楽死関連」「終末期関連」の2つに分けている。「安楽死関連」には、本人の痛みやさまざまな苦痛などから「早く命を終わらせたい」という意思に対する、積極的安楽死、消極的安楽死、自殺ほう助に関する制度が含まれる。「終末期関連」には、延命治療が無益と判断された場合に、延命治療を受けずに自然の経過の死を迎えたいという意思の尊重が含まれる。なお、本人の意思を尊重する1つの方法として事前指示（Advance Directive）が多くの場合、規定されている。

表1 各国の緩和ケア・終末期ケアの制度や戦略等一覧

	法律		戦略	ガイドライン/指針
	終末期関連	安楽死関連		
日本				終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）他
韓国				延命治療中止に関する指針（医師会等）
チェコ				チェコ医療審議会勧告
イスラエル	末期患者法(2006)			
フランス	レオネッティ法(2005)		緩和ケア推進プログラム(2008)	緩和ケアに関するガイドライン（緩和ケア協会）他
イギリス (マレーンランド)	(意思決定能力法)(2005)		終末期ケア戦略(2008)	終末期の治療とケア（医療評議会）他
アメリカ	患者の自己決定法(1990)	オレゴン尊厳死法(1997) 含、3州		延命処置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン他
オーストラリア		安楽死法(1997) ×終末期患者の権利法(1995)	緩和ケア国家戦略(2000)	施設高齢者ケア、コミュニティケアにおける緩和ケアアプローチのガイドライン（政府）他
オランダ		安楽死法(2001)	緩和ケア計画(2008)	緩和ケアのガイドライン（医師会）他

3.1. 法律、条例の有無、規則の有無について

1) 終末期の医療、看護、介護における、医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する法律や条例

「終末期関連」の制度について、イスラエル、フランス、アメリカで制定されており、イギリスは終末期には特化していないが意思尊重という観点に関連する制度が制定されていた。

フランスでは、「患者の権利及び生の終末に関する2005年4月22日の法律第2005-370号」（通称「レオネッティ（Leonetti）法」）では、緩和医療や終末期医療について規定されている。イスラエルでは、イスラエル議会（Knesset）で末期患者法（The Act of the Dying Patient）が2005年に可決され、2006年12月に施行されている。末期患者の定義としては、「責任医師による予後診断に基づき、不治の医療的疾患に罹患し余命6ヵ月以下の患者（17歳以上）」とされている。そのため、原則として医学的決定がなければ、この法は適応不可となっている。具体的には、法律で延命治療を控えることは許されるが、既に行っている継続的治療を止めること、酸素・食糧・水分補給を控えることは許されていない。ただし、死期間近（予後2週間）の患者には、飲料・水分も控えることができる（水分は禁忌と医師が判断した場合）PEGも差し控えることができるとされている。また、アメリカの患者の自己決定法（Patient-Self Determination Act of 1990：包括予算調整法（Omnibus Reconciliation Act of 1990）の一部として可決）は、メディケア（Medicare）の報酬を受けている全ての機関に対して、患者へ事前指示書の有無を聞くよう義務付ける連邦法である。また本法は各州に対して、事前指示書に関する独自法を制定するよう命じている。アメリカの50州全てが、医療の代理権（health care power of attorney）に関する法律を定めており、生前遺言（living will）に関する法律は、3州を除いた全州で存在する。マサチューセッツ州・ミシガン州・ニューヨーク州では、生前遺言に関する法律はないが、生前遺言の妥当性を後押しする裁判所の判決が出ている。

また、イギリスでは、イングランドとウェールズの意思決定能力法（The Mental Capacity Act (2005)）及びスコットランドの成年障害者法（Adults With Incapacity Act (Scotland)2000）が施行されている。終末期ケアを規定する法律ではないが、事前指示を制度的に担保する役割を果たしている。認知症や精神疾患、脳の障害等により独力で意思決定を行うことが難しくなった16歳以上の国民を保護するということを目的として、本人に代わって誰が意思決定を行うことができるのか、またそのためにはどのような手続きを踏めばいいのかということを決めている。継続的代理人制度(Enduring Power of Attorney)などによる財産管理を主とした従来の制度から、医療をはじめ生活全般の意思決定支援に広げられた¹。これは、日本の成年後見制度に事前医療指示制度を含めた形と考えると分かりやすいだろう。また、重大な医療行為について、意思決定能力を失っている人に支援や代弁をしてくれる家族や友人がいない場合に、当人の最善の利益を代弁する仕組みとして第三者代弁人(Independent Medical Capacity Advocate)が導入されている。

2) ターミナルケアにおける患者に対する公的な支援

既存の医療や介護サービス等に準じて支援が提供される国が多いが、フランスでは、家族または親族の介護者が終末期を迎える本人の死まで自宅で傍にすることができるように、1日あたり49ユーロの手当を21日間給付可能としている。

アメリカでは、税制均衡財政責任法（1982 *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* (TEFRA)）により、ホスピスがMedicareの給付対象となり、包括予算調整強化法（The 1986 *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA)）では、Medicareのホスピス給付が拡大された。MedicareパートA（入院保険）の受給者は、担当医により末期患者（余命6カ月以下）であると認定され、受給者が末期疾患への治療を見送りホスピスのケアを受けると選択した場合に、ホスピスケアの受給資格が得られるとされる等の取組みが進められている。また、日本においては、診療報酬として、「緩和ケア診療加算」、「在宅ターミナルケア加算」、「在宅患者訪問看護・指導料 ターミナルケア加算」の算定が可能とされており、介護報酬として、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームにおいても「看取り介護加算」の算定が可能とされている。

3) 尊厳死・安楽死の実施ないし禁止に関わる法律や条例、ガイドライン等

本調査の対象国で安楽死が認められている国は、オランダおよびアメリカの3州（オレゴン・モンタナ・ワシントン）であった。オランダでは、安楽死法（正式には「要請に基づいた生命終結と、自殺ほう助に関する審査法（wet toetsing levensbeeindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding）」が施行されている。対象としているのは、患者の生命を終わらせる目的で医師が薬剤の投与を行うこと（安楽死, *levensbeeindiging*）、または医師が処方して患者自身が用いること（自殺ほう助, *hulp bij zelfdoding*）をさしている。安楽死法には、医師が患者の命を絶てる、あるいは患者が自らの命を絶つ援助を医師が行える厳密な条件が指定されている。16歳以上の患者が意思を表現できない状態の時、書面で意思表示を行っていた場合には要請に従うことができるとされている。また、オーストラリア北準州においては、世界で初めての「終末期患者の権利法」(Rights of the Terminal Ill Act 1995)において安楽

¹ 児玉真美「英国の Mental Capacity Act」介護保険情報 2008
<http://www.arsvi.com/2000/0801km.htm>

死が認められたが、様々な議論のもと、1997年に連邦議会の「安楽死法（Euthanasia Law Act）」によって「終末期患者の権利法」は無効とされた。アメリカでは1994年にオレゴン州で住民投票により「オレゴン尊厳死法」が承認され、1997年に法制化された。なお、安楽死の実態を把握できる統計資料等は、それらが認められているオレゴン州保健局によると、同州では1998年から2009年の間に460件の医師幫助自殺があったとされている²。また、ワシントン州保健局の2009年尊厳死法報告書（2009 Death with Dignity Act Report）によると、2009年に同州では36件の医師幫助自殺があった³。

安楽死を明確に法律等によって禁止しているのは、フランス、イギリス、オーストラリア、イスラエルであった。イギリスでは、安楽死や幫助自殺は法に反するものであるとされている。ただし、2010年に公訴局長は検察官向けのガイドラインを発表し、どのような場合において幫助自殺を起訴すべきで、どのような場合に起訴が公共の利益になりにくいかを示している⁴。イスラエルにおいても、先の末期患者法（The Act of the Dying Patient）で、積極的安楽死あるいは医師幫助自殺を禁止している。また、安楽死に関する法律や規則が無い、チェコ、日本においても、安楽死は原則的に認められるものではないことが示されている。チェコでは、チェコ医療審議会（Czech Medical Chamber）にて、効果のないケアは提供すべきでないと宣言されている。

3.2. ガイドラインの有無について

1) 終末期の医療、看護、介護について医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する専門職団体が設定した規則やガイドライン

緩和ケア・終末期ケア関連のガイドラインや指針については、先ほどの冒頭で示した一覧のようにほとんどの国で何かしらが示されている。フランスでは、緩和ケア協会（The Society of Palliative cares）によるガイドラインや社会問題委員会の元で患者の権利に関する諸文書（Textes concernant les droits des malades）やがんと終末期ケアに関する諸文書（Textes concernant le plan cancer et les soins de support）等、様々な諸文書が示されている。オランダでは、オランダ医師会（Dutch Physicians Organisation (KNMG)）によって緩和ケアに関するガイドラインが作成されている。ガイドラインには、緩和ケア開始の指示・鎮静剤使用の条件・患者や近親者とのコミュニケーションを含む意思決定プロセスなどが示されている。その他、使用する薬や医師が書かなければならない報告についても記載されている。アメリカでは、The Hastings Centerの「延命処置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン（Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying(1987)）」が、非常に影響力を持っていることが指摘されていた。医療研究・品質調査機構（AHRQ）全国ガイドライン情報センター（the Agency for Healthcare Research and Quality National Guideline Clearinghouse）では、終末期ケアに関する900以上の専門ガイドラインが閲覧可能である。これらの資料は、様々な疾患の患者に対して様々な場所で、どのように終末期ケアを提供するかについて、ガイドラインを示している。日本においては、

² Oregon Health Authority Public Health <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year12.pdf>

³ “Washington State Department of Health 2009 Death with Dignity Act Report Executive Summary” http://www.doh.wa.gov/dwda/forms/DWDA_2009.pdf

⁴ “Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide” http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html

厚生労働省より、終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（2007）が示されたが、終末期の定義や治療中止が認められる要件等には言及されていない。

また、フランス、イギリス、オーストラリアにおいては緩和ケア、終末期ケアに関する国家計画や国家戦略が立てられている。フランスでは、2008年に2億3千万ユーロの規模の全国計画として「緩和ケア推進プログラム2008-2012（Programme de développement des soins palliatif 2008-2012）」を発表した。また、イギリス保健省は2008年に「終末期ケア国家戦略（End of life Care Strategy）」を発表し、2010年7月3日、「イギリスの終末期ケア戦略」についての第2回目の年次報告書が発表された。この中で、ホスピスの環境の向上が進められたこと、医療関係者やソーシャル・ケア関係者のためのE-ラーニングシステムがスタートしたこと、全国に戦略が浸透していることなどが成果として挙げられている⁵。オーストラリアでは、認知症ケア国家戦略（National Palliative Care Strategy 2000）が導入され、①認識と理解を深める、②質と効果を継続的に向上させる、③ケアのパートナーシップの推進を行う、の3つの柱が示されている。その他にも、緩和ケアプログラム（National Palliative Care Program 2003）や高齢者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドライン（Guideline for a Palliative Approach in Residential Aged Care 2006）、コミュニティにおける緩和ケアアプローチのガイドライン（Guideline for a Palliative Approach for Aged Care in the community setting 2011）などのプログラムやガイドラインも示されている。

3.3. 認知症の人の終末期における死について

1) 認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について規定した、法律や条例、規則、ガイドライン

各国ともに、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について特化して規定した法律や条例等は示されていない。ただし、フランスではこれまでも述べてきたレオネッティ（Leonetti）法において、合議プロセス（collegial process）が規定されており、（ある場合は）本人の事前指示、家族や親しい親族の意見、医師の意見、（いる場合は）後見人の意見等を踏まえて決定され、それらは記録に必ず残すことが示されている。オーストラリアでは、事前指示書（Advance Care Directives）の作成が可能である。この文書では、当事者が、人工経管栄養等の処置を受けたいか否か、また蘇生を行ってほしいか否か、などといった治療に関する願いを記載できる。また、当事者は継続的代理人（Enduring Power of Attorney）を置くことも可能であり、これは法的拘束力のある文書によって指名され、当事者がたとえば重度の認知症などで知的能力を失った際に、財産や財務に関する決定を行う者である。同様に、当事者は自ら後見人（Guardian：近親者・友人・または法定代理人）を指名することもできる。後見人は、当事者が何らかの理由によって、治療や他の処置への同意を行ったり取りやめたりできなくなった場合に、代わりにそれを行う役割を持っている。

2) 本人との意思疎通が困難な場合における医療や介護において親族間のトラブル、医療者と親族間のトラブルを調停するための仕組み

⁵ “End of Life Care Strategy: Second Annual Report”

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_118810

オランダ、イギリスでは一部仕組みが作られていたが、その他にフランス、オーストラリア、アメリカでは家族会議や医師や他の専門職が家族と話し合う場等が示されていた。具体的にイギリスにおいては、重大な医療行為については意思決定能力を失っている人に支援や代弁をしてくれる家族や友人がいない場合に当人の最善の利益を代弁する仕組みIMCA

(Independent Medical Capacity Advocate) が設けられている。IMCA が直接的に意思決定を行うことはないが、NHS (National Health Service) や地方自治体に対して当該状況における当人の最善の利益を見出して表明するほか、家族や友人がいても虐待が問題になる場合にはIMCA を呼ぶことができ、IMCA は本人の最善の利益に沿わない意思決定が行われようとしている場合にはその判断に異議を申し立てることもできるとされている⁶。また、アメリカでは医療専門職がトラブル等に直面した際に支援を行うために、倫理委員会を設けている病院もある。倫理委員会は、困難ケースの検討やそこから学ぶ場であり、患者ケアで頻繁に浮上する倫理的問題に対応するための指針やプロセスの提言を作成する場でもある。日本においては調停する仕組みは規定されていない。ただし、2010年3月に医療裁判外紛争解決(ADR)機関の活用への推進に向け、「医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡調整会議」が設置され、検討が進められている。

3.4. PEG の使用について

1) 終末期の高齢者に対する人工栄養手術の実施程度

全ての回答において、統計資料等による明確な実施数は把握されていない状況であった⁷。ただし、イギリス、イスラエル、日本では比較的終末期に人工栄養手術が使われる傾向がある一方、チェコではまだあまり使われておらず、オーストラリアでは終末期ケアの段階で経管栄養が行われるケースは少ない傾向にある。

2) 終末期における人工栄養手術の実施／不実施を規定する法律やガイドライン

多くの国で終末期における人工経管栄養の使用に関する法や規則は無いことが示されている。ただし、イスラエルにおいては末期患者法 (The Act of the Dying Patient) において、死期間近の場合には「担当」医師の決定に基づいて、人工栄養や水分を差し控えることができることが示されている。フランスでは、フランスがんセンター連盟 (National Federation of Centers Fighting Cancer = FNCLCC) によるガイドラインがあり、もしPS (Performance Status) が2 (症状のため仕事不可) 以上または余命が3 カ月未満の場合は腸ろう (enteral nutrition) は行わないことが示されている。オランダでは、専門医団体が作成した医療ガイドラインに人工栄養がいつ必要かについて示されている。終末期における人工栄養や経管栄養に関しては、患者を治療する医師に任されているが、患者法の全体的な定めでは、医師は医療倫理基準 (Ethical medical standards) に沿って行動することが義務付けられている。また、オランダのナーシングホーム全国団体 (Arcares) の責任下でナーシングホームに入所する患者の栄養や水分補給に関する多職種ガイドラインが2001年に作成された。このガイドラインは、このような処置の開始が必要とされるあらゆる状況を示している。イギリスではNICEによる「認知症管理に関する共同の臨床ガイドライン」の中で「認知症の人の終

⁶児玉真美 2008 同上

⁷注：日本においては矢野経済研究所「2011年版 栄養剤・流動食（経口・経管）に関する市場動向調査」においてPEGの普及動向に関するデータが示されている。

http://www.yano.co.jp/market_reports/C52205030

末期における緩和ケア、疼痛の緩和ケアおよびケア」の項目があげられている。特に、本調査のケースBに関連する経管栄養に関しては、“経管栄養は、嚥下障害が一時的な現象と考えられる場合は使用を考慮すべきである。認知症が重度になり、嚥下障害や食べることへの意欲の喪失が疾患の重篤さを示しているときは、一般的に経管栄養は行われるべきではない”と述べられている。

なお、日本においては、2011年12月に試案改訂第一版として、老年医学会より「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として」が示された。そこでは、“患者本人の尊厳を損なったり、苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや中止も選択肢へ”“患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべき”といった内容が示されている。これらが最終的にどのような内容でまとめられ、その影響がどのように生じてくるかについては、今後の動向を確認していく必要がある。

4. まとめ

本節では、日本、イギリス、フランス、イスラエル、オーストラリア、チェコ共和国、オランダ、アメリカの8カ国における終末期、看取りにおける医療、介護についての法律やガイドライン等を概観した。国によって法律やガイドラインの制定にはばらつきが見られたが、安楽死に関してはオランダ、アメリカ3州以外の国において認められていないことが示されていた。また、フランス、イギリス、オーストラリアにおいては緩和ケア、終末期ケアに関する国家計画や国家戦略が立てられており、積極的な取り組みが進められている状況が示されていた。なお、全ての国において、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について特化して規定した法律や条例等は示されていない状況であった。ただし、ガイドライン等の作成の試みはいくつかの国でなされていた。

日本においては、ガイドラインや在宅や施設におけるターミナルへの報酬等の算定等を通して終末期医療やケアに対する取り組みが進められていた。しかし、緩和ケアのあり方や認知症の人などに対する経管栄養への対応に関して、必ずしも十分に議論を尽くした上での全体を俯瞰するような国家計画や国家戦略等の全体方針に関しては示されていない状況であった。

5. 課題と今後の展望

今年度はアメリカの回答も得られ、昨年度と比較して他国に関する終末期に関する法律やガイドラインに関して部分的にはではあるが検討することができた。ただし、より内容に踏み込んだ考察は十分できておらず、今後さらに詳細に検討することが必要と考えられる。これらの仕組みは調査結果をより適切に理解するにあたり必要であり、日本における終末期医療やケアのあり方を検討していく際の重要な情報であると考えられる。今後さらに詳細な情報収集や分析が望まれる。

附)「終末期、看取りについての国際制度比較調査」アメリカからの回答

(フランス、チェコ、イギリス、オーストラリア、イスラエル、オランダ、韓国からの回答は「平成 22 年度在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書 (国際長寿センター)」92 ページから 123 ページを参照)

<質問>

以下の二つのケース (Mrs. A, Mr. B) は、日本国内で一般的にみられる事例です。これらのケースをご一読いただいたうえで、資料のご提供をお願いします。

【ケース 1】

A さん(女性、85 歳)。現在入院中の末期がんの患者 (余命 1 ヶ月) で、日々の痛みのコントロールに薬品が必要。本人の意識は一部ははっきりしていないが、言葉による意思疎通は可能であり、記憶力も日常生活を送るのには問題がないレベルである。ただし、すでに足腰に影響が出ており、日々の排泄等に介助が必要となっている。家族については、すでに夫は死去しており、車で 15 分程の近隣に息子夫婦が住んでいるものの二人とも働いており平日に時間的余裕は少ない。また本人は金銭的にも豊かではなく、年金を主たる生計手段としており、自宅のトイレや段差などの改修も単独の資金で行うことは難しい。本人は夫との思い出がある自宅での最期を希望しているものの、「無理を言うてはいけないね」と話している。

【ケース 2】

B さん (男性、80 歳)。自宅で妻と二人暮らしをしている。認知症と診断されてすでに 10 年が経ち、意識障害はないものの、近親者や介護士が呼びかけても目を動かさず程度であり一般的な意思疎通には多大な困難がある。また、半月前にひどい熱と咳のために病院へ受診したところ、肺炎と診断された。現在は、食物を呑み込むことができなくなってきており、点滴による薬剤と栄養剤の投与を行っている。口からの栄養摂取は不可能なため、十分な栄養摂取のためには近い将来に人工栄養摂取が必要となるが、この治療を行ったとしても余命は長くないと診断されている。妻 (80) は在宅での生活の継続と看取りを希望しており、また少しでも長い時間を一緒に過ごしたいと希望しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいない。

1. 法律、条例の有無、規則、ガイドラインの有無について

i. あなたの国には、Mrs. A, Mr. B のケースにみられるような終末期の医療、看護、介護について医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する法律や条例はありますか? ある場合はその概要とともにご紹介ください。

患者の自己決定法 (Patient-Self Determination Act of 1990 : 包括予算調整法 (Omnibus Reconciliation Act of 1990) の一部として可決) は、メディケア (Medicare) (訳注: 高齢者・障害者用公的医療保険) の報酬を受けている全ての機関に対して、患者へ事前指示書の有無を聞くよう義務付ける連邦法である。また本法は各州に対して、事前指示書に関する独自法を制定するよう命じている。

税制均衡財政責任法 (1982 *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* (TEFRA)) により、ホスピスが Medicare の給付対象となった。包括予算調整強化法 (The 1986 *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA)) では、Medicare のホスピス給付が拡大された。Medicare パート A (入院保険) の受給者は、担当医により末期患者 (余命 6 カ月以下) であると認定され、受給者が末期疾患への治療を見送りホスピスのケアを受けると選択

した場合に、ホスピスケアの受給資格が得られる。また COBRA では、ホスピス給付の対象を、ナーシングホームに入居する終末期患者にも拡大した。最後に、COBRA は各州に対して、各自のメディケイド (Medicaid) プログラム (訳注：低所得者用公的医療保険) でホスピス給付を含める選択も与えた。

アメリカの 50 州全てが、医療の代理権 (health care power of attorney) に関する法律を定めており、生前遺言 (living will) に関する法律は、3 州を除いた全州で存在する。マサチューセッツ州・ミシガン州・ニューヨーク州では、生前遺言に関する法律はないが、生前遺言の妥当性を後押しする裁判所の判決が出ている。

Vacco 対 Quill のケース (521 US 793 (1997)) におけるアメリカ最高裁判所の意見は、患者に説明の上で同意を得られれば、終末期鎮静 (terminal sedation) の適用を認めるものであった。

1965 年に採択されたアメリカ高齢者法 (*Older Americans Act* (OAA)) では、在宅での投薬に小規模の資金を提供している。OAA の第 III 編では、住宅改修プログラムを含めた「高齢者に関する州・地方プログラム」の資金提供が行われている。OAA の第 V 編では、「自分で行う (DIY)」住宅改修に対する資金提供が行われている。Medicare または Medicaid も、医師の指示により病院ベッドの設置や便座の高さ修正などを行う場合、住宅改修に資金提供を行うことがある。

ii. あなたの国では、ターミナルケアにおいて特に患者に対して公的な支援はありますか？
ある場合はその概要とともにご紹介ください。

メディケア (Medicare) ホスピス給付 (上記参照)。

iii. あなたの国では、尊厳死・安楽死の実施ないし禁止に関わる法律や条例、ガイドライン等を制定していますか？

医師幫助自殺は 3 州 (オレゴン・モンタナ・ワシントン) で合法となっている。1994 年にオレゴン州で住民投票により「オレゴン尊厳死法」が承認され、アメリカで初めてこのような法律が採択された。「イニシアティブ 1000」として知られるワシントンの法律は、2008 年に採択された。モンタナでは 2010 年に州の最高裁判所が、医師幫助自殺が罪ではないという判決を下した。

1997 年にはアメリカ最高裁判所が *Washington 対 Glucksberg* (521 US 702 (1997)) 及び *Vacco 対 Quill* (521 US 793 (1997)) の 2 件について判決を下している。上記のケースで裁判所は、州が人々に対して自殺幫助を禁止する、つまり医師幫助自殺を行う憲法上の権利はない、という法律を採択してもよい、と決断を下している。しかし裁判所は、州が医師幫助自殺を合法化することを禁止してもおらず、決断は各州にゆだねられている。

iv. Mrs. A、Mr. B のケースに示した病状や環境等において、尊厳死を選択したいという意向があった場合、①それらは望ましい選択であるとお考えになりますか、また、②これらのケースで実際に尊厳死を選択することは可能だと考えますか？ (法律や条例の制約を受けますか)

「尊厳死」のより明確な定義なしに、この質問に答えることはできない。医師幫助自殺を認めないわけではないが、これは悪用される危険性をはらむ選択肢である。私だったら、まず患者が適切なカウンセリングを受け、緩和ケアへのアクセスが得られているかを確認するだろう。Medicare のホスピス給付はあるものの、アメリカにおける緩和ケアの活用は十分ではない。医師幫助自殺へのアクセス拡大よりも、緩和ケアサービスの拡大が優先されるべきである。人々が医師幫助自殺を選べるかどうかについては、在住場所によりけりである。この選択肢が合法となっている 3 州に住んでいなければ、この選択を行うのは非常に難しいだろう。オレゴンでさえ、この選択肢が使われるのは非常に稀である。

v. また、尊厳死・安楽死が実施されている場合、その実態（人数、年齢、症状など）について把握できる統計資料がありましたらお教え下さい。

オレゴン州保健局によると、同州では 1998 年から 2009 年の間に 460 件の医師幫助自殺があったとされている(<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year12.pdf>)。ワシントン州保健局の 2009 年尊厳死法報告書 (2009 Death with Dignity Act Report) によると、2009 年に同州では 36 件の医師幫助自殺があった (http://www.doh.wa.gov/dwda/forms/DWDA_2009.pdf)。

2. ガイドラインの有無について

vi. あなたの国には、Mrs. A, Mr. B のケースにみられるような終末期の医療、看護、介護について医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する専門職団体が設定した規則やガイドラインはありますか？ ある場合はその概要とともにご紹介ください。

The Hastings Center の「延命処置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン (Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying (1987))」が、非常に影響力を持っている。このガイドラインは更新され続けており、今年後半には新たなガイドラインが出版される予定である。また医療研究・品質調査機構 (AHRQ) 全国ガイドライン情報センター (the Agency for Healthcare Research and Quality National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/search/search.aspx?term=end+of+life>)) では、終末期ケアに関する 900 以上の専門ガイドラインが閲覧可能である。これらの資料は、様々な疾患の患者に対して様々な場所で、どのように終末期ケアを提供するかについて、ガイドラインを示している。これらの資料について、一貫性を持たせながら簡潔に説明するのは不可能である。

vii. また、このような法律や条例、規則、ガイドラインが抱える問題点についてのあなた自身のお考えを教えてください。

この 10 年間で、アメリカにおける緩和ケアの利用は増えたものの、その提唱者の大半は、「まだ十分に利用されておらず、アレンジするのが特に難しい」と主張している。緩和ケアはホスピスと同じものではないが、アメリカでは混同されることが多い。なぜならば、Medicare ホスピスプログラムが、患者への緩和ケアサービス提供の主たるメカニズムだからである。不幸なことに、Medicare のホスピスプログラムに関する規定が、早期の緩和ケア提供という目的を弱体化させている。第 1 に、Medicare ホスピス給付を受けるには、患者は 6 カ月

以下の余命という診断を受けなければならない。医師としてはこのような決断を行うのに消極的なこともあり、また患者にとっても非常に難しい場合がある。例えばアルツハイマー病と診断された患者は余命が6カ月を超えることがよくあり、ホスピスや在宅ではアクセスしにくい専門レベルの老年医学や精神医学ケアを必要とすることがあるため、このような患者に対して医師がホスピスを勧めるタイミングが遅すぎる事が多い。第2に、患者は全ての治療を見送り、ホスピス給付のみを受けることに同意しなければならない。第3に、ホスピスプログラムは機関（患者がケアを受けているナーシングホームである事が多い）の医療専門職と調整のとれた取り組みを行わなければならない。これを実施するには、ナーシングホームの職員が外部のホスピスチームを自らの施設に招き入れなければならないのである。第4に、患者を急性期病院に転院させるよりも Medicare ホスピスプログラムに入れることで、ナーシングホームは財政的に不利となるのである。最後に、ナーシングホームの質評価指標も、ナーシングホームが終末期患者を病院に転院させる動機づけとなる。なぜならば、重度認知症患者に見られる体重減少や機能低下は、質の悪いケアを示す指標として現われてしまうからである。

財政及び規制上のインセンティブもまた、重度認知症患者に対する経管栄養を推し進める役割を担っている。重度のアルツハイマー病及び他の認知症の患者は、摂食が困難となる場合が多い。最近の調査によると、患者に対する PEG 使用は不要な可能性があり、認知症患者にとっても臨床的な利点はほとんどないことが示唆されているが、現在も頻繁に使われており、これを外すことに関しては意見が分かれている。介助しながらの経口での栄養摂取はより望ましい対応であることが多いものの、時間を要するものであり、ナーシングホームとしては PEG に頼る財政的なインセンティブに直面しているからである、と主張する者もいる。

3. 認知症の人の終末期における死について

viii. あなたの国には、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について規定した、法律や条例、規則、ガイドラインはありますか？ ある場合はその概要とともにご紹介ください。

上記参照。

ix. また、このような法律や条例、規則、ガイドラインが抱える問題点についてのあなた自身のお考えを教えてください。

上記参照。

x. 日本では本人との意思疎通が困難な場合、医療や介護において親族間のトラブルや、医療者と親族間のトラブルが発生する場合があります。このような場合に、調停するための仕組みがありましたらご紹介ください。

これはアメリカで多く見られる問題である。医療専門職がこのようなケースに直面した際に支援を行うために、倫理委員会を設けている病院もある。倫理委員会は、困難ケースを検討したりそこから学ぶ場であり、また患者ケアで頻繁に浮上する倫理的問題に対応するための指針やプロセスの提言を作成する場でもある。*Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions* (Nancy N. Dubler and Carol B. Liebman による改訂増補版、Nashville: Vanderbilt University Press/United Hospital Fund, 2011) が重要な資料となっている。

4. PEG の使用について

xi. 日本では、終末期であり、かつ、認知症などによって意思疎通が困難な後期高齢者であっても、経口での栄養摂取が困難になったとき、家族の延命の希望によって人工栄養手術（おもに、PEG）が頻繁に行われています。あなたの国では、終末期の高齢者に対しての人工栄養手術はどの程度行われていますか。その実態（人数、年齢、症状など）について把握できる統計資料がありましたらお教え下さい。

上記参照。

xii. 終末期において人工栄養手術の実施／不実施を規定する法律やガイドラインは制定されていますか。ある場合はその概要とともにご紹介ください。

上記の AHRQ 全国ガイドライン情報センターを参照。本質問に対応するガイドラインが多数見られる。専門家の間では、PEG は重度認知症患者に使うべきではない、という意見で一致している。

xiii. 人工栄養手術を行わない場合、本人の栄養摂取が困難になる事態が発生しますが、このような状況の発生について一般的な事例ではどのように対処していますか。（あるいは、対処しないことを肯定していますか）

介助を行いながらの経口での栄養摂取。

5. 以上の設問について、あなたの国の制度や現状についてさらに理解するための資料がありましたら、ご示唆いただくか、ご送付いただくようお願いいたします。

専門職ガイドラインについては、AHRQ 全国ガイドライン情報センターに加えて、Hastings Center Report もお勧めする。この数十年間で本ジャーナルは、このテーマに関する論文を多数掲載している。また the Center to Advance Palliative Care (<http://www.capc.org/>) もお勧めする。ここは緩和ケアや終末期ケア全般に関する重要な情報源である。

3. 看取りに関する日韓ヒアリング調査結果

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

1. 目的

日本と韓国における終末期の医療、介護をめぐる現状と問題の所存を把握するとともに、今年度の調査結果から得られた終末期の医療・介護および看取りに関する各国の特徴や違いが、どのような背景（制度、専門職教育課程、家族観、文化等）によって規定されているのかを明らかにすることを目的とする。

2. 方法

本調査対象国のうち、今年度の質問紙調査対象国である日本と韓国を取り上げ、ヒアリング調査を実施した。日本に関しては、東京都中央区および滋賀県守山市、韓国に関しては、ソウル市松坡区および光州市の4か所を対象エリアとした。

なお、調査対象機関は、看取りの実施経験を持つ病院、診療所、介護施設、在宅支援サービス提供事業所とし、各事業所内において異なる職種（医師、看護師、介護職、ソーシャルワーカーなど）に対して調査結果および事前に準備した項目をもとに半構造面接法も用いた。1人あたりの時間は30分～1時間であった。

エリア	カテゴリー	
中央区	特別養護老人ホーム	介護職員・看護職員・相談員（SW）
	訪問介護・看護事業所	介護職員・看護職員・管理者（看護職員）
守山市	病院	看護職員
	診療所	医師
	居宅介護支援事業所	管理者（看護職員）・ケアマネジャー
ソウル市 松坡区	老人療養施設	施設長
	福祉館	施設長
光州市	老人療養施設	施設長
	老人療養施設	施設長・事務長

3. 調査内容

主なヒアリング調査内容は以下の通りである。

- ・調査結果のうち、理想と現実のギャップが生まれている項目を中心に分析結果の知見をインフォーマントに提示し、それらに対する感想、および、なぜこのような結果が出ているかに関する意見、背景等を把握する。この調査を通して、調査結果の知見の妥当性について検証するとともに、分析結果や結果の解釈の見直しの材料とする。
- ・異なる専門職による意識の差、多職種連携のあり方を検討するために、終末期の医療・介護および看取りにおける、専門職チームの有無、実践内容を把握する。また、とくに多職種間の連携を支えるための取り組みなどについての実験の経験を把握する
- ・認知症の人の意思決定を支援するための方法、その1つのツールとしての事前指示書への考えや活用状況を把握する。
- ・独居高齢者の在宅支援の可能性および限界について把握する。

4. 結果

1) 末期がんの患者への支援場所と対応（がんケース）

「Aさんをどこで介護するべきか」に関しては、「理想は自宅であるが現実には療養病床か病院・診療所」であるという回答が多かったのに対して、「今後の方針」に関しては、「理想と現実いずれの方針も痛みコントロールのみで積極的な治療を行わない」という緩和ケアを選択する回答が中央区、守山市ともに多かった。

この結果に対して、回答者の多くからは現場の状況と比べて大きな違いがないとの意見が聞かれた。支援場所に関しては、「実際の在宅でのがんの看取りの際に家族が本人の痛みの訴えに耐えきれなくなったり、特変が起きることで最終的には病院等に行く場合や病院に行くことで、もしかしたらもう少し生き延びることができるのではないかという希望が現場にあるのではないか」との意見が聞かれた。また、方針に関しては、「末期がんは終末までの絵を描くことができるため、痛みコントロールが中心になる」「末期がんは生存することも大事だが、まずは痛みコントロールが先にくるだろう」「がんに関しては、社会的認知があるためギャップが少ないだろう」との意見が聞かれた。末期がんにおける予後の見通しおよび対応の緩和ケアの共有化が進んでいることにより、方針のギャップがあまりない状況があると考えられた。

韓国の松坡区、光州市では「理想も現実も全体的にホスピス（特に施設ホスピス）もしくは在宅」であるという回答が多く、光州市の方が「現実が自宅」との割合が比較的松坡区よりも高かった。「今後の方針」に関しては、「理想と現実いずれの方針も痛みコントロールのみで積極的な治療を行わない」という緩和ケアを選択する回答が多かったが、日本と比較すると、ケアワーカーなど医療に関わらない人たちは「抗がん剤を用いた積極的な治療」および「各種高度医療による積極的な治療」を選択する割合が高い状況であった。

この結果に対して、韓国でも回答者の多くから現場の状況と比べて大きな違いがないとの意見が聞かれた。光州市は松坡区に比べて地方都市ということもあり、「自分の家で親を見る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」との意見が聞かれた。また、在宅ホスピスではなく「現実が自宅」の割合が高くなるのは、光州市においては医療的なサービスが不足している点が指摘された。また、ホスピスの割合が高いことに対しては、「実際にホスピスらしいホスピスは少ない。疼痛ケアのシステムのホスピスではなく、最後を過ごす場所をホスピスと呼んでいる可能性が高いのではないか」との指摘もあった。長期療養保険においても看取り対象者に対する専門的なサービスが不足している状況であるとの意見が出された。また、方針に関しては、光州市では「地域的な概念として孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたいという気持ち強い傾向がある」や「高齢であっても家族が医療を放棄しない。医療で積極的に治療したいという気持ちがある。医療放棄しないのは、本人自体も自分の命を長く生かして欲しい、生きる意思が強いこともある。その代わりに、費用負担が多いので、どこまで医療を受けられるのかの葛藤がある。」と、本人・家族による積極的な医療受療の希望も存在していることが示されていた。

2) 重度認知症の人への支援場所と対応（認知症ケース）

「Bさんをどこで介護するべきか」に関しては、がんケースと同様に「理想は自宅であるが現実には療養病床か病院・診療所」という回答が多かったが、「理想も現実も自宅」という回答した介護職の割合が、中央区、守山市とも高めであった。また、「今後の方針」に関しては、理想と現実で大きな違いがみられ、また職種間においてもこの違いが見られた。医師が人工栄養施術だけでなく、現状維持（積極的治療はしない）を理想とするのに対して、看護職と介護職が人工栄養を重視していた。さらに現実の判断理由に「家族の意向」が多く上がる点も特徴的であった。

この結果に対して、がんケースと比べて「認知症は個々に様々であり、誰一人同じような症状が出ない」「見ている人によって症状が異なるなど、どこを基準にして考えたらよいか」が難しいために、支援場所のばらつきが生じるのではないかと意見が聞かれた。

人工栄養施術の職種間での考えの違いに関しては、病院においては、「胃ろうの提案は看護師から持っていくことが多いと思う。医師はバイタルを中心にみているが、日常的に本人をみているのは看護師であるため」と医師と看護師の本人との関わりの違いについての意見が聞かれた。また、特養においては、「医師は病院と療養病床を現実の支援場所として選んでいる割合が多いが、それは点滴対応ができる施設を選び、点滴での現状維持を想定しているのではないと思う。一方で、介護職は療養病床を選んでいる割合が少ない」と、対応と支援場所の理解の違いについても指摘がなされた。なお、人工栄養に関しては、様々な意見が聞かれた（表1参照）。

判断理由において「家族の意向」の理由が看護職でより高まることに関しては、病院においては、「医師は治療中心、家族はできるだけ長く生きてほしい、看護はその板挟みになると思う」との意見も示された。訪問看護においても「週1回入る医師と週3回入る訪看と比べると、訪看の方が家族や本人の意向を理解できていると思う。家族の意向が医師と異なるとき、家族の代弁機能をはたしている」といった、医療的処置を含む判断に関して、「家族の意向」により近く接するのは看護職であることが示されていた。

また、家族支援については「予後を含めた選択肢に関する適切な情報提供」の重要性が指摘されていた。予想ができない変化も起きうるが、その時点で専門職側が持っている全ての情報を示した上で、家族にとっても後悔ができるだけ少ない選択となるような支援を心がけていた。また、家族に担当者会議に参加してもらい、最後をどのように迎えるかを話し合い合意のもと決めていくことも大切にされていた。

韓国の松坡区、光州市では、「Bさんをどこで介護するべきか」に関しては、理想も現実も回答にばらつきが多いが、比較的、理想も現実も自宅、ホスピス（施設）という回答が高めであった。ただし、医師は現実には「老人病院」を選ぶ割合が少し高い状況であった。また、「今後の方針」に関しては、松坡区、光州市とも理想も現実も人工栄養が多い傾向であったが、現状維持（積極的治療はしない）を選択する割合も医師が少し多い傾向があった。現実の判断理由としては、「生存時間」「尊厳の保持」が多く、日本で多かった「家族の意向」は多くない状況であった。

この結果に対して、現実も自宅が多くなることは、先ほどのがんケースのような本人・家族の考え方に加えて、長期療養保険において「認知症でADLが高い人は等級外になってしまう。そのため、施設にも入れず実際に在宅のままという現状がある」といった制度的な可能性も指摘された。また、方針として「家族の意向」が高くない理由として「医者の判断が大

きいため、兄弟たちの意見が分かれるため、第三者である医者が判断を下すという重みがある。医者意見を拒絶できない部分がある」や「家族はその土壇場になるとどうして良いか分からなくなるので、医師の判断に頼る傾向がある」といった、医師の影響力の大きさが指摘された。

表 1：人工栄養への考え（日本・韓国）

<p>【日本】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経管栄養になられた方でも、状態が良くなって経口摂取がまたできるようになった方もいる。その可能性も含めて経管栄養を実施しても良いのではないかと思う。(特養・介護職) ・経口摂取ができなければ、他の方法を取ると考えるのは現場の率直な考えだと思う。 ・「口から食べることが人の尊厳」という考え方には違和感がある。訳が分からなくなっているかもしれないけど、私が働きかけたことに笑うことも泣くときもある。それがあつのに食べないことが人の尊厳を損なうというのは問題があると思う。(特養・相談員) ・食事が口からとれなければ、人工栄養は良いと思う。現状維持をするということは後退していくという意味だと思う。(訪看・看護職) ・経管栄養については、認知症の進み方によると思う。暴力が出るなど夫婦の形が崩れている場合は、経管栄養を進めないかもしれない。何をすることも手がかかる、便失禁もある、という場合であっても、妻に見ていきたいと思う意思が強くある場合、経管栄養を利用することも選択肢としてあると思う。家族関係、家族の意思が対応方針を決定する場合に多く考慮する点である。(訪看・管理者)
<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下障害が明らかな場合にはあるが、本人の安全面を考えたら人工栄養が良いということになるのではないかと思う。安全というのは、誤嚥しない、死なないということ。食事介助も限界までは行つが経管の方が安全かなと切り替えていると思う。(病院・看護職) ・「食べないから死ぬんじゃないくて、死んでいつているから、食べない。」という考え方が広がっていくと思う(居宅・管理者) <p>【韓国】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工栄養は進める。現状維持で、ただ死なせることはできない。息をすっているのに、それを看るのが苦しい。(光州市療養・管理者) ・もともと韓国の流れとして、食べられなくなつたら、10日ぐらいで亡くなるというのが自然な状況。病院から来る利用者に人工栄養をつけてくる人が多いが、特に鼻腔は本人が嫌がるためこちらではできるだけ抜くようにしている(松坡区療養・管理者)

3) 事前指示書に関する考え

日本において、自分自身の意思を表明することが難しい認知症の人において、事前指示書に関する導入の議論もある。実践の場においてどのように捉えているかを聞いたところ、賛否は分かれていたが、主な意見としては、本人の意思の明確化は選択の際に役立つとは思つが、それが示された時期やそれを家族がどのように思うか等を加味する必要があると考えられる。具体的な意見に関しては表 2 を参照されたい。

韓国においては、事前指示書に関して広くは普及していないが、本人の事前指示書の意思と家族の意思が異なると扱いが大変との意見が聞かれた。また、「事前指示書がどれほど効果があるものかは疑問である」といった日本と近い意見も聞かれた。なお、松坡区の老人療養

施設では、看取りに関して家族の関わり方や施設における法的責任の明確化のために、ガイドラインの導入を始めていた。

表 2：事前指示書に関する考え（日本）

<ul style="list-style-type: none">・事前指示書については、情報として必要かと思うが、だいたいのケースで家族が判断されることが多い。本人の意思の情報だけが決め手になる訳ではないと思う。(特養・介護職)・ご本人の意思が明確にされていた方が方向性としてはわかりやすい。ただ、迷っていることもあり、家族間の考えのずれもある。キーパーソンは一人だけど、関係者がそれで良いと思っているか、それが段階的に踏まえて残っていると決めやすいと思う。(特養・看護職)・生前の意思表示もいつ書いたかにもよると思う。50代に書いたものが80代の方に適応できるかという、30年の間に変化もあると思う。書かれた時期によっては、混乱を生じてしまう。1年に1回は書き直しましょう等というのが無い限り、難しいと思う。新しい情報であれば、それ以上に有用なものはないと思う。ただし、法的拘束力を持たせてしまうと、良くないのではないかと思う。(特養・相談員)
<ul style="list-style-type: none">・事前指示書については、今はこう思っている、生きていの中で変わるので、参考にできる程度書類かなと思う。(訪看・看護職)・事前指示書に関しては、難しいと思う。終末期に入った時にどうしたいというのは考えられると思うが、元気な時に考えることは難しく、先に聞いておくのは難しいと思う。(訪介・介護職)・法的に保証されているものがあれば、それに則るということができると思う。法制化があればいい。(病院・看護職)

4) 情報共有のための取り組み

日本において、施設においては同一建物内に関係する職種がいることもあり、「日頃から申し送りなどがされているので、介護職から意見が出しにくいということもない」や「自分ひとりで解決できることはないため、情報発信や情報収集をそれぞれが意識して行っている。誰が中心となるということはないと思う」といった意見から分かるように、日頃から情報共有が図れている様子が見えてきた。また、訪問看護、訪問介護、居宅支援事業所など複数の事業所が関わって本人を支える際には、担当者会議や日頃直接対面でなくとも電話、FAX、メール等を活用して連携を図る努力をしていた。ただし、担当者会議には介護職が参加することが少ないが、「ケアマネジャーを通してしまうと、考えや想いが伝わらないことも多いので、積極的に参加していった方がより良い話し合いになると思う」といった意見が訪問介護の介護職から示された。実践の中で介護職として、看護師に対して言いつらいことや医師にもよる医師がその場の意見を取り仕切ってしまうこともあることも示された。また、連携において大事なものはアセスメントであるとの意見も聞かれた。

韓国において、老人療養施設において看取りに向けたカンファレンスを管理者、社会福祉士、看護師、嘱託医中心に行っている。この施設では家族はカンファレンスには参加せずに、社会福祉士が頻りに家族の意見を聞くようにしている。最後を安楽に迎えるために、出来るだけ家族と一緒に過ごす時間を多くすることを共通の認識としている。

5) 認知症の独居高齢者の在宅継続支援

認知症で独居高齢者の在宅支援に関しては、基本的に困難であることが示された。「火事や事故等を考えた場合に、在宅での生活維持よりもリスクの方が高く、積極的に在宅支援を行

う際には迷いが生じる」や「認知症の場合、動ける場合は独居が厳しい状況である」といった意見が聞かれた。なお、末期がんの場合は、自宅を希望する人が多くぎりぎりまで支えることもできる可能性があるが、最終的に一人でトイレに行けなくなり、おむつ使用の随時交換ができなくなったり、喀たん吸引が必要になってくると厳しいという意見がきかれた。

韓国では、認知症の独居高齢者の在宅継続支援に関しては十分に意見を聞くことができなかった。しかし、「子どもたちが共働きをしており、結果的にお年寄りを日中放置することになるので、在宅が無理になり病院に行くなどになる。家族の葛藤も多い。施設入所者の中でも、認知症の人が息子の家に帰りたいというのを最後まで願望したが、家族側の受入れが厳しかった。現状としては、在宅サービスが不足しているため実現しがたい。24時間サービスでない困るのではないかと思う。家族がいない空白の時間をどうするかという課題がある」というように、家族が介護できない状況での在宅継続は困難な状況からかんがみても、独居高齢者の在宅継続の困難さは高いことが推測された。

5. まとめ

日韓ともに、本調査のそれぞれの結果に対して、ヒアリング対象者の多くからは現場の状況と比べて大きな違いがないとの意見が聞かれた。両国において、認知症と比べると末期がんにおける予後の見通しおよび対応の緩和ケアの共有化が比較的進んでいると考えられた。ただし、日韓ではがんケースへの対応方針には違いが見られ、日本では理想の判断も現実的判断も「疼痛ケア」を選択していたのに対して、韓国では理想の判断、現実的判断ともに「疼痛ケア」が多いものの理想としては「高度医療」への期待があり、また、現実的判断としては「高度医療」とともに「代替医療」「抗がん剤」を選ぶ傾向にあった。また、認知症ケースにおいてこれらの背景の1つとして、韓国においては、まだ孝の影響が比較的存在することが示され、家族が治療を放棄せずにできるだけ医療を提供したいといった考えが選択に関係していることが推察された。さらに、韓国においては、保険が導入されてまだ年月が日本ほど経過していない中で、在宅サービスの整備や充実がまだ十分でない状況が示されていた。場所等の選択に関して制度的な制約もあることが考えられた。

日本では、認知症ケースへの対応方針における理想および現実の判断の理由として「家族の意向」が全体的に高い割合であった。これらの判断理由において「家族の意向」の理由が看護職でより高まることに関しては、医療的処置を含む判断に関して、「家族の意向」により近く接するのは看護職であることが示されていた。一方で、韓国において「家族の意向」がそこまで大きくない理由として、「医者の影響力」の大きさが指摘されていた。ただし、韓国においても、職種間の関係性が変化していくことも考えられる。両国とも終末期における「家族」の存在は大きく、今後さらに家族と専門職との関わりや支援のあり方について検討していくことが求められるだろう。

なお、認知症の人の意思決定を支える1つのツールとしての事前指示書に関しては賛否が分かれていた。ただし、主な意見としては、本人の意思の明確化は選択の際に役立つが、それが示された時期やそれを家族がどのように思うか等を加味する必要がある点があげられていた。一定のルールに準じながらも可変可能性を担保したあり方を検討していくことが必要であると考えられた。

最後に、本ヒアリング調査においては、韓国に関しては施設以外の在宅サービス提供者および病院を対象に含むことができていない。それらの人の考えを含めた終末期の医療・介護および看取りに関する良子公の特徴や違いの背景を検討していくことが必要である。

4. 看取りに関するオーストラリア ヒアリング結果

国際長寿センター

1. 目的

前項の日韓ヒアリング調査と同じく、終末期の医療、介護をめぐる現状と問題の所在の把握、看取りに関する特徴や違いがどのような背景によって規定されているのかを明らかにすることを目的とする。

下表（本報告書 191 ページ、211 ページ再掲）は、実際に対応の基本方針を決定する際の「最も重視する理由」を質問したものである。オーストラリアは特に認知症のケースで「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多い。また日本は「家族の意向に合致する可能性が高い」が特に多い。以下ではこのような特徴があることに留意したい。

9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 2-7-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=218)	0 .0%	12 5.5%	34 15.6%	5 2.3%	118 54.1%	35 16.1%	1 .5%	13 6.0%
韓国 (n=77)	0 .0%	3 3.9%	17 22.1%	1 1.3%	45 58.4%	7 9.1%	0 .0%	4 5.2%
オーストラ リア(n=57)	0 .0%	1 1.8%	23 40.4%	1 1.8%	24 42.1%	4 7.0%	0 .0%	4 7.0%

9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-8-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=209)	6 2.9%	81 38.8%	14 6.7%	1 .5%	35 16.7%	66 31.6%	1 .5%	5 2.4%
韓国 (n=75)	1 1.3%	32 42.7%	13 17.3%	0 .0%	20 26.7%	8 10.7%	0 .0%	1 1.3%
オーストラ リア(n=51)	2 3.9%	4 7.8%	12 23.5%	0 .0%	25 49.0%	5 9.8%	1 2.0%	2 3.9%

2. 調査対象機関

ヒアリング対象はオーストラリア、ニューサウスウェールズ州コガラ市の Calvary Health Care（医師、SW＝ソーシャル・ワーカー〈カウンセラー、パストラル・ケア担当者〉）、緩和ケアマネージャー、ナーシングユニット・マネージャー、遺族ケア担当者。2011年10月27日）とシドニー市北部 Hammondcare（医師、レジストラー医師〈専門医研修中の医師で患者の医療管理担当者〉、看護師、コミュニティナース、SW〈パストラル・ケア担当者〉。2011年10月28日）である。前者は病院を中核とした機関で在宅緩和ケアサービスも行っている、後者は医療部門・介護部門・研究部門を持つ総合的なケアプロバイダーである。

3. 調査内容

以下に、ヒアリング内容を示したうえで、日韓ヒアリング調査の対応部分と比較しながら特徴を挙げていく。

緩和ケアの広がり

Calvary Health Care

かなり以前から、緩和ケアの考え方を浸透させていく努力を行ってきた。がん患者への緩和ケアから始まったが、今は終末期全般にわたり、緩和ケアが大切であるという考え方が浸透してきている。本人に対しても積極的に医療サービスを提供している段階から、緩和ケアの話をするようにしている。緩和ケアに移行することで急に医療行為を諦めたと捉えられないように早い段階から働きかけている。

緩和ケア病棟で認知症の人のケアをすることはあまりない。認知症の人の終末期のケアは、コミュニティケアの一部として、ナーシングホームで行われることが多い。現在、コミュニティでの終末期ケアについては、ナショナルガイドラインの中でうたわれている。コミュニティケアの中心となっているのはGPであるが、私たち緩和ケアのスペシャリストの役割は、ケアを提供する側の人々に質の高い緩和ケアとはどういうことかを教育していくことである。

家族への教育については、その患者の生活場所によって異なってくる。在宅であればGPを通して、またナーシングホームに入所している場合は、GPやナーシングホームのスタッフの依頼によって介入し、家族と話し合いをする。入院患者の場合、ケアチームの一員として私たちが関わっていく。

HammondCare

歴史的に見て、緩和ケアの概念はがん専門で存在していたが、1つの専門分野として確立されていなかった。15年～20年前から1つの専門分野としての認識が高まった。現在では、腎不全、心不全などの病気であっても、生存期間が長くなってきているので、それを担当している医者も緩和ケアの必要性を認識している。治療の過程で、症状が悪化した場合、あるいは治療よりもQOLを重視した方が良い場合は緩和ケア部門に話が来ることが多い。終末期を受け入れるという点においては高齢者の方が受け入れやすい。患者本人よりも家族の受け入れが難しいことが多い。

また、コミュニティナースとして、患者の自宅やナーシングホームを訪問してサービスを提供している。

認知症の人は、通常であれば施設に入所していることが多いが、ハモンドケアでは、認知症の緩和ケアを行う「ボンドハウス」を開始したところである。デイホスピタル（日帰り病院）や入院せずに継続的にサービスを受けながら生活することもできる。

また、ハモンドケアの緩和ケア部門は、末期の患者だけを対象にしている訳ではない。この病棟に入ってくる人は、痛みに悩んでいる、吐き気がする、トイレのコントロールが難しいなどの症状を抱えており、ここで治療をしてまた自宅へ戻ることを目指す場合もある。

ナショナルガイドラインにコミュニティでの終末期ケアがうたわれているが、オーストラリアでは大家族とか近所づきあいという考え方が希薄であるため、介護をしてくれる家族も隣人もいない場合、1人で自宅で死ぬことはとても難しい。自宅での生活を継続するためには、コミュニティケアは24時間体制ではないので、個人的に高い費用を払って介護者を雇うことになる。

コミュニティケアにおいては、教会が大きな役割を果たしている。また、GPの関与が

重要になってくる。往診し、治療・診断を行い、自宅で亡くなった場合に、死亡診断書を書くのは実質的に GP である。昔は GP という往診していたが、最近はかなり少なくなった。GP 不足が自宅で死にたい人の障害になっている。

特にこの 5 年間ぐらいで、ナーシングホームで最期を看取る動きが強まってきたと思う。それにはコミュニティナースの存在が大きい。昔は、ナーシングホームにいても最期は病院でということが非常に多かった。今はコミュニティナースがナーシングホームに行って緩和ケアの教育をしているため、看取りが可能となった。ナーシングホームにおけるスタッフのさらなる技術の向上が今後期待されている。

ここでは、病院において緩和ケアの考え方が定着しつつある様子が述べられ、地域（自宅）で最期を迎える場合の教会の役割と低下しつつあるものの GP の役割が語られ、またナーシングホームで看取る動きが強まっていることが指摘されている。

日韓調査においては、「ホスピスらしいホスピスは少ない（韓国）」「医師は医療中心（日本）」との声があり、緩和ケアの浸透度に差があると思われる。

また、オーストラリアではナーシングホームにおける看取りが増えているとの指摘は注目される。とりわけその際にコミュニティナースがナーシングホームにおける看取りについてコミュニティサービスとして重要な役割を果たしているとの指摘は、ナーシングホームの位置づけが日本とは異なっていることも示唆している。

緩和ケアチーム

Calvary Health Care

緩和ケアのチームは、非常に多岐にわたる職種から構成されている。SW、パストラルケア（こころのケア）医師の免許を取得して 2~3 年のレジデントとして仕事をし、緩和ケア専門を目指すインターンの医師などで構成されている。

パストラルケアラーというのは、在宅介護の患者や家族との話し合いをすることが仕事である。人生の生きがいや奪われたときに、それにとって代わることが無いかを見つけるお手伝いで、ガーデニングやアートであったりする。

ケアの方針について、チーム間で意見が合わない時は、できるだけ議論を重ね、共通点を見つけていく。医師の判断だけを優先したり、誰かの独断で決定するということはない。投薬や薬関係は医師、看護関係はクリニカルナースコンサルタントが中心にしていく。そこでコンフリクトが起きることはあまりない。入浴やシャワーの必要がある場合は、OT などの専門家に相談するようにしている。それぞれの専門家がいて、専門分野を持っているので、その担当者の意見を聞くようにしている。

コミュニティケアについては、医者、クリニカルナースコンサルタント、SW、PT、OT、栄養士、セクレタリー、牧師が入る場合がある。毎週火曜にこのチームが集まり、チームメンバー以外に、コミュニティナース（組織外）に来てもらって話し合いをする。

在宅ケアを担当するスタッフは、全員修士号以上の学歴を持ち、コミュニケーション能力の高い職員である。

新規の患者のケアプランや、仕事の優先順位などについて話し合っている。その他に毎朝 20 分間、クリニカル、医師、OT が集まってミーティングを行い、アフターアワーの電話の有無や、新規の患者についての打ち合わせをする。このチームの間では、密接に打

ち合わせをしながら進めている。特にナースと医師は（PT・OTの場合もあるが）お互いに情報を共有するようにしている。

本人と家族、または家族内でも緩和ケアへの理解が異なっていることがよくある。緩和ケアのコンサルタントである私たちは、なるべくこの病気はどのように進展していくかを説明するようにしている。きちんと受容する方、不安である方、怒りを覚える方など、様々な心理状況にあり、その微妙な食い違いを私たちは理解するように努めている。本人や家族がどのような状況にあっても、それを受け入れて、そこから関わりを始めるようにしている。

特に本人が終末期であることを受容しているか、理解しているかについては細心の注意をはらっている。継続的に関わる中で、ある時、急に考え方が変わることもあるが、それもプロセスの1つとして受け止め、継続的に対話をするように心がけている。

介護者へのケアも実践している（Care for Carer）。ホリスティックヒーリングセンターは家族へのマッサージやカウンセリングとして使われ、無料である。セラピストはボランティアでセンターの仕事をしている。SWは介護にあたっている家族の体調がすぐれない、薬物やアルコール依存がある、虐待などのリスクファクターには常に気をつけている。リスクファクターが無くても、疲労困憊してしまう場合もよくある。

緩和ケアチームは、介護にあたっている家族のコアアイデンティティの相手になることも重要であると思う。「ポールデポ（デポ＝集会所）」という介護者サポートグループでの勉強会も行っている。

また、「介護に貢献することは社会に貢献することである」という考え方から、政府から介護者に対して、報酬が支払われる。介護によってどれだけの時間が犠牲になっているか、介護にあたる時間によってその金額は異なる。コアアイデンティティや生きがいと介護が両立できれば良いが、仕事を辞めなければならない場合は、センターリンクに登録して費用が支払われることもある。

HammondCare

地域エリアでも病院でも同じような編成で、医師、メディカルディレクター、コンサルタント、レジストラ2人、レジデントである。ナースについては、マネージャー、クリニカルナースエドゥケーター、正看護師、准看護師、SW、OT、PT、DT（ダイバーシヨナルセラピスト）、栄養士、マッサージセラピスト、セクレタリーである。申し送りをすることで変化や情報を共有する。医者は毎日一人一人の患者を診てまわる。

チームの全体ミーティングが毎週月曜日にある。ミーティングは基本的にナショナルガイドラインに基づいて行っている。その週の死亡者の確認、死亡状況、ケアが十分にまた適切に行われたか否か、などを話し合う。家族や友人に対して、グリーフケアの必要性も検討する。さらに新規入院患者の状況報告とプラン作成を行う。

通常の医療部門は医師をトップにピラミッド型になっているが、緩和ケアではチームで問題を解決している。あらゆる専門職が平等に貢献する。チーム間における最終的な決断は、医療関係は医者が中心になるが、多くの場合、協議を通して行う。看護関係であれば、ナースの長が最終的な決断をすることはあるが、それも色々な意見を聞きながら行っている。意見の不一致はあまりない。ナースや医者がもっと行うべきと思われることがあれば、他のメンバーが声をあげる。患者にとって何が最善であるかという視点に立って、話し合

いを十分に尽くすことが大事だ。メディカルディレクター（医療関係）、ナーシングマネージャー（看護関係）の2人がリーダーで、その2人の中で調整をとっていく。入院の決定も行う。注意すべきことは、私たちスタッフの部屋のドアに「あなたのエゴはそこに置いていきなさい」という表示が貼ってあるように、何事も思い込みでやってはいけないということである。例えば、患者がいよいよ弱ってきたので、牧師に患者の家に行ってほしいとお願いましたが、実際に訪問した家族には特に宗教がなく、牧師は不要だったこともある。

緩和ケアチームの活動に関しては、オーストラリアにおいて活発であると思われる。

また、ここでもコミュニティケアも緩和ケアの一つの部分であるとの位置づけが認められる。とりわけパストラルケアラー、あるいは牧師のチームへの参加から地域の中で緩和ケアが定着している様子が垣間見える。

緩和ケアチームと家族との関係については示唆に富んでいる。一つは緩和ケアチームは本人及び家族と疾病の進行について深く話をしている様子であり、またもう一つはチームが積極的に家族の問題に対して支援しようとする姿である。これらは、緩和ケアチームの地域に対する重要な貢献であろう。

また、緩和ケアはそれが医療のみならず生活全体を含むものであることから各職種が上下の関係を作ることなく協力し合っている様子がうかがえる。

日韓調査でも「自分ひとりで解決できることはないため、情報発信や情報収集をそれぞれが意識して行っている。誰が中心となるということは無いと思う（日本）」との発言があり、韓国でも老人療養施設において看取りに向けたカンファレンスを管理者、社会福祉士、看護師、嘱託医中心に行われ多職種間のチーム編成には努力が払われている。ただし、緩和ケアチームが病院内、地域の両方で広範な活動をしているケースはオーストラリアで顕著ではないだろうか。

在宅、施設、病院

Calvary Health Care

在宅緩和ケアチームの目標は、緩和ケアの対象になっている人たちの数を整理し、減らしていくことである。緩和ケアのニーズが低く、提供するサービスも少ない人については、他のコミュニティケアサービスにつなげる等をしていく必要がある。緩和ケアサービスを本当に必要としている人たちに十分なサービスを提供するために、国家でも州レベルでも緩和ケア対象者を絞り込んでいくことが課題として挙げられている。

在宅緩和ケアを行う中で、ある程度、コミュニティナースと家族との関係ができてしまい、ディスチャージする時に名前を外さないままにしているケースがあるので、それらを整理していく必要があるということである。ただし、他のサービスに移行した人も、再び緩和ケアが必要になった場合、私たちのサービスに戻れることを前提にしている。患者を切り捨てるということではなく、より高いニーズがある人たちに的を絞っていくことを目指しているのである。

HammondCare

自宅から入所施設に入る場合、包括的なアセスメントを行う。C-pad で評価をする以外に、ソーシャルヒストリー、家族や長年の友人からも情報を集める。それに基づいてアクティ

ビティを組み立てたりすることもある。在宅でコミュニティケアを受けていた人のデータは、そのまま次の施設に引き継がれる。ロウケアからハイケアに移る場合も同じことをしている。能力が落ちていく状況をカバーしていく中で、生活の質が低くならないように取り組んでいる。これらは、ハモンドケア全体の中で共有されている。準急性期であろうが、施設であろうが、標準的な方法となっている。職員間での情報の共有も推奨している。入院した際にもそれまで患者を診ていた地域の医師と連携するようにしている。

Calvary Health Care の発言からは、在宅緩和ケアチームへの強い期待がうかがえる。「国でも州レベルでも緩和ケア対象者を絞り込んでいくことは課題」であると語られ、緩和ケアの社会的な定着がうかがえる。

HammondCare の発言からは「生活の質」の確保が最優先課題として考えられていることがうかがえる。

一方、韓国では「自分の家に親を看る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」との発言も見られた。

人工栄養

HammondCare

人工栄養に関しては、症状が回復する見込みがない人に対しては行わないというのが通常である。PEG を入れると外すことは難しい。PEG は深刻な問題として捉えられている。事前指示というものをできるだけ広げていくことが必要だと思う。診断を受けたらすぐに意思を確認していくことが大事だ。

治療を続けても本人にとって利益にならない場合に、専門医と患者の話し合いに緩和ケアスタッフが参加を求められ、意見を出すこともある。

患者に別のオプションがあることや、人工栄養を拒否することができることを説明するのが難しいと感じる医者も多い。話し合いをしないまま PEG を入れてしまうこともある。医者自身は不要と思っても、本人や家族の強い希望から行うこともある。緩和ケアの医者たちにとっては、「DO NO HARM」が最も大事で、病棟でもそれをスローガンとしている。抗生剤を1錠与えることについても、それが本人にとって痛みや苦しみにならないかまで考えて行動することが重要である。

人工栄養については緩和ケアチームでは「本人の苦しみを高めてしまう場合は勧めないようにしている」とあるが、一方で実際には話し合いをせずに治療をすることもあるとのことである。この範囲でみると日本の実情と変わらないように見えるが、先にみたように緩和ケアの病院と地域への浸透度に違いがあるとすれば、本人および家族と話し合いを深める中で実態として人工栄養を勧めない場合がより多いのではないかという可能性がある。

日韓調査では「経口摂取ができなければ、他の方法を取ると考えるのは現場の率直な考えだと思う（日本）」「食べないから死ぬのではなくて、死んでいっているから食べないという考え方が広がっていくと思う（日本）」「食事が口からとれなければ、人工栄養は良いと思う。現状維持をするということは後退していくという意味だと思う（日本）」との考え、また韓国では「孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたい（韓国）」「人工栄養は進める。現状維持で、ただ死なせることはできない。息をすっているのに、それを看るのが苦しい。（韓国）」との意見がみ

られた。オーストラリアではインタビューの文言から見る限り、回復の見込みがあるかどうかを一つの基準としているように見える。

事前指示、継続的後見人、事前指示

HammondCare

事前指示書と同時に継続的な後見人の制度があるので、代弁してくれる人を立てておくこともある。ニュー・サウス・ウェールズ州では事前指示書は法的拘束力を持っていないため、事前指示書があっても家族がそれを拒否してしまうことがある。また、タイミングによっては患者本人の望みが変わることもある。

本人が何を希望するか、どのようなお葬式を出してほしいかを聴くようにしている。これらの会話の内容は必ずしも居心地が良いものではないが、会話が終わったあとにそういう話をしてくれてありがとうと言ってくれる人が多い。オーストラリアは多民族国家のため、文化的に話して良いか慎重になったりするが、話さなくてはいけないことはできるだけするようにしている。

ビクトリア州に関しては、「死ぬ権利」というものが整備されている。患者が事前指示書を作成していることを知っていて、医師がそれを無視してしまった場合は、訴えられる可能性がある。ただし、今のところ裁判になったケースは1つも無い。他にも法律が整備されている州があると思うが、ニュー・サウス・ウェールズ州にはない。現実を見てみると、医師は事前指示書の内容を見ているが、それが作成された時と今では状況が変わってきている場合があり、作成時の希望通りにできなくなっているということもある。

本人が自己決定することができなくなってしまった場合には、家族に代行してもらうことになる。ただ、それは家族でなくても良くて、本人と親しい人、**Person Responsible**でも良い。

事前指示の使い方としては、GPが家族と話をし、本人がこういうことを望んでいるだろうということを考えて治療をするという形になる。

また、私たちは、事前指示書ではなく、事前介護計画（アドバンスド・ケアプランニング）を使った方が良いとしている。ここには、近親者にこういう環境整えてくれるよう望むといった、症状が変わったとして適応できるような一般的な内容を書いておくのだ。

問題の一つは何の書類も作らなかった患者である。緩和ケアは患者が急性期病院で死を迎えることがないようにする役割があるが、本人の意思表示がインフォーマルな形ですら無い場合、ナーシングホームに入所していたとしても最終的には急性期病院に送られて亡くなることもある。

緩和ケア病棟不足の問題もある。シドニーは緩和ケアのリソースは豊富であると言われているが、シドニーの中でも量のばらつきがある。シドニー内のこのエリアについては、人口80万人に対して、緩和ケア病棟は45床、他のエリア50万人に対して70床。国内全体を見てみると、緩和ケアを受けるために1000キロも移動しなくてはいけないこともある。タスマニアでは、55万人に対して医師が1人だった。今は4人ぐらいだ。

緩和ケアでは「DO NOT HARM」が実践されなければならない。目の前にいる患者にとって何が必要か、残された時間の中で何が重要かを常に考えなければいけないと思う。医者は自分の痛みのコントロールばかりを心配しがちだ。しかし、患者本人は、息子と会

話ができるように薬で朦朧とした状態から逃れて頭をクリアにしてほしいという希望があったりもする。今、この時のベストクオリティが何かを考え、実践することが最も重要なことであると思う。

事前指示書については、法的な拘束力がないこともあり、実際の使われ方としてはGPが家族と話をし、本人がこういうことを望んでいるだろうということを考えて治療をするという形であると説明されている。認知症の人の場合には後見人（近親者）へのあらかじめの指示が尊重されることが示唆される。HammondCareではよりフレキシビリティがあるとの判断からアドバンスド・ケアプランニングを推奨している。

また、オーストラリアでは緩和ケア病棟の不足が指摘されている。地域における緩和ケアについても需要が多く「絞り込み」が求められる状況がある。

日韓調査では事前指示書については、「情報として必要かと思うが、だいたいのケースで家族が判断されることが多い。本人の意思の情報だけが決め手になる訳ではないと思う（日本）」「事前指示書については、今はこう思っている、生きている中で変わるので、参考にできる程度書類かなと思う（日本）」「法的に保証されているものがあれば、それに則るということができると思う。法制化があればいい（日本）」と意見が分かれている。

ともに、事前指示が硬直した内容として受け取られることは問題を含んでいるとの考え方がみられる。また、日韓調査でも指摘されているように「本人の事前指示書の意味と家族の意思が異なると扱いが大変（韓国）」との思いは共通している。

4. まとめ

本稿の冒頭で、実際に対応の基本方針を決定する際の「最も重視する理由」で、オーストラリアは特に認知症のケースで「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多いこと、また日本は「家族の意向に合致する可能性が高い」が特に多いことを述べた。

上にまとめたオーストラリアにおけるインタビューの中から、いくつかのキーワードを抽出することができる。すなわち、「人生の生きがいや奪われたときに、それにとって代わること」「本人が治療の仕方を決めていく」「生活の質が低くならないように」「（介護者の）コアアイデンティティや生きがい」などにみられる自立した生活重視の姿勢である。

一方で韓国のインタビューでは、「孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたい」「自分の家に親を看る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」という発言が特徴的であった。

すなわち、オーストラリアでは個人からの社会への働きかけを中心とする生活の質が最も重視され、韓国においては縮小しつつあるとは思われるが儒教的な規範が認められる。

これらが、オーストラリアにおいて「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多いことの背景を一定程度表しているのではないだろうか。また、日本においてはこれらの規範性が希薄であることから、判断基準が明確ではなく、当面の当事者である家族の意向が多く意識される構造があるとも考えられよう。

また、オーストラリアにおける緩和ケアチームが院内、ナーシングホーム、地域にわたって広範に終末期ケアにコミットしていることは社会全体に大きな影響を与えていることは注目すべきものであると思われた。

(参考)

職員トレーニング、ケア、サポート

Calvary Health Care

職員に対して、どのようなサポートのニーズがあるのかを昨年調査した。その1つが、お互いに自分の中にある感情を引きずらないようにする、というニーズがあることが分かった。昨年行ったアンケートから、「デグリーフイング」という胸にたまったことを話すことで自らを開放するというやり方と、1対1で話を聴いてほしいという2つのことが明確なニーズとしてあった。両方が必要という人もいた。

SW やカウンセラーに対しては、クリニカルスーパービジョンを法律で受けなければならないことが決まっている。クリニカルスーパービジョン理論といのは、カウンセラーや精神療法士の資格をとる課程で、必ずカリキュラムが含まれている。看護師には含まれていない。情緒的な状態が良くないと、クライアントに対して害を及ぼすことになりかねない。クリニカルスーパービジョンの目的の1つは内面を見つめる習慣を維持し続けることがある。カルバリー病院では、カウンセリング職員だけでなく全ての職員に対して、内省の習慣を浸透させるような啓蒙活動をしている。任意の参加であるが、来週のお昼の時間に教育プログラムを実践する。1対1に加えて、職場全体のグループとしてケースのディスカッションを行うことを通じて自らを振り返る機会を持っている。その一環として、死にいたるプロセスが苦しんで亡くなった場合、そこに立ち会う職員がその話をして、どうあり得たのかまで話を展開していくことで職員たちをサポートすることをしている。困難な状況に立ち会うということを実感して、そのサポートは必要で、内省することをグループで提供していくことも大事だと思う。

病院とは独立したサービスとして、職員支援サービスがある。職員であれば全て無料で提供されるサービスであり、仕事や個人的なストレスに関してカウンセリングサービスを受けることができる。

HammondCare

継続的な教育をする。コミュニティナースが施設等に訪問して、教育を行うこともしている。PEPA というプロジェクト（政府からの補助金が出ている）があり、ナーシングホームで働く人が病院に行って緩和ケアのトレーニングを受けることができる。トレーニングを受けている間の、補助員に対する費用が国から出るということがされている。他の州や海外（イギリス）に行っても研修を受けるということもできる。

5. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査

ライフケアシステム 代表理事
辻 彼南雄
成蹊大学アジア太平洋研究センター 特別研究員
渡辺 大輔
医療経済研究機構 主任研究員
中島 民恵子

5-1 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査:アンケート調査

1. 調査の概要

1.1. 9ヶ国調査と日韓調査

本研究では、2010年度に行った調査データに加えて、2011年度に行った2つの調査データを用いて分析を行う。一つ目は、2010年度の調査においてサンプル数の少なかったオランダ、イギリス、フランスの3か国と、調査を行うことができなかったアメリカに対して2010年と同一の調査票を用いた追加調査を行っている。この個票データを2010年度調査の個票データとマージした分析を行った。この調査を本稿では「9ヶ国調査」と呼ぶ。

第二に、2011年度に2010年度に行った質問紙を一部修正し、調査対象を個別の経験を持つ事業所ではなく、一定地域内のすべての事業所とした調査を日本と韓国において行った。この調査を本稿では「日韓調査」と呼ぶ。

いずれの調査においても、仮想的質問法を用いた質問紙調査を行った。典型的な終末期のあり方として想定される2つの仮想ケース（問2にあたる末期がんケース、問3に当たる認知症ケース）を作成し、各ケースに対して専門職としての理想的判断と実際に行うであろう現実的判断を調べた。加えて、理想の死および理想の看取りについての意識（問4、5）、これまでの医療・介護経験、看取り経験についても調査した（問1）。また、日韓調査では死生観についての設問も加えた。

なお、本報告では紙幅の都合上、2010年度報告書で分析した9ヶ国調査については国ごとの傾向を中心に紹介し、専門職間の比較については日韓調査を用いて分析を行う。

1.2. 調査対象と倫理審査

調査対象は以下の表1-1、表1-2のようになる。9ヶ国調査では、一般の介護施設では終末期の利用者を制限している現状を踏まえ、コンビニエント・サンプリングによって終末期の利用者の受入れ経験のある調査対象を選定し、同意を得られた事業所および個人を対象としている。これは、無作為抽出による対象選定では、終末期の医療、介護経験の乏しい専門職が多くなってしまい、目的が果たせなくなることを防ぐためである。

日韓調査では、日本国内はILC日本が主体となり、東京都中央区と滋賀県守山市において高齢者の終末期医療・介護サービスを提供する事業所を対象とした。韓国は韓国アルツハイマー協会が主体となり、ソウル市松坡地区、光州市において高齢者の終末期医療・介護サービスを提供する事業所を対象とした。

なお本調査の実施に当たっては、個人情報保護などの厳しい倫理規定を設けて実施しており、また、長寿社会開発センター研究倫理審査委員会の倫理審査を経たのちに実施した。

表 1-1 9ヶ国調査の調査実施機関・対象

国名	調査実施機関・対象
日本	ILC 日本；12 事業所（特別養護老人ホーム 7、グループホーム 2、複合施設 1、訪問看護ステーション 1、病院 1）、医師個人（10 名）
韓国	韓国アルツハイマー協会
イスラエル	ILC イスラエル
オーストラリア	2 医療・介護施設（HammondCare, Ramsay Health）
チェコ	ILC チェコ
オランダ	ILC オランダ
フランス	ILC フランス
イギリス	ILC イギリス
アメリカ NY	ILC 米国

※とくに記述がない場合、2010 年 10～12 月に実施（アメリカのみ 2011 年 10～12 月）

表 1-2 日韓調査の調査実対象

国名	地域	調査対象
日本	中央区	総合病院 2、診療所 4 2、介護老人保健施設 1、介護療養型医療施設 1、介護老人福祉施設 4、認知症対応型共同生活介護 3、訪問看護 8、訪問介護 7、居宅介護支援 2 4、夜間対応型訪問介護 1、有料老人ホーム 3
	守山市	総合病院 1、診療所 1 8、介護老人保健施設 1、介護老人福祉施設 2、認知症対応型共同生活介護 2、訪問看護 3、訪問介護 1 1、居宅介護支援事業所 1 6、小規模多機能型居宅介護事業所 1
韓国	ソウル	病院 1 7、療養院 5 3
	光州	病院 1、療養院 1 1

なお、アメリカについては補足する必要がある。アメリカは州制度を採用しており、かつ公的医療保険がないため州ごとに大きな違いがある。また、今回調査に協力していただいた ILC 米国は大都市であるニューヨークに所在している点、医療施設であるため介護職が回答者にはいない点、積極的に経管栄養施工を行っている施設である点が指摘でき、アメリカ全体を代表しているものとは言えない。そこで本報告ではアメリカ全体を代表していない点に注意を喚起するため、一貫してアメリカ NY として表記した。

1.3. 有効回収数、回収率

9ヶ国調査の有効回収数は 638 人であり、日本 221 人（34.6%）、韓国 80 人（12.5%）、イスラエル 63 人（9.9%）、オーストラリア 57 人（8.9%）、チェコ 56 人（8.8%）、オランダ 33 人（5.2%）、フランス 29 人（4.5%）、イギリス 69 人（10.8%）、アメリカ 30 人（4.7%）であった。

日韓調査の有効回収数は 1311 人、有効回収率は 61.3%であった。日本では中央区が有効回収数 214 人（有効回収率 53.5%）、守山市が有効回収数 334 人（有効回収率 54.4%）であった。韓国では、ソウルが有効回収数 398 人（有効回収率 58.2%）、光州市が有効回収数 365 人（有効回収率 83.0%）であった。

1.4. 9ヶ国調査における回答者の属性

以下では、9ヶ国調査の回答者の属性について、性別、年齢、職種、経験などについて紹介する。

1.4.1. 性別と年齢

性別と年齢階級は以下の表 1-3、表 1-4、表 1-5 となる。回答者はいずれも女性が過半数を占めている。また、平均年齢はいずれも 40 代であり、国ごとにそれほど大きな違いはみられなかった（統計的な有意差もなかった）。

表 1-3 9ヶ国調査：回答者の性別

	男性	女性	合計
日本	90 40.7%	131 59.3%	221 100.0%
韓国	11 13.8%	69 86.3%	80 100.0%
イスラエル	16 25.4%	47 74.6%	63 100.0%
オーストラリア	8 14.0%	49 86.0%	57 100.0%
チェコ	7 12.5%	49 87.5%	56 100.0%
オランダ	4 12.1%	29 87.9%	33 100.0%
フランス	8 28.6%	20 71.4%	28 100.0%
イギリス	18 26.1%	51 73.9%	69 100.0%
アメリカ NY	14 46.7%	16 53.3%	30 100.0%
合計	176 27.6%	461 72.4%	637 100.0%

表 1-4 9ヶ国調査：回答者の年齢階級

	20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
日本	45 20.7%	78 35.9%	44 20.3%	32 14.7%	18 8.3%	217 100.0%
韓国	12 15.2%	29 36.7%	23 29.1%	15 19.0%	0 .0%	79 100.0%
イスラエル	5 7.9%	15 23.8%	20 31.7%	15 23.8%	8 12.7%	63 100.0%
オーストラリア	9 16.7%	10 18.5%	12 22.2%	15 27.8%	8 14.8%	54 100.0%
チェコ	5 8.9%	15 26.8%	13 23.2%	18 32.1%	5 8.9%	56 100.0%
オランダ	5 15.6%	9 28.1%	8 25.0%	9 28.1%	1 3.1%	32 100.0%
フランス	8 27.6%	7 24.1%	4 13.8%	8 27.6%	2 6.9%	29 100.0%
イギリス	6 8.7%	10 14.5%	17 24.6%	25 36.2%	11 15.9%	69 100.0%
アメリカ NY	2 6.7%	8 26.7%	16 53.3%	3 10.0%	1 3.3%	30 100.0%
合計	97 15.4%	181 28.8%	157 25.0%	140 22.3%	54 8.6%	629 100.0%

表 1-5 9ヶ国調査：回答者の平均年齢

	度数	平均値	標準偏差
日本	217	40.11	12.08
韓国	79	40.68	9.55
イスラエル	63	46.52	12.14
オーストラリア	54	45.37	12.98
チェコ	56	44.71	11.53
オランダ	32	42.53	10.85
フランス	29	40.86	12.69
イギリス	69	48.42	12.22
アメリカ NY	30	41.83	8.33
合計	629	42.84	11.97

1.4.2. 職種（問 1-4）

本報告のなかで最も重要な独立変数が職種となる。なお、選択肢になかったがその他の自由記述で多かった「PT・OT」はアフターコーディングを行って作成した。

表 1-5 9ヶ国調査：回答者の専門職種

	医師	看護師	介護士	ソーシャル ワーカー	その他	PT・OT(リ コード)	合計
日本	20 9.1%	59 26.8%	103 46.8%	23 10.5%	8 3.6%	7 3.2%	220 100.0%
韓国	16 20.0%	44 55.0%	2 2.5%	18 22.5%	0 0.0%	0 0.0%	80 100.0%
イスラ エル	25 39.7%	18 28.6%	2 3.2%	15 23.8%	3 4.8%	0 0.0%	63 100.0%
オースト ラリア	11 19.3%	20 35.1%	8 14.0%	11 19.3%	2 3.5%	5 8.8%	57 100.0%
チェコ	17 32.1%	17 32.1%	2 3.8%	12 22.6%	5 9.4%	0 0.0%	53 100.0%
オラン ダ	15 45.5%	15 45.5%	0 0.0%	1 3.0%	2 6.1%	0 0.0%	33 100.0%
フラン ス	17 58.6%	7 24.1%	0 0.0%	2 6.9%	3 10.3%	0 0.0%	29 100.0%
イギリ ス	35 52.2%	14 20.9%	0 0.0%	18 26.9%	0 0.0%	0 0.0%	67 100.0%
アメリ カ NY	15 50.0%	15 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	30 100.0%
合計	171 27.1%	209 33.1%	117 18.5%	100 15.8%	23 3.6%	12 1.9%	632 100.0%

1.4.3. 医療・介護経験、在宅支援を主とした医療・介護経験（問 1-5）

回答者の全般的な医療・介護経験年数と、在宅支援を主とした医療・介護経験年数についてまとめたものが表 1-6 である。全般的な医療・介護経験年数の平均は 14.46±11.27 年であった。イギリスが 22.61±12.64 年と他国に比べて長いことが分かる。逆に、韓国は 9.24±4.82 年と短かった。

在宅支援を主とした医療・介護経験年数の平均は 5.13±8.28 年であり、全般的な医療・介護経験年数に比べて 3 分の 1 程度まで減少している。また標準偏差も平均値に比べて大きく、分散が大きいことが分かる。チェコ、イスラエルは全般的な経験年数と在宅支援を

主とした経験根数の差が他国に比べて小さいのに対して、残る国は非常に大きいことが分かる。とくに韓国は在宅支援の経験年数が低く、わずか0.40±1.47年であった。

また、国を独立変数とし、全般的な医療・介護経験年数と、在宅支援を主とした医療・介護経験年数を従属変数とした一元配置分散分析を行った。その結果、全般的な医療・介護経験年数についてはF値10.845（自由度8、585）が0.1%水準で有意であり、在宅支援を主とした医療・介護経験年数についてもF値21.602（自由度8、524）が0.1%水準で有意であった。国ごとに経験年数には違いがあるといえる。

表 1-6 9ヶ国調査：回答者の医療・介護経験年数

	医療・介護経験年数			在宅支援を主とした 医療・介護経験年数		
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
日本	212	12.13	9.78	208	2.38	4.64
韓国	74	9.24	4.82	79	.40	1.47
イスラエル	58	18.83	13.66	43	11.86	10.81
オーストラリア	53	13.25	11.77	32	7.46	9.10
チェコ	51	16.58	12.14	42	9.12	8.15
オランダ	33	18.21	12.31	19	3.16	5.30
フランス	28	10.88	10.87	22	4.05	9.88
イギリス	65	22.61	12.64	58	11.72	11.39
アメリカNY	30	15.40	7.25	30	8.23	9.56
合計	604	14.46	11.27	533	5.13	8.28

1.4.4. 職場での臨終立会い経験（問1-8）

本調査の特徴である、看取りについて経験についても調査を行った。問1（8）では最近1年間の職場での臨終立会い経験について質問している。その結果が図1-1である。全体としては59.8%の人がこの1年間で職場において臨終に立ち会っていた。アメリカについては調査対象施設が医療施設のみであったため、割合が非常に高く、全員が経験ありと答えている。その他は、韓国が79.5%と、フランスの74.1%と続いている。その他の国は4~6割程度であり、看取りの経験を行ったことがあるものはほぼ半分程度となっている。

このなかで、臨終立会い経験ありと答えた人に1年間でのおよその回数も聞いている。その回答結果が表1-7である。経験ありと答え、さらに回数について回答した339名の臨終立会い経験回数は平均6.96±13.47回であった。標準偏差が大きいことから、分散が大きいことがわかる。フランスの17.25±44.04回が突出しているが、これは医師による回答の偏りが影響していると考えられる。他国はおよそ4~6回であり、チェコが10.70±12.74回と多かった。ここからは、経験がある人は年に複数回経験することも多く、同時に、経験数が多い人と少ない人でばらつきがあることが分かる。

さらに国を独立変数とし、臨終立会い経験回数を従属変数とした一元配置分散分析を行った。その結果、F値1.656（自由度8、330）で有意水準5%でも有意ではなく、国ごとに経験回数の平均に、有意差があるとは言えなかった。すなわち、立会い経験がある人のなかで、国際的な違いは見られなかった。

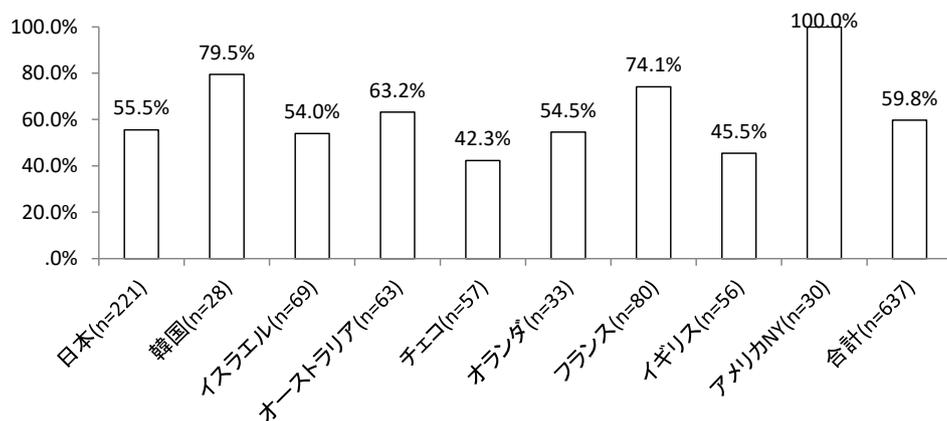


図 1-1 9ヶ国調査：職場での最近1年間の臨終立会い経験ありの割合

表 1-7 9ヶ国調査：最近1年間の臨終立会い経験回数

	度数	平均値	標準偏差
日本	117	6.53	11.31
韓国	57	7.10	10.34
イスラエル	28	5.71	5.11
オーストラリア	32	5.53	7.46
チェコ	20	10.70	12.74
オランダ	16	4.31	3.65
フランス	16	17.25	44.04
イギリス	23	6.70	12.25
アメリカ NY	30	4.73	1.41
合計	339	6.96	13.47

1.5. 「日韓調査」における回答者の属性

9ヶ国調査に続いて、この節では日韓調査の回答者の属性について、性別、年齢、職種、経験などについて紹介する。

1.5.1. 性別と年齢階級

性別と年齢階級は以下の表 1-8、表 1-9、表 1-10 となる。回答者はいずれも女性が過半数を占めている。また、平均年齢はいずれも 40 代であり、国や地域ごとに大きな違いはみられなかった（統計的な有意差もなかった）。この数値は 9ヶ国調査とほぼ同様の結果であり、両調査間での比較は可能であると考えられる。

表 1-8 日韓調査：回答者の性別

		男性	女性	合計
日本	中央区	59 27.6%	155 72.4%	214 100.0%
	守山市	59 17.7%	274 82.3%	333 100.0%
	合計	118 21.6%	429 78.4%	547 100.0%
韓国	ソウル	33 8.3%	364 91.7%	397 100.0%
	光州	30 8.3%	333 91.7%	363 100.0%
	合計	63 8.3%	697 91.7%	760 100.0%
合計	181 13.8%	1126 86.2%	1307 100.0%	

表 1-9 日韓調査：回答者の年齢階級

		20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
日本	中央区	47	56	52	40	14	209
		22.5%	26.8%	24.9%	19.1%	6.7%	100.0%
	守山市	34	84	109	74	29	330
		10.3%	25.5%	33.0%	22.4%	8.8%	100.0%
合計		81	140	161	114	43	539
		15.0%	26.0%	29.9%	21.2%	8.0%	100.0%
韓国	ソウル	123	65	84	116	9	397
		31.0%	16.4%	21.2%	29.2%	2.3%	100.0%
	光州	42	57	94	163	9	365
		11.5%	15.6%	25.8%	44.7%	2.5%	100.0%
合計		165	122	178	279	18	762
		21.7%	16.0%	23.4%	36.6%	2.4%	100.0%
合計		246	262	339	393	61	1301
		18.9%	20.1%	26.1%	30.2%	4.7%	100.0%

表 1-10 日韓調査：回答者の平均年齢

		度数	平均値	標準偏差
日本	中央区	209	40.78	12.75
	守山市	330	44.01	11.08
	合計	539	42.76	11.85
韓国	ソウル	397	40.25	12.31
	光州	365	45.33	10.55
	合計	762	42.68	11.77
合計		1301	42.71	11.80

1.5.2. 職種

本報告のなかで最も重要な独立変数が職種となる。ここで職種とは、所有資格ではなく、実際に現在働いている事業所において主となる職業のことを意味している。その結果が以下の表 1-11 である。日本は「看護師」と「介護職員」がそれぞれ 194 人 (35.4%)、191 人 (34.9%) と多い。「医師」は 31 人 (5.7%) であるが、終末期の医療・介護の現場には医師は少ないことからこのような数字となっている。また、日本にも「その他」の回答があったが、リコードできるものはリコードした結果、残ったケースは専門職とはみなせないもの (たとえば事務職など) であったため、非該当のケースとしてとらえ有効回答から除外した。その結果、その他は 0 となっている。

これに対して、韓国は「介護職員」がもっとも多く 351 人 (46.0%) であり、次いで「看護師」233 人 (30.5%) となっている。また、「医師」が非常に少なくわずか 6 人 (0.8%) であり、統計的な分析を行うには足りない数となっている。加えて、韓国では「その他」が非常に多くなっている。

職種については前述したように、韓国の医師が非常に少ないという問題がある。そこで、今後の分析が分かりやすいように、表 1-12 にあるように 3 つの職種に分類した。3 つの職種は、医療職 (医師、看護師、およびその他医療職)、相談・CM (生活相談員・支援相談員、ケアマネージャー)、介護職 (ヘルパー、介護療養士に加えて、直接的なケアを中心業務とするその他有資格者) に分類し、韓国のその他についても可能なものはリコードしている。なお、ここでリコードできないものは非該当回答とみなして有効回答から除外している。

今後の分析において職種を用いる際は、この 3 分類の職種を用いて分析してゆく。

表 1-11 日韓調査：回答者の事業所での主な職種

		医師	看護師	相談員	ケアマネ ージャー	介護職員	その他	合計
日本	中央区	17 7.9%	59 27.6%	7 3.3%	52 24.3%	79 36.9%		214 100.0%
	守山市	14 4.2%	135 40.4%	27 8.1%	46 13.8%	112 33.5%		334 100.0%
	合計	31 5.7%	194 35.4%	34 6.2%	98 17.9%	191 34.9%		548 100.0%
韓国	ソウル	5 1.3%	159 39.9%	14 3.5%	27 6.8%	143 35.9%	50 12.6%	398 100.0%
	光州	1 0.3%	74 20.3%	16 4.4%	23 6.3%	208 57.0%	43 11.8%	365 100.0%
	合計	6 0.8%	233 30.5%	30 3.9%	50 6.6%	351 46.0%	93 12.2%	763 100.0%
合計		37 2.8%	427 32.6%	64 4.9%	148 11.3%	542 41.3%	93 7.1%	1311 100.0%

表 1-12 日韓調査：回答者の職種（3分類）

		医療職	相談・CM	介護職	合計
日本	中央区	76 35.5%	59 27.6%	79 36.9%	214 100.0%
	守山市	149 44.6%	73 21.9%	112 33.5%	334 100.0%
	合計	225 41.1%	132 24.1%	191 34.9%	548 100.0%
韓国	ソウル	204 51.3%	46 11.6%	148 37.2%	398 100.0%
	光州	103 28.2%	46 12.6%	216 59.2%	365 100.0%
	合計	307 40.2%	92 12.1%	364 47.7%	763 100.0%
合計	532 40.6%	224 17.1%	555 42.3%	1311 100.0%	

※ 韓国のその他の回答はリコーディングした

1.5.3. 勤務先の事業所の種類

日韓調査では、働いている事業所についても調査している。その結果が下記の表 1-13 である。なお、日本と韓国では事業所の種別が異なる。そのため、同一の事業所ごとにをまとめている。この表のみ、通常のものとは比べて行と列が入れ替わっており、割合も列パーセントを示している。韓国の空欄は該当する項目がないものである。

表からは、日本は「病院・診療所」が 125 人 (23.1%)、「居宅介護支援」が 101 人 (18.7%)、「介護老人福祉施設」が 100 人 (18.6%) であった。韓国では「病院・診療所」が 249 人 (32.8%)、「介護療養型医療施設」が 232 人 (30.6%)、「介護老人福祉施設」が 181 人 (23.9%) であり、日本に比べて医療機関に従事する人の割合が多かった。

表 1-13 日韓調査：回答者の勤務する事業所の種類

	日本			韓国		
	中央区	守山市	合計	ソウル	守山市	合計
病院・診療所	38 17.8%	87 26.7%	125 23.2%	162 40.8%	87 24.1%	249 32.8%
介護老人保健施設	0 0.0%	22 6.7%	22 4.1%	67 16.9%	114 31.6%	181 23.9%
介護老人福祉施設	47 22.1%	53 16.3%	100 18.6%	26 6.5%	35 9.7%	61 8.0%
介護療養型医療施設	7 3.3%	2 0.6%	9 1.7%	127 32.0%	105 29.1%	232 30.6%
グループホーム	15 7.0%	7 2.1%	22 4.1%	1 0.3%	3 0.8%	4 0.5%
訪問看護	18 8.5%	24 7.4%	42 7.8%			
居宅介護支援	51 23.9%	50 15.3%	101 18.7%			
訪問介護	25 11.7%	25 7.7%	50 9.3%	7 1.8%	3 0.8%	10 1.3%
特定施設入居者生活 介護	6 2.8%	0 0.0%	6 1.1%			
デイサービス (AC) *	0 0.0%	34 10.4%	34 6.3%			
小規模多機能型居宅 介護 (AC) *	0 0.0%	6 1.8%	6 1.1%			
その他	6 2.8%	16 4.9%	22 4.1%	7 1.8%	14 3.9%	21 2.8%
合計	213 100.0%	326 100.0%	539 100.0%	397 100.0%	361 100.0%	758 100.0%

* (AC): その他の自由記述からアフターコーディングした

1.5.4. 医療・介護経験、在宅支援を主とした医療・介護経験

回答者の全般的な医療・介護経験年数と、在宅支援を主とした医療・介護経験年数について国別、都市別にまとめたものが表 1-14 である。全般的な医療・介護経験年数の平均は 8.42±8.38 年であった。日本が 12.65±9.71 年であったのに対して、韓国は 12.65±9.71 年であり経験年数が短かった。

ただし、在宅支援を主とした医療・介護経験年数では逆転し、日本が 3.46±4.70 年であったのに対して、韓国は 5.19±5.42 年であった。

表 1-14 日韓調査：回答者の医療・介護経験年数

		医療・介護経験年数			在宅支援を主とした 医療・介護経験年数		
		度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
日本	中央区	211	11.86	9.92	185	3.75	4.97
	守山市	322	13.17	9.55	326	3.57	4.55
	合計	533	12.65	9.71	511	3.64	4.70
韓国	ソウル	382	5.61	6.15	393	5.43	6.12
	光州	346	5.00	4.60	361	4.92	4.53
	合計	728	5.32	5.47	754	5.19	5.42
合計		1261	8.42	8.38	1265	4.56	5.19

1.5.5. 職場での臨終立会い経験（問 1-8）

本調査の特徴である、看取り経験について、職場での臨終立会い経験を訪ねた設問の結果が表 1-15 である。全体では、過去 1 年間に職場において臨終立会い経験があった人が 677 人 (51.8%) であり、日本では 236 人 (43.3%)、韓国では 441 人 (57.8%) であった。また、過去 1 年間にはないが過去にある人は全体で 256 人 (19.6%)、経験がない人は 375 人 (28.7%) であった。この経験（ある、過去にある、ない）と国について独立性の検定を行った結果、 χ^2 値 29.813（自由度 2）で有意水準 0.1% で有意であり、国と経験のあり方について有意な関連が見られた。

このなかで、臨終立会い経験ありと答えた人に 1 年間でのおよその回数も聞いている。その回答結果が

表 1-16 である。経験ありと答え、さらに回数について回答した 660 名の臨終立会い経験回数は平均 5.37 ± 9.51 回であった。標準偏差が大きいことから、9ヶ国調査と同様に分散が大きいことがわかる。日本全体では平均 6.24 ± 13.70 回、韓国全体では 5.37 ± 9.51 回であった。中央区は 8.46 ± 17.28 回と平均値が大きく、標準偏差も非常に大きい値となっている。これは中央区には大規模な病院があり高度医療を提供していることから、病院内での死亡者数が多くなる傾向にあることが影響していると考えられる。さらに国を独立変数とし、臨終立会い経験回数を従属変数とした平均値の差の検定を行った。その結果、 t 値 1.713（自由度 658）で有意水準 5% で有意でなく、日本と韓国について経験回数の平均に、有意差があるとは言えなかった。

表 1-15 日韓調査：最近 1 年間の臨終立会い経験

		ある	最近 1 年間は ないが、過去にある	ない	合計
日本	中央区	109 51.7%	48 22.7%	54 25.6%	211 100.0%
	守山市	127 38.0%	88 26.3%	119 35.6%	334 100.0%
	合計	236 43.3%	136 25.0%	173 31.7%	545 100.0%
韓国	ソウル	225 56.5%	65 16.3%	108 27.1%	398 100.0%
	光州	216 59.2%	55 15.1%	94 25.8%	365 100.0%
	合計	441 57.8%	120 15.7%	202 26.5%	763 100.0%
合計	677 51.8%	256 19.6%	375 28.7%	1308 100.0%	

表 1-16 日韓調査：最近 1 年間の臨終立会い経験回数

		度数	平均値	標準偏差
日本	中央区	107	8.46	17.28
	守山市	121	4.29	9.12
	合計	228	6.24	13.70
韓国	ソウル	218	5.46	6.36
	光州	214	4.36	6.05
	合計	432	4.91	6.23
合計	660	5.37	9.51	

さらに、看取り経験と職種について分析したものが図 1-2 である。日本と韓国いずれについても医療職の経験が高くなっており、経験ありが日本では 55.6%、韓国では 61.9%と

なっている。また、日韓双方について、相談・CM がもっとも割合が低く、介護職が若干多くなる傾向がみられる。そこで、日本と韓国それぞれについて職種ごとの独立性の検定を行った。日本については、 χ^2 値 80.341 (自由度 4) で有意水準 0.1% で有意であり、職種と経験のあり方について有意な関連が見られた。韓国については、 χ^2 値 6.000 (自由度 4) で有意水準 5% で有意ではなく、職種と経験のあり方について関連があるとは言えなかった。すなわち、日本においては職種の違いによって職場において看取りを行うかどうか異なっているのに対して、韓国においてはそのような違いが確認されなかったといえる。

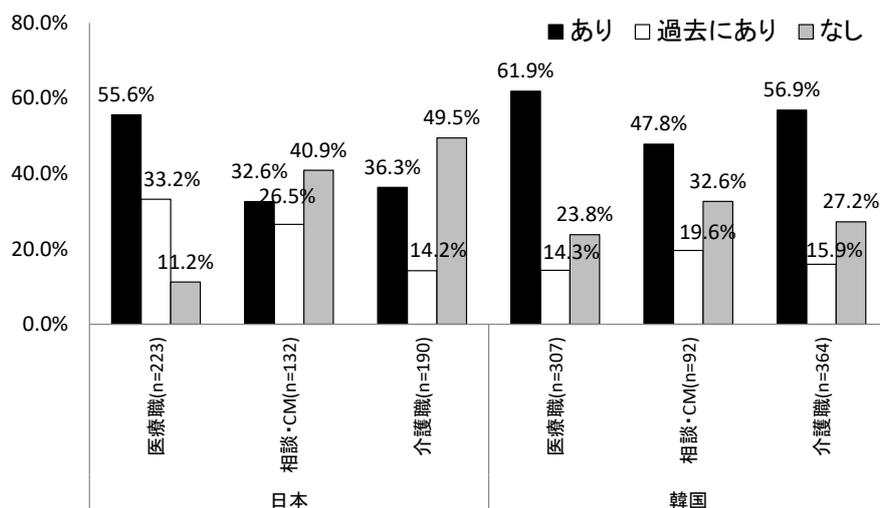


図 1-2 日韓調査：職種別最近 1 年間の臨終立会い経験

2. がんケースの分析

2.1. がんケースの概要

がんケースは、末期がん女性患者についての以下のケースである。

A さん(女性、85 歳)。現在入院中の末期がんの患者 (余命 1 ヶ月) で、日々の痛みのコントロールに薬品が必要。本人の意識は一部はっきりしていないが、言葉による意思疎通は可能であり、記憶力も日常生活を送るのには問題がないレベルである。ただし、すでに足腰に影響が出ており、日々の排泄等に介助が必要となっている。家族については、すでに夫は死去しており、車で 15 分程の近隣に息子夫婦が住んでいるものの二人とも働いており平日に時間的余裕は少ない。また本人は金銭的にも豊かではなく、年金を主たる生計手段としており、自宅のトイレや段差などの改修も単独の資金で行うことは難しい。本人は夫との思い出がある自宅での最期を希望しているものの、「無理を言うてはいけね」と話している。

このケースの特徴は、以下の 3 点である。第一に、末期のがんでかつ余命が明確に宣告されているという情報が与えられており、明確に終末期であるといえる事例である点である。第二に、本人は在宅を希望しているが、単身世帯でありかつ介助が必要であるという点である。すなわち、医療サービス以外にも生活のための外部からの支援が必要となることを意味する。第三に、近親者として息子夫婦がいるものの同居しておらず、また共働きのため家族による介護力があまり期待できない点である。

調査では、事前にケースを読んでもらったうえで、専門職としての理想としての対応と現実的な対応の双方を聞いた。

2.2. 終末を迎えるべき場所と実際に迎えるであろう場所（問 2-1）

問 2-1 では、場所に注目し、終末をどこで迎えることができるように支援することが「もっともふさわしい」か、またこれまでの経験を踏まえ実際にはどこで終末を迎えることになるかと思うかについて聞いている。

2.2.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 2-1 のようになった。理想としての判断は、圧倒的に「自宅」が多く 71.7%を占めている。「ホスピス（施設）」が 15.8%であることを除いて、その他の選択肢はほとんど選ばれていない。これは、A さんの希望が自宅であることを反映しているだろう。

これに対して、実際にどこで終末を過ごすかという現実的判断では、「病院・診療所」が 29.9%と一番大きな割合を占めており、次いで「ホスピス（施設）」（19.9%）、「療養病床」（17.5%）となっている。理想的判断として最も多かった「自宅」は 16.7%にとどまっており、理想と現実で大きなかい離があることが分かる。

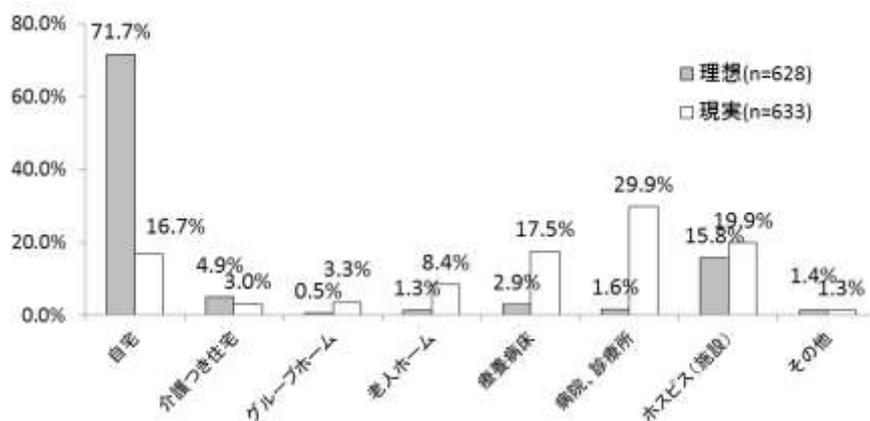


図 2-1 9ヶ国調査：終末を迎えるであろう理想の判断と現実的判断

さらに、この結果を国別にまとめたものが表 2-1、表 2-2 である。この表からは、理想的判断は「自宅」と考えることがすべての国で一貫していることが分かる。例外はチェコであり、「自宅」が 50.9%、「ホスピス（施設）」が 41.8%となっており、ホスピスへの期待大きい。また、オランダ、韓国もホスピスへの期待が大きいことが分かる。またフランスは、「介護付き住宅」が 41.4%となっている。

これに対して、現実的判断については国ごとのばらつきが大きくなっている。具体的には、理想と同様に自宅の割合が多い国は韓国、イスラエル、オランダである。日本は「病院・診療所」の占める割合が 59.5%と非常に多く、自宅を理想としつつ現実には病院・診療所で最期を迎えるという傾向があることが分かる。また、チェコ、イスラエル、フランスも医療施設である「療養病床」の割合が大きくなっている。これに対して、韓国、オーストラリア、オランダは「ホスピス（施設）」が多いことがわかる。

表 2-1 9ヶ国調査：終末を迎えることができるように支援すべき場所（問 2-1）

	自宅	介護つ き住宅	グループ ホーム	老人 ホーム	療養 病床	病院・ 診療所	ホスピス (施設)	その他	全体
日本	175 79.2%	4 1.8%	1 .5%	3 1.4%	4 1.8%	6 2.7%	27 12.2%	1 .5%	221 100.0%
韓国	47 59.5%	6 7.6%	1 1.3%	0 .0%	6 7.6%	0 .0%	19 24.1%	0 .0%	79 100.0%
イスラ エル	50 79.4%	0 .0%	0 .0%	1 1.6%	2 3.2%	1 1.6%	8 12.7%	1 1.6%	63 100.0%
オースト ラリア	35 62.5%	6 10.7%	0 .0%	3 5.4%	3 5.4%	1 1.8%	7 12.5%	1 1.8%	56 100.0%
チェコ	28 50.9%	2 3.6%	0 .0%	1 1.8%	1 1.8%	0 .0%	23 41.8%	0 .0%	55 100.0%
オラン ダ	21 67.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	10 32.3%	0 .0%	31 100.0%
フラン ス	15 51.7%	12 41.4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.9%	0 .0%	29 100.0%
イギリ ス	51 79.7%	1 1.6%	1 1.6%	0 .0%	2 3.1%	2 3.1%	2 3.1%	5 7.8%	64 100.0%
アメリ カ NY	28 93.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	1 3.3%	30 100.0%
合計	450 71.7%	31 4.9%	3 .5%	8 1.3%	18 2.9%	10 1.6%	99 15.8%	9 1.4%	628 100.0%

表 2-2 9ヶ国調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問 2-1-2）

	自宅	介護つ き住宅	グループ ホーム	老人 ホーム	療養 病床	病院・ 診療所	ホスピス (施設)	その他	全体
日本	18 8.2%	2 .9%	0 .0%	17 7.7%	26 11.8%	131 59.5%	25 11.4%	1 .5%	220 100.0%
韓国	28 35.4%	7 8.9%	0 .0%	0 .0%	17 21.5%	1 1.3%	26 32.9%	0 .0%	79 100.0%
イスラ エル	21 33.3%	1 1.6%	0 .0%	2 3.2%	22 34.9%	7 11.1%	9 14.3%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラ リア	5 8.9%	4 7.1%	0 .0%	9 16.1%	4 7.1%	8 14.3%	26 46.4%	0 .0%	56 100.0%
チェコ	7 12.5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	24 42.9%	10 17.9%	15 26.8%	0 .0%	56 100.0%
オランダ	11 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.0%	4 12.1%	17 51.5%	0 .0%	33 100.0%
フランス	2 7.1%	5 17.9%	0 .0%	0 .0%	7 25.0%	9 32.1%	5 17.9%	0 .0%	28 100.0%
イギリス	14 20.6%	0 .0%	21 30.9%	11 16.2%	10 14.7%	7 10.3%	3 4.4%	2 2.9%	68 100.0%
アメリカ NY	0 .0%	0 .0%	0 .0%	14 46.7%	0 .0%	12 40.0%	0 .0%	4 13.3%	30 100.0%
合計	106 16.7%	19 3.0%	21 3.3%	53 8.4%	111 17.5%	189 29.9%	126 19.9%	8 1.3%	633 100.0%

2.2.2. 日韓調査

場所についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 2-3、

表 2-4 のようになった。なお、9ヶ国調査の選択肢とは異なり、「グループホーム」のかわりに「ホスピス（在宅）」を加えている。

表からは、日本では職種によらず自宅を理想としつつ、現実には病院・診療所で終末を迎えると考えられる傾向がある。これに対して韓国では、自宅だけでなくホスピスを重視する傾向にあることが分かる。理想と現実の判断についてもこの傾向は変わらない。

終末を迎える場所についての理想と現実の判断に違いがあるものをかい離ありとして、その割合を職種別にまとめたものが図 2-2 である。この図からは、日本ではどの職種もかい離が大きく、韓国では日本に比べて少ないことが分かる。なお、日韓それぞれ職種間と管理の有無について独立性の検定を行ったが、いずれも有意ではなく、職種の違いが理想と現実のかい離に影響をもたらしてはいかなかった。

表 2-3 日韓調査：終末を迎えることができるように支援するべき場所（問 2-1）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス（施設）	ホスピス（在宅）	その他
日本	医療職	124 55.1%	2 0.9%	4 1.8%	9 4.0%	10 4.4%	37 16.4%	38 16.9%	1 0.4%
	相談・CM	78 59.1%	0 0.0%	1 0.8%	4 3.0%	10 7.6%	14 10.6%	24 18.2%	1 0.8%
	介護職	120 63.8%	5 2.7%	2 1.1%	6 3.2%	4 2.1%	13 6.9%	38 20.2%	0 0.0%
韓国	医療職	92 30.0%	7 2.3%	10 3.3%	13 4.2%	8 2.6%	98 31.9%	78 25.4%	1 0.3%
	相談・CM	34 37.0%	4 4.3%	3 3.3%	3 3.3%	5 5.4%	18 19.6%	25 27.2%	0 0.0%
	介護職	100 27.5%	3 0.8%	27 7.4%	39 10.7%	19 5.2%	133 36.5%	43 11.8%	0 0.0%

表 2-4 日韓調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問 2-1-2）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス（施設）	ホスピス（在宅）	その他
日本	医療職	18 8.1%	3 1.4%	3 1.4%	18 8.1%	146 65.8%	29 13.1%	4 1.8%	1 0.5%
	相談・CM	21 16.0%	0 0.0%	1 0.8%	12 9.2%	86 65.6%	6 4.6%	5 3.8%	0 0.0%
	介護職	28 15.0%	1 0.5%	9 4.8%	18 9.6%	108 57.8%	13 7.0%	9 4.8%	1 0.5%
韓国	医療職	90 29.3%	5 1.6%	7 2.3%	16 5.2%	8 2.6%	125 40.7%	54 17.6%	2 0.7%
	相談・CM	34 37.0%	4 4.3%	1 1.1%	4 4.3%	1 1.1%	32 34.8%	16 17.4%	0 0.0%
	介護職	107 29.6%	5 1.4%	25 6.9%	41 11.3%	16 4.4%	137 37.8%	26 7.2%	5 1.4%

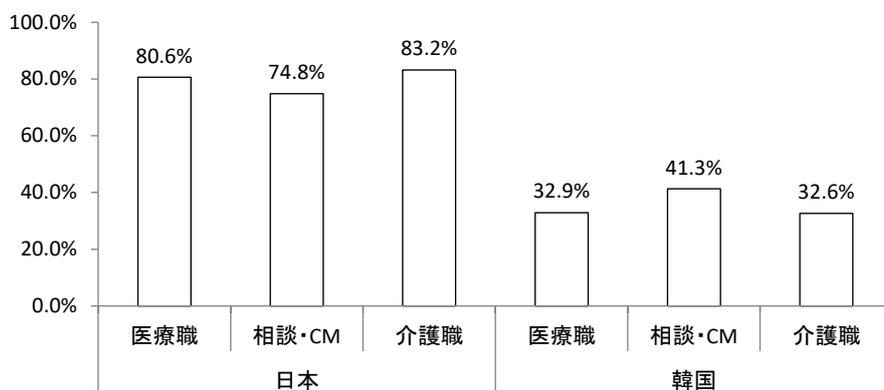


図 2-2 日韓調査：終末を迎える場所についての理想と現実のかい離ありの職種別割合

2.3. 今後の治療や看取りの方針を主導すべき人と実際に主導権を持つ人 (問 2-3)

問 2-3 では、方針決定者に注目し、今後の治療や看取りの方針を決定する際にもっとも「もっともふさわしい」人は誰か、またこれまでの経験を踏まえ実際には誰が今後の治療や看取りの方針を決定すると思うかについて聞いている。

2.3.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 2-3 のようになった。理想としての判断は、圧倒的に「Aさん本人」が多く 76.8%を占めている。次いで「Aさんの息子」が 9.9%であり、その他の選択肢はいずれも 5%未満でありほとんど選ばれていない。これは末期がんとはいえ、Aさんには明確な判断能力を有していることから、Aさん本人の意向を重視するべきと考える人が多かったことを示している。

これに対して、実際に行うであろう現実的判断を見ると、「Aさん本人」の割合は 33.0%へと半減以下に減少し、「Aさんの息子」の割合が 43.3%と増加し逆転している。国ごとに見ると多様性があるが、実際には Aさん本人の意向だけでなく、Aさんの息子の意向が大きく反映すると専門職が考えていることが分かる。

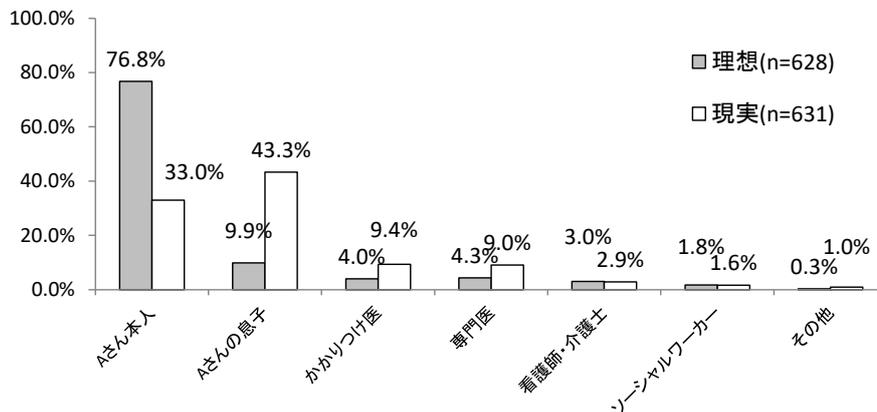


図 2-3 9ヶ国調査：今後の方針を主導する人についての理想の判断と現実的判断

2.3.2. 日韓調査

今後の方針を主導する人についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 2-3、表 2-4 のようになった。9ヶ国調査の知見と同様に、職種別でも日韓ともに「Aさん本人」が今後の方針の決定において主導するべきであると考えている。とくに、日本の相談員・ケアマネジャーはその傾向が強く 75.8%に上っている。しかし同時に、9ヶ国調査の全体傾向に比べても、息子が主導するべきだと考える人が一定割合に上っていることが分かる。とくに日本の医療職は 25.0%が息子が主導するべきだと考えている。また、韓国の介護職の特徴として、「かかりつけ医」(10.2%)、「専門医」(9.1%)、「看護師・介護士」(10.2%)をあわせて3割近くになる。つまり、韓国の介護職は、医療・介護の本人や家族を重視しつつ、専門職こそが主導するべきだと考えている人が多いことが分かる。

これに対して、実際に今後の方針を主導する人については、日韓ともに息子がもっとも多くなっている。この傾向は日本の方が特徴的で、医療職が 73.1%、相談・CMが 65.9%、介護職が 76.2%と7割前後に及ぶ。これに対して、韓国でも息子がもっとも多いもののそ

の割合は5割前後である。韓国の場合、実際にも「Aさん本人」と答えたものが2割前後、また、かかりつけ医や看護師・介護士の割合が多い点に特徴があるだろう。

さらに日韓それぞれについて、今後の方針を主導する人についての理想的判断と現実的判断がかい離ありの割合を職種別に示したものが図2-4である。日本は医療職が若干低いとはいえ、どの職種も7割前後である。韓国は介護職についてはかい離ありが47.1%と他職種に比べて1割以上少なく、判断の違いが少なかった。

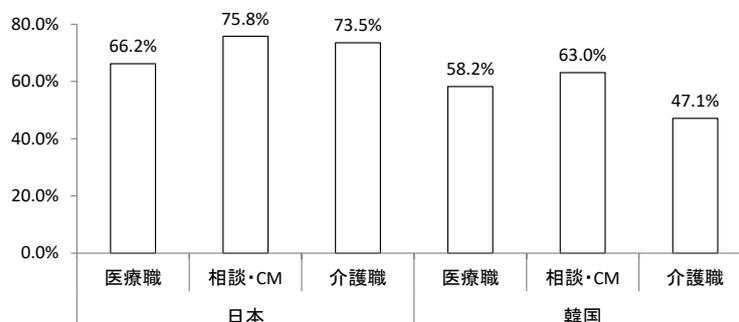


図 2-4 日韓調査：今後の方針を主導する人の理想と現実のかい離ありの職種別割合

表 2-5 日韓調査：今後の方針を主導することがふさわしい人（問 2-3）

		Aさん 本人	息子	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=224)	143 63.8%	56 25.0%	6 2.7%	7 3.1%	3 1.3%	7 3.1%	2 0.9%
	相談・CM (n=132)	100 75.8%	23 17.4%	4 3.0%	0 0.0%	1 0.8%	4 3.0%	0 0.0%
	介護職 (n=190)	133 70.0%	38 20.0%	3 1.6%	6 3.2%	7 3.7%	3 1.6%	0 0.0%
韓 国	医療職 (n=546)	204 66.4%	43 14.0%	20 6.5%	9 2.9%	23 7.5%	4 1.3%	4 1.3%
	相談・CM (n=307)	64 69.6%	12 13.0%	2 2.2%	4 4.3%	9 9.8%	1 1.1%	0 0.0%
	介護職 (n=92)	174 47.8%	76 20.9%	37 10.2%	33 9.1%	37 10.2%	6 1.6%	1 0.3%

表 2-6 日韓調査：経験を踏まえて実際に今後の方針を主導する人（問 2-3-2）

		Aさん 本人	息子	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=223)	25 11.2%	163 73.1%	13 5.8%	9 4.0%	3 1.3%	9 4.0%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	17 12.9%	87 65.9%	8 6.1%	14 10.6%	1 0.8%	3 2.3%	2 1.5%
	介護職 (n=185)	16 8.6%	141 76.2%	10 5.4%	6 3.2%	4 2.2%	7 3.8%	1 0.5%
韓 国	医療職 (n=540)	74 24.3%	174 57.2%	22 7.2%	7 2.3%	21 6.9%	4 1.3%	2 0.7%
	相談・CM (n=304)	15 16.3%	54 58.7%	5 5.4%	2 2.2%	12 13.0%	4 4.3%	0 0.0%
	介護職 (n=92)	96 26.6%	164 45.4%	35 9.7%	20 5.5%	39 10.8%	7 1.9%	0 0.0%

2.4. 方針決定において重視する指針（問 2-4）

問 2-4 は、Aさんの今後の治療や看取りの方針を決定する際に、Aさんの意向を踏まえたうえで、さらなる要素として、もっとも重視すべき点について聞いている。

2.4.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 2-7 のようになった。「本人の苦痛を取り除くこと」（表では「苦痛の除去」と略記）がもっとも多く 405 人（64.4%）を占めており、次いで「本人のこれまでの生活の継続」（「生活の継続」と略記）が 164 人（26.1%）を占めていた。その他の選択肢は国のなかでのばらつきは多少あるものの、全体では 5%未満であり、「苦痛の除去」と「生活の継続」が方針決定においてもっとも重視する点であると考えている傾向が示された。また、この 2 項目はほぼすべての国で重視されていた。

表 2-7 9ヶ国調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 2-4）

	息子の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他	全体
日本	14 6.3%	0 .0%	128 57.9%	70 31.7%	6 2.7%	3 1.4%	221 100.0%
韓国	3 3.8%	0 .0%	42 53.2%	25 31.6%	8 10.1%	1 1.3%	79 100.0%
イスラエル	2 3.2%	0 .0%	44 69.8%	16 25.4%	0 .0%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラリア	2 3.6%	0 .0%	42 76.4%	8 14.5%	0 .0%	3 5.5%	55 100.0%
チェコ	2 3.6%	3 5.4%	44 78.6%	4 7.1%	1 1.8%	2 3.6%	56 100.0%
オランダ	1 3.0%	0 .0%	19 57.6%	13 39.4%	0 .0%	0 .0%	33 100.0%
フランス	0 .0%	0 .0%	20 69.0%	8 27.6%	0 .0%	1 3.4%	29 100.0%
イギリス	2 3.2%	0 .0%	39 61.9%	20 31.7%	0 .0%	2 3.2%	63 100.0%
アメリカ NY	1 3.3%	0 .0%	27 90.0%	0 .0%	2 6.7%	0 .0%	30 100.0%
合計	27 4.3%	3 .5%	405 64.4%	164 26.1%	17 2.7%	13 2.1%	629 100.0%

2.4.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、以下の表 2-8 にまとめた。9ヶ国調査と同様に日韓双方とも「苦痛の除去」と「生活の継続」が重視されており、特に日本では「苦痛の除去」が医療職では 157 人（70.4%）、相談・CM では 89 名（69.0%）と 3 分の 2 以上の方が最も重視していた。介護職は若干少なく 105 名（55.6%）であったが、やはり過半数以上となっていた。韓国での医療職は 160 人（52.1%）が「苦痛の除去」を重視しており、日本の医療職と比べると割合は減少しているものの、韓国内での職種間ではもっとも多い割合であった。これに対して韓国の相談・CM が最も重視する点としては「苦痛の除去」（29 人、31.5%）よりも「生活の継続」（32 人、34.8%）が上回っていた。「苦痛の除去」を上回った項目は韓国の相談・CM のこの項目のみであった。また、韓国では日本に比べて「息子の意向」や「家族の負担軽減」の割合が多くなっており、本人の苦痛の除去が重要であるという認識があると同時に、「息子の意向」や「家族の負担軽減」といった家族についての側面にも意識を払っていることが示された。この背景には、核家族が進行しているとはいえ、日本よりも家族規範がより強固であり、また社会保障制度の整備状況も不十分であることから、家族の意向を意識することが専門職にとっても当然であるという社会状況があると考えられる。

表 2-8 日韓調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 2-4）

		息子の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他
日本	医療職 (n=223)	14 6.3%	1 0.4%	157 70.4%	45 20.2%	5 2.2%	1 0.4%
	相談・CM (n=129)	11 8.5%	0 0.0%	89 69.0%	29 22.5%	0 0.0%	0 0.0%
	介護職 (n=189)	9 4.8%	4 2.1%	105 55.6%	64 33.9%	5 2.6%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=541)	26 8.5%	4 1.3%	160 52.1%	84 27.4%	30 9.8%	3 1.0%
	相談・CM (n=307)	15 16.3%	2 2.2%	29 31.5%	32 34.8%	14 15.2%	0 0.0%
	介護職 (n=92)	68 18.7%	8 2.2%	164 45.1%	76 20.9%	48 13.2%	0 0.0%

2.5. 医学的知見以外の家族への説明内容（問 2-5）

問 2-5 は医学的知見以外の情報提供についての設問である。設問は、「Aさんのケースにおいて、基本的な医学的知見（病状、予後など）以外に、何をご家族（息子夫婦）に説明しますか」というものであり、対象は本人ではなく息子夫婦である。項目はその他を加えて 10 項目である。情報提供は専門職側の努力次第で多くできることから、複数回答可の項目となっている。

2.5.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 2-9 のようになった。全体としては、「本人が感じる痛み、苦しみ」（70.9%）、「利用可能な医療・介護制度」（68.8%）、「余命について」（50.9%）を説明すると答えた人が多く、「死後の悲嘆について」（19.5%）、「代替的な治療法」（20.9%）を説明すると答えた人が少なかった。

国別の特色として、韓国は他国と解答系は変わらないものの、回答率（○をつけた割合）が全体的に非常に低く、医学的所見以外の説明を積極的には行っていない傾向が見られた。日本については、「余命について」説明する割合が韓国を除く他国と比べて最も低く 107 人（48.6%）と 5 割以下であった。逆に、「経済的負担」や「家族の介護負担」については他国と比べて説明する傾向にあり、それぞれ 93 人（42.3%）、110 人（50.0%）となっていた。ここから、日本は本人の状況だけでなく家族自身への影響についてより詳細に説明する傾向が分かる。またオランダも特徴的であり、「余命について」の説明は 25 人（75.8%）と非常に高くなっている反面、「死の瞬間について」は 0 人、「死後の悲嘆」も 3 人（9.1%）と低く、死について詳細に説明するのではなく、あくまでも余命という観点からのみ説明を行っていることが分かる。

この結果からは、「本人が感じる痛み、苦しみ」、「利用可能な医療・介護制度」はどの国でも中心的な説明がなされるが、それ以外については、国ごとに説明の重点が異なることが分かる。

表 2-9 9ヶ国調査：医学的知見以外のへの家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

	余命	事前指示書	代替的な治療法	本人が感じる痛み・苦しみ	利用可能な医療介護制度	死の瞬間	経済的負担	家族の介護負担	死後の悲嘆
日本 (n=220)	107 48.6%	55 25.0%	49 22.3%	159 72.3%	167 75.9%	70 31.8%	93 42.3%	110 50.0%	23 10.5%
韓国(n=79)	9 11.4%	4 5.1%	1 1.3%	28 35.4%	31 39.2%	13 16.5%	4 5.1%	9 11.4%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	41 66.1%	28 45.2%	12 19.4%	45 72.6%	44 71.0%	25 40.3%	11 17.7%	26 41.9%	18 29.0%
オーストラ リア(n=55)	33 60.0%	19 34.5%	10 18.2%	41 74.5%	35 63.6%	19 34.5%	13 23.6%	18 32.7%	23 41.8%
チェコ (n=56)	28 50.0%	12 21.4%	13 23.2%	42 75.0%	44 78.6%	22 39.3%	7 12.5%	13 23.2%	15 26.8%
オランダ (n=33)	25 75.8%	6 18.2%	2 6.1%	24 72.7%	24 72.7%	0 .0%	2 6.1%	17 51.5%	3 9.1%
フランス (n=28)	15 53.6%	16 57.1%	11 39.3%	24 85.7%	14 50.0%	4 14.3%	9 32.1%	13 46.4%	3 10.7%
イギリス (n=69)	48 69.6%	38 55.1%	23 33.3%	55 79.7%	52 75.4%	30 43.5%	13 18.8%	20 29.0%	33 47.8%
アメリカ NY(n=30)	16 53.3%	14 46.7%	11 36.7%	30 100.0%	24 80.0%	1 3.3%	0 .0%	0 .0%	4 13.3%
合計 (n=632)	322 50.9%	192 30.4%	132 20.9%	448 70.9%	435 68.8%	184 29.1%	152 24.1%	226 35.8%	123 19.5%

2.5.2. 日韓調査

日韓調査の結果については、職業別に表 2-10 にまとめた。9ヶ国調査と同様に、韓国は日本に比べて回答率が少ない傾向は変わらなかった。日本は、「利用可能な医療介護制度」（医療職：167人（74.2%）、相談・CM105人（79.5%）、介護職151人（81.6%）、「本人が感じる痛み・苦しみ」（医療職：158人（70.2%）、相談・CM79人（59.8%）、介護職119人（64.3%）、「家族の介護負担」（医療職：117人（52.0%）、相談・CM101人（76.5%）、介護職103人（55.7%））がどの職種を通じても高かった。

これに対して韓国は、日本と「本人が感じる痛み・苦しみ」（医療職：183人（59.6%）、相談・CM52人（56.5%）、介護職203人（55.8%）、「利用可能な医療介護制度」（医療職：131人（42.7%）、相談・CM49人（53.3%）、介護職104人（28.6%））は高かったが、その他のものはそれほど高くはなかった。

また、日韓ともに、職種間で違いが大きいものは少なく、日本において「死の瞬間」が医療職（36.0%）に比べて介護職（13.5%）が少ない点、韓国において「利用可能な医療介護制度」について介護職（28.6%）が少ない点にそれぞれ特徴がある。

表 2-10 日韓調査：医学的知見以外の家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

		余命	事前 指示書	代替的な 治療法	本人が感 じる痛み・ 苦しみ	利用可能 な医療介 護制度	死の 瞬間	経済的 負担	家族の 介護 負担	死後の 悲嘆
日本	医療職 (n=225)	118 52.4%	52 23.1%	38 16.9%	158 70.2%	167 74.2%	81 36.0%	75 33.3%	117 52.0%	20 8.9%
	相談・CM (n=132)	54 40.9%	36 27.3%	20 15.2%	79 59.8%	105 79.5%	30 22.9%	82 62.1%	101 76.5%	11 8.3%
	介護職 (n=185)	96 51.9%	43 23.2%	43 23.2%	119 64.3%	151 81.6%	25 13.5%	80 43.2%	103 55.7%	11 5.9%
韓国	医療職 (n=307)	41 13.4%	30 9.8%	51 16.6%	183 59.6%	131 42.7%	93 30.3%	78 25.4%	117 38.1%	30 9.8%
	相談・CM (n=92)	13 14.1%	15 16.3%	7 7.6%	52 56.5%	49 53.3%	26 28.3%	21 22.8%	39 42.4%	16 17.4%
	介護職 (n=364)	31 8.5%	32 8.8%	37 10.2%	203 55.8%	104 28.6%	133 36.5%	60 16.5%	85 23.4%	16 4.4%

2.6. ケースへの具体的な対応方針（問 2-6、問 2-7）

問 2-6、問 2-7 は A さんへの具体的な対処の基本方針（以下、対応方針とする）について、専門職としてもっとも望ましいと考える選択と、実際に選択するであろう現実的方針と、それぞれの理由について聞いている。

選択肢としては、「抗がん剤を用いた積極的な治療」（以下、抗がん剤）、「各種高度医療による積極的な治療」（以下、高度医療）、「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」（以下、代替医療）、「痛みのコントロールのみで積極的な治療は行わない」（以下、疼痛ケア）、「とくに何もしない」（以下、何もしない）、「その他」である。また、理由の選択肢は、「完治の可能性がある」（以下、完治可能性）、「生存時間が延びる可能性が高い」（以下、生存時間）、「QOLの向上が期待できる」（以下、QOL）、「経済的である」（以下、経済的）、「本人の尊厳が保持される」（以下、尊厳保持）、「家族の意向に合致する可能性が高い」（以下、家族の意向）、「国や施設のガイドラインで決まっている」（以下、ガイドライン）、「その他」である。

2.6.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の対応方針の結果は、以下の図 2-4 のようになった。理想としての判断は「疼痛ケア」がもっとも多く 87.4%であり、ついで「その他」が 7.5%であった。現実的判断は、同様に「疼痛ケア」がもっとも多く 80.4%であり、ついで「その他」が 5.3%、「抗がん剤」 5.1%、「高度医療」 5.1%となった。

図からも明らかなように、明確に疼痛ケアが理想としても現実としても選ばれる傾向にあることが分かる。しかし、疼痛ケアは何もしない治療ではないという点も重要であり、「何もしない」という選択肢は、理想としての判断、現実的判断ともに 0.6%、2.1%と非常に小さい割合であった。

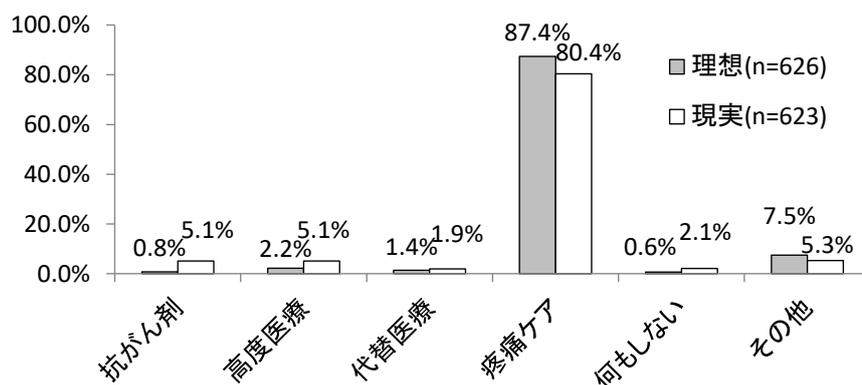


図 2-4 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断

さらにこの結果を国別にまとめたものが、表 2-11、表 2-12 である。図 2-4 の傾向からもわかるように、すべての国が理想判断、現実的判断ともに「疼痛ケア」が過半を占めている。理想の判断については、その他を除くと、韓国の「高度医療」(6人、7.6%) がやや高い値となっている。

現実的判断についても同様に「疼痛ケア」が過半を占めている。ただし、国によっては「抗がん剤」、「高度医療」の選択の割合が増えており、チェコ (13.2%、15.1%)、イスラエル (6.5%、11.3%) が多くなっている。

表 2-11 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における理想の判断 (問 2-6)

	抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他	全体
日本	2 .9%	1 .5%	4 1.8%	203 91.9%	0 .0%	11 5.0%	221 100.0%
韓国	2 2.5%	6 7.6%	5 6.3%	63 79.7%	1 1.3%	2 2.5%	79 100.0%
イスラエル	0 .0%	2 3.2%	0 .0%	55 87.3%	3 4.8%	3 4.8%	63 100.0%
オーストラリア	1 1.8%	0 .0%	0 .0%	50 90.9%	0 .0%	4 7.3%	55 100.0%
チェコ	0 .0%	2 3.8%	0 .0%	48 90.6%	0 .0%	3 5.7%	53 100.0%
オランダ	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 81.8%	0 .0%	6 18.2%	33 100.0%
フランス	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 96.4%	0 .0%	1 3.6%	28 100.0%
イギリス	0 .0%	3 4.7%	0 .0%	44 68.8%	0 .0%	17 26.6%	64 100.0%
アメリカ NY	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
合計	5 .8%	14 2.2%	9 1.4%	547 87.4%	4 .6%	47 7.5%	626 100.0%

表 2-12 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における現実の判断（問 2-7）

	抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他	全体
日本	13 5.9%	2 .9%	7 3.2%	182 83.1%	5 2.3%	10 4.6%	219 100.0%
韓国	4 5.2%	4 5.2%	3 3.9%	66 85.7%	0 .0%	0 .0%	77 100.0%
イスラエル	4 6.5%	7 11.3%	0 .0%	45 72.6%	2 3.2%	4 6.5%	62 100.0%
オーストラ リア	2 3.5%	3 5.3%	0 .0%	47 82.5%	0 .0%	5 8.8%	57 100.0%
チェコ	7 13.2%	8 15.1%	0 .0%	35 66.0%	1 1.9%	2 3.8%	53 100.0%
オランダ	1 3.0%	0 .0%	0 .0%	27 81.8%	1 3.0%	4 12.1%	33 100.0%
フランス	0 .0%	0 .0%	1 3.6%	25 89.3%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
イギリス	1 1.6%	8 12.5%	1 1.6%	47 73.4%	3 4.7%	4 6.3%	64 100.0%
アメリカ NY	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 90.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
合計	32 5.1%	32 5.1%	12 1.9%	501 80.4%	13 2.1%	33 5.3%	623 100.0%

次に、対応方針の選択理由についてまとめ結果が図 2-5 である。全体として理想としての判断の理由は「尊厳保持」がもっとも多く 57.1%であり、ついで「QOL」が 32.1%であった。この両方で 9 割近くを占めた。現実的判断は、同様に「尊厳保持」がもっとも多く 47.8%であり、ついで「QOL」が 25.4%であった。他の項目は若干上昇しているもののそこまで多くはなく、「家族の意向」の 9.9%がもっとも大きかった。

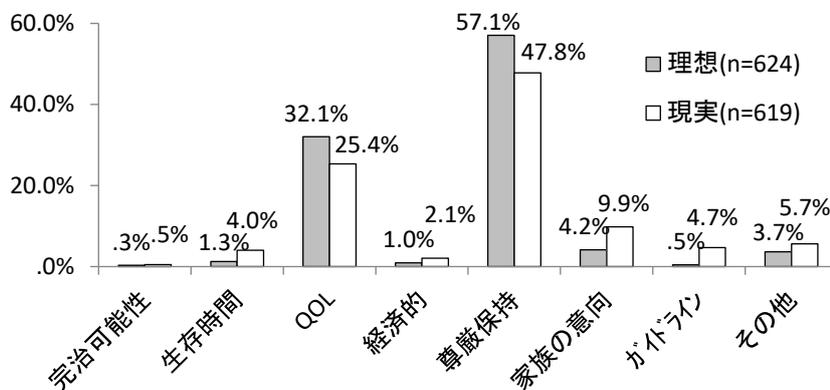


図 2-5 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断の選択理由

さらに対応方針の理由について、国別にまとめたものが表 2-13、表 2-14 である。理想の判断、現実的判断の理由について、どの国も「尊厳保持」、「QOL」が大きくなっている。両者の中では、イスラエルとフランスが「尊厳保持」よりも「QOL」が高い傾向にあった。日本は「尊厳保持」が 64.1%に対して「QOL」は 21.4%となっており差が大きかった。アメリカ NY も同様に、「尊厳保持」が 83.3%、「QOL」が 6.7%であり差が大きかった。

また、それ以外の選択肢については、理想の判断において「家族の意向」が高い国が日本、韓国、アメリカ NYであった。これらの国は現実的判断においても「家族の意向」が高いが、さらに、イスラエルとオーストラリアも現実的判断では増加していた。

このように国によって、「家族の意向」を重視するかどうかによって多少の違いがあるものの、全体的な傾向としては、「尊厳の保持」か「QOL」の割合が大きいものであった。

表 2-13 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における理想の判断の理由（問 2-6-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=220)	0 .0%	3 1.4%	47 21.4%	3 1.4%	141 64.1%	17 7.7%	0 .0%	0 .0%
韓国 (n=78)	1 1.3%	0 .0%	23 29.5%	0 .0%	44 56.4%	5 6.4%	0 .0%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	0 .0%	1 1.6%	37 59.7%	0 .0%	21 33.9%	0 .0%	1 1.6%	0 .0%
オーストラ リア(n=55)	0 .0%	1 1.8%	22 40.0%	1 1.8%	29 52.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%
チェコ (n=55)	1 1.8%	1 1.8%	19 34.5%	1 1.8%	33 60.0%	0 .0%	0 .0%	1 1.8%
オランダ (n=33)	0 .0%	0 .0%	14 42.4%	0 .0%	18 54.5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%
フランス (n=29)	0 .0%	0 .0%	16 55.2%	0 .0%	12 41.4%	0 .0%	1 3.4%	0 .0%
イギリス (n=62)	0 .0%	2 3.2%	20 32.3%	1 1.6%	33 53.2%	1 1.6%	1 1.6%	0 .0%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	2 6.7%	0 .0%	25 83.3%	3 10.0%	0 .0%	0 .0%
合計 (n=624)	2 .3%	8 1.3%	200 32.1%	6 1.0%	356 57.1%	26 4.2%	3 .5%	2 .3%

表 2-14 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 2-7-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=218)	0 .0%	12 5.5%	34 15.6%	5 2.3%	118 54.1%	35 16.1%	1 .5%	13 6.0%
韓国 (n=77)	0 .0%	3 3.9%	17 22.1%	1 1.3%	45 58.4%	7 9.1%	0 .0%	4 5.2%
イスラエ ル(n=61)	0 .0%	2 3.3%	22 36.1%	2 3.3%	12 19.7%	4 6.6%	14 23.0%	5 8.2%
オーストラ リア(n=57)	0 .0%	1 1.8%	23 40.4%	1 1.8%	24 42.1%	4 7.0%	0 .0%	4 7.0%
チェコ (n=55)	3 5.5%	2 3.6%	19 34.5%	0 .0%	21 38.2%	1 1.8%	9 16.4%	0 .0%
オランダ (n=33)	0 .0%	1 3.0%	13 39.4%	0 .0%	17 51.5%	1 3.0%	1 3.0%	0 .0%
フランス (n=28)	0 .0%	1 3.6%	11 39.3%	0 .0%	13 46.4%	0 .0%	2 7.1%	1 3.6%
イギリス (n=62)	0 .0%	3 4.8%	16 25.8%	4 6.5%	27 43.5%	2 3.2%	2 3.2%	8 12.9%
アメリカ NY(n=28)	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	0 .0%	19 67.9%	7 25.0%	0 .0%	0 .0%
合計 (n=619)	3 .5%	25 4.0%	157 25.4%	13 2.1%	296 47.8%	61 9.9%	29 4.7%	35 5.7%

2.6.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 2-15、表 2-16 にまとめた。理想の判断について、日本は 9ヶ国調査と同様が「疼痛ケア」が大半を占めており、医療職は 271 人 (96.4%)、相談・CM は 121 人 (91.7%)、介護職 160 人 (86.5%) となっていた。これに対して韓国は、疼痛ケアがもっとも多く、医療職は 213 人 (69.4%)、相談・CM は 50 人 (54.3%)、介護職 185 人 (51.1%) となっていた。しかし、日本比べるとばらつきがあり、「高度医療」、「代替医療」の割合も 1~2 割程度の割合を占めていた。これは、9ヶ国調査の傾向とは異なる点であった。

現実的判断についても日本は同様の傾向を示しており、「疼痛ケア」を選んだ医療職は 205 人 (91.1%)、相談・CM は 117 人 (88.6%)、介護職 149 人 (82.3%) となっていた。なお、「疼痛ケア」の割合はわずからながら減少しており、これらのものは「抗がん剤」を選ぶ傾向にあった。韓国については、日本とは逆に「疼痛ケア」の割合が若干であるが増えており、医療職は 208 人 (67.8%)、相談・CM は 61 人 (66.3%)、介護職 196 人 (54.0%) となっていた。減少したのは「高度医療」であり、「代替医療」はあまり変化はなく、「抗がん剤」は若干増えていた。

このように、日韓ではがんケースへの対応方針は異なっており、日本では理想の判断も現実的判断も「疼痛ケア」を選択していたのに対して、韓国では理想の判断、現実的判断ともに「疼痛ケア」が多いものの理想としては「高度医療」への期待があり、また、現実的判断としては「高度医療」とともに「代替医療」「抗がん剤」を選ぶ傾向にあった。

表 2-15 日韓調査：職種別がんケースへの対応方針における理想の判断（問 2-6）

		抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他
日本	医療職 (n=225)	2 0.9%	0 0.0%	2 0.9%	217 96.4%	0 0.0%	4 1.8%
	相談・CM (n=132)	0 0.0%	0 0.0%	3 2.3%	121 91.7%	1 0.8%	7 5.3%
	介護職 (n=185)	5 2.7%	3 1.6%	6 3.2%	160 86.5%	2 1.1%	9 4.9%
韓国	医療職 (n=542)	23 7.5%	47 15.3%	15 4.9%	213 69.4%	0 0.0%	9 2.9%
	相談・CM (n=307)	6 6.5%	19 20.7%	12 13.0%	50 54.3%	0 0.0%	5 5.4%
	介護職 (n=92)	44 12.2%	83 22.9%	39 10.8%	185 51.1%	3 0.8%	8 2.2%

表 2-16 日韓調査：職種別がんケースへの対応方針における現実的判断（問 2-7）

		抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他
日本	医療職 (n=225)	11 4.9%	1 0.4%	2 0.9%	205 91.1%	1 0.4%	5 2.2%
	相談・CM (n=132)	5 3.8%	3 2.3%	2 1.5%	117 88.6%	0 0.0%	5 3.8%
	介護職 (n=181)	13 7.2%	3 1.7%	5 2.8%	149 82.3%	6 3.3%	5 2.8%
韓国	医療職 (n=538)	43 14.0%	35 11.4%	14 4.6%	208 67.8%	4 1.3%	3 1.0%
	相談・CM (n=307)	6 6.5%	9 9.8%	11 12.0%	61 66.3%	2 2.2%	3 3.3%
	介護職 (n=92)	52 14.3%	65 17.9%	35 9.6%	196 54.0%	6 1.7%	9 2.5%

さらに、この理想の判断と現実的判断が異なっているかい離の割合について調べたものが図 2-6 である。日韓を比較すると、日本の方がかい離ありの割合が低かった。また、日本のなかでは介護職が 20.1%と、医療職の 11.1%、相談・CM の 12.1%に比べて高くなっていた。韓国では、差はあまりなく、医療職 25.1%、相談・CM 28.3%、介護職 26.3%となっていた。これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 25.682 (自由度 1) で有意水準 0.1%で有意であり、国と対応方針について理想と現実の判断のかい離の有無には有意な関連が見られた。さらに日本について職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 7.282 (自由度 2) で有意水準 5%で有意であり、職種と対応方針について理想と現実の判断のかい離の有無には有意な関連が見られた。韓国についても職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 0.386 (自由度 2) で有意水準 5%で有意ではなかった。そのため、韓国については職種と対応方針について理想と現実の判断のかい離の有無には有意な関連があるとはいえなかった。

この違いは、日本では介護職が理想は「疼痛ケア」としつつ、現実には「抗がん剤」になると考える人の割合が他職種に比べて多いことが影響していると考えられる。

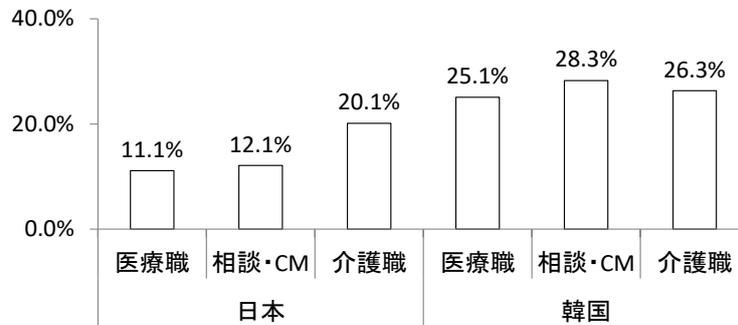


図 2-6 日韓調査：がんケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断の
かい離ありの職種別割合

続いて、対応方針を選択した理由についての日韓調査の結果を表 2-17、表 2-18 にまとめた。9ヶ国調査における結果と同様に、全体として「尊厳保持」と「QOL」の割合が大きいが、国と職種を統制してみるとそこには違いが見えてくる。

理想の判断の理由としては、「疼痛ケア」の割合が突出にしていた日本については、「尊厳保持」の割合が大きく、医療職は 123 人 (55.4%)、相談・CM は 102 人 (79.1%)、介護職 140 人 (76.9%) となっていた。また、「QOL」については、医療職は 86 人 (38.7%)、相談・CM は 14 人 (10.9%)、介護職 10 人 (5.5%) となっており、医療職は「尊厳保持」だけでなく「QOL」を重視して疼痛ケアを理想としている人が多くいることが分かった。理想の判断の理由においても介護職は「QOL」よりも「家族の意向」の割合が大きく 17 人 (9.3%) となっていた。

「疼痛ケア」だけでなく「高度医療」の割合も一定程度あった韓国については、理想の判断の理由は、「尊厳保持」が最も大きく、医療職は 145 人 (47.2%)、相談・CM は 55 人 (59.8%)、介護職 180 人 (49.6%) となっていた。また日本に比べて「QOL」の割合が大きく、医療職は 88 人 (28.7%)、相談・CM は 18 人 (19.6%)、介護職 101 人 (27.8%)

となっていた。その他については、「生存時間」の割合が1割弱あり、「高度医療」を方針とする人が選ぶ傾向が見られた。

現実的判断の理由について、日本は「尊厳保持」の割合が最も大きいという傾向はかわらず、それぞれ医療職は102人(46.8%)、相談・CMは90人(70.3%)、介護職112人(64.0%)となっていた。また医療職の「QOL」についても72人(33.0%)と変わらず大きかった。また「家族の意向」の割合が増加し、医療職は27人(12.4%)、相談・CMは17人(13.3%)、介護職29人(16.6%)と1割以上となっていた。方針は「疼痛ケア」が大半を占めていることから、日本の特徴は、現実的判断の対応方針は変わらないものの理由について「家族の意向」が増加する点にあるといえる。

これに対して、韓国も「尊厳保持」の割合が最も大きいという傾向はかわらず、それぞれ医療職は126人(41.0%)、相談・CMは51人(55.4%)、介護職166人(46.0%)となっていた。また、「QOL」の割合が大きい傾向も変わらず、医療職は85人(27.7%)、相談・CMは12人(13.0%)、介護職83人(23.0%)となっていた。さらに、日本と同様に「家族の意向」が増えておりいずれの職種も12%前後となっており、「生存時間」についても1割前後となっている。この点は、現実的判断として「抗がん剤」「高度医療」が選ばれていることを反映しているだろう。

表 2-17 日韓調査:職種別がんケースへの対応方針における理想の判断の理由(問2-6-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=222)	2 0.9%	3 1.4%	86 38.7%	2 0.9%	123 55.4%	6 2.7%	0 0.0%	0 0.0%
	相談・CM (n=129)	0 0.0%	0 0.0%	14 10.9%	4 3.1%	102 79.1%	8 6.2%	0 0.0%	1 0.8%
	介護職 (n=182)	0 0.0%	6 3.3%	10 5.5%	5 2.7%	140 76.9%	17 9.3%	0 0.0%	4 2.2%
韓国	医療職 (n=533)	9 2.9%	28 9.1%	88 28.7%	10 3.3%	145 47.2%	22 7.2%	0 0.0%	5 1.6%
	相談・CM (n=307)	4 4.3%	6 6.5%	18 19.6%	1 1.1%	55 59.8%	5 5.4%	1 1.1%	2 2.2%
	介護職 (n=92)	8 2.2%	32 8.8%	101 27.8%	10 2.8%	180 49.6%	25 6.9%	1 0.3%	6 1.7%

表 2-18 日韓調査:職種別がんケースへの対応方針における現実的判断の理由(問2-7-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=218)	0 0.0%	8 3.7%	72 33.0%	4 1.8%	102 46.8%	27 12.4%	3 1.4%	2 0.9%
	相談・CM (n=128)	0 0.0%	3 2.3%	11 8.6%	5 3.9%	90 70.3%	17 13.3%	1 0.8%	1 0.8%
	介護職 (n=175)	0 0.0%	11 6.3%	8 4.6%	9 5.1%	112 64.0%	29 16.6%	1 0.6%	5 2.9%
韓国	医療職 (n=521)	8 2.6%	34 11.1%	85 27.7%	10 3.3%	126 41.0%	35 11.4%	0 0.0%	9 2.9%
	相談・CM (n=307)	4 4.3%	6 6.5%	12 13.0%	6 6.5%	51 55.4%	12 13.0%	0 0.0%	1 1.1%
	介護職 (n=92)	12 3.3%	36 10.0%	83 23.0%	18 5.0%	166 46.0%	42 11.6%	2 0.6%	2 0.6%

この理想の判断と現実的判断の理由が異なっているかい離の割合について調べたものが図 2-7 である。日韓を比較すると、対応方針と同様に日本の方がかい離ありの割合が低かったが、対応方針におけるかい離と比べるとその割合は増えていた。また、日本のなかでは介護職が 29.3%と、医療職の 23.9%、相談・CM の 25.4%に比べて高くなっており、この傾向も対応方針と同様であった。ただし、職種間での差は小さくなっていった。韓国では、対応方針と同様に差はあまりなく、医療職 38.1%、相談・CM 42.4%、介護職 35.3%となっていた。これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 17.616 (自由度 1) で有意水準 0.1%で有意であり、国と対応方針について理想と現実の判断の理由のかい離の有無には有意な関連が見られた。さらに日本について職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 1.534 (自由度 2) で有意水準 5%で有意ではなかった。韓国についても職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 1.736 (自由度 2) で有意水準 5%で有意ではなかった。そのため、日本、韓国ともに国による違いはあるものの、国内の職種間においては対応方針の理由についてのかい離の有無に有意な差はなかった。

すなわち、対応方針に比べて、とくに日本において判断の理由の違いには職種以外の影響があることが分かる。

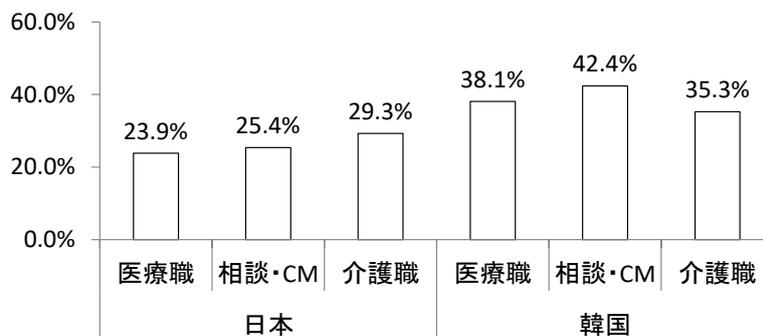


図 2-7 日韓調査：がんケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断の理由のかい離ありの職種別割合

2.7. 来るべき死に向けた方針 (問 2-8)

がんケースの最後として、問 2-8 において来るべき死に向けた方針とその理由について聞いている。方針については、病院、介護施設、自宅のいずれかにおいて治療の継続か緩和ケアへの移行のどちらがよいかという計 6 つとその他を選択肢とした (以下、それぞれ病院・治療、病院・緩和ケアと表記)。また、方針の理由については、複数回答可の形式で質問しており、選択肢は前節の対応方針と同じものを用いている。

2.7.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、表 2-19、表 2-20 である。まず方針についてであるが、韓国を除いて圧倒的に「自宅での緩和ケアへの移行」が高い割合を示しており、全体では 379 人 (60.2%) となっている。「自宅での緩和ケアへの移行」は、韓国は 18 人 (23.4%)、イスラエルも若干低く 28 人 (45.2%) であるが、他国はいずれも 5 割以上となっており、A さんが希望する在宅での緩和ケアを重視している。なお、イスラエルは自宅での治療を選択する人が 19 人 (30.6%) と多く、自宅での緩和ケアを合わせると他国と同様に 7 割を超える。逆に韓国は自宅の割合が他国に比べて非常に低く 4 分の 1 程度であり、「病院での

緩和ケア」(16人、20.8%)、「介護施設での緩和ケア」(26人、33.8%)が多い傾向にある。韓国が自宅ではなく病院や介護施設を理想とする傾向と合致する。

次に対応方針の理由についてみると、「尊厳保持」がどの国ももっとも多くなっており全体では489人(77.6%)となっている。続いて「QOL」の217人(34.4%)、「家族の意向」が106人(16.8%)となっている。国ごとの違いを見ると、「QOL」については日本とアメリカNYの割合が低く、「家族の意向」については韓国、オーストラリア、オランダの割合が低かった。

表 2-19 9ヶ国調査：がんケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問2-8）

	病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本 (n=220)	2 .9%	33 15.0%	0 .0%	18 8.2%	12 5.5%	154 70.0%	1 .5%
韓国 (n=77)	4 5.2%	16 20.8%	9 11.7%	26 33.8%	3 3.9%	18 23.4%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	1 1.6%	3 4.8%	5 8.1%	6 9.7%	19 30.6%	28 45.2%	0 .0%
オーストラリア (n=57)	0 .0%	4 7.0%	2 3.5%	17 29.8%	3 5.3%	29 50.9%	2 3.5%
チェコ (n=55)	1 1.8%	5 9.1%	2 3.6%	9 16.4%	3 5.5%	33 60.0%	2 3.6%
オランダ (n=33)	0 .0%	0 .0%	0 .0%	6 18.2%	1 3.0%	26 78.8%	0 .0%
フランス (n=28)	0 .0%	2 7.1%	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	23 82.1%	1 3.6%
イギリス (n=68)	1 1.5%	2 2.9%	2 2.9%	9 13.2%	13 19.1%	38 55.9%	3 4.4%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	0 .0%
合計 (n=630)	9 1.4%	65 10.3%	20 3.2%	91 14.4%	56 8.9%	379 60.2%	10 1.6%

表 2-20 9ヶ国調査：がんケースへの来たるべき死に向けての対応方針の理由（問2-8-2、複数回答可）

	完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本 (n=220)	1 0.5%	9 4.1%	56 25.5%	10 4.5%	182 82.7%	42 19.1%	1 0.5%	9 4.1%
韓国 (n=29)	0 0.0%	0 0.0%	15 51.7%	0 0.0%	24 82.8%	2 6.9%	0 0.0%	1 3.4%
イスラエル (n=68)	0 0.0%	6 8.8%	30 44.1%	2 2.9%	61 89.7%	15 22.1%	8 11.8%	5 7.4%
オーストラリア (n=61)	0 0.0%	0 0.0%	22 36.1%	1 1.6%	40 65.6%	2 3.3%	2 3.3%	2 3.3%
チェコ (n=57)	0 0.0%	1 1.8%	20 35.1%	1 1.8%	36 63.2%	7 12.3%	3 5.3%	5 8.8%
オランダ (n=33)	0 0.0%	0 0.0%	10 30.3%	0 0.0%	28 84.8%	3 9.1%	0 0.0%	3 9.1%
フランス (n=77)	1 1.3%	2 2.6%	34 44.2%	6 7.8%	50 64.9%	13 16.9%	1 1.3%	0 0.0%
イギリス (n=55)	1 1.8%	4 7.3%	26 47.3%	5 9.1%	43 78.2%	12 21.8%	4 7.3%	1 1.8%
アメリカ NY(n=30)	0 0.0%	0 0.0%	4 13.3%	0 0.0%	25 83.3%	10 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
合計 (n=630)	3 0.5%	22 3.5%	217 34.4%	25 4.0%	489 77.6%	106 16.8%	19 3.0%	26 4.1%

2.7.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 2-21、表 2-22 にまとめた。9ヶ国調査と同様に「自宅での緩和ケアへの移行」が日本では過半を占めており、医療職は139人(61.8%)、相談・CMは91人(68.9%)、介護職120人(64.2%)となっていた。同時に、「病院での緩和ケアへの移行」も9ヶ国調査に比べて増えており、医療職は56人(24.9%)、相談・CMは27人(20.5%)、介護職36人(19.3%)と2割程度となっていた。また、治療を方針として選ぶものは非常に少なく、そのほとんどが「自宅での治療の継続」となっていた。韓国については、9ヶ国調査と同様にばらつきがあり、「病院での緩和ケアへの移行」、「介護施設での緩和ケアへの移行」、「自宅での緩和ケアへの移行」がいずれもほぼ同じ25%前後であり、職種間の違いも少なかった。なお、介護職については、「病院での治療の継続」の割合が84人(23.1%)と多く、「自宅での緩和ケアへの移行」が43人(11.8%)と少なくなっている点に特徴がある。

次に、来たるべき死に向けての対応方針の理由についてみると、日本では「尊厳保持」がもっとも多く医療職は139人(61.8%)、相談・CMは91人(68.9%)、介護職120人(64.2%)と大半の人が尊厳を重視すると答えていた。つづいて「QOL」「家族の意向」となっており、「経済的」という回答も1割程度みられた。韓国については、「尊厳保持」がもっとも多く医療職は200人(65.4%)、相談・CMは60人(65.2%)、介護職256人(70.5%)となっており、日本と同様であった。同時に「QOL」を重視する傾向あり、医療職は172人(56.2%)、相談・CMは46人(50.0%)、介護職171人(47.1%)とやはり半数程度が選んでいた。「家族の意向」は2割強であり、その他の選択肢はあまり選ばれていない。そして、方針と異なり、職種での違いは見られなかった。

日本は方針において「自宅での緩和ケア」を重視しつつ「尊厳保持」「QOL」「家族の意向」を重視していたのに対して、韓国では病院での緩和ケアへの移行、「介護施設での緩和ケアへの移行」、「自宅での緩和ケアへの移行」を方針としつつ、とくに「尊厳保持」と「QOL」を重視する傾向にあった。すなわち、日本と韓国において理由は似ているものの、「尊厳の保持」や「QOLの向上」を達成する手段は異なるものを想定していることが分かる。この点については、さらなる定性的な調査が必要となるだろう。

表 2-21 日韓調査：職種別がんケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問 2-8）

		病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本	医療職 (n=225)	1 0.4%	56 24.9%	1 0.4%	12 5.3%	15 6.7%	139 61.8%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	1 0.8%	27 20.5%	0 0.0%	3 2.3%	9 6.8%	91 68.9%	1 0.8%
	介護職 (n=187)	6 3.2%	36 19.3%	1 0.5%	7 3.7%	15 8.0%	120 64.2%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=544)	26 8.5%	78 25.4%	15 4.9%	92 30.0%	20 6.5%	72 23.5%	4 1.3%
	相談・CM (n=307)	8 8.7%	19 20.7%	2 2.2%	24 26.1%	5 5.4%	33 35.9%	1 1.1%
	介護職 (n=92)	84 23.1%	92 25.3%	33 9.1%	94 25.8%	15 4.1%	43 11.8%	3 0.8%

表 2-22 日韓調査：職種別がんケースへの対応方針における現実的判断の理由
(問 2-8-2、複数回答可)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=220)	0 0.0%	9 4.1%	105 47.7%	31 14.1%	185 84.1%	61 27.7%	2 0.9%	4 1.8%
	相談・CM (n=131)	0 0.0%	2 1.5%	33 25.2%	15 11.5%	120 91.6%	35 26.7%	1 0.8%	6 4.6%
	介護職 (n=184)	2 1.1%	11 6.0%	26 14.1%	18 9.8%	161 87.5%	68 37.0%	1 0.5%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=535)	15 4.9%	48 15.7%	172 56.2%	22 7.2%	200 65.4%	78 25.5%	5 1.6%	8 2.6%
	相談・CM (n=306)	5 5.4%	15 16.3%	46 50.0%	6 6.5%	60 65.2%	19 20.7%	3 3.3%	3 3.3%
	介護職 (n=92)	18 5.0%	45 12.4%	171 47.1%	32 8.8%	256 70.5%	74 20.4%	8 2.2%	6 1.7%

2.8. がんケースのまとめ

がんは終末期においてもっとも頻繁に取り上げられる疾患であり、また、様々な研究がなされてきた。そのため、がんの進行プロセスについての理解は職種を超えて共有されており、国の違いに比べて国内での職種の違いはそれほど大きくないことが明らかとなった。また、国の違いもある程度あるとはいえ、具体的な方針レベルでの違いはそれほどなく、終末期の医療・介護の実践において何を行うべきかという点についてのコンセンサスはとれていると考えられる。ただし、とるべき方針の理由については、「尊厳の保持」が重視されているものの国によって異なる理由を挙げることもあり、また、実践する場所や方針決定において主導権をとるべき人については必ずしも一致していないという特徴が見られ、国によって終末期の医療・介護を下支えする制度や家族構造の違いがこのような違いをもたらしている可能性が示唆された。

3. 認知症ケースの分析

3.1. 認知症ケースの概要

認知症ケースは、重度認知症の男性についての以下のケースである。

Bさん（男性、80歳）。自宅で妻と二人暮らしをしている。認知症（アルツハイマー病）と診断されてすでに10年が経ち、意識障害はないものの、近親者や介護士が呼びかけても目を動かさず程度であり一般的な意思疎通には多大な困難がある。また、半月前にひどい熱と咳のために病院へ受診したところ、肺炎と診断された。現在は、食物を呑み込むことができなくなってきており、点滴による薬剤と栄養剤の投与を行っている。口からの栄養摂取は不可能なため、十分な栄養摂取のためには近い将来に人工栄養摂取が必要となる。妻（80）は在宅での生活の継続と看取りを希望しており、また少しでも長い時間を一緒に過ごしたいと希望している。経済的には持ち家に住み、厚生年金などを受給しているために安定しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいないため、妻自身はこれまで以上の介護には大きな不安を感じている。

このケースの特徴は、以下の3点である。第一に、認知症（アルツハイマー）と診断され意思疎通に多大な困難があるという情報が与えられており、本人の意思を確認することが容易ではないといえる事例である点である。第二に、経口摂取が不可能であるが、人工

栄養をしても余命は長くないと診断されているものの、明確に終末期であるとは示されていない点である。第三に、妻と同居しているものの介護能力は低く、近隣に近親者がいないということから介護力があまり期待できない点である。

がんケースと同様に調査では、事前にケースを読んでもらったうえで、専門職としての理想としての対応と現実的な対応の双方を聞いた。

3.2. ケースが終末期か否かの判断 (問 3-1)

問 3-1 では、本ケースの状態を「終末期」にあると考えるかについて聞いている。

3.2.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は図 3-1 のようになった。アメリカ NY (86.7%)、フランス (75.9%)、オーストラリア (68.5%)、イギリス (64.1%) において、「終末期である」との回答が 6 割を超えていた。国の違いと「終末期」の有無について独立性の検討を行った。その結果、 χ^2 値 56.9939 (自由度 8) で有意水準 0.1% で有意であり、国と終末期の有無には有意な関連が見られた。

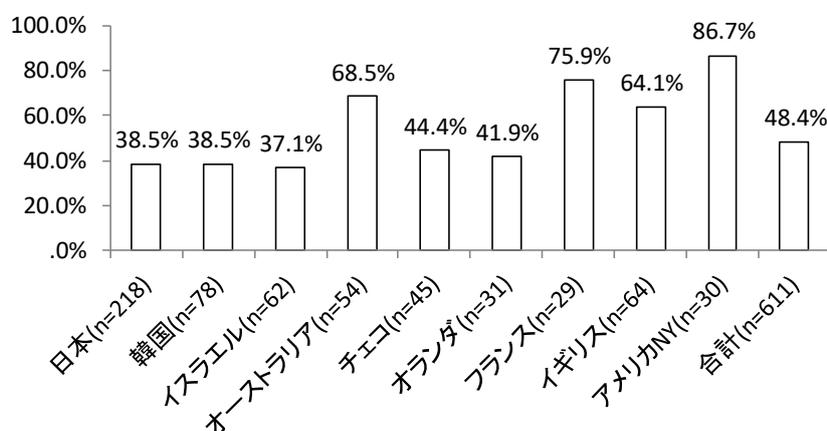


図 3-1 9ヶ国調査：終末期にあたるかどうかの判断

3.2.2. 日韓調査

日韓調査の結果については、職業別に図 3-2 に示した。日韓を比較すると、全体的に韓国の方が「終末期」と判断する割合が若干高かった。日本においては、「終末期」と判断した割合は相談・CM が 42.7% と医療職 38.5%、介護職 34.1% と比べて高かった。一方、韓国においては「終末期」と判断した割合は介護職が 50.1% と医療職 43.1%、介護職 42.4% と比べて高かった。

この終末期の判断の違いについて、まず国の違いと終末期の判断について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 8.772 (自由度 1) で有意水準 1% で有意であり、国の違いと判断の違いには有意な関連が見られた。次に、職種 (3 分類) を独立変数として独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 1.416 (自由度 2) で有意水準 5% で有意ではなかった。さらに日本、韓国それぞれについて職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、日本については χ^2 値 2.448 (自由度 2) で有意水準 5% で有意ではなかった。また、韓国については χ^2 値 3.933 (自由度 2) で有意水準 5% で有意ではなかった。この結果、全体でみても、日本、韓国それぞれの国内についても職種とケースを終末期と判断するか否かについて有意な関連は見られなかった。

日韓の国による違いは終末期の判断によって異なっていたことから、3分類の職種とは別の、国ごとに異なるであろう要因によって終末期の判断が規定されていることが明らかとなった。

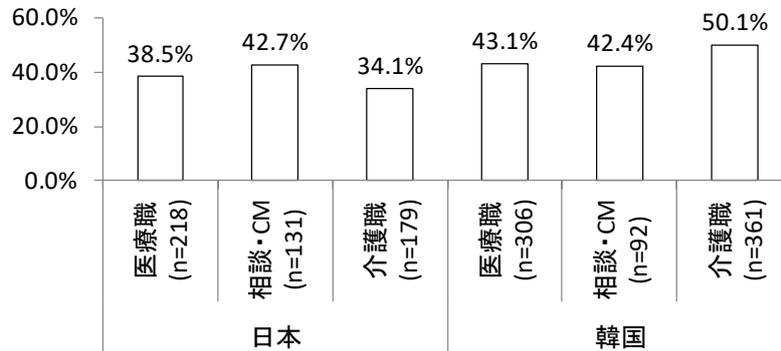


図 3-2 日韓調査：終末期にあたるかどうかの判断

3.3. 終末を迎えるべき場所と実際に迎えるであろう場所 (問 3-2)

問 3-1 では、場所に注目し、終末をどこで迎えることができるように支援することが「もっともふさわしい」か、またこれまでの経験を踏まえ実際にはどこで終末を迎えることになるかと思うかについて聞いている。

3.3.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 3-3 のようになった。理想としての判断は、「自宅」が多く 59.3%を占めている。「療養病床」が 16.1%であることを除いて、その他の選択肢は 10%以下である。これは、Bさんの妻の希望が自宅であることを反映しているだろう。

これに対して、実際にどこで終末を過ごすかという現実的判断では、「療養病床」が 29.1%と一番大きな割合を占めており、次いで「病院・診療所」(21.0%)、「老人ホーム」(16.2%)となっている。理想的判断として最も多かった「自宅」は 18.2%にとどまっており、理想と現実で大きな乖離があることが分かる。

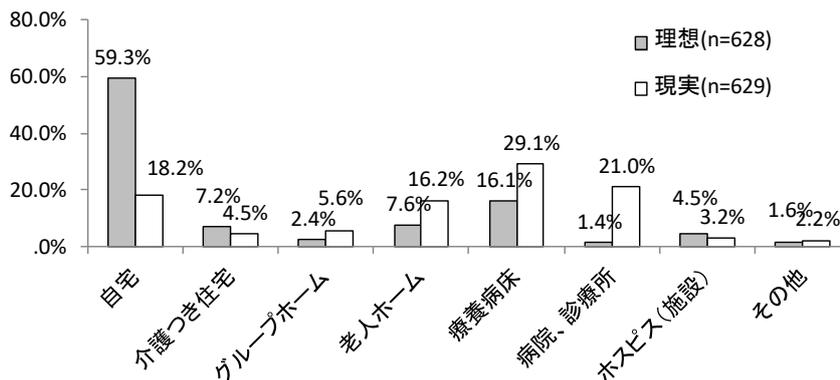


図 3-3 9ヶ国調査：終末を迎えるであろう理想の判断と現実的判断

さらに、この結果を国別にまとめたものが表 3-1、表 3-2 である。この表からは、理想的判断は「自宅」と考えることが主流であることが分かる。例外は韓国であり、「療養病床」43.0%、「自宅」25.3%、「介護付き住宅」20.3%となっており、自宅以外への期待が大きい。

また、イスラエル、チェコ、オランダも療養病床への期待が大きいことが分かる。

これに対して、現実的判断については国ごとのばらつきが大きくなっている。具体的には、韓国、イスラエル、チェコ、オランダは理想と同様に療養病床の割合が多かった。日本は「病院・診療所」が26.4%、「老人ホーム」が23.6%、「自宅」が22.7%、「療養病床」が21.8%とばらけており、自宅を理想としつつ現実はそれ以外で最期を迎えるという傾向があることが分かる。また、イギリスは「グループホーム」が43.3%、「老人ホーム」が29.9%と介護提供を中心とした場所の割合が多いことが分かる。

表 3-1 9ヶ国調査：終末を迎えることができるように支援すべき場所（問3-2）

	自宅	介護つき住宅	グループホーム	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	その他	全体
日本	168 76.0%	9 4.1%	4 1.8%	25 11.3%	11 5.0%	1 .5%	2 .9%	1 .5%	221 100.0%
韓国	20 25.3%	16 20.3%	0 .0%	3 3.8%	34 43.0%	2 2.5%	3 3.8%	1 1.3%	79 100.0%
イスラエル	33 52.4%	3 4.8%	0 .0%	5 7.9%	20 31.7%	0 .0%	1 1.6%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラリア	26 46.4%	7 12.5%	0 .0%	10 17.9%	8 14.3%	1 1.8%	4 7.1%	0 .0%	56 100.0%
チェコ	19 35.2%	4 7.4%	0 .0%	2 3.7%	13 24.1%	4 7.4%	11 20.4%	1 1.9%	54 100.0%
オランダ	22 68.8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	9 28.1%	0 .0%	1 3.1%	0 .0%	32 100.0%
フランス	13 44.8%	5 17.2%	0 .0%	0 .0%	4 13.8%	1 3.4%	5 17.2%	1 3.4%	29 100.0%
イギリス	43 66.2%	1 1.5%	11 16.9%	3 4.6%	2 3.1%	0 .0%	0 .0%	5 7.7%	65 100.0%
アメリカNY	29 96.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	0 .0%	30 100.0%
合計	373 59.3%	45 7.2%	15 2.4%	48 7.6%	101 16.1%	9 1.4%	28 4.5%	10 1.6%	629 100.0%

表 3-2 9ヶ国調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問3-2-2）

	自宅	介護つき住宅	グループホーム	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	その他	全体
日本	50 22.7%	4 1.8%	5 2.3%	52 23.6%	48 21.8%	58 26.4%	3 1.4%	0 .0%	220 100.0%
韓国	12 15.2%	14 17.7%	0 .0%	6 7.6%	39 49.4%	4 5.1%	4 5.1%	0 .0%	79 100.0%
イスラエル	15 24.2%	0 .0%	1 1.6%	6 9.7%	34 54.8%	2 3.2%	1 1.6%	3 4.8%	62 100.0%
オーストラリア	5 8.9%	4 7.1%	0 .0%	18 32.1%	9 16.1%	13 23.2%	5 8.9%	2 3.6%	56 100.0%
チェコ	2 3.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	22 40.7%	25 46.3%	3 5.6%	2 3.7%	54 100.0%
オランダ	8 24.2%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	22 66.7%	2 6.1%	1 3.0%	0 .0%	33 100.0%
フランス	3 11.1%	5 18.5%	0 .0%	0 .0%	6 22.2%	11 40.7%	2 7.4%	0 .0%	27 100.0%
イギリス	9 13.4%	1 1.5%	29 43.3%	20 29.9%	1 1.5%	1 1.5%	1 1.5%	5 7.5%	67 100.0%
アメリカNY	10 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.7%	16 53.3%	0 .0%	2 6.7%	30 100.0%
合計	114 18.2%	28 4.5%	35 5.6%	102 16.2%	183 29.1%	132 21.0%	20 3.2%	14 2.2%	628 100.0%

3.3.2. 日韓調査

場所についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 3-3、表 3-4 のようになった。

表からは、日本では職種によらず自宅を理想としつつ、現実には病院・診療所で終末を迎えると考えられる傾向がある。これに対して韓国では、自宅だけでなくホスピスを重視する傾向にあることが分かる。理想と現実の判断についてもこの傾向は変わらない。

終末を迎える場所についての理想と現実の判断に違いがあるもののかい離ありとして、その割合を職種別にまとめたものが図 3-4 である。この図からは、日本ではどの職種もかい離が比較的大きく、韓国では日本に比べて少ないことが分かる。なお、日韓それぞれ職種間と管理の有無について独立性の検定を行ったが、いずれも有意ではなく、職種の違いが理想と現実のかい離に影響をもたらしてはいなかった。

表 3-3 日韓調査：終末を迎えることができるように支援すべき場所（問 3-2）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	ホスピス(在宅)	その他
日本	医療職 (n=224)	141 62.9%	20 8.9%	22 9.8%	18 8.0%	3 1.3%	9 4.0%	10 4.5%	1 0.4%
	相談・ CM (n=132)	92 69.7%	2 1.5%	11 8.3%	9 6.8%	8 6.1%	3 2.3%	7 5.3%	0 0.0%
	介護職 (n=190)	128 67.4%	10 5.3%	16 8.4%	7 3.7%	7 3.7%	7 3.7%	14 7.4%	1 0.5%
韓国	医療職 (n=307)	68 22.1%	5 1.6%	38 12.4%	47 15.3%	23 7.5%	80 26.1%	46 15.0%	0 0.0%
	相談・ CM (n=92)	28 30.4%	4 4.3%	14 15.2%	10 10.9%	3 3.3%	21 22.8%	12 13.0%	0 0.0%
	介護職 (n=364)	85 23.4%	9 2.5%	59 16.2%	55 15.1%	17 4.7%	110 30.2%	28 7.7%	1 0.3%

表 3-4 日韓調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問 3-2-2）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	ホスピス(在宅)	その他
日本	医療職 (n=224)	43 19.2%	8 3.6%	23 10.3%	51 22.8%	93 41.5%	4 1.8%	2 0.9%	0 0.0%
	相談・ CM (n=131)	38 29.0%	0 0.0%	16 12.2%	23 17.6%	49 37.4%	3 2.3%	2 1.5%	0 0.0%
	介護職 (n=187)	55 29.4%	2 1.1%	27 14.4%	19 10.2%	71 38.0%	6 3.2%	5 2.7%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=307)	67 21.8%	5 1.6%	24 7.8%	61 19.9%	28 9.1%	79 25.7%	41 13.4%	2 0.7%
	相談・ CM (n=92)	29 31.5%	1 1.1%	8 8.7%	17 18.5%	5 5.4%	23 25.0%	9 9.8%	0 0.0%
	介護職 (n=364)	95 26.1%	4 1.1%	38 10.4%	64 17.6%	16 4.4%	121 33.2%	26 7.1%	0 0.0%

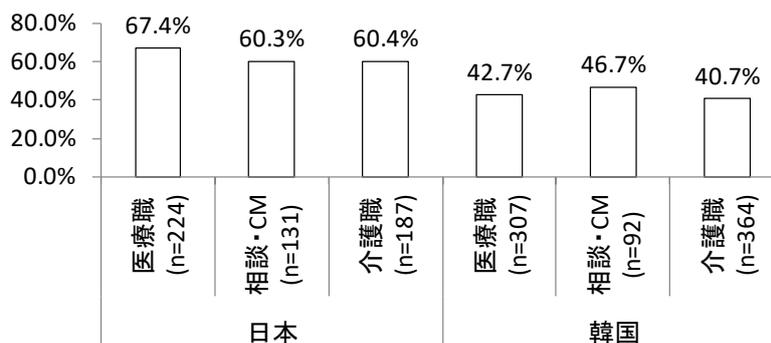


図 3-4 日韓調査：終末を迎える場所についての理想と現実の乖離ありの職種別割合

3.4. 今後の治療や看取りの方針を主導すべき人と実際に主導権を持つ人 (問 3-4)

問 3-3 では、方針決定者に注目し、今後の治療や看取りの方針を決定する際に「もっともふさわしい」人は誰か、またこれまでの経験を踏まえ実際には誰が今後の治療や看取りの方針を決定すると思うかについて聞いている。

3.4.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 3-5 のようになった。理想としての判断は、圧倒的に「Bさんの妻」が多く 72.2%を占めている。次いで「Bさん本人」が 10.6%であり、その他の選択肢はいずれも 6%未満でありほとんど選ばれていない。これは重度の認知症があるBさんの判断よりも最も身近なBさんの妻の意向を重視するべきと考える人が多かったことを示している。

これに対して、実際に行うであろう現実的判断を見ると、「Bさんの妻」の割合は 58.8%と減少し、その分「かかりつけ医」13.7%、「専門医」11.5%と増加している。また、「Bさん本人」の割合は 4.0%と半分以下となっている。国ごとに見ると多様性があるが、概ね Bさんの妻の意向を重視するべきと考えていることが分かる。

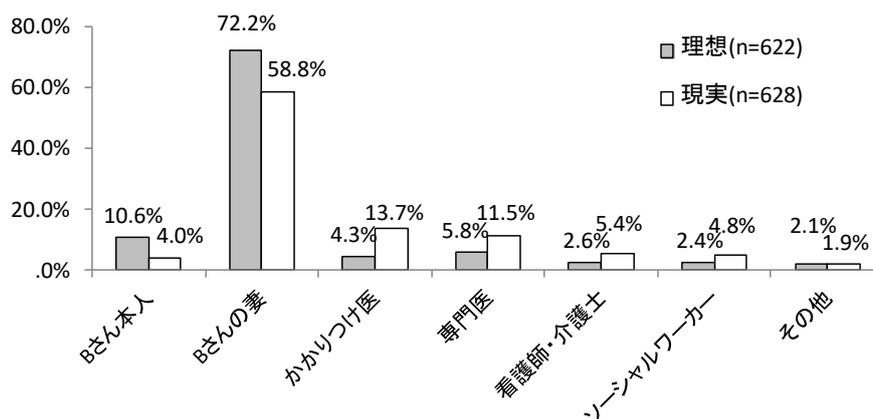


図 3-5 9ヶ国調査：今後の方針を主導する人についての理想の判断と現実的判断

3.4.2. 日韓調査

今後の方針を主導する人についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 3-5、表 3-6 のようになった。9ヶ国調査の知見と同様に、職種別でも日韓ともに「Bさんの妻」が今後の方針の決定において主導するべきであると考えている。とくに、日本の医

療職はその傾向が強く 80.2%に上っている。また、韓国の特徴として、医療職と介護職のそれぞれ約 25%は「Bさん本人」を選択しており、日本と比べると約 2～3 倍であった。

これに対して、実際に今後の方針を主導する人については、日韓ともに「Bさんの妻」がもっとも多くなっている。日本ではすべての職種において「Bさんの妻」の割合が低くなり、「かかりつけ医」や「専門医」の割合が高まる。一方、韓国ではすべての職種において「Bさんの妻」の割合が高くなり、「かかりつけ医」や「専門医」の割合は大きく変わらない。また、「Bさん本人」の割合は日本より韓国の方が高いが、主導するべきである割合と比較すると両国とも低い状況であった。

さらに日韓それぞれについて、今後の方針を主導する人についての理想的判断と現実的判断がかい離ありの割合を職種別に示したものが図 3-6 である。日本は介護職が最も高く 42.7%であった。韓国は職種間でかい離ありの割合の違いが無く約 3 割強であった。

表 3-5 日韓調査：今後の方針を主導することがふさわしい人（問 3-4）

		Bさん 本人	Bさんの 妻	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=222)	16 7.2%	178 80.2%	6 2.7%	2 0.9%	7 3.2%	13 5.9%	0 0.0%
	相談・CM (n=131)	12 9.2%	100 76.3%	6 4.6%	3 2.3%	4 3.1%	6 4.6%	0 0.0%
	介護職 (n=181)	23 12.7%	128 70.7%	5 2.8%	9 5.0%	10 5.5%	6 3.3%	0 0.0%
韓 国	医療職 (n=307)	77 25.1%	168 54.7%	32 10.4%	12 3.9%	14 4.6%	1 0.3%	3 1.0%
	相談・CM (n=92)	18 19.6%	56 60.9%	2 2.2%	5 5.4%	7 7.6%	3 3.3%	1 1.1%
	介護職 (n=364)	92 25.3%	152 41.8%	51 14.0%	31 8.5%	30 8.2%	7 1.9%	1 0.3%

表 3-6 日韓調査：経験を踏まえて実際に今後の方針を主導する人（問 3-4-2）

		Bさん 本人	Bさんの 妻	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=223)	8 3.6%	132 59.2%	35 15.7%	7 3.1%	13 5.8%	26 11.7%	2 0.9%
	相談・CM (n=131)	1 0.8%	86 65.6%	20 15.3%	12 9.2%	4 3.1%	7 5.3%	1 0.8%
	介護職 (n=184)	8 4.3%	115 62.5%	15 8.2%	19 10.3%	10 5.4%	15 8.2%	2 1.1%
韓 国	医療職 (n=307)	36 11.7%	211 68.7%	28 9.1%	9 2.9%	19 6.2%	2 0.7%	2 0.7%
	相談・CM (n=92)	7 7.6%	70 76.1%	5 5.4%	3 3.3%	4 4.3%	3 3.3%	0 0.0%
	介護職 (n=363)	70 19.3%	189 52.1%	44 12.1%	26 7.2%	29 8.0%	4 1.1%	1 0.3%

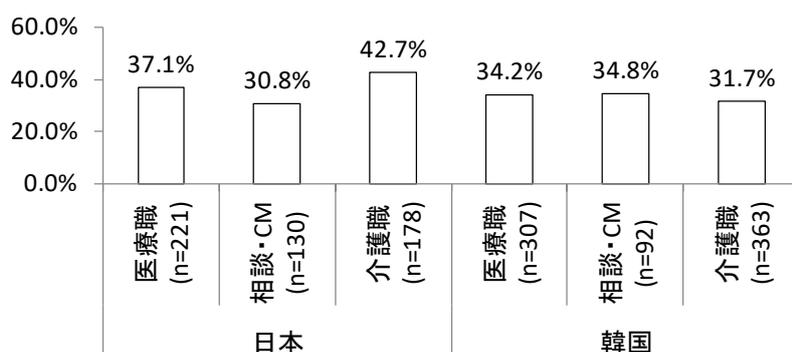


図 3-6 日韓調査：今後の方針を主導する人の理想と現実の乖離ありの職種別割合

3.5. 方針決定において重視する指針（問 3-5）

問 3-5 は、B さんの今後の治療や看取りの方針を決定する際に、B さんの意向を踏まえたうえで、さらなる要素として、もっとも重視するべき点について聞いている。

3.5.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 3-7 のようになった。「B さんの妻の意向」（表では「妻の意向」と略記）がもっとも多く 325 人（51.7%）を占めており、次いで「本人の苦痛を取り除くこと」（表では「苦痛の除去」と略記）が 129 人（20.5%）を占めていた。その他の選択肢は国のなかでのばらつきは多少あるものの、「本人のこれまでの生活の継続」（「生活の継続」と略記）は、日本、韓国、チェコで 15%を超えていた。

表 3-7 9ヶ国調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 3-5）

	妻の意向	近親者の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他	全体
日本	125 56.6%	2 .9%	1 .5%	24 10.9%	34 15.4%	33 14.9%	2 .9%	221 100.0%
韓国	45 57.7%	2 2.6%	0 .0%	15 19.2%	12 15.4%	4 5.1%	0 .0%	78 100.0%
イスラエル	29 46.0%	7 11.1%	2 3.2%	18 28.6%	5 7.9%	1 1.6%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラリア	23 41.1%	0 .0%	0 .0%	24 42.9%	3 5.4%	5 8.9%	1 1.8%	56 100.0%
チェコ	17 32.1%	4 7.5%	1 1.9%	10 18.9%	11 20.8%	4 7.5%	6 11.3%	53 100.0%
オランダ	17 51.5%	1 3.0%	0 .0%	11 33.3%	2 6.1%	2 6.1%	0 .0%	33 100.0%
フランス	15 51.7%	1 3.4%	2 6.9%	7 24.1%	1 3.4%	3 10.3%	0 .0%	29 100.0%
イギリス	24 36.4%	4 6.1%	1 1.5%	20 30.3%	9 13.6%	1 1.5%	7 10.6%	66 100.0%
アメリカ NY	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
合計	325 51.7%	21 3.3%	7 1.1%	129 20.5%	77 12.2%	53 8.4%	17 2.7%	629 100.0%

3.5.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、以下の表 3-8 にまとめた。9ヶ国調査と同様に日韓双方とも「妻の意向」と「苦痛の除去」が重視されていたが、日本は韓国に比べて「家族の負担軽減」が高く、医療職は 39 人（17.5%）、相談・MC は 29 人（22.0%）、介護職は 39 人（21.1%）と全ての職種で「妻の意向」に次いで高かった。なお、日本では「妻の意向」が全ての職種において約半分の人が最も重視していた。韓国では、相談・MC が最も重視する点としては「妻の意向」（46 人、50.0%）であったが、医療職は 121 人（39.4%）、介護職は 145 人（39.9%）が「苦痛の除去」を最も重視していた。

表 3-8 日韓調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 3-5）

		妻の意向	近親者の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他
日本	医療職 (n=223)	116 52.0%	5 2.2%	4 1.8%	38 17.0%	20 9.0%	39 17.5%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	71 53.8%	4 3.0%	0 0.0%	12 9.1%	16 12.1%	29 22.0%	0 0.0%
	介護職 (n=185)	91 49.2%	3 1.6%	4 2.2%	27 14.6%	21 11.4%	39 21.1%	0 0.0%
韓国	医療職 (n=307)	117 38.1%	4 1.3%	3 1.0%	121 39.4%	41 13.4%	20 6.5%	1 0.3%
	相談・CM (n=92)	46 50.0%	4 4.3%	0 0.0%	25 27.2%	15 16.3%	2 2.2%	0 0.0%
	介護職 (n=363)	116 32.0%	14 3.9%	9 2.5%	145 39.9%	42 11.6%	37 10.2%	0 0.0%

3.6. 医学的知見以外の家族への説明内容（問 3-6）

問 3-6 は医学的知見以外の情報提供についての設問である。設問は、「B さんのケースにおいて、基本的な医学的知見（病状、予後など）以外に、何をご家族（B さんの妻）に説明しますか」というものであり、対象は本人ではなく B さんの妻である。項目はその他を加えて 10 項目である。情報提供は専門職側の努力次第で多くできることから、複数回答可の項目となっている。

3.6.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 3-9 のようになった。全体としては、「利用可能な医療・介護制度」（75.0%）、「家族の介護負担」（52.8%）を説明すると答えた人が多く、「代替的な治療法」（17.0%）、「死後の悲嘆について」（18.4%）を説明すると答えた人が少なかった。

国別の特色として、韓国は他国と解答系は変わらないものの、回答率（○をつけた割合）が全体的に非常に低く、制度以外の説明を積極的には行っていない傾向が見られた。日本については、「余命について」説明する割合が韓国を除く他国と比べて最も低く 58 人（26.2%）と 5 割以下であった。逆に「家族の介護負担」を説明する割合は他国と比べて最も高く 167 人（75.6%）と 7 割以上であった。

ここから、日本は本人の状況だけでなく家族自身への影響についてより詳細に説明する傾向が分かる。またオランダも特徴的であり、「余命について」の説明は 19 人（57.6%）と非常に高くなっている反面、「死の瞬間について」は 0 人、「死後の悲嘆」も 2 人（6.1%）

と低く、死について詳細に説明するのではなく、あくまでも余命という観点からのみ説明を行っていることが分かる。また、「経済的負担」に関しては、アメリカは0人、韓国は2人（2.6%）、オランダは3人（9.1%）と低かった。

この結果からは、「利用可能な医療・介護制度」、「家族の介護負担」はどの国でも中心的な説明がなされるが、それ以外については、国ごとに説明の重点が異なることが分かる。

表 3-9 9ヶ国調査：医学的知見以外のへの家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

	余命	事前指示書	代替的な治療法	本人が感じる痛み・苦しみ	利用可能な医療介護制度	死の瞬間	経済的負担	家族の介護負担	死後の悲嘆
日本 (n=221)	58 26.2%	43 19.5%	52 23.5%	93 42.1%	182 82.4%	50 22.6%	76 34.4%	167 75.6%	22 10.0%
韓国(n=78)	11 14.1%	3 3.8%	0 .0%	14 17.9%	39 50.0%	10 12.8%	2 2.6%	16 20.5%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	38 61.3%	16 25.8%	11 17.7%	31 50.0%	52 83.9%	15 24.2%	18 29.0%	30 48.4%	11 17.7%
オーストラリア (n=56)	37 66.1%	19 33.9%	8 14.3%	29 51.8%	38 67.9%	16 28.6%	15 26.8%	25 44.6%	24 42.9%
チェコ (n=52)	21 40.4%	3 5.8%	6 11.5%	26 50.0%	45 86.5%	17 32.7%	7 13.5%	20 38.5%	14 26.9%
オランダ (n=33)	19 57.6%	3 9.1%	2 6.1%	18 54.5%	25 75.8%	0 .0%	3 9.1%	23 69.7%	2 6.1%
フランス (n=28)	16 57.1%	10 35.7%	8 28.6%	15 53.6%	17 60.7%	4 14.3%	13 46.4%	18 64.3%	2 7.1%
イギリス (n=69)	47 68.1%	32 46.4%	16 23.2%	48 69.6%	51 73.9%	33 47.8%	20 29.0%	30 43.5%	35 50.7%
アメリカ NY(n=30)	17 56.7%	14 46.7%	4 13.3%	30 100.0%	23 76.7%	0 .0%	0 .0%	3 10.0%	5 16.7%
合計(n=629)	264 42.0%	143 22.7%	107 17.0%	304 48.3%	472 75.0%	145 23.1%	154 24.5%	332 52.8%	116 18.4%

3.6.2. 日韓調査

日韓調査の結果については、職業別に表 3-10 にまとめた。9ヶ国調査と同様に、韓国は日本に比べて回答率が少ない傾向は変わらなかった。日本は、「利用可能な医療介護制度」（医療職：182人（81.6%）、相談・CM119人（90.2%）、介護職150人（81.5%）、「家族の介護負担」（医療職：175人（78.5%）、相談・CM121人（91.7%）、介護職147人（79.9%））がどの職種を通じても高かった。

これに対して韓国は、「家族の介護負担」（医療職：162人（52.9%）、相談・CM44人（48.4%）、介護職120人（55.8%））は比較的高かったが、「利用可能な医療介護制度」（医療職：96人（31.4%）、相談・CM25人（27.5%）介護職47人（13.1%））は低かった。さらに、「死の瞬間」（医療職：141人（46.1%）、相談・CM45人（49.5%）、介護職133人（36.9%））は全体的に高かった。

また、日韓ともに、職種間で違い大きいものは少なく、日本において「経済的負担」が医療職（38.1%）、介護職（38.0%）に比べて相談・CM（59.8%と高い点、韓国において介護職が「利用可能な医療介護制度」（13.1%）、「経済的負担」（11.4%）が少ない点にそれぞれ特徴がある。

表 3-10 日韓調査：医学的知見以外のへの家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

		余命	事前指 示書	代替的 な 治療法	本人が 感じる 痛み・苦 しみ	利用可 能な医 療介護 制度	死の 瞬間	経済的 負担	家族の 介護 負担	死後の 悲嘆
日 本	医療職 (n=223)	77 34.5%	32 14.3%	36 16.1%	89 39.9%	182 81.6%	45 20.2%	85 38.1%	175 78.5%	15 6.7%
	相談・CM (n=132)	26 19.7%	24 18.2%	24 18.2%	52 39.4%	119 90.2%	23 17.4%	79 59.8%	121 91.7%	13 9.8%
	介護職 (n=184)	57 31.0%	30 16.3%	45 24.5%	72 39.1%	150 81.5%	17 9.2%	70 38.0%	147 79.9%	15 8.2%
韓 国	医療職 (n=306)	44 14.4%	28 9.2%	56 18.3%	84 27.5%	96 31.4%	141 46.1%	74 24.2%	162 52.9%	21 6.9%
	相談・CM (n=91)	18 19.8%	14 15.4%	8 8.8%	19 20.9%	25 27.5%	45 49.5%	17 18.7%	44 48.4%	14 15.4%
	介護職 (n=360)	37 10.3%	28 7.8%	41 11.4%	93 25.8%	47 13.1%	133 36.9%	41 11.4%	120 33.3%	18 5.0%

3.7. ケースへの具体的な対応方針（問 3-7、問 3-8）

問 3-7、問 3-8 は B さんへの具体的な対処の基本方針（以下、対応方針とする）について、専門職としてもっとも望ましいと考える選択と、実際に選択するであろう現実的方針と、それぞれの理由について聞いている。

選択肢としては、「人工栄養補給の実施」（以下、人工栄養）、「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」（以下、代替医療）、「嚥下訓練等（リハビリテーション）の実施」（以下、リハビリ）、「現状を維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない」（以下、現状維持）、「とくに何もしない」（以下、何もしない）、「その他」である。また、理由の選択肢は、「完治の可能性が高い」（以下、完治可能性）、「生存時間が延びる可能性が高い」（以下、生存時間）、「QOL の向上が期待できる」（以下、QOL）、「経済的である」（以下、経済的）、「本人の尊厳が保持される」（以下、尊厳保持）、「家族の意向に合致する可能性が高い」（以下、家族の意向）、「国や施設のガイドラインで決まっている」（以下、ガイドライン）、「その他」である。

3.7.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の対応方針の結果は、以下の図 3-7 のようになった。理想としての判断は「人工栄養」がもっとも多く 39.0%であり、ついで「現状維持」が 30.4%であった。現実的判断は、同様に「人工栄養」がもっとも多く 61.0%であり、ついで「現状維持」が 24.5%、「リハビリ」5.6%、「何もしない」3.1%となった。図からも明らかなように、現実としては人工栄養が選ばれる傾向にあり、それ以外の選択肢は理想的判断よりも現実的判断の割合の方が少なかった。

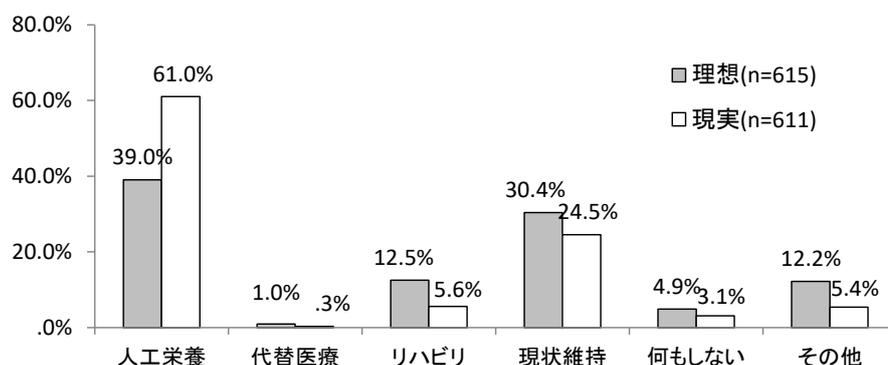


図 3-7 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断

さらにこの結果を国別にまとめたものが表 3-11、表 3-12 である。理想の判断については、国ごとによって違いがみられ、「人工栄養」が最も多い国は、日本 (102 人、46.2%)、韓国 (46 人、59.7%)、イスラエル (32 人、50.8%)、チェコ (20 人、45.5%)、オランダ (11 人、34.4%) であり、「現状維持」が最も多い国は、オーストラリア (24 人、)、フランス (45.3%)、イギリス (17 人、25.4%)、アメリカ NY (18 人、60.0%) であった。また、オーストラリア、オランダ、フランスでは「何もしない」が 1 割を超えていた。

現実的判断については、フランス以外は「人工栄養」の割合が最も多かった。特に、日本 (71.6%)、イスラエル (70.5%)、アメリカ NY (73.3%) は「人工栄養」が 7 割を超えていた。

表 3-11 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断 (問 3-7)

	人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他	全体
日本	102 46.2%	2 .9%	37 16.7%	60 27.1%	6 2.7%	14 6.3%	221 100.0%
韓国	46 59.7%	2 2.6%	5 6.5%	17 22.1%	2 2.6%	5 6.5%	77 100.0%
イスラエル	32 50.8%	0 .0%	5 7.9%	16 25.4%	5 7.9%	5 7.9%	63 100.0%
オーストラリア	8 15.1%	0 .0%	5 9.4%	24 45.3%	6 11.3%	10 18.9%	53 100.0%
チェコ	20 45.5%	1 2.3%	3 6.8%	17 38.6%	0 .0%	3 6.8%	44 100.0%
オランダ	11 34.4%	0 .0%	3 9.4%	8 25.0%	4 12.5%	6 18.8%	32 100.0%
フランス	3 10.7%	0 .0%	4 14.3%	10 35.7%	4 14.3%	7 25.0%	28 100.0%
イギリス	16 23.9%	1 1.5%	8 11.9%	17 25.4%	3 4.5%	22 32.8%	67 100.0%
アメリカ NY	2 6.7%	0 .0%	7 23.3%	18 60.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
合計	240 39.0%	6 1.0%	77 12.5%	187 30.4%	30 4.9%	75 12.2%	615 100.0%

表 3-12 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における現実の判断（問 3-8）

	人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他	全体
日本	156 71.6%	0 .0%	13 6.0%	41 18.8%	3 1.4%	5 2.3%	218 100.0%
韓国	55 69.6%	2 2.5%	3 3.8%	16 20.3%	0 .0%	3 3.8%	79 100.0%
イスラエル	43 70.5%	0 .0%	2 3.3%	11 18.0%	4 6.6%	1 1.6%	61 100.0%
オーストラ リア	21 41.2%	0 .0%	5 9.8%	18 35.3%	1 2.0%	6 11.8%	51 100.0%
チェコ	30 63.8%	0 .0%	2 4.3%	10 21.3%	2 4.3%	3 6.4%	47 100.0%
オランダ	15 46.9%	0 .0%	1 3.1%	11 34.4%	3 9.4%	2 6.3%	32 100.0%
フランス	5 17.9%	0 .0%	2 7.1%	13 46.4%	4 14.3%	4 14.3%	28 100.0%
イギリス	26 40.0%	0 .0%	6 9.2%	22 33.8%	2 3.1%	9 13.8%	65 100.0%
アメリカ NY	22 73.3%	0 .0%	0 .0%	8 26.7%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
合計	373 61.0%	2 .3%	34 5.6%	150 24.5%	19 3.1%	33 5.4%	611 100.0%

次に、対応方針の選択理由についてまとめた結果が図 3-8 である。全体として理想としての判断の理由は「尊厳保持」がもっとも多く 35.9%であり、ついで「QOL」が 22.9%であった。現実的判断は、同様に「尊厳保持」がもっとも多く 26.9%であったが、2 番目は「生存時間」が 24.3%であった。理想的判断も現実的判断も「尊厳保持」「QOL」「生存時間」「家族等の意向」の 4つの項目で約 9 割を占めていた。

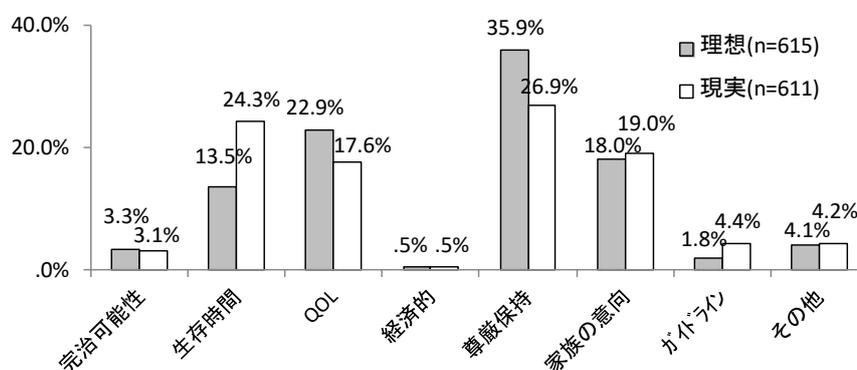


図 3-8 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断の選択理由

さらに対応方針の理由について、国別にまとめたものが表 3-13、表 3-14 である。理想の判断、現実的判断の理由について、日本と韓国以外の国で「尊厳保持」、「QOL」が大きくなっている。両者の中では、理想的判断についてはイスラエルとフランスが「尊厳保持」よりも「QOL」が高い傾向にあった。現実的判断についてはイスラエル、チェコが「尊厳保持」よりも「QOL」が高い傾向、オランダは同じ割合であった。

また、それ以外の選択肢については、理想の判断において「家族の意向」が高い国が日本、アメリカ NY であった。特に、日本はすべての項目の中で「家族の意向」が最も高か

った。これらの国は現実的判断においても「家族の意向」が高いが、さらに、フランスも現実的判断では増加していた。また、理想の判断において「生存時間」が高い国が韓国、日本であった。これらの国は現実的判断においても「生存時間」が高かった。その他、理想的判断において、オランダでは「完治可能性」、イスラエルでは「ガイドライン」で高まっている。

このように全体的な傾向としては、「尊厳の保持」か「QOL」の割合が大きいが、国によって、「家族の意向」や「生存時間」の重視が見られた。

表 3-13 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断の理由（問 3-7-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=219)	5 2.3%	45 20.5%	24 11.0%	0 .0%	58 26.5%	78 35.6%	0 .0%	9 4.1%
韓国 (n=78)	2 2.6%	25 32.1%	13 16.7%	1 1.3%	27 34.6%	8 10.3%	0 .0%	2 2.6%
イスラエル (n=62)	1 1.6%	4 6.5%	24 38.7%	0 .0%	19 30.6%	6 9.7%	5 8.1%	3 4.8%
オーストラリア (n=53)	3 5.7%	1 1.9%	12 22.6%	1 1.9%	29 54.7%	3 5.7%	0 .0%	4 7.5%
チェコ (n=51)	2 3.9%	2 3.9%	25 49.0%	1 2.0%	18 35.3%	1 2.0%	2 3.9%	0 .0%
オランダ (n=32)	3 9.4%	1 3.1%	9 28.1%	0 .0%	13 40.6%	2 6.3%	1 3.1%	3 9.4%
フランス (n=29)	0 .0%	2 6.9%	11 37.9%	0 .0%	11 37.9%	3 10.3%	2 6.9%	0 .0%
イギリス (n=61)	4 6.6%	3 4.9%	13 21.3%	0 .0%	35 57.4%	2 3.3%	1 1.6%	3 4.9%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	10 33.3%	0 .0%	11 36.7%	8 26.7%	0 .0%	1 3.3%
合計 (n=615)	20 3.3%	83 13.5%	141 22.9%	3 .5%	221 35.9%	111 18.0%	11 1.8%	25 4.1%

表 3-14 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-8-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=209)	6 2.9%	81 38.8%	14 6.7%	1 .5%	35 16.7%	66 31.6%	1 .5%	5 2.4%
韓国 (n=75)	1 1.3%	32 42.7%	13 17.3%	0 .0%	20 26.7%	8 10.7%	0 .0%	1 1.3%
イスラエル (n=58)	0 .0%	5 8.6%	17 29.3%	0 .0%	12 20.7%	6 10.3%	14 24.1%	4 6.9%
オーストラリア (n=51)	2 3.9%	4 7.8%	12 23.5%	0 .0%	25 49.0%	5 9.8%	1 2.0%	2 3.9%
チェコ (n=41)	0 .0%	3 7.3%	17 41.5%	0 .0%	13 31.7%	2 4.9%	6 14.6%	0 .0%
オランダ (n=26)	5 19.2%	1 3.8%	7 26.9%	0 .0%	7 26.9%	2 7.7%	0 .0%	4 15.4%
フランス (n=29)	2 6.9%	3 10.3%	4 13.8%	0 .0%	12 41.4%	6 20.7%	2 6.9%	0 .0%
イギリス (n=54)	2 3.7%	9 16.7%	10 18.5%	0 .0%	21 38.9%	5 9.3%	1 1.9%	6 11.1%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	1 3.3%	7 23.3%	2 6.7%	9 30.0%	9 30.0%	0 .0%	2 6.7%
合計 (n=573)	18 3.1%	139 24.3%	101 17.6%	3 .5%	154 26.9%	109 19.0%	25 4.4%	24 4.2%

3.7.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 3-15、表 3-16 にまとめた。理想の判断について、日本は9ヶ国調査と同様が「人工栄養」が約5割を占めており、医療職は120人（53.6%）、相談・CMは64人（48.9%）、介護職102人（55.4%）となっていた。韓国も、どの職種においても「人工栄養」がもっとも多く、医療職は189人（61.6%）、相談・CMは48人（52.2%）、介護職185人（43.8%）となっていたが、医療職と比べると介護職が「人工栄養」を選択する割合は低く、逆に「現状維持」（144人、39.7）を選択する割合が高かった。

現実的判断についても日本は同様の傾向を示しており、「人工栄養」を選んだ医療職は166人（74.4%）、相談・CMは97人（73.5%）、介護職141人（79.7%）となっていた。なお、「リハビリ」「現状維持」の割合は全体的に減少していた。韓国についても、「人工栄養」が最も高く、医療職は204人（66.7%）、相談・CMは51人（55.4%）、介護職189人（52.2%）となっていたが、増加割合は日本ほど多くなかった。

このように、日韓では認知症ケースへの対応方針は概ね同様の傾向を示しているが、日本において介護職よりも医療職が「現状維持」を選択する割合が高い一方で、韓国では逆に医療職よりも介護職が「現状維持」を選択する割合が高いといった職種による傾向が異なる傾向にあった。

表 3-15 日韓調査：職種別認知症ケースへの対応方針における理想の判断（問3-7）

		人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他
日本	医療職 (n=224)	120 53.6%	2 0.9%	25 11.2%	67 29.9%	3 1.3%	7 3.1%
	相談・CM (n=131)	64 48.9%	1 0.8%	22 16.8%	36 27.5%	2 1.5%	6 4.6%
	介護職 (n=184)	102 55.4%	3 1.6%	38 20.7%	34 18.5%	0 0.0%	7 3.8%
韓国	医療職 (n=224)	189 61.6%	7 2.3%	39 12.7%	67 21.8%	1 0.3%	4 1.3%
	相談・CM (n=131)	48 52.2%	5 5.4%	16 17.4%	22 23.9%	0 0.0%	1 1.1%
	介護職 (n=184)	159 43.8%	21 5.8%	31 8.5%	144 39.7%	4 1.1%	4 1.1%

表 3-16 日韓調査：職種別認知症ケースへの対応方針における現実的判断（問3-8）

		人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他
日本	医療職 (n=223)	166 74.4%	2 0.9%	10 4.5%	42 18.8%	2 0.9%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	97 73.5%	0 0.0%	5 3.8%	27 20.5%	2 1.5%	1 0.8%
	介護職 (n=177)	141 79.7%	2 1.1%	9 5.1%	19 10.7%	2 1.1%	4 2.3%
韓国	医療職 (n=306)	204 66.7%	4 1.3%	29 9.5%	69 22.5%	0 0.0%	0 0.0%
	相談・CM (n=92)	51 55.4%	3 3.3%	9 9.8%	27 29.3%	0 0.0%	2 2.2%
	介護職 (n=362)	189 52.2%	14 3.9%	24 6.6%	130 35.9%	2 0.6%	3 0.8%

さらに、この理想の判断と現実的判断が異なっているかい離の割合について調べたものが図 3-9 である。日韓を比較すると、韓国の方がかい離ありの割合が低かった。また、日

本のなかでは相談・CMが35.9%と、医療職の29.6%、介護職の31.6%に比べて若干高くなっていた。韓国でも同様に、相談・CMが32.6%と、医療職の25.2%、介護職の24.6%に比べて若干高くなっていた。

これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値5.618（自由度1）で有意水準5%で有意であり、国の違いと対応方針における理想の判断と現実的判断のかい離の有無には有意な関連が見られた。また、日本、韓国それぞれについて、職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、日本については χ^2 値1.505（自由度2）で有意水準5%で有意ではなく、職種とかい離の有無について有意な関連が見られなかった。韓国については χ^2 値2.572（自由度2）で有意水準5%で有意でなく、職種とかい離の有無について有意な関連は見られなかった。このことから、日韓の違いとかい離の有無については有意な関連が見られたものの、日韓それぞれの国のなかで職種との関連が見られなかったことから、職種のあり方とは異なる日韓のあり方の違いがかい離の有無を規定していると考えられる。

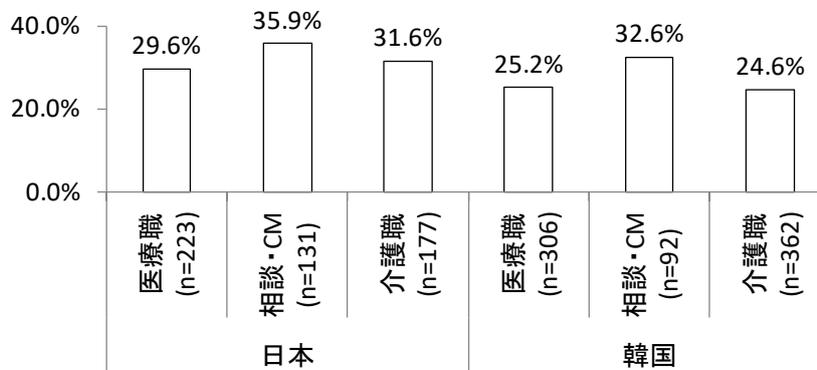


図 3-9 日韓調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断のかい離ありの職種別割合

続いて、対応方針を選択した理由についての日韓調査の結果を表 3-17、表 3-18 にまとめた。9ヶ国調査における結果と類似して、全体として「尊厳保持」「QOL」「家族の意向」「生存時間」の4つの選択肢が比較的分散している。

理想の判断の理由としては、日本については、「家族の意向」の割合が比較的すべての職種で大きく、医療職は84人(38.9%)、相談・CMは46人(35.7%)、介護職60人(34.5%)となっていた。次いで、「尊厳保持」が多く、医療職は52人(24.1%)、相談・CMは36人(27.9%)、介護職40人(23.0%)となっており、職種間の違いはあまりない。ただし、次いで多かった「生存時間」については、医療職は39人(18.1%)、相談・CMは24人(18.6%)、介護職42人(24.1%)となっており、介護職において選択の理由として「生存時間」を選択する割合は他の職種より若干多かった。韓国については、理想の方針で「人工栄養」の選択が多かった「医療職」は「生存時間」が最も大きく、105人(34.2%)で他の職種(CM・相談は27人(29.3%)、介護職は64人(17.6%))に比べて多かった。また、理想の方針で「現状維持」の選択が多かった「介護職」は「尊厳の保持」が最も大きく、154人(42.4%)で他の職種(医療職は93人(30.3%)、CM・相談は35人(38.0%))に比べて多かった。その他、日本に比べて「QOL」の割合が大きく、医療職は67人(21.8%)、相談・CMは15人(16.3%)、介護職79人(21.8%)となっていた。

現実的判断の理由について、日本は「家族の意向」の割合が最も大きく、それぞれ医療職は 87 人 (40.7%)、相談・CM は 54 人 (41.9%)、介護職 60 人 (34.9%) となっており、理想的判断と比べて若干であるが全体的に割合が高くなっていた。「生存時間」に関しては、理想的判断と比べてどの職種も 10%以上割合が高くなっており、医療職は 62 人 (29.0%)、相談・CM は 38 人 (29.5%)、介護職 67 人 (39.0%) であった。これに対して、韓国は理想的判断と同様に「生存時間」と「尊厳保持」の割合が高く、職種間の選択も似た傾向であった。具体的には「生存時間」の割合は、医療職は 133 人 (43.5%)、相談・CM は 34 人 (37.0%)、介護職 78 人 (21.5%) となっており、医療職の割合が高かった。また、「尊厳保持」の割合は、医療職は 81 人 (26.5%)、相談・CM は 34 人 (37.0%)、介護職 152 人 (42.0%) となっており、介護職の割合が高かった。

表 3-17 日韓調査:職種別認知症ケースへの対応方針における理想の判断の理由(問3-7-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=216)	3 1.4%	39 18.1%	30 13.9%	3 1.4%	52 24.1%	84 38.9%	0 0.0%	5 2.3%
	相談・CM (n=129)	4 3.1%	24 18.6%	14 10.9%	2 1.6%	36 27.9%	46 35.7%	0 0.0%	3 2.3%
	介護職 (n=174)	7 4.0%	42 24.1%	19 10.9%	2 1.1%	40 23.0%	60 34.5%	0 0.0%	4 2.3%
韓国	医療職 (n=307)	7 2.3%	105 34.2%	67 21.8%	1 0.3%	93 30.3%	28 9.1%	0 0.0%	6 2.0%
	相談・CM (n=92)	2 2.2%	27 29.3%	15 16.3%	2 2.2%	35 38.0%	6 6.5%	2 2.2%	3 3.3%
	介護職 (n=363)	11 3.0%	64 17.6%	79 21.8%	7 1.9%	154 42.4%	42 11.6%	4 1.1%	2 0.6%

表 3-18 日韓調査:職種別認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由(問3-8-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=214)	5 2.3%	62 29.0%	22 10.3%	3 1.4%	29 13.6%	87 40.7%	2 0.9%	5 2.3%
	相談・CM (n=129)	3 2.3%	38 29.5%	5 3.9%	1 0.8%	25 19.4%	54 41.9%	0 0.0%	3 2.3%
	介護職 (n=172)	1 0.6%	67 39.0%	9 5.2%	2 1.2%	30 17.4%	60 34.9%	2 1.2%	1 0.6%
韓国	医療職 (n=306)	4 1.3%	133 43.5%	47 15.4%	5 1.6%	81 26.5%	30 9.8%	0 0.0%	6 2.0%
	相談・CM (n=92)	4 4.3%	34 37.0%	12 13.0%	1 1.1%	34 37.0%	7 7.6%	0 0.0%	0 0.0%
	介護職 (n=362)	1 0.3%	78 21.5%	77 21.3%	12 3.3%	152 42.0%	39 10.8%	1 0.3%	2 0.6%

この理想の判断と現実的判断の理由が異なっているかい離の割合について調べたものが図 3-10 である。日韓を比較すると、職種によってかい離ありの割合が異なっている。両国とも対応方針におけるかい離と比べるとその割合は若干増えていた。また、日本のなかでは介護職が 48.5%と、医療職の 32.7%、相談・CM の 37.0%に比べて高くなっており、この傾向は対応方針とは異なっていた。韓国では、相談・CM が 43.5%と、医療職の 36.9%、介護職の 37.4%に比べて若干高くなっており、この傾向は対応方針と同様の傾向であった。

これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 0.130 (自由度 1) で有意水準 5% で有意でなく、国の違いと対応方針における理想の判断の理由と現実的判断の理由には有意な関連は見られなかった。また、日本、韓国それぞれについて、職種と判断のいかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、日本については χ^2 値 9.834 (自由度 2) で有意水準 1% で有意であり、職種とかい離の有無について有意な関連が見られた。これに対して、韓国については χ^2 値 1.377 (自由度 2) で有意水準 5% で有意でなく、職種とかい離の有無について有意な関連は見られなかった。このことから、日本においては、職種によって判断の理由が異なるだけでなく、理想の判断の理由と現実的判断の理由の一致、不一致の割合が異なることが分かる。この傾向は、韓国に見られない日本の特徴であった。

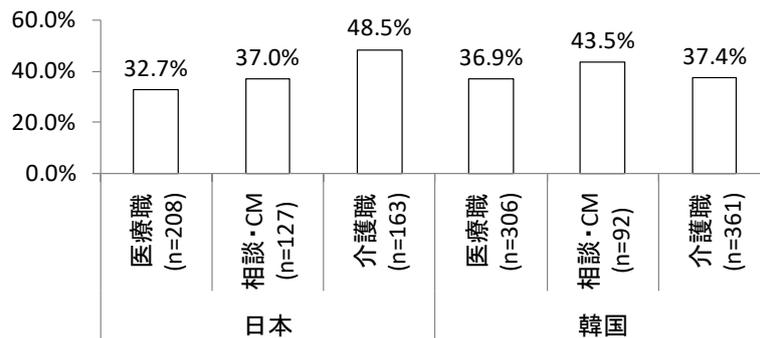


図 3-10 日韓調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断の理由のいかい離ありの職種別割合

3.8. 来るべき死に向けた方針 (問 3-9)

認知症ケースの最後として、問 3-9 において来るべき死に向けた方針とその理由について聞いている。方針については、病院、介護施設、自宅のいずれかにおいて治療の継続か緩和ケアへの移行のどちらがよいかという計 6 つとその他を選択肢とした (以下、それぞれ病院・治療、病院・緩和ケアと表記)。また、方針の理由については、複数回答可の形式で質問しており、選択肢は前節の対応方針と同じものを用いている。

3.8.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、表 3-19、表 3-20 である。まず方針についてであるが、韓国、イスラエルを除いて「自宅での緩和ケアへの移行」がそれぞれの国の中で最も高い割合を示しているが、全体では 242 人 (39.0%) と 4 割程度になっている。また、「自宅での緩和ケアへの移行」の各国間の割合は幅が広がった。なお、韓国では「介護施設での緩和ケア」が 24 人 (30.8%)、イスラエルでは「介護施設での治療」が 22 人 (34.9%) と最も高い割合であった。韓国は自宅の割合が他国に比べて非常に低く 5 分の 1 程度であり、韓国が自宅ではなく病院や介護施設を理想とする傾向と合致する。

次に対応方針の理由についてみると、「尊厳保持」がどの国ももっとも多くなっており全体では 318 人 (51.1%) となっている。続いて「家族の意向」の 279 人 (44.9%)、「QOL」が 174 人 (28.0%) となっている。国ごとの違いを見ると、「家族の意向」については韓国、オーストラリアの割合が低い一方で日本、オランダが高く、「QOL」についてはオランダとアメリカの割合が低い一方で、チェコが高かった。

表 3-19 9ヶ国調査：認知症ケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問 3-9）

	病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本 (n=220)	8 3.6%	7 3.2%	16 7.3%	37 16.8%	61 27.7%	90 40.9%	1 .5%
韓国 (n=79)	12 15.4%	19 24.4%	8 10.3%	24 30.8%	4 5.1%	9 11.5%	2 2.6%
イスラエル (n=63)	0 .0%	4 6.3%	22 34.9%	10 15.9%	7 11.1%	20 31.7%	0 .0%
オーストラリア (n=53)	3 5.7%	5 9.4%	2 3.8%	16 30.2%	7 13.2%	19 35.8%	1 1.9%
チェコ (n=52)	2 3.8%	4 7.7%	8 15.4%	8 15.4%	5 9.6%	24 46.2%	1 1.9%
オランダ (n=31)	0 .0%	1 3.2%	4 12.9%	3 9.7%	6 19.4%	14 45.2%	3 9.7%
フランス (n=27)	5 18.5%	1 3.7%	1 3.7%	3 11.1%	2 7.4%	14 51.9%	1 3.7%
イギリス (n=66)	6 9.1%	5 7.6%	4 6.1%	14 21.2%	8 12.1%	26 39.4%	3 4.5%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 13.3%	26 86.7%	0 .0%
合計 (n=620)	36 5.8%	46 7.4%	65 10.5%	115 18.5%	104 16.8%	242 39.0%	12 1.9%

表 3-20 9ヶ国調査：認知症ケースへの来たるべき死に向けての対応方針の理由（問 3-9-2、複数回答可）

	完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本 (n=220)	6 2.7%	35 15.9%	40 18.2%	6 2.7%	94 42.7%	135 61.4%	2 .9%	3 1.4%
韓国 (n=78)	2 2.6%	26 33.3%	21 26.9%	7 9.0%	36 46.2%	19 24.4%	0 .0%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	0 .0%	1 1.6%	21 33.9%	0 .0%	24 38.7%	19 30.6%	10 16.1%	6 9.7%
オーストラリア (n=52)	1 1.9%	1 1.9%	15 28.8%	1 1.9%	26 50.0%	14 26.9%	2 3.8%	5 9.6%
チェコ (n=53)	0 .0%	7 13.2%	30 56.6%	4 7.5%	34 64.2%	16 30.2%	2 3.8%	3 5.7%
オランダ (n=30)	1 3.3%	0 .0%	5 16.7%	0 .0%	13 43.3%	19 63.3%	1 3.3%	1 3.3%
フランス (n=29)	1 3.4%	3 10.3%	12 41.4%	0 .0%	20 69.0%	15 51.7%	3 10.3%	1 3.4%
イギリス (n=68)	6 8.8%	10 14.7%	29 42.6%	2 2.9%	53 77.9%	29 42.6%	8 11.8%	8 11.8%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	1 3.3%	18 60.0%	13 43.3%	1 3.3%	0 .0%
合計 (n=622)	17 2.7%	83 13.3%	174 28.0%	21 3.4%	318 51.1%	279 44.9%	29 4.7%	28 4.5%

3.8.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 3-21、表 3-22 にまとめた。日本では、「自宅での緩和ケアへの移行」が、医療職は 75 人 (33.6%)、相談・CM は 51 人 (38.9%)、介護職 57 人 (31.5%) であり、「自宅での治療」が医療職は 66 人 (29.6%)、相談・CM は 39 人 (29.8%)、介護職 60 人 (33.1%) と全体的に「自宅」の傾向が高かった。

韓国については、9ヶ国調査と同様にばらつきがあり、「病院での緩和ケアへの移行」、「介護施設での緩和ケアへの移行」、が職種間で若干ばらつきはあるもののいずれもほぼ同じ30%前後であった。介護職については、「病院での治療の継続」の割合が86人(23.7%)、「病院での緩和ケア」が100人(27.5%)、「介護施設での緩和ケア」が82人(22.6%)と多く、「自宅での緩和ケアへの移行」が40人(11.8%)と少なくなっている点に特徴がある。

表 3-21 日韓調査：職種別認知症ケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問 3-9）

		病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施 設・治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本	医療職 (n=223)	11 4.9%	18 8.1%	27 12.1%	23 10.3%	66 29.6%	75 33.6%	3 1.3%
	相談・CM (n=131)	12 9.2%	9 6.9%	7 5.3%	12 9.2%	39 29.8%	51 38.9%	1 0.8%
	介護職 (n=181)	12 6.6%	18 9.9%	18 9.9%	15 8.3%	60 33.1%	57 31.5%	1 0.6%
韓国	医療職 (n=307)	35 11.4%	94 30.6%	23 7.5%	84 27.4%	15 4.9%	54 17.6%	2 0.7%
	相談・CM (n=92)	8 8.7%	23 25.0%	5 5.4%	32 34.8%	2 2.2%	21 22.8%	1 1.1%
	介護職 (n=363)	86 23.7%	100 27.5%	40 11.0%	82 22.6%	15 4.1%	40 11.0%	0 0.0%

表 3-22 日韓調査：職種別認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-9-2、複数回答可）

		完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=222)	5 2.3%	38 17.1%	54 24.3%	17 7.7%	96 43.2%	154 69.4%	0 0.0%	11 5.0%
	相談・CM (n=131)	2 1.5%	24 18.3%	20 15.3%	10 7.7%	67 51.1%	96 73.3%	0 0.0%	4 3.1%
	介護職 (n=179)	2 1.1%	49 27.4%	15 8.4%	5 2.8%	99 55.3%	128 71.5%	2 1.1%	3 1.7%
韓国	医療職 (n=532)	5 1.6%	104 33.9%	140 45.6%	31 10.1%	189 61.6%	107 34.9%	4 1.3%	1 0.3%
	相談・CM (n=307)	2 2.2%	24 26.1%	37 40.2%	6 6.5%	61 66.3%	32 34.8%	2 2.2%	2 2.2%
	介護職 (n=92)	6 1.6%	62 17.0%	181 49.7%	29 8.0%	271 74.5%	106 29.1%	4 1.1%	6 1.6%

3.9. 認知症ケースのまとめ

B ケースが「終末期」かどうかについても国ごとにばらつきがあり、その判断によっても対応方針が異なる傾向があると考えられた。また、「本人の意思決定」が十分に把握できない状況下において誰が方針をとるのか、医療・介護の実践において何を行うべきかという点についてのコンセンサスは、国や職種ごとの回答のばらつきからも、まだ十分にとられていないと考えられた。

認知症に関しては、全世界的に数が増えており、現在様々な研究がすすめられているが、がんほど標準化されたプロセスなどは明らかにされていない。また、認知症の人の対応の多様性、個別性が高いため、それぞれの実践現場で統一的な対応を共有していくことは容易ではない現状があると考えられた。

VI. 理想の看取りと死に関する国際比較調査 報告と分析

終末期、看取りについての国際制度比較調査

終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：
アンケート調査

終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：
施設質問紙調査

平成 22 年度看取りの国際比較調査結果に対する
各国の考え方

VI. 理想の看取りと死に関する国際比較調査 報告と分析

終末期、看取りについての国際制度比較調査
 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査: アンケート調査
 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査: 施設質問紙調査
 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査: ヒアリング調査
 (2010年調査への各国からのコメント)

1. 「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」の背景・成果・提言

一般社団法人ライフケアシステム代表理事
 辻彼南雄

1. 問題の背景

「諸外国と比較して、日本における病院死の圧倒的増加はなぜか？」

今回の「理想の死と看取りと死に関する国際比較調査」対象国の高齢化率をまず確認しておきたい。日本の高齢化率は1960年代、1970年代から増加が顕著になり、その後も非常に早いスピードで増え、今後もさらに増加すると予測されている。韓国もそれを約20年遅れて高齢化が急速に進行している。その他の各国はやはり少しならかなカーブをたどりながら、徐々に高齢化が進んでいる。

高齢化社会の進行に伴い、高齢者の看取りの問題は各国ともすでに共通の問題であると思われ、今後さらに重要視されてくるであろう。

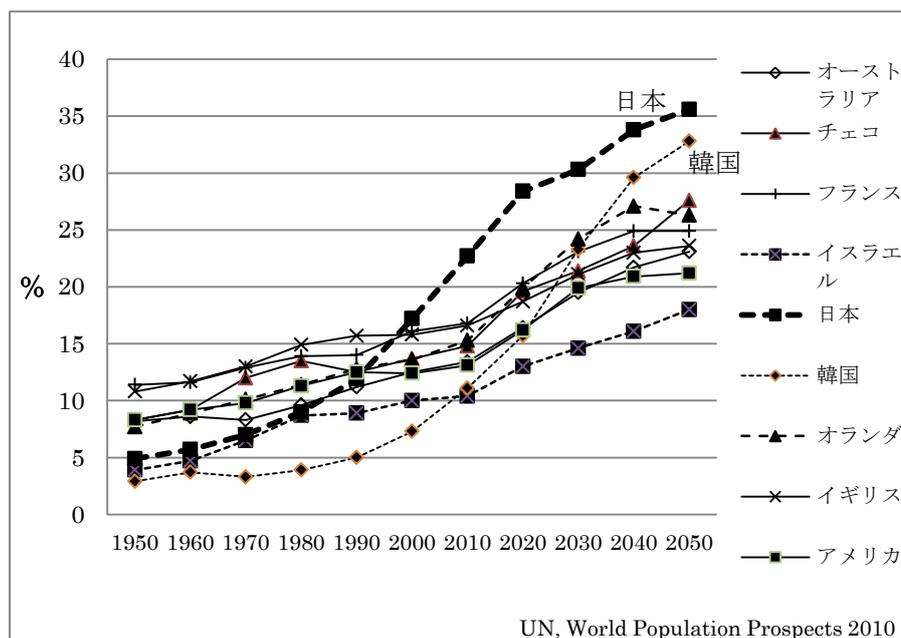


図1 各国の高齢化率の推移 (調査対象国 1950-2050)

1) 出生数、死亡数

日本では、今後出生数が減少し死亡数が増えていく(図2)。現在は死亡者が上回り始め、後20年、30年後には死者が出生数の3倍に達するとみられている。つまり出生届けよりも死亡届けが多い社会が目の前に来ている。

出生に立ち会う医師、ケア従事者が重要な仕事をしているのと同じく、今後は高齢者の終末期を支え、死に至るケアをする質の高い専門家の必要性がさらに求められる。

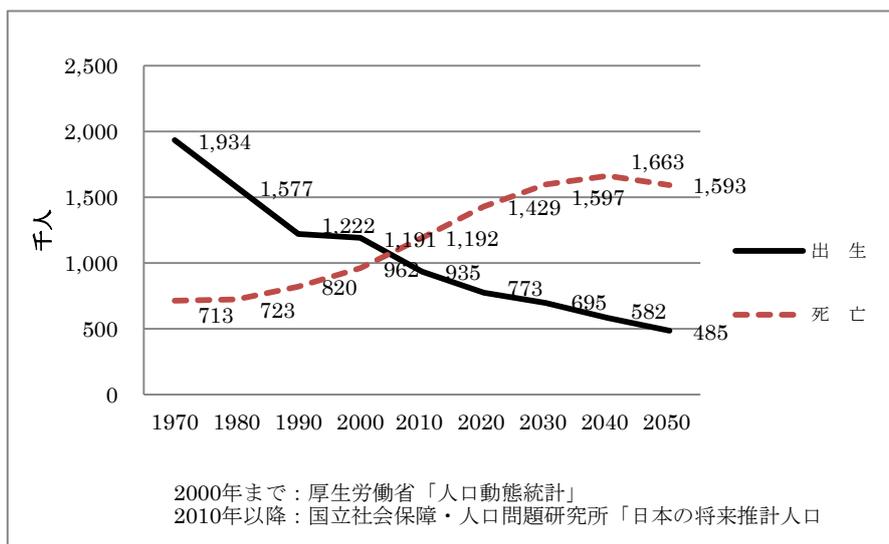
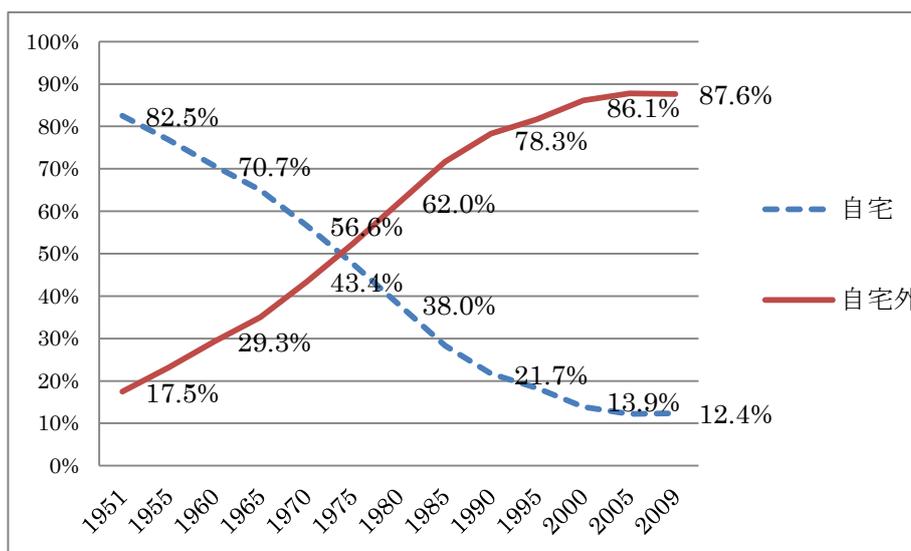


図2 日本の出生数と死亡数の推移

2) 死亡場所の推移

日本の死亡の場所の推移のデータを見ると(図3)、1975年を基点に在宅死と自宅外の死が交差しており現在87.6%の方々は多くは病院で亡くなり、12.4%の方が自宅、つまり医療施設ではないところで亡くなっている。



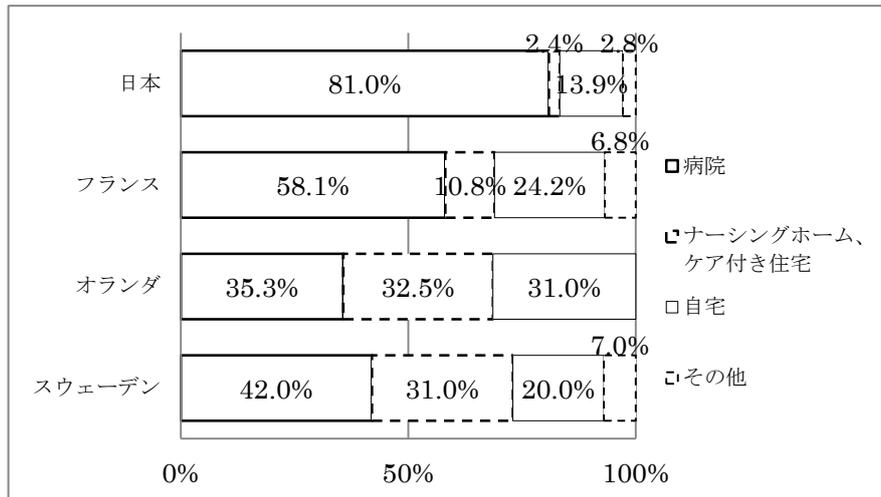
厚生労働省「人口動態調査」2009

図3 日本の死亡場所の推移

図4「終末期における医療—死亡場所の内訳」は、医療経済研究機構の研究報告書からの引用である。病院死の割合は高い順に日本が81.0%、フランス58.1%、スウェーデン42.0%、オランダ35.3%である。

これらの国はほぼ同じ経済水準であり、現代医療の技術水準も、日本とこれらの各国で大きな差はないはずであるにもかかわらず、死亡の場所になぜこれだけの差が出てくるのだろうか。

一方で、どのようにしたら自宅やナーシングホーム・ケア付き住宅で他国のように最期を迎えることができるのだろうか。



医療経済研究機構「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書」2002
 図4 終末期における医療 —死亡場所の内訳

少し古いデータになるが、OECDの1998年のデータによって時系列でみていくと日本は1960年頃には病院死の割合が低い国であったが、非常に速いスピードで各国を上回る事態になってきたことがわかる(図5)。

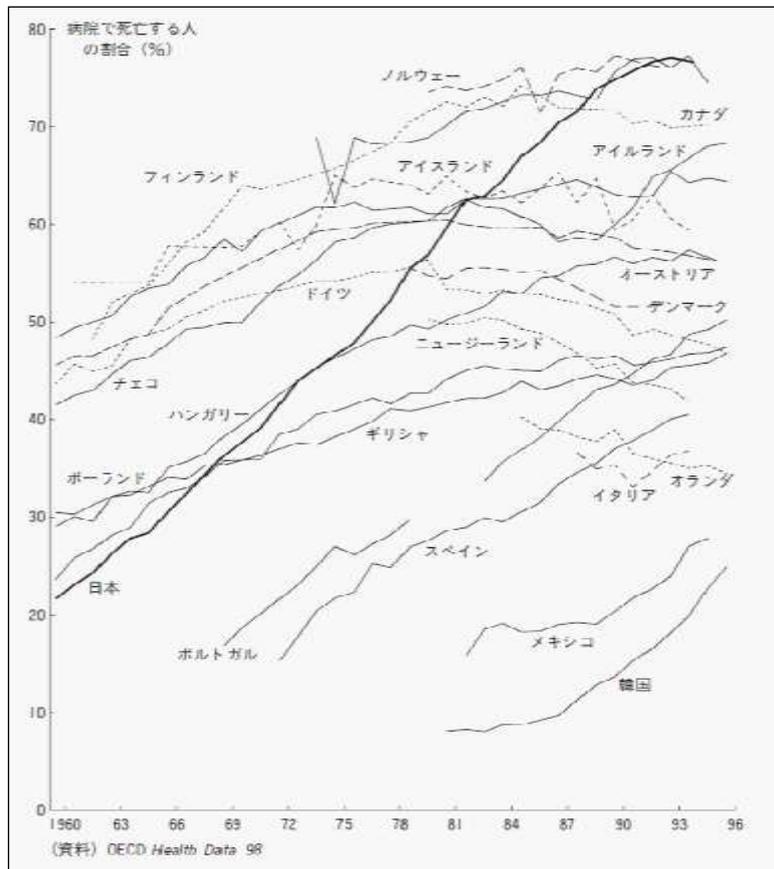


図5 病院で死亡する人の割合

また、上記のグラフの時期以降の状況を見てみる。最近いろいろな機会に入ったデータを整理してみると以下の表1が得られた。日本は一貫して病院死率は高い状態が続いている。2006年以降にごくわずかだが低下しているのは最近の在宅医療施策によるものと思われる。フランスのデータはコンスタントに安定しているようである。韓国は早いスピードで上がった

てきている。オーストラリアはデータが少ないが上がってきているようである。オランダもごく一部しかデータがないがこれを見ると非常に低い。チェコとイギリスは比較的高い。

各国の医療技術水準は同等であるのに、これだけの死を迎える場所の違いはなぜ生まれているのだろうか。今までその理由は各国の施設制度の違いであり、また、死に対する態度など宗教の違いであるとも片付けられてきたが果たしてそれは妥当であろうか。

表1 各国の病院死率の変化 (%)

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
日本	76.2	77.1	78.2	78.4	78.6	78.9	79.6	79.8	79.7	79.4	78.6	78.4
アメリカ			50.0	49.2	48.5	47.2	46.1	45.3		43.0		
イギリス									67.6	66.5	66.1	65.5
フランス	58.1					56.3	57.5	57.2	57.7	57.2	57.6	57.7
オランダ									28.0			
韓国	28.5	32.2	36.0	39.9	43.5	45.1	46.7			54.7		
オーストラリア	35.3							60.4				
チェコ										68.9	69.3	69.6

出典：注

2. 調査方法

高度の医療行為が必要ならば入院ということになり、それほどの医療が必要ではなければ入院せずとも病院外でも可能である。そして現在では、胃ろうによる栄養法、延命処置法を知らない医師はいないはずにもかかわらず、それを適用する国としない国がある。そうであれば、現代医学＝科学技術水準以外の何がそうさせているのか、あえて治療行為をしない国があるのはなぜか。統計だけではわからないこの疑問の答えをなんとか知りたいというのが今回の調査研究の出発点である。

つまり、われわれの調査は以下の2つの疑問から出発している。

疑問1 なぜ病院死が増え、在宅死が減ったのか

疑問2 死を迎える場所の違いは何から生まれるか

医療内容はほぼ世界共通であるとして、死亡場所の比率が異なるとすれば、それは国ごとの制度が違うためという説明もある。医療によって左右される「死」についての対応が各国の専門家で異なっていることも予想された。では、終末期の医療内容の決定には医療従事者の判断は何に影響されているのか。高齢者に多い疾病、特にがんと認知症によってはどのような差があるのだろうか。

そこで、以下の3つの仮説を設定した。

仮説1) 看取りの場の選択は、国の関連法整備によって影響を受けている

仮説2) 看取りの場の選択は、医療専門職の関連ガイドラインおよび各専門職の判断によって影響を受けている

仮説3) 看取りの場の選択は、がん患者と認知症患者では異なっている

この仮説検証のため、実際の調査としては以下の4調査を行った。

A. 終末期、看取りについての国際制度比較調査

- ・各国の協力機関対象。終末期のケアについての法律や条例、等についての各国協力機関への質問紙調査。実施は2010年、2011年。(対象国：日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ、韓国、オーストラリア)

B. 専門職、機関への調査

a. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：アンケート調査

- ・各国の協力機関経由で(日本は直接)、看取りを行う専門職対象。看取りの理想と実際、等。2010年、2011年。(日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ、韓国、オーストラリア)
- ・実際のアンケート調査にあたっては、看取りの現場のケアスタッフの声を集める必要があるが、過去の経験から漠然とした問いを投げかけても具体的な事実を見出すことは難しいことが予想された。そこで、典型的な臨床事例を創作してそれへの具体的な意見と実際の対応を聞く専門職に対するアンケート調査の方法を採用した。ケースAとして末期がんの場合、ケースBとして認知症の場合を想定した。

b. 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：施設質問紙調査

- ・各国の協力機関経由で(日本は直接)、病院・施設管理者対象。看取り実績・経管栄養利用者数等。2011年。(日本、韓国)

c. 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：ヒアリング調査

- ・各国で直接インタビュー。終末期の高齢者への看取りを行っている事業者の専門職。看取りの実際と課題について。2011年。(日本、韓国、オーストラリア)

3. 成果

調査結果と分析に詳細な分析は、本報告書の142ページ以下にその詳細を譲り、ここでは在宅医療を専門とする立場からいくつかのポイントを記すにとどめたい。

(わが国の特徴)

20年在宅医療を日本で行ってきた医師の立場から実感していることは、終末期であっても国民の高度医療、病院医療への期待の高さである。在宅では胃ろうを含む外科手術的なことができないため、希望がある場合には現状としては病院にご紹介する傾向にある。その時点で入院されるということが多いように思う。それに対応して、その医療処置を判断する医師・ナース・その他多くの医療従事者もそれを良しとする傾向があると思う。

その結果、病院で治療を始めてその後に「中止をする」というのは非常に難しい。したがって、効果が十分はっきりしなくても医療処置を「継続していく」という傾向にあって、結果的に亡くなられるまでその治療をしていく。それが結果として、今の日本の高い病院死の数字になっているのではないかと考えられる。

その過程で認識されることが少ないのは、自分の死や家族の看取りの時期が100%やってくるということである。それを指摘する医師などの専門家も少ない。

今回のアンケート調査の結果から日本の特徴と思われるものをいくつか挙げてみたい。

末期がんの A ケースにおいて、専門職が「終末を迎えることができるように支援するべき場所（理想）」は、日本においては「自宅」と考えるのが 79.2%であるのに対して、「終末を迎えるであろうという現実的判断（現実）」は実に 8.2%まで低下してしまうのである。これは比較対象の各国に比べて顕著な乖離である（本報告書 181 ページ）。このことは、現実に自宅やナーシングホーム・ケア付き住宅で最期を迎えるための医療・介護チームの配置を含む環境整備が十分ではないことを示しているのではないだろうか。

また、終末期認知症の B ケースで「医学的知見以外の家族への説明内容」で「余命」を説明する場合は日本では少なく 26.2%である（本報告書 207 ページ）。

同じく B ケースで「実際の対応の基本方針を選択した理由」への回答では「生存時間が延びる可能性が高い」が 38.8%で最も多く、「家族の意向に合致する可能性が高い」が次いで 31.6%を占め、調査国中で非常に多い傾向を示している。また、同じ質問で「本人の尊厳が保持される」との回答は、日本では 16.7%に過ぎないが、日本を除く各国ではより多く選択されてそれぞれの国の最も高い割合の回答となっている（本報告書 211 ページ）。

これらの結果は、上に述べた私の実感とも関連するが、我が国における看取りにかんするコンセンサス作りが不十分であることを示唆していると思われる。

また、がんについては終末期の医療・介護の具体的な方針については、各国ともそれほど多くの違いはないが（本報告書 189 ページ）、認知症の特徴は終末期を判断するのが非常に難しい疾病であるということである。そこから、終末期と思わない場合は治療を続け、終末期と思う場合は現状維持を選ぶことになる（図 6）。

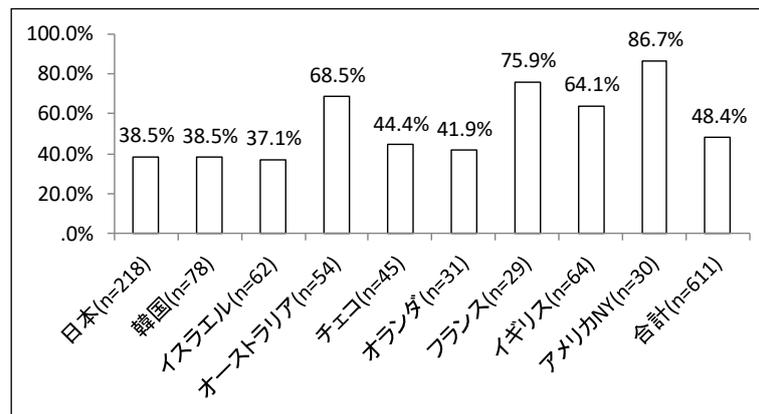


図 6 B ケースを終末期と思うか（「はい」の割合）

このことに関連していると思われるのは、調査対象国のうち日本に次いで高齢化が進んでいるフランス（高齢化率 16.8%, 2010 年, World Population Prospects, UN 以下同）、英国（16.6%）、オランダ（15.3%）ではそれぞれ終末期関連の法律と国家戦略、ガイドラインが成立しているということである。フランスでは「レオネッティ法（2005 年）」「緩和ケア推進プログラム（2008 年）」、英国では「意思決定能力法（2005 年）」「終末期ケア戦略（2008 年）」、オランダでは「安楽死法（2001 年）」「緩和ケア計画（2008 年）」である（本報告書 143 ページ参照）。そして、たとえばフランスではレオネッティ法成立までに 20 年以上もの期間にわたって国民的な議論が行われたとのことである。

図 6 にみられる国ごとの違いは、それぞれの国の文化というよりも、以前から長寿先進国であった欧米諸国の歴史と、近年急速に長寿社会となってきた日本との国民的な議論の蓄積の差がもたらしているものではないだろうか。

また、認知症は、今後世界中で増え、そして亡くなる方が増えていくことは明らかである。各国単位ではなくグローバルな問題として、良い看取りを受けられる権利が世界中で認められるような運動を作っていく必要があるのではないかと思う。死にゆくときも、最後までその人らしく扱われることは基本的人権のひとつであると訴えていくことは非常に重要であると思われる。

最後に、3つの「仮説」の検証について述べておきたい。

仮説1) 看取りの場の選択は、国の関連法整備によって影響を受けている

仮説2) 看取りの場の選択は、医療専門職ガイドラインおよび各専門職の判断によって影響を受けている

今回の調査結果から、仮説1, 2については、妥当性は得られたと思う。ただし、結果として成り立っている法律や国家計画の内容もさることながら、それらを作り上げる前提としての国民的なコンセンサスの積み重ね方の結果からの影響というべきかもしれない。これをまず、わが国は見習うべきであろう。

仮説3) 看取りの場の選択は、がん患者と認知症患者では異なっている

がんについての終末期の医療・介護の具体的な方針については各国ともに標準化され実行されようとしており、その理想と現実に大きな違いはない。しかし、認知症の場合は各国で差が現れるという意味で世界的に標準化されておらず、そういった意味で、がん患者の看取りの場と認知症患者の看取りの場に違いが表れていると言えるであろう。一言で言えば、認知症の看取りの正解的標準化はがんに比べて遅れているということである。

4. わが国の政策への提言

最後にこれまで述べてきたことのまとめを政策への提言として簡単に整理したい。

1) 認知症の終末期のケアのあり方についての国民的議論が必要

急速に増加しつつある認知症の終末期ケアの基準について、特に、その「終末期」の判断についてはわが国においては医学上のコンセンサスがなく、他のケア専門職にもないのが現状である。当事者である国民を広く巻き込んだ議論をしていく必要があると考える。

2) 国レベルでの法整備が必要

看取りの場の問題は国民とケア専門職の共通の課題であり、「がん」と「認知症」などの疾患の相違に留意しつつ、終末期ケアに関する新しい法整備が必要と考える。その根拠として、日本国憲法第13条に「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」が規定されているが、「尊厳をもって看取られる権利」は高齢化社会の幸福追求権ではないかという理念も提言したい。

3) 看取りにかかわる在宅ケア専門職の教育推進

病院外で看取ることのできる「専門職」が育成されていない現状がある。上記と並行し、専門職の行動ガイドラインを早期に作成し、そのガイドラインに基づく専門職の教育を急ぐべきである。それと同時に、在宅ケア専門職、つまり診療所医師、訪問看護師、介護職の連携促進事業の促進が、現在あるケア専門職間の意向もしくは判断のズレの問題の解消となるであろう。

謝辞

調査にご協力くださった各機関の皆様にあらためてお礼を申し上げます。

調査にご協力いただいた機関

- ・ 日本国内：病院、診療所、介護老人保健施設、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護事業所、訪問看護事業所、居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、有料老人ホーム
(特に東京都中央区、滋賀県守山市の多くの機関にご協力いただいた)
- ・ 海外国際長寿センター：アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコの各国センター
- ・ 韓国痴呆家族協会
- ・ HammondCare (オーストラリア)

注)

出典	
日本	厚生労働省 平成 21 年人口動態統計 (確定数>上巻>死亡>年次>2009 年)
	表 5-6 「死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」
アメリカ	Centers for disease Control and Prevention. (1989-2005)
	・ GMWK309 Deaths by Place of Death, Age, Race, and Sex: United States, 1999-2005 ・ Health, United States, 2010 Special Feature on Death and Dying, 1989, 1997, 2007
イギリス	Office for National Statistics Deaths registered in 2008
	・ Mortality statistics deaths registered in 2006, 2007, 2008, 2009 わが国の医療提供体制と緩和 3. 高齢社会と緩和ケア (1998)
フランス	National Institute of Statistics and Economic Studies ・ Donnees detaillees des statistiques d'etat civil sur les deces en 2003-09
オランダ	廣瀬真理子「オランダにおける終末期ケアの現状と課題」海外社会保障研究 Autumn 2009 No.168
韓国	Statistics Korea ・ Birth and Death Statistics in 2003, 2004(93-04)
	2007「ホスピス・緩和ケア：韓国の現状と課題」(Dr. Hyun Sook Kim の講演から) 桑野 紀子 Noriko Kuwano 大分県立看護科学大学 広域看護学講座 国際看護学
オーストラリア	福田裕子「オーストラリアの高齢者緩和ケアの現状と課題」海外社会保障研究(2009)No168
チェコ	Czech Statistical Office
	・ Population Stock and Flows in the Czech Republic 2007-09

2. 終末期、看取りについての国際制度比較調査

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

1. 目的

本調査は、終末期、看取りにおける医療、介護についての法律やガイドライン等を把握することを通して、質問紙調査の回答を規定するバックグラウンドの1つとなる制度的背景を明らかにすることを目的としている。

2. 対象と方法

本調査は、質問紙調査と同様の日本を含めた9カ国にデータ提供を求めた。しかし、韓国からは質問に対する直接的な回答が得られなかったため、日本、イギリス、フランス、イスラエル、オーストラリア、チェコ共和国、オランダ、アメリカの8カ国を対象とした。

質問紙調査のケース1（末期がんケース）、ケース2（認知症ケース）の状況を踏まえた上で、「1. 法律、条例の有無、規則の有無について」、「2. ガイドラインの有無について」、「3. 認知症の人の終末期における死について」、「4. PEGの使用について」の項目を設定した。

これらの分野に詳しい専門家、研究職（有識者）に回答を依頼するように要請して、それらを踏まえた回答を、フランス、イギリス、イスラエル、オランダ、チェコ、オランダ、アメリカの国際長寿センター（ILC）アライアンス各国センターから得た。なお、イギリスの調査はILC-UKの依頼によりThe National Council for Palliative Careが協力し、オーストラリアについてはHammondCareの協力が得られた。また、日本においては、本調査チームが作成した。

3. 結果

国ごとに回答情報量の違いがあるため、項目によって回答の有無にばらつきが見られるが、以下、設問項目ごとに関連法律やガイドライン等について確認していく。

最初に、対象国に関して概要をつかむため、緩和ケア・終末期ケアに関する制度、戦略およびガイドライン、認知症の人のガイドラインの有無を整理した。表1では、制度を「安楽死関連」「終末期関連」の2つに分けている。「安楽死関連」には、本人の痛みやさまざまな苦痛などから「早く命を終わらせたい」という意思に対する、積極的安楽死、消極的安楽死、自殺ほう助に関する制度が含まれる。「終末期関連」には、延命治療が無益と判断された場合に、延命治療を受けずに自然の経過の死を迎えたいという意思の尊重が含まれる。なお、本人の意思を尊重する1つの方法として事前指示（Advance Directive）が多くの場合、規定されている。

表1 各国の緩和ケア・終末期ケアの制度や戦略等一覧

	法律		戦略	ガイドライン/指針
	終末期関連	安楽死関連		
日本				終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（厚生労働省）他
韓国				延命治療中止に関する指針（医師会等）
チェコ				チェコ医療審議会勧告
イスラエル	末期患者法(2006)			
フランス	レオネッティ法(2005)		緩和ケア推進プログラム(2008)	緩和ケアに関するガイドライン（緩和ケア協会）他
イギリス (マレーンランド)	(意思決定能力法)(2005)		終末期ケア戦略(2008)	終末期の治療とケア（医療評議会）他
アメリカ	患者の自己決定法(1990)	オレゴン尊厳死法(1994) 含、3州		延命処置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン他
オーストラリア		安楽死法(1997) ×終末期患者の権利法(1995)	緩和ケア国家戦略(2000)	施設高齢者ケア、コミュニティケアにおける緩和ケアアプローチのガイドライン（政府）他
オランダ		安楽死法(2001)	緩和ケア計画(2008)	緩和ケアのガイドライン（医師会）他

3.1. 法律、条例の有無、規則の有無について

1) 終末期の医療、看護、介護における、医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する法律や条例

「終末期関連」の制度について、イスラエル、フランス、アメリカで制定されており、イギリスは終末期には特化していないが意思尊重という観点に関連する制度が制定されていた。

フランスでは、「患者の権利及び生の終末に関する2005年4月22日の法律第2005-370号」（通称「レオネッティ（Leonetti）法」）では、緩和医療や終末期医療について規定されている。イスラエルでは、イスラエル議会（Knesset）で末期患者法（The Act of the Dying Patient）が2005年に可決され、2006年12月に施行されている。末期患者の定義としては、「責任医師による予後診断に基づき、不治の医療的疾患に罹患し余命6ヵ月以下の患者（17歳以上）」とされている。そのため、原則として医学的決定がなければ、この法は適応不可となっている。具体的には、法律で延命治療を控えることは許されるが、既に行っている継続的治療を止めること、酸素・食糧・水分補給を控えることは許されていない。ただし、死期間近（予後2週間）の患者には、飲料・水分も控えることができる（水分は禁忌と医師が判断した場合）PEGも差し控えることができるとされている。また、アメリカの患者の自己決定法（Patient-Self Determination Act of 1990：包括予算調整法（Omnibus Reconciliation Act of 1990）の一部として可決）は、メディケア（Medicare）の報酬を受けている全ての機関に対して、患者へ事前指示書の有無を聞くよう義務付ける連邦法である。また本法は各州に対して、事前指示書に関する独自法を制定するよう命じている。アメリカの50州全てが、医療の代理権（health care power of attorney）に関する法律を定めており、生前遺言（living will）に関する法律は、3州を除いた全州で存在する。マサチューセッツ州・ミシガン州・ニューヨーク州では、生前遺言に関する法律はないが、生前遺言の妥当性を後押しする裁判所の判決が出ている。

また、イギリスでは、イングランドとウェールズの意思決定能力法（The Mental Capacity Act (2005)）及びスコットランドの成年障害者法（Adults With Incapacity Act (Scotland)2000）が施行されている。終末期ケアを規定する法律ではないが、事前指示を制度的に担保する役割を果たしている。認知症や精神疾患、脳の障害等により独力で意思決定を行うことが難しくなった16歳以上の国民を保護するということを目的として、本人に代わって誰が意思決定を行うことができるのか、またそのためにはどのような手続きを踏めばいいのかということを決めている。継続的代理人制度(Enduring Power of Attorney)などによる財産管理を主とした従来の制度から、医療をはじめ生活全般の意思決定支援に広げられた¹。これは、日本の成年後見制度に事前医療指示制度を含めた形と考えると分かりやすいだろう。また、重大な医療行為について、意思決定能力を失っている人に支援や代弁をしてくれる家族や友人がいない場合に、当人の最善の利益を代弁する仕組みとして第三者代弁人(Independent Medical Capacity Advocate)が導入されている。

2) ターミナルケアにおける患者に対する公的な支援

既存の医療や介護サービス等に準じて支援が提供される国が多いが、フランスでは、家族または親族の介護者が終末期を迎える本人の死まで自宅で傍にすることができるように、1日あたり49ユーロの手当を21日間給付可能としている。

アメリカでは、税制均衡財政責任法（1982 *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* (TEFRA)）により、ホスピスがMedicareの給付対象となり、包括予算調整強化法（The 1986 *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA)）では、Medicareのホスピス給付が拡大された。MedicareパートA（入院保険）の受給者は、担当医により末期患者（余命6カ月以下）であると認定され、受給者が末期疾患への治療を見送りホスピスのケアを受けると選択した場合に、ホスピスケアの受給資格が得られるとされる等の取組みが進められている。また、日本においては、診療報酬として、「緩和ケア診療加算」、「在宅ターミナルケア加算」、「在宅患者訪問看護・指導料 ターミナルケア加算」の算定が可能とされており、介護報酬として、特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホームにおいても「看取り介護加算」の算定が可能とされている。

3) 尊厳死・安楽死の実施ないし禁止に関わる法律や条例、ガイドライン等

本調査の対象国で安楽死が認められている国は、オランダおよびアメリカの3州（オレゴン・モンタナ・ワシントン）であった。オランダでは、安楽死法（正式には「要請に基づいた生命終結と、自殺ほう助に関する審査法（*wet toetsing levensbeeindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*）」が施行されている。対象としているのは、患者の生命を終わらせる目的で医師が薬剤の投与を行うこと（安楽死, *levensbeeindiging*）、または医師が処方して患者自身が用いること（自殺ほう助, *hulp bij zelfdoding*）をさしている。安楽死法には、医師が患者の命を絶てる、あるいは患者が自らの命を絶つ援助を医師が行える厳密な条件が指定されている。16歳以上の患者が意思を表現できない状態の時、書面で意思表示を行っていた場合には要請に従うことができるとされている。また、オーストラリア北準州においては、世界で初めての「終末期患者の権利法」(*Rights of the Terminal Ill Act 1995*)において安楽

¹ 児玉真美「英国の Mental Capacity Act」介護保険情報 2008
<http://www.arsvi.com/2000/0801km.htm>

死が認められたが、様々な議論のもと、1997年に連邦議会の「安楽死法（Euthanasia Law Act）」によって「終末期患者の権利法」は無効とされた。アメリカでは1994年にオレゴン州で住民投票により「オレゴン尊厳死法」が承認され、1997年に法制化された。なお、安楽死の実態を把握できる統計資料等は、それらが認められているオレゴン州保健局によると、同州では1998年から2009年の間に460件の医師幫助自殺があったとされている²。また、ワシントン州保健局の2009年尊厳死法報告書（2009 Death with Dignity Act Report）によると、2009年に同州では36件の医師幫助自殺があった³。

安楽死を明確に法律等によって禁止しているのは、フランス、イギリス、オーストラリア、イスラエルであった。イギリスでは、安楽死や幫助自殺は法に反するものであるとされている。ただし、2010年に公訴局長は検察官向けのガイドラインを発表し、どのような場合において幫助自殺を起訴すべきで、どのような場合に起訴が公共の利益になりにくいかを示している⁴。イスラエルにおいても、先の末期患者法（The Act of the Dying Patient）で、積極的安楽死あるいは医師幫助自殺を禁止している。また、安楽死に関する法律や規則が無い、チェコ、日本においても、安楽死は原則的に認められるものではないことが示されている。チェコでは、チェコ医療審議会（Czech Medical Chamber）にて、効果のないケアは提供すべきでないと宣言されている。

3.2. ガイドラインの有無について

1) 終末期の医療、看護、介護について医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する専門職団体が設定した規則やガイドライン

緩和ケア・終末期ケア関連のガイドラインや指針については、先ほどの冒頭で示した一覧のようにほとんどの国で何かしらが示されている。フランスでは、緩和ケア協会（The Society of Palliative cares）によるガイドラインや社会問題委員会の元で患者の権利に関する諸文書（Textes concernant les droits des malades）やがんと終末期ケアに関する諸文書（Textes concernant le plan cancer et les soins de support）等、様々な諸文書が示されている。オランダでは、オランダ医師会（Dutch Physicians Organisation (KNMG)）によって緩和ケアに関するガイドラインが作成されている。ガイドラインには、緩和ケア開始の指示・鎮静剤使用の条件・患者や近親者とのコミュニケーションを含む意思決定プロセスなどが示されている。その他、使用する薬や医師が書かなければならない報告についても記載されている。アメリカでは、The Hastings Centerの「延命処置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン（Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying(1987)）」が、非常に影響力を持っていることが指摘されていた。医療研究・品質調査機構（AHRQ）全国ガイドライン情報センター（the Agency for Healthcare Research and Quality National Guideline Clearinghouse）では、終末期ケアに関する900以上の専門ガイドラインが閲覧可能である。これらの資料は、様々な疾患の患者に対して様々な場所で、どのように終末期ケアを提供するかについて、ガイドラインを示している。日本においては、

² Oregon Health Authority Public Health <http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year12.pdf>

³ “Washington State Department of Health 2009 Death with Dignity Act Report Executive Summary” http://www.doh.wa.gov/dwda/forms/DWDA_2009.pdf

⁴ “Policy for Prosecutors in Respect of Cases of Encouraging or Assisting Suicide” http://www.cps.gov.uk/publications/prosecution/assisted_suicide_policy.html

厚生労働省より、終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン（2007）が示されたが、終末期の定義や治療中止が認められる要件等には言及されていない。

また、フランス、イギリス、オーストラリアにおいては緩和ケア、終末期ケアに関する国家計画や国家戦略が立てられている。フランスでは、2008年に2億3千万ユーロの規模の全国計画として「緩和ケア推進プログラム2008-2012（Programme de développement des soins palliatif 2008-2012）」を発表した。また、イギリス保健省は2008年に「終末期ケア国家戦略（End of life Care Strategy）」を発表し、2010年7月3日、「イギリスの終末期ケア戦略」についての第2回目の年次報告書が発表された。この中で、ホスピスの環境の向上が進められたこと、医療関係者やソーシャル・ケア関係者のためのE-ラーニングシステムがスタートしたこと、全国に戦略が浸透していることなどが成果として挙げられている⁵。オーストラリアでは、認知症ケア国家戦略（National Palliative Care Strategy 2000）が導入され、①認識と理解を深める、②質と効果を継続的に向上させる、③ケアのパートナーシップの推進を行う、の3つの柱が示されている。その他にも、緩和ケアプログラム（National Palliative Care Program 2003）や高齢者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドライン（Guideline for a Palliative Approach in Residential Aged Care 2006）、コミュニティにおける緩和ケアアプローチのガイドライン（Guideline for a Palliative Approach for Aged Care in the community setting 2011）などのプログラムやガイドラインも示されている。

3.3. 認知症の人の終末期における死について

1) 認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について規定した、法律や条例、規則、ガイドライン

各国ともに、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について特化して規定した法律や条例等は示されていない。ただし、フランスではこれまでも述べてきたレオネッティ（Leonetti）法において、合議プロセス（collegial process）が規定されており、（ある場合は）本人の事前指示、家族や親しい親族の意見、医師の意見、（いる場合は）後見人の意見等を踏まえて決定され、それらは記録に必ず残すことが示されている。オーストラリアでは、事前指示書（Advance Care Directives）の作成が可能である。この文書では、当事者が、人工経管栄養等の処置を受けたいか否か、また蘇生を行ってほしいか否か、などといった治療に関する願いを記載できる。また、当事者は継続的代理人（Enduring Power of Attorney）を置くことも可能であり、これは法的拘束力のある文書によって指名され、当事者がたとえば重度の認知症などで知的能力を失った際に、財産や財務に関する決定を行う者である。同様に、当事者は自ら後見人（Guardian：近親者・友人・または法定代理人）を指名することもできる。後見人は、当事者が何らかの理由によって、治療や他の処置への同意を行ったり取りやめたりできなくなった場合に、代わりにそれを行う役割を持っている。

2) 本人との意思疎通が困難な場合における医療や介護において親族間のトラブル、医療者と親族間のトラブルを調停するための仕組み

⁵ “End of Life Care Strategy: Second Annual Report”

http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_118810

オランダ、イギリスでは一部仕組みが作られていたが、その他にフランス、オーストラリア、アメリカでは家族会議や医師や他の専門職が家族と話し合う場等が示されていた。具体的にイギリスにおいては、重大な医療行為については意思決定能力を失っている人に支援や代弁をしてくれる家族や友人がいない場合に当人の最善の利益を代弁する仕組みIMCA

(Independent Medical Capacity Advocate) が設けられている。IMCA が直接的に意思決定を行うことはないが、NHS (National Health Service) や地方自治体に対して当該状況における当人の最善の利益を見出して表明するほか、家族や友人がいても虐待が問題になる場合にはIMCA を呼ぶことができ、IMCA は本人の最善の利益に沿わない意思決定が行われようとしている場合にはその判断に異議を申し立てることもできるとされている⁶。また、アメリカでは医療専門職がトラブル等に直面した際に支援を行うために、倫理委員会を設けている病院もある。倫理委員会は、困難ケースの検討やそこから学ぶ場であり、患者ケアで頻繁に浮上する倫理的問題に対応するための指針やプロセスの提言を作成する場でもある。日本においては調停する仕組みは規定されていない。ただし、2010年3月に医療裁判外紛争解決(ADR)機関の活用への推進に向け、「医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡調整会議」が設置され、検討が進められている。

3.4. PEG の使用について

1) 終末期の高齢者に対する人工栄養手術の実施程度

全ての回答において、統計資料等による明確な実施数は把握されていない状況であった⁷。ただし、イギリス、イスラエル、日本では比較的終末期に人工栄養手術が使われる傾向がある一方、チェコではまだあまり使われておらず、オーストラリアでは終末期ケアの段階で経管栄養が行われるケースは少ない傾向にある。

2) 終末期における人工栄養手術の実施／不実施を規定する法律やガイドライン

多くの国で終末期における人工経管栄養の使用に関する法や規則は無いことが示されている。ただし、イスラエルにおいては末期患者法 (The Act of the Dying Patient) において、死期間近の場合には「担当」医師の決定に基づいて、人工栄養や水分を差し控えることができることが示されている。フランスでは、フランスがんセンター連盟 (National Federation of Centers Fighting Cancer = FNCLCC) によるガイドラインがあり、もしPS (Performance Status) が2 (症状のため仕事不可) 以上または余命が3 カ月未満の場合は腸ろう (enteral nutrition) は行わないことが示されている。オランダでは、専門医団体が作成した医療ガイドラインに人工栄養がいつ必要かについて示されている。終末期における人工栄養や経管栄養に関しては、患者を治療する医師に任されているが、患者法の全体的な定めでは、医師は医療倫理基準 (Ethical medical standards) に沿って行動することが義務付けられている。また、オランダのナーシングホーム全国団体 (Arcares) の責任下でナーシングホームに入所する患者の栄養や水分補給に関する多職種ガイドラインが2001年に作成された。このガイドラインは、このような処置の開始が必要とされるあらゆる状況を示している。イギリスではNICEによる「認知症管理に関する共同の臨床ガイドライン」の中で「認知症の人の終

⁶児玉真美 2008 同上

⁷注：日本においては矢野経済研究所「2011年版 栄養剤・流動食（経口・経管）に関する市場動向調査」においてPEGの普及動向に関するデータが示されている。

http://www.yano.co.jp/market_reports/C52205030

末期における緩和ケア、疼痛の緩和ケアおよびケア」の項目があげられている。特に、本調査のケースBに関連する経管栄養に関しては、“経管栄養は、嚥下障害が一時的な現象と考えられる場合は使用を考慮すべきである。認知症が重度になり、嚥下障害や食べることへの意欲の喪失が疾患の重篤さを示しているときは、一般的に経管栄養は行われるべきではない”と述べられている。

なお、日本においては、2011年12月に試案改訂第一版として、老年医学会より「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として」が示された。そこでは、“患者本人の尊厳を損なったり、苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや中止も選択肢へ”“患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべき”といった内容が示されている。これらが最終的にどのような内容でまとめられ、その影響がどのように生じてくるかについては、今後の動向を確認していく必要がある。

4. まとめ

本節では、日本、イギリス、フランス、イスラエル、オーストラリア、チェコ共和国、オランダ、アメリカの8カ国における終末期、看取りにおける医療、介護についての法律やガイドライン等を概観した。国によって法律やガイドラインの制定にはばらつきが見られたが、安楽死に関してはオランダ、アメリカ3州以外の国において認められていないことが示されていた。また、フランス、イギリス、オーストラリアにおいては緩和ケア、終末期ケアに関する国家計画や国家戦略が立てられており、積極的な取り組みが進められている状況が示されていた。なお、全ての国において、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について特化して規定した法律や条例等は示されていない状況であった。ただし、ガイドライン等の作成の試みはいくつかの国でなされていた。

日本においては、ガイドラインや在宅や施設におけるターミナルへの報酬等の算定等を通して終末期医療やケアに対する取り組みが進められていた。しかし、緩和ケアのあり方や認知症の人などに対する経管栄養への対応に関して、必ずしも十分に議論を尽くした上での全体を俯瞰するような国家計画や国家戦略等の全体方針に関しては示されていない状況であった。

5. 課題と今後の展望

今年度はアメリカの回答も得られ、昨年度と比較して他国に関する終末期に関する法律やガイドラインに関して部分的にはではあるが検討することができた。ただし、より内容に踏み込んだ考察は十分できておらず、今後さらに詳細に検討することが必要と考えられる。これらの仕組みは調査結果をより適切に理解するにあたり必要であり、日本における終末期医療やケアのあり方を検討していく際の重要な情報であると考えられる。今後さらに詳細な情報収集や分析が望まれる。

附)「終末期、看取りについての国際制度比較調査」アメリカからの回答

(フランス、チェコ、イギリス、オーストラリア、イスラエル、オランダ、韓国からの回答は「平成 22 年度在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書 (国際長寿センター)」92 ページから 123 ページを参照)

<質問>

以下の二つのケース (Mrs. A, Mr. B) は、日本国内で一般的にみられる事例です。これらのケースをご一読いただいたうえで、資料のご提供をお願いします。

【ケース 1】

A さん(女性、85 歳)。現在入院中の末期がんの患者 (余命 1 ヶ月) で、日々の痛みのコントロールに薬品が必要。本人の意識は一部ははっきりしていないが、言葉による意思疎通は可能であり、記憶力も日常生活を送るのには問題がないレベルである。ただし、すでに足腰に影響が出ており、日々の排泄等に介助が必要となっている。家族については、すでに夫は死去しており、車で 15 分程の近隣に息子夫婦が住んでいるものの二人とも働いており平日に時間的余裕は少ない。また本人は金銭的にも豊かではなく、年金を主たる生計手段としており、自宅のトイレや段差などの改修も単独の資金で行うことは難しい。本人は夫との思い出がある自宅での最期を希望しているものの、「無理を言うてはいけないね」と話している。

【ケース 2】

B さん (男性、80 歳)。自宅で妻と二人暮らしをしている。認知症と診断されてすでに 10 年が経ち、意識障害はないものの、近親者や介護士が呼びかけても目を動かす程度であり一般的な意思疎通には多大な困難がある。また、半月前にひどい熱と咳のために病院へ受診したところ、肺炎と診断された。現在は、食物を呑み込むことができなくなってきており、点滴による薬剤と栄養剤の投与を行っている。口からの栄養摂取は不可能なため、十分な栄養摂取のためには近い将来に人工栄養摂取が必要となるが、この治療を行ったとしても余命は長くないと診断されている。妻 (80) は在宅での生活の継続と看取りを希望しており、また少しでも長い時間を一緒に過ごしたいと希望しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいない。

1. 法律、条例の有無、規則、ガイドラインの有無について

i. あなたの国には、Mrs. A, Mr. B のケースにみられるような終末期の医療、看護、介護について医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する法律や条例はありますか? ある場合はその概要とともにご紹介ください。

患者の自己決定法 (Patient-Self Determination Act of 1990 : 包括予算調整法 (Omnibus Reconciliation Act of 1990) の一部として可決) は、メディケア (Medicare) (訳注: 高齢者・障害者用公的医療保険) の報酬を受けている全ての機関に対して、患者へ事前指示書の有無を聞くよう義務付ける連邦法である。また本法は各州に対して、事前指示書に関する独自法を制定するよう命じている。

税制均衡財政責任法 (1982 *Tax Equity and Fiscal Responsibility Act* (TEFRA)) により、ホスピスが Medicare の給付対象となった。包括予算調整強化法 (The 1986 *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act* (COBRA)) では、Medicare のホスピス給付が拡大された。Medicare パート A (入院保険) の受給者は、担当医により末期患者 (余命 6 カ月以下) であると認定され、受給者が末期疾患への治療を見送りホスピスのケアを受けると選択

した場合に、ホスピスケアの受給資格が得られる。また COBRA では、ホスピス給付の対象を、ナーシングホームに入居する終末期患者にも拡大した。最後に、COBRA は各州に対して、各自のメディケイド (Medicaid) プログラム (訳注：低所得者用公的医療保険) でホスピス給付を含める選択も与えた。

アメリカの 50 州全てが、医療の代理権 (health care power of attorney) に関する法律を定めており、生前遺言 (living will) に関する法律は、3 州を除いた全州で存在する。マサチューセッツ州・ミシガン州・ニューヨーク州では、生前遺言に関する法律はないが、生前遺言の妥当性を後押しする裁判所の判決が出ている。

Vacco 対 Quill のケース (521 US 793 (1997)) におけるアメリカ最高裁判所の意見は、患者に説明の上で同意を得られれば、終末期鎮静 (terminal sedation) の適用を認めるものであった。

1965 年に採択されたアメリカ高齢者法 (*Older Americans Act* (OAA)) では、在宅での投薬に小規模の資金を提供している。OAA の第 III 編では、住宅改修プログラムを含めた「高齢者に関する州・地方プログラム」の資金提供が行われている。OAA の第 V 編では、「自分で行う (DIY)」住宅改修に対する資金提供が行われている。Medicare または Medicaid も、医師の指示により病院ベッドの設置や便座の高さ修正などを行う場合、住宅改修に資金提供を行うことがある。

ii. あなたの国では、ターミナルケアにおいて特に患者に対して公的な支援はありますか？
ある場合はその概要とともにご紹介ください。

メディケア (Medicare) ホスピス給付 (上記参照)。

iii. あなたの国では、尊厳死・安楽死の実施ないし禁止に関わる法律や条例、ガイドライン等を制定していますか？

医師幫助自殺は 3 州 (オレゴン・モンタナ・ワシントン) で合法となっている。1994 年にオレゴン州で住民投票により「オレゴン尊厳死法」が承認され、アメリカで初めてこのような法律が採択された。「イニシアティブ 1000」として知られるワシントンの法律は、2008 年に採択された。モンタナでは 2010 年に州の最高裁判所が、医師幫助自殺が罪ではないという判決を下した。

1997 年にはアメリカ最高裁判所が *Washington 対 Glucksberg* (521 US 702 (1997)) 及び *Vacco 対 Quill* (521 US 793 (1997)) の 2 件について判決を下している。上記のケースで裁判所は、州が人々に対して自殺幫助を禁止する、つまり医師幫助自殺を行う憲法上の権利はない、という法律を採択してもよい、と決断を下している。しかし裁判所は、州が医師幫助自殺を合法化することを禁止してもおらず、決断は各州にゆだねられている。

iv. Mrs. A、Mr. B のケースに示した病状や環境等において、尊厳死を選択したいという意向があった場合、①それらは望ましい選択であるとお考えになりますか、また、②これらのケースで実際に尊厳死を選択することは可能だと考えますか？ (法律や条例の制約を受けますか)

「尊厳死」のより明確な定義なしに、この質問に答えることはできない。医師幫助自殺を認めないわけではないが、これは悪用される危険性をはらむ選択肢である。私だったら、まず患者が適切なカウンセリングを受け、緩和ケアへのアクセスが得られているかを確認するだろう。Medicare のホスピス給付はあるものの、アメリカにおける緩和ケアの活用は十分ではない。医師幫助自殺へのアクセス拡大よりも、緩和ケアサービスの拡大が優先されるべきである。人々が医師幫助自殺を選べるかどうかについては、在住場所によりけりである。この選択肢が合法となっている 3 州に住んでいなければ、この選択を行うのは非常に難しいだろう。オレゴンでさえ、この選択肢が使われるのは非常に稀である。

v. また、尊厳死・安楽死が実施されている場合、その実態（人数、年齢、症状など）について把握できる統計資料がありましたらお教え下さい。

オレゴン州保健局によると、同州では 1998 年から 2009 年の間に 460 件の医師幫助自殺があったとされている(<http://oregon.gov/DHS/ph/pas/docs/year12.pdf>)。ワシントン州保健局の 2009 年尊厳死法報告書 (2009 Death with Dignity Act Report) によると、2009 年に同州では 36 件の医師幫助自殺があった (http://www.doh.wa.gov/dwda/forms/DWDA_2009.pdf)。

2. ガイドラインの有無について

vi. あなたの国には、Mrs. A, Mr. B のケースにみられるような終末期の医療、看護、介護について医師や看護師、介護士の治療、介護行為を規定する専門職団体が設定した規則やガイドラインはありますか？ ある場合はその概要とともにご紹介ください。

The Hastings Center の「延命処置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン (Guidelines on the Termination of Life-Sustaining Treatment and the Care of the Dying (1987))」が、非常に影響力を持っている。このガイドラインは更新され続けており、今年後半には新たなガイドラインが出版される予定である。また医療研究・品質調査機構 (AHRQ) 全国ガイドライン情報センター (the Agency for Healthcare Research and Quality National Guideline Clearinghouse (<http://www.guideline.gov/search/search.aspx?term=end+of+life>)) では、終末期ケアに関する 900 以上の専門ガイドラインが閲覧可能である。これらの資料は、様々な疾患の患者に対して様々な場所で、どのように終末期ケアを提供するかについて、ガイドラインを示している。これらの資料について、一貫性を持たせながら簡潔に説明するのは不可能である。

vii. また、このような法律や条例、規則、ガイドラインが抱える問題点についてのあなた自身のお考えを教えてください。

この 10 年間で、アメリカにおける緩和ケアの利用は増えたものの、その提唱者の大半は、「まだ十分に利用されておらず、アレンジするのが特に難しい」と主張している。緩和ケアはホスピスと同じものではないが、アメリカでは混同されることが多い。なぜならば、Medicare ホスピスプログラムが、患者への緩和ケアサービス提供の主たるメカニズムだからである。不幸なことに、Medicare のホスピスプログラムに関する規定が、早期の緩和ケア提供という目的を弱体化させている。第 1 に、Medicare ホスピス給付を受けるには、患者は 6 カ月

以下の余命という診断を受けなければならない。医師としてはこのような決断を行うのに消極的なこともあり、また患者にとっても非常に難しい場合がある。例えばアルツハイマー病と診断された患者は余命が6カ月を超えることがよくあり、ホスピスや在宅ではアクセスしにくい専門レベルの老年医学や精神医学ケアを必要とすることがあるため、このような患者に対して医師がホスピスを勧めるタイミングが遅すぎる事が多い。第2に、患者は全ての治療を見送り、ホスピス給付のみを受けることに同意しなければならない。第3に、ホスピスプログラムは機関（患者がケアを受けているナーシングホームである事が多い）の医療専門職と調整のとれた取り組みを行わなければならない。これを実施するには、ナーシングホームの職員が外部のホスピスチームを自らの施設に招き入れなければならないのである。第4に、患者を急性期病院に転院させるよりも Medicare ホスピスプログラムに入れることで、ナーシングホームは財政的に不利となるのである。最後に、ナーシングホームの質評価指標も、ナーシングホームが終末期患者を病院に転院させる動機づけとなる。なぜならば、重度認知症患者に見られる体重減少や機能低下は、質の悪いケアを示す指標として現われてしまうからである。

財政及び規制上のインセンティブもまた、重度認知症患者に対する経管栄養を推し進める役割を担っている。重度のアルツハイマー病及び他の認知症の患者は、摂食が困難となる場合が多い。最近の調査によると、患者に対する PEG 使用は不要な可能性があり、認知症患者にとっても臨床的な利点はほとんどないことが示唆されているが、現在も頻繁に使われており、これを外すことに関しては意見が分かれている。介助しながらの経口での栄養摂取はより望ましい対応であることが多いものの、時間を要するものであり、ナーシングホームとしては PEG に頼る財政的なインセンティブに直面しているからである、と主張する者もいる。

3. 認知症の人の終末期における死について

viii. あなたの国には、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について規定した、法律や条例、規則、ガイドラインはありますか？ ある場合はその概要とともにご紹介ください。

上記参照。

ix. また、このような法律や条例、規則、ガイドラインが抱える問題点についてのあなた自身のお考えを教えてください。

上記参照。

x. 日本では本人との意思疎通が困難な場合、医療や介護において親族間のトラブルや、医療者と親族間のトラブルが発生する場合があります。このような場合に、調停するための仕組みがありましたらご紹介ください。

これはアメリカで多く見られる問題である。医療専門職がこのようなケースに直面した際に支援を行うために、倫理委員会を設けている病院もある。倫理委員会は、困難ケースを検討したりそこから学ぶ場であり、また患者ケアで頻繁に浮上する倫理的問題に対応するための指針やプロセスの提言を作成する場でもある。*Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions* (Nancy N. Dubler and Carol B. Liebman による改訂増補版、Nashville: Vanderbilt University Press/United Hospital Fund, 2011) が重要な資料となっている。

4. PEG の使用について

xi. 日本では、終末期であり、かつ、認知症などによって意思疎通が困難な後期高齢者であっても、経口での栄養摂取が困難になったとき、家族の延命の希望によって人工栄養手術（おもに、PEG）が頻繁に行われています。あなたの国では、終末期の高齢者に対しての人工栄養手術はどの程度行われていますか。その実態（人数、年齢、症状など）について把握できる統計資料がありましたらお教え下さい。

上記参照。

xii. 終末期において人工栄養手術の実施／不実施を規定する法律やガイドラインは制定されていますか。ある場合はその概要とともにご紹介ください。

上記の AHRQ 全国ガイドライン情報センターを参照。本質問に対応するガイドラインが多数見られる。専門家の間では、PEG は重度認知症患者に使うべきではない、という意見で一致している。

xiii. 人工栄養手術を行わない場合、本人の栄養摂取が困難になる事態が発生しますが、このような状況の発生について一般的な事例ではどのように対処していますか。（あるいは、対処しないことを肯定していますか）

介助を行いながらの経口での栄養摂取。

5. 以上の設問について、あなたの国の制度や現状についてさらに理解するための資料がありましたら、ご示唆いただくか、ご送付いただくようお願いいたします。

専門職ガイドラインについては、AHRQ 全国ガイドライン情報センターに加えて、Hastings Center Report もお勧めする。この数十年間で本ジャーナルは、このテーマに関する論文を多数掲載している。また the Center to Advance Palliative Care (<http://www.capc.org/>) もお勧めする。ここは緩和ケアや終末期ケア全般に関する重要な情報源である。

3. 看取りに関する日韓ヒアリング調査結果

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

1. 目的

日本と韓国における終末期の医療、介護をめぐる現状と問題の所存を把握するとともに、今年度の調査結果から得られた終末期の医療・介護および看取りに関する各国の特徴や違いが、どのような背景（制度、専門職教育課程、家族観、文化等）によって規定されているのかを明らかにすることを目的とする。

2. 方法

本調査対象国のうち、今年度の質問紙調査対象国である日本と韓国を取り上げ、ヒアリング調査を実施した。日本に関しては、東京都中央区および滋賀県守山市、韓国に関しては、ソウル市松坡区および光州市の4か所を対象エリアとした。

なお、調査対象機関は、看取りの実施経験を持つ病院、診療所、介護施設、在宅支援サービス提供事業所とし、各事業所内において異なる職種（医師、看護師、介護職、ソーシャルワーカーなど）に対して調査結果および事前に準備した項目をもとに半構造面接法も用いた。1人あたりの時間は30分～1時間であった。

エリア	カテゴリー	
中央区	特別養護老人ホーム	介護職員・看護職員・相談員（SW）
	訪問介護・看護事業所	介護職員・看護職員・管理者（看護職員）
守山市	病院	看護職員
	診療所	医師
	居宅介護支援事業所	管理者（看護職員）・ケアマネジャー
ソウル市 松坡区	老人療養施設	施設長
	福祉館	施設長
光州市	老人療養施設	施設長
	老人療養施設	施設長・事務長

3. 調査内容

主なヒアリング調査内容は以下の通りである。

- ・調査結果のうち、理想と現実のギャップが生まれている項目を中心に分析結果の知見をインフォーマントに提示し、それらに対する感想、および、なぜこのような結果が出ているかに関する意見、背景等を把握する。この調査を通して、調査結果の知見の妥当性について検証するとともに、分析結果や結果の解釈の見直しの材料とする。
- ・異なる専門職による意識の差、多職種連携のあり方を検討するために、終末期の医療・介護および看取りにおける、専門職チームの有無、実践内容を把握する。また、とくに多職種間の連携を支えるための取り組みなどについての実験の経験を把握する
- ・認知症の人の意思決定を支援するための方法、その1つのツールとしての事前指示書への考えや活用状況を把握する。
- ・独居高齢者の在宅支援の可能性および限界について把握する。

4. 結果

1) 末期がんの患者への支援場所と対応（がんケース）

「Aさんをどこで介護するべきか」に関しては、「理想は自宅であるが現実には療養病床か病院・診療所」であるという回答が多かったのに対して、「今後の方針」に関しては、「理想と現実いずれの方針も痛みコントロールのみで積極的な治療を行わない」という緩和ケアを選択する回答が中央区、守山市ともに多かった。

この結果に対して、回答者の多くからは現場の状況と比べて大きな違いがないとの意見が聞かれた。支援場所に関しては、「実際の在宅でのがんの看取りの際に家族が本人の痛みの訴えに耐えきれなくなったり、特変が起きることで最終的には病院等に行く場合や病院に行くことで、もしかしたらもう少し生き延びることができるのではないかという希望が現場にあるのではないか」との意見が聞かれた。また、方針に関しては、「末期がんは終末までの絵を描くことができるため、痛みコントロールが中心になる」「末期がんは生存することも大事だが、まずは痛みコントロールが先にくるだろう」「がんに関しては、社会的認知があるためギャップが少ないだろう」との意見が聞かれた。末期がんにおける予後の見通しおよび対応の緩和ケアの共有化が進んでいることにより、方針のギャップがあまりない状況があると考えられた。

韓国の松坡区、光州市では「理想も現実も全体的にホスピス（特に施設ホスピス）もしくは在宅」であるという回答が多く、光州市の方が「現実が自宅」との割合が比較的松坡区よりも高かった。「今後の方針」に関しては、「理想と現実いずれの方針も痛みコントロールのみで積極的な治療を行わない」という緩和ケアを選択する回答が多かったが、日本と比較すると、ケアワーカーなど医療に関わらない人たちは「抗がん剤を用いた積極的な治療」および「各種高度医療による積極的な治療」を選択する割合が高い状況であった。

この結果に対して、韓国でも回答者の多くから現場の状況と比べて大きな違いがないとの意見が聞かれた。光州市は松坡区に比べて地方都市ということもあり、「自分の家で親を見る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」との意見が聞かれた。また、在宅ホスピスではなく「現実が自宅」の割合が高くなるのは、光州市においては医療的なサービスが不足している点が指摘された。また、ホスピスの割合が高いことに対しては、「実際にホスピスらしいホスピスは少ない。疼痛ケアのシステムのホスピスではなく、最後を過ごす場所をホスピスと呼んでいる可能性が高いのではないか」との指摘もあった。長期療養保険においても看取り対象者に対する専門的なサービスが不足している状況であるとの意見が出された。また、方針に関しては、光州市では「地域的な概念として孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたいという気持ち強い傾向がある」や「高齢であっても家族が医療を放棄しない。医療で積極的に治療したいという気持ちがある。医療放棄しないのは、本人自体も自分の命を長く生かして欲しい、生きる意思が強いこともある。その代わりに、費用負担が多いので、どこまで医療を受けられるのかの葛藤がある。」と、本人・家族による積極的な医療受療の希望も存在していることが示されていた。

2) 重度認知症の人への支援場所と対応（認知症ケース）

「Bさんをどこで介護するべきか」に関しては、がんケースと同様に「理想は自宅であるが現実には療養病床か病院・診療所」という回答が多かったが、「理想も現実も自宅」という回答した介護職の割合が、中央区、守山市とも高めであった。また、「今後の方針」に関しては、理想と現実で大きな違いがみられ、また職種間においてもこの違いが見られた。医師が人工栄養施術だけでなく、現状維持（積極的治療はしない）を理想とするのに対して、看護職と介護職が人工栄養を重視していた。さらに現実の判断理由に「家族の意向」が多く上がる点も特徴的であった。

この結果に対して、がんケースと比べて「認知症は個々に様々であり、誰一人同じような症状が出ない」「見ている人によって症状が異なるなど、どこを基準にして考えたらよいか」が難しいために、支援場所のばらつきが生じるのではないかと意見が聞かれた。

人工栄養施術の職種間での考えの違いに関しては、病院においては、「胃ろうの提案は看護師から持っていくことが多いと思う。医師はバイタルを中心にみているが、日常的に本人をみているのは看護師であるため」と医師と看護師の本人との関わりの違いについての意見が聞かれた。また、特養においては、「医師は病院と療養病床を現実の支援場所として選んでいる割合が多いが、それは点滴対応ができる施設を選び、点滴での現状維持を想定しているのではないと思う。一方で、介護職は療養病床を選んでいる割合が少ない」と、対応と支援場所の理解の違いについても指摘がなされた。なお、人工栄養に関しては、様々な意見が聞かれた（表1参照）。

判断理由において「家族の意向」の理由が看護職でより高まることに関しては、病院においては、「医師は治療中心、家族はできるだけ長く生きてほしい、看護はその板挟みになると思う」との意見も示された。訪問看護においても「週1回入る医師と週3回入る訪看と比べると、訪看の方が家族や本人の意向を理解できていると思う。家族の意向が医師と異なるとき、家族の代弁機能をはたしている」といった、医療的処置を含む判断に関して、「家族の意向」により近く接するのは看護職であることが示されていた。

また、家族支援については「予後を含めた選択肢に関する適切な情報提供」の重要性が指摘されていた。予想ができない変化も起きうるが、その時点で専門職側が持っている全ての情報を示した上で、家族にとっても後悔ができるだけ少ない選択となるような支援を心がけていた。また、家族に担当者会議に参加してもらい、最後をどのように迎えるかを話し合い合意のもと決めていくことも大切にされていた。

韓国の松坡区、光州市では、「Bさんをどこで介護するべきか」に関しては、理想も現実も回答にばらつきが多いが、比較的、理想も現実も自宅、ホスピス（施設）という回答が高めであった。ただし、医師は現実には「老人病院」を選ぶ割合が少し高い状況であった。また、「今後の方針」に関しては、松坡区、光州市とも理想も現実も人工栄養が多い傾向であったが、現状維持（積極的治療はしない）を選択する割合も医師が少し多い傾向があった。現実の判断理由としては、「生存時間」「尊厳の保持」が多く、日本で多かった「家族の意向」は多くない状況であった。

この結果に対して、現実も自宅が多くなることは、先ほどのがんケースのような本人・家族の考え方に加えて、長期療養保険において「認知症でADLが高い人は等級外になってしまう。そのため、施設にも入れず実際に在宅のままという現状がある」といった制度的な可能性も指摘された。また、方針として「家族の意向」が高くない理由として「医者の判断が大

きいため。兄弟たちの意見が分かれるため、第三者である医者が判断を下すという重みがある。医者の意見を拒絶できない部分がある」や「家族はその土壇場になるとどうして良いか分からなくなるので、医師の判断に頼る傾向がある」といった、医師の影響力の大きさが指摘された。

表 1：人工栄養への考え（日本・韓国）

<p>【日本】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・経管栄養になられた方でも、状態が良くなって経口摂取がまたできるようになった方もいる。その可能性も含めて経管栄養を実施しても良いのではないかと思う。(特養・介護職) ・経口摂取ができなければ、他の方法を取ると考えるのは現場の率直な考えだと思う。 ・「口から食べることが人の尊厳」という考え方には違和感がある。訳が分からなくなっているかもしれないけど、私が働きかけたことに笑うことも泣くときもある。それがあつのに食べないことが人の尊厳を損なうというのは問題があると思う。(特養・相談員) ・食事が口からとれなければ、人工栄養は良いと思う。現状維持をするということは後退していくという意味だと思う。(訪看・看護職) ・経管栄養については、認知症の進み方によると思う。暴力が出るなど夫婦の形が崩れている場合は、経管栄養を進めないかもしれない。何をすることも手がかかる、便失禁もある、という場合であっても、妻に見ていきたいと思う意思が強くある場合、経管栄養を利用することも選択肢としてあると思う。家族関係、家族の意思が対応方針を決定する場合に多く考慮する点である。(訪看・管理者)
<ul style="list-style-type: none"> ・嚥下障害が明らかな場合にはあるが、本人の安全面を考えたら人工栄養が良いということになるのではないかと思う。安全というのは、誤嚥しない、死なないということ。食事介助も限界までは行うが経管の方が安全かなと切り替えていると思う。(病院・看護職) ・「食べないから死ぬんじゃないくて、死んでいつているから、食べない。」という考え方が広がっていくと思う(居宅・管理者) <p>【韓国】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人工栄養は進める。現状維持で、ただ死なせることはできない。息をすっているのに、それを看るのが苦しい。(光州市療養・管理者) ・もともと韓国の流れとして、食べられなくなつたら、10日ぐらいで亡くなるというのが自然な状況。病院から来る利用者に人工栄養をつけてくる人が多いが、特に鼻腔は本人が嫌がるためこちらではできるだけ抜くようにしている(松坡区療養・管理者)

3) 事前指示書に関する考え

日本において、自分自身の意思を表明することが難しい認知症の人において、事前指示書に関する導入の議論もある。実践の場においてどのように捉えているかを聞いたところ、賛否は分かれていたが、主な意見としては、本人の意思の明確化は選択の際に役立つとは思うが、それが示された時期やそれを家族がどのように思うか等を加味する必要があると考えられる。具体的な意見に関しては表2を参照されたい。

韓国においては、事前指示書に関して広くは普及していないが、本人の事前指示書の意思と家族の意思が異なると扱いが大変との意見が聞かれた。また、「事前指示書がどれほど効果があるものかは疑問である」といった日本と近い意見も聞かれた。なお、松坡区の老人療養

施設では、看取りに関して家族の関わり方や施設における法的責任の明確化のために、ガイドラインの導入を始めていた。

表 2：事前指示書に関する考え（日本）

<ul style="list-style-type: none">・事前指示書については、情報として必要かと思うが、だいたいのケースで家族が判断されることが多い。本人の意思の情報だけが決め手になる訳ではないと思う。(特養・介護職)・ご本人の意思が明確にされていた方が方向性としてはわかりやすい。ただ、迷っていることもあり、家族間の考えのずれもある。キーパーソンは一人だけど、関係者がそれで良いと思っているか、それが段階的に踏まえて残っていると決めやすいと思う。(特養・看護職)・生前の意思表示もいつ書いたかにもよると思う。50代に書いたものが80代の方に適応できるかという、30年の間に変化もあると思う。書かれた時期によっては、混乱を生じてしまう。1年に1回は書き直しましょう等というのが無い限り、難しいと思う。新しい情報であれば、それ以上に有用なものはないと思う。ただし、法的拘束力を持たせてしまうと、良くないのではないかと思う。(特養・相談員)
<ul style="list-style-type: none">・事前指示書については、今はこう思っている、生きていの中で変わるので、参考にできる程度書類かなと思う。(訪看・看護職)・事前指示書に関しては、難しいと思う。終末期に入った時にどうしたいというのは考えられると思うが、元気な時に考えることは難しく、先に聞いておくのは難しいと思う。(訪介・介護職)・法的に保証されているものがあれば、それに則るということができると思う。法制化があればいい。(病院・看護職)

4) 情報共有のための取り組み

日本において、施設においては同一建物内に関係する職種がいることもあり、「日頃から申し送りなどがされているので、介護職から意見が出しにくいということもない」や「自分ひとりで解決できることはないため、情報発信や情報収集をそれぞれが意識して行っている。誰が中心となるということはないと思う」といった意見から分かるように、日頃から情報共有が図れている様子がうかがわれた。また、訪問看護、訪問介護、居宅支援事業所など複数の事業所が関わって本人を支える際には、担当者会議や日頃直接対面でなくとも電話、FAX、メール等を活用して連携を図る努力をしていた。ただし、担当者会議には介護職が参加することが少ないが、「ケアマネジャーを通してしまうと、考えや想いが伝わらないことも多いので、積極的に参加していった方がより良い話し合いになると思う」といった意見が訪問介護の介護職から示された。実践の中で介護職として、看護師に対して言いつらいことや医師にもよる医師がその場の意見を取り仕切ってしまうこともあると示された。また、連携において大事なものはアセスメントであるとの意見も聞かれた。

韓国において、老人療養施設において看取りに向けたカンファレンスを管理者、社会福祉士、看護師、嘱託医中心に行っている。この施設では家族はカンファレンスには参加せずに、社会福祉士が頻繁に家族の意見を聞くようにしている。最後を安楽に迎えるために、出来るだけ家族と一緒に過ごす時間を多くすることを共通の認識としている。

5) 認知症の独居高齢者の在宅継続支援

認知症で独居高齢者の在宅支援に関しては、基本的に困難であることが示された。「火事や事故等を考えた場合に、在宅での生活維持よりもリスクの方が高く、積極的に在宅支援を行

う際には迷いが生じる」や「認知症の場合、動ける場合は独居が厳しい状況である」といった意見が聞かれた。なお、末期がんの場合は、自宅を希望する人が多くぎりぎりまで支えることもできる可能性があるが、最終的に一人でトイレに行けなくなり、おむつ使用の随時交換ができなくなったり、喀たん吸引が必要になってくると厳しいという意見がきかれた。

韓国では、認知症の独居高齢者の在宅継続支援に関しては十分に意見を聞くことができなかった。しかし、「子どもたちが共働きをしており、結果的にお年寄りを日中放置することになるので、在宅が無理になり病院に行くなどになる。家族の葛藤も多い。施設入所者の中でも、認知症の人が息子の家に帰りたいというのを最後まで願望したが、家族側の受入れが厳しかった。現状としては、在宅サービスが不足しているため実現しがたい。24時間サービスでない困るのではないかと思う。家族がいない空白の時間をどうするかという課題がある」というように、家族が介護できない状況での在宅継続は困難な状況からかんがみても、独居高齢者の在宅継続の困難さは高いことが推測された。

5. まとめ

日韓ともに、本調査のそれぞれの結果に対して、ヒアリング対象者の多くからは現場の状況と比べて大きな違いがないとの意見が聞かれた。両国において、認知症と比べると末期がんにおける予後の見通しおよび対応の緩和ケアの共有化が比較的進んでいると考えられた。ただし、日韓ではがんケースへの対応方針には違いが見られ、日本では理想の判断も現実的判断も「疼痛ケア」を選択していたのに対して、韓国では理想の判断、現実的判断ともに「疼痛ケア」が多いものの理想としては「高度医療」への期待があり、また、現実的判断としては「高度医療」とともに「代替医療」「抗がん剤」を選ぶ傾向にあった。また、認知症ケースにおいてこれらの背景の1つとして、韓国においては、まだ孝の影響が比較的存在することが示され、家族が治療を放棄せずにできるだけ医療を提供したいといった考えが選択に関係していることが推察された。さらに、韓国においては、保険が導入されてまだ年月が日本ほど経過していない中で、在宅サービスの整備や充実がまだ十分でない状況が示されていた。場所等の選択に関して制度的な制約もあることが考えられた。

日本では、認知症ケースへの対応方針における理想および現実の判断の理由として「家族の意向」が全体的に高い割合であった。これらの判断理由において「家族の意向」の理由が看護職でより高まることに関しては、医療的処置を含む判断に関して、「家族の意向」により近く接するのは看護職であることが示されていた。一方で、韓国において「家族の意向」がそこまで大きくない理由として、「医者の影響力」の大きさが指摘されていた。ただし、韓国においても、職種間の関係性が変化していくことも考えられる。両国とも終末期における「家族」の存在は大きく、今後さらに家族と専門職との関わりや支援のあり方について検討していくことが求められるだろう。

なお、認知症の人の意思決定を支える1つのツールとしての事前指示書に関しては賛否が分かれていた。ただし、主な意見としては、本人の意思の明確化は選択の際に役立つが、それが示された時期やそれを家族がどのように思うか等を加味する必要がある点があげられていた。一定のルールに準じながらも可変可能性を担保したあり方を検討していくことが必要であると考えられた。

最後に、本ヒアリング調査においては、韓国に関しては施設以外の在宅サービス提供者および病院を対象に含むことができていない。それらの人の考えを含めた終末期の医療・介護および看取りに関する良子公の特徴や違いの背景を検討していくことが必要である。

4. 看取りに関するオーストラリア ヒアリング結果

国際長寿センター

1. 目的

前項の日韓ヒアリング調査と同じく、終末期の医療、介護をめぐる現状と問題の所在の把握、看取りに関する特徴や違いがどのような背景によって規定されているのかを明らかにすることを目的とする。

下表（本報告書 191 ページ、211 ページ再掲）は、実際に対応の基本方針を決定する際の「最も重視する理由」を質問したものである。オーストラリアは特に認知症のケースで「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多い。また日本は「家族の意向に合致する可能性が高い」が特に多い。以下ではこのような特徴があることに留意したい。

9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 2-7-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=218)	0 .0%	12 5.5%	34 15.6%	5 2.3%	118 54.1%	35 16.1%	1 .5%	13 6.0%
韓国 (n=77)	0 .0%	3 3.9%	17 22.1%	1 1.3%	45 58.4%	7 9.1%	0 .0%	4 5.2%
オーストラ リア(n=57)	0 .0%	1 1.8%	23 40.4%	1 1.8%	24 42.1%	4 7.0%	0 .0%	4 7.0%

9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-8-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=209)	6 2.9%	81 38.8%	14 6.7%	1 .5%	35 16.7%	66 31.6%	1 .5%	5 2.4%
韓国 (n=75)	1 1.3%	32 42.7%	13 17.3%	0 .0%	20 26.7%	8 10.7%	0 .0%	1 1.3%
オーストラ リア(n=51)	2 3.9%	4 7.8%	12 23.5%	0 .0%	25 49.0%	5 9.8%	1 2.0%	2 3.9%

2. 調査対象機関

ヒアリング対象はオーストラリア、ニューサウスウェールズ州コガラ市の Calvary Health Care（医師、SW＝ソーシャル・ワーカー〈カウンセラー、パストラル・ケア担当者〉、緩和ケアマネージャー、ナーシングユニット・マネージャー、遺族ケア担当者。2011年10月27日）とシドニー市北部 Hammondcare（医師、レジストラー医師〈専門医研修中の医師で患者の医療管理担当者〉、看護師、コミュニティナース、SW〈パストラル・ケア担当者〉。2011年10月28日）である。前者は病院を中核とした機関で在宅緩和ケアサービスも行っている、後者は医療部門・介護部門・研究部門を持つ総合的なケアプロバイダーである。

3. 調査内容

以下に、ヒアリング内容を示したうえで、日韓ヒアリング調査の対応部分と比較しながら特徴を挙げていく。

緩和ケアの広がり

Calvary Health Care

かなり以前から、緩和ケアの考え方を浸透させていく努力を行ってきた。がん患者への緩和ケアから始まったが、今は終末期全般にわたり、緩和ケアが大切であるという考え方が浸透してきている。本人に対しても積極的に医療サービスを提供している段階から、緩和ケアの話をするようにしている。緩和ケアに移行することで急に医療行為を諦めたと捉えられないように早い段階から働きかけている。

緩和ケア病棟で認知症の人のケアをすることはあまりない。認知症の人の終末期のケアは、コミュニティケアの一部として、ナーシングホームで行われることが多い。現在、コミュニティでの終末期ケアについては、ナショナルガイドラインの中でうたわれている。コミュニティケアの中心となっているのはGPであるが、私たち緩和ケアのスペシャリストの役割は、ケアを提供する側の人々に質の高い緩和ケアとはどういうことかを教育していくことである。

家族への教育については、その患者の生活場所によって異なってくる。在宅であればGPを通して、またナーシングホームに入所している場合は、GPやナーシングホームのスタッフの依頼によって介入し、家族と話し合いをする。入院患者の場合、ケアチームの一員として私たちが関わっていく。

HammondCare

歴史的に見て、緩和ケアの概念はがん専門で存在していたが、1つの専門分野として確立されていなかった。15年～20年前から1つの専門分野としての認識が高まった。現在では、腎不全、心不全などの病気であっても、生存期間が長くなってきているので、それを担当している医者も緩和ケアの必要性を認識している。治療の過程で、症状が悪化した場合、あるいは治療よりもQOLを重視した方が良い場合は緩和ケア部門に話が来ることが多い。終末期を受け入れるという点においては高齢者の方が受け入れやすい。患者本人よりも家族の受け入れが難しいことが多い。

また、コミュニティナースとして、患者の自宅やナーシングホームを訪問してサービスを提供している。

認知症の人は、通常であれば施設に入所していることが多いが、ハモンドケアでは、認知症の緩和ケアを行う「ボンドハウス」を開始したところである。デイホスピタル（日帰り病院）や入院せずに継続的にサービスを受けながら生活することもできる。

また、ハモンドケアの緩和ケア部門は、末期の患者だけを対象にしている訳ではない。この病棟に入ってくる人は、痛みに悩んでいる、吐き気がする、トイレのコントロールが難しいなどの症状を抱えており、ここで治療をしてまた自宅へ戻ることを目指す場合もある。

ナショナルガイドラインにコミュニティでの終末期ケアがうたわれているが、オーストラリアでは大家族とか近所づきあいという考え方が希薄であるため、介護をしてくれる家族も隣人もいない場合、1人で自宅で死ぬことはとても難しい。自宅での生活を継続するためには、コミュニティケアは24時間体制ではないので、個人的に高い費用を払って介護者を雇うことになる。

コミュニティケアにおいては、教会が大きな役割を果たしている。また、GPの関与が

重要になってくる。往診し、治療・診断を行い、自宅で亡くなった場合に、死亡診断書を書くのは実質的に GP である。昔は GP という往診していたが、最近はかなり少なくなった。GP 不足が自宅で死にたい人の障害になっている。

特にこの 5 年間ぐらいで、ナーシングホームで最期を看取る動きが強まってきたと思う。それにはコミュニティナースの存在が大きい。昔は、ナーシングホームにいても最期は病院でということが非常に多かった。今はコミュニティナースがナーシングホームに行って緩和ケアの教育をしているため、看取りが可能となった。ナーシングホームにおけるスタッフのさらなる技術の向上が今後期待されている。

ここでは、病院において緩和ケアの考え方が定着しつつある様子が述べられ、地域（自宅）で最期を迎える場合の教会の役割と低下しつつあるものの GP の役割が語られ、またナーシングホームで看取る動きが強まっていることが指摘されている。

日韓調査においては、「ホスピスらしいホスピスは少ない（韓国）」「医師は医療中心（日本）」との声があり、緩和ケアの浸透度に差があると思われる。

また、オーストラリアではナーシングホームにおける看取りが増えているとの指摘は注目される。とりわけその際にコミュニティナースがナーシングホームにおける看取りについてコミュニティサービスとして重要な役割を果たしているとの指摘は、ナーシングホームの位置づけが日本とは異なっていることも示唆している。

緩和ケアチーム

Calvary Health Care

緩和ケアのチームは、非常に多岐にわたる職種から構成されている。SW、パストラルケア（こころのケア）医師の免許を取得して 2~3 年のレジデントとして仕事をし、緩和ケア専門を目指すインターンの医師などで構成されている。

パストラルケアラーというのは、在宅介護の患者や家族との話し合いをすることが仕事である。人生の生きがいや奪われたときに、それにとって代わることが無いかを見つけるお手伝いで、ガーデニングやアートであったりする。

ケアの方針について、チーム間で意見が合わない時は、できるだけ議論を重ね、共通点を見つけていく。医師の判断だけを優先したり、誰かの独断で決定するという事はない。投薬や薬関係は医師、看護関係はクリニカルナースコンサルタントが中心にしていく。そこでコンフリクトが起きることはあまりない。入浴やシャワーの必要がある場合は、OT などの専門家に相談するようにしている。それぞれの専門家がいて、専門分野を持っているので、その担当者の意見を聞くようにしている。

コミュニティケアについては、医者、クリニカルナースコンサルタント、SW、PT、OT、栄養士、セクレタリー、牧師が入る場合がある。毎週火曜にこのチームが集まり、チームメンバー以外に、コミュニティナース（組織外）に来てもらって話し合いをする。

在宅ケアを担当するスタッフは、全員修士号以上の学歴を持ち、コミュニケーション能力の高い職員である。

新規の患者のケアプランや、仕事の優先順位などについて話し合っている。その他に毎朝 20 分間、クリニカル、医師、OT が集まってミーティングを行い、アフターアワーの電話の有無や、新規の患者についての打ち合わせをする。このチームの間では、密接に打

ち合わせをしながら進めている。特にナースと医師は（PT・OTの場合もあるが）お互いに情報を共有するようにしている。

本人と家族、または家族内でも緩和ケアへの理解が異なっていることがよくある。緩和ケアのコンサルタントである私たちは、なるべくこの病気はどのように進展していくかを説明するようにしている。きちんと受容する方、不安である方、怒りを覚える方など、様々な心理状況にあり、その微妙な食い違いを私たちは理解するように努めている。本人や家族がどのような状況にあっても、それを受け入れて、そこから関わりを始めるようにしている。

特に本人が終末期であることを受容しているか、理解しているかについては細心の注意をはらっている。継続的に関わる中で、ある時、急に考え方が変わることもあるが、それもプロセスの1つとして受け止め、継続的に対話をするように心がけている。

介護者へのケアも実践している（Care for Carer）。ホリスティックヒーリングセンターは家族へのマッサージやカウンセリングとして使われ、無料である。セラピストはボランティアでセンターの仕事をしている。SWは介護にあたっている家族の体調がすぐれない、薬物やアルコール依存がある、虐待などのリスクファクターには常に気をつけている。リスクファクターが無くても、疲労困憊してしまう場合もよくある。

緩和ケアチームは、介護にあたっている家族のコアアイデンティティの相手になることも重要であると思う。「ポールデポ（デポ＝集会所）」という介護者サポートグループでの勉強会も行っている。

また、「介護に貢献することは社会に貢献することである」という考え方から、政府から介護者に対して、報酬が支払われる。介護によってどれだけの時間が犠牲になっているか、介護にあたる時間によってその金額は異なる。コアアイデンティティや生きがいと介護が両立できれば良いが、仕事を辞めなければならない場合は、センターリンクに登録して費用が支払われることもある。

HammondCare

地域エリアでも病院でも同じような編成で、医師、メディカルディレクター、コンサルタント、レジストラ2人、レジデントである。ナースについては、マネージャー、クリニカルナースエデュケーター、正看護師、准看護師、SW、OT、PT、DT（ダイバーシヨナルセラピスト）、栄養士、マッサージセラピスト、セクレタリーである。申し送りをすることで変化や情報を共有する。医者は毎日一人一人の患者を診てまわる。

チームの全体ミーティングが毎週月曜日にある。ミーティングは基本的にナショナルガイドラインに基づいて行っている。その週の死亡者の確認、死亡状況、ケアが十分にまた適切に行われたか否か、などを話し合う。家族や友人に対して、グリーフケアの必要性も検討する。さらに新規入院患者の状況報告とプラン作成を行う。

通常の医療部門は医師をトップにピラミッド型になっているが、緩和ケアではチームで問題を解決している。あらゆる専門職が平等に貢献する。チーム間における最終的な決断は、医療関係は医者が中心になるが、多くの場合、協議を通して行う。看護関係であれば、ナースの長が最終的な決断をすることはあるが、それも色々な意見を聞きながら行っている。意見の不一致はあまりない。ナースや医者がもっと行うべきと思われることがあれば、他のメンバーが声をあげる。患者にとって何が最善であるかという視点に立って、話し合

いを十分に尽くすことが大事だ。メディカルディレクター（医療関係）、ナーシングマネジャー（看護関係）の2人がリーダーで、その2人の中で調整をとっていく。入院の決定も行う。注意すべきことは、私たちスタッフの部屋のドアに「あなたのエゴはそこに置いていきなさい」という表示が貼ってあるように、何事も思い込みでやってはいけないということである。例えば、患者がいよいよ弱ってきたので、牧師に患者の家に行ってほしいとお願いましたが、実際に訪問した家族には特に宗教がなく、牧師は不要だったこともある。

緩和ケアチームの活動に関しては、オーストラリアにおいて活発であると思われる。

また、ここでもコミュニティケアも緩和ケアの一つの部分であるとの位置づけが認められる。とりわけパストラルケアラー、あるいは牧師のチームへの参加から地域の中で緩和ケアが定着している様子が垣間見える。

緩和ケアチームと家族との関係については示唆に富んでいる。一つは緩和ケアチームは本人及び家族と疾病の進行について深く話をしている様子であり、またもう一つはチームが積極的に家族の問題に対して支援しようとする姿である。これらは、緩和ケアチームの地域に対する重要な貢献であろう。

また、緩和ケアはそれが医療のみならず生活全体を含むものであることから各職種が上下の関係を作ることなく協力し合っている様子がうかがえる。

日韓調査でも「自分ひとりで解決できることはないため、情報発信や情報収集をそれぞれが意識して行っている。誰が中心となるということは無いと思う（日本）」との発言があり、韓国でも老人療養施設において看取りに向けたカンファレンスを管理者、社会福祉士、看護師、嘱託医中心に行われ多職種間のチーム編成には努力が払われている。ただし、緩和ケアチームが病院内、地域の両方で広範な活動をしているケースはオーストラリアで顕著ではないだろうか。

在宅、施設、病院

Calvary Health Care

在宅緩和ケアチームの目標は、緩和ケアの対象になっている人たちの数を整理し、減らしていくことである。緩和ケアのニーズが低く、提供するサービスも少ない人については、他のコミュニティケアサービスにつなげる等をしていく必要がある。緩和ケアサービスを本当に必要としている人たちに十分なサービスを提供するために、国家でも州レベルでも緩和ケア対象者を絞り込んでいくことが課題として挙げられている。

在宅緩和ケアを行う中で、ある程度、コミュニティナースと家族との関係ができてしまい、ディスチャージする時に名前を外さないままにしているケースがあるので、それらを整理していく必要があるということである。ただし、他のサービスに移行した人も、再び緩和ケアが必要になった場合、私たちのサービスに戻れることを前提にしている。患者を切り捨てるということではなく、より高いニーズがある人たちに的を絞っていくことを目指しているのである。

HammondCare

自宅から入所施設に入る場合、包括的なアセスメントを行う。C-pad で評価をする以外に、ソーシャルヒストリー、家族や長年の友人からも情報を集める。それに基づいてアクティ

ビティを組み立てたりすることもある。在宅でコミュニティケアを受けていた人のデータは、そのまま次の施設に引き継がれる。ロウケアからハイケアに移る場合も同じことをしている。能力が落ちていく状況をカバーしていく中で、生活の質が低くならないように取り組んでいる。これらは、 HammondCare 全体の中で共有されている。準急性期であろうが、施設であろうが、標準的な方法となっている。職員間での情報の共有も推奨している。入院した際にもそれまで患者を診ていた地域の医師と連携するようにしている。

Calvary Health Care の発言からは、在宅緩和ケアチームへの強い期待がうかがえる。「国でも州レベルでも緩和ケア対象者を絞り込んでいくことは課題」であると語られ、緩和ケアの社会的な定着がうかがえる。

HammondCare の発言からは「生活の質」の確保が最優先課題として考えられていることがうかがえる。

一方、韓国では「自分の家に親を看る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」との発言も見られた。

人工栄養

HammondCare

人工栄養に関しては、症状が回復する見込みがない人に対しては行わないというのが通常である。PEG を入れると外すことは難しい。PEG は深刻な問題として捉えられている。事前指示というものをできるだけ広げていくことが必要だと思う。診断を受けたらすぐに意思を確認していくことが大事だ。

治療を続けても本人にとって利益にならない場合に、専門医と患者の話し合いに緩和ケアスタッフが参加を求められ、意見を出すこともある。

患者に別のオプションがあることや、人工栄養を拒否することができることを説明するのが難しいと感じる医者も多い。話し合いをしないまま PEG を入れてしまうこともある。医者自身は不要と思っても、本人や家族の強い希望から行うこともある。緩和ケアの医者たちにとっては、「DO NO HARM」が最も大事で、病棟でもそれをスローガンとしている。抗生剤を1錠与えることについても、それが本人にとって痛みや苦しみにならないかまで考えて行動することが重要である。

人工栄養については緩和ケアチームでは「本人の苦しみを高めてしまう場合は勧めないようにしている」とあるが、一方で実際には話し合いをせずに治療をすることもあるとのことである。この範囲でみると日本の実情と変わらないように見えるが、先にみたように緩和ケアの病院と地域への浸透度に違いがあるとすれば、本人および家族と話し合いを深める中で実態として人工栄養を勧めない場合がより多いのではないかという可能性がある。

日韓調査では「経口摂取ができなければ、他の方法を取ると考えるのは現場の率直な考えだと思う（日本）」「食べないから死ぬのではなくて、死んでいっているから食べないという考え方が広がっていくと思う（日本）」「食事が口からとれなければ、人工栄養は良いと思う。現状維持をするということは後退していくという意味だと思う（日本）」との考え、また韓国では「孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたい（韓国）」「人工栄養は進める。現状維持で、ただ死なせることはできない。息をすっているのに、それを看るのが苦しい。（韓国）」との意見がみ

られた。オーストラリアではインタビューの文言から見る限り、回復の見込みがあるかどうかを一つの基準としているように見える。

事前指示、継続的後見人、事前指示

HammondCare

事前指示書と同時に継続的な後見人の制度があるので、代弁してくれる人を立てておくこともある。ニュー・サウス・ウェールズ州では事前指示書は法的拘束力を持っていないため、事前指示書があっても家族がそれを拒否してしまうことがある。また、タイミングによっては患者本人の望みが変わることもある。

本人が何を希望するか、どのようなお葬式を出してほしいかを聴くようにしている。これらの会話の内容は必ずしも居心地が良いものではないが、会話が終わったあとにそういう話をしてくれてありがとうと言ってくれる人が多い。オーストラリアは多民族国家のため、文化的に話して良いか慎重になったりするが、話さなくてはいけないことはできるだけするようにしている。

ビクトリア州に関しては、「死ぬ権利」というものが整備されている。患者が事前指示書を作成していることを知っていて、医師がそれを無視してしまった場合は、訴えられる可能性がある。ただし、今のところ裁判になったケースは1つも無い。他にも法律が整備されている州があると思うが、ニュー・サウス・ウェールズ州にはない。現実を見てみると、医師は事前指示書の内容を見ているが、それが作成された時と今では状況が変わってきている場合があり、作成時の希望通りにできなくなっているということもある。

本人が自己決定することができなくなってしまった場合には、家族に代行してもらうことになる。ただ、それは家族でなくても良くて、本人と親しい人、**Person Responsible**でも良い。

事前指示の使い方としては、GPが家族と話をし、本人がこういうことを望んでいるだろうということを考えて治療をするという形になる。

また、私たちは、事前指示書ではなく、事前介護計画（アドバンスド・ケアプランニング）を使った方が良いとしている。ここには、近親者にこういう環境整えてくれるよう望むといった、症状が変わったとして適応できるような一般的な内容を書いておくのだ。

問題の一つは何の書類も作らなかった患者である。緩和ケアは患者が急性期病院で死を迎えることがないようにする役割があるが、本人の意思表示がインフォーマルな形ですら無い場合、ナーシングホームに入所していたとしても最終的には急性期病院に送られて亡くなることもある。

緩和ケア病棟不足の問題もある。シドニーは緩和ケアのリソースは豊富であると言われているが、シドニーの中でも量のばらつきがある。シドニー内のこのエリアについては、人口80万人に対して、緩和ケア病棟は45床、他のエリア50万人に対して70床。国内全体を見てみると、緩和ケアを受けるために1000キロも移動しなくてはいけないこともある。タスマニアでは、55万人に対して医師が1人だった。今は4人ぐらいだ。

緩和ケアでは「DO NOT HARM」が実践されなければならない。目の前にいる患者にとって何が必要か、残された時間の中で何が重要かを常に考えなければいけないと思う。医者は自分の痛みのコントロールばかりを心配しがちだ。しかし、患者本人は、息子と会

話ができるように薬で朦朧とした状態から逃れて頭をクリアにしてほしいという希望があったりもする。今、この時のベストクオリティが何かを考え、実践することが最も重要なことであると思う。

事前指示書については、法的な拘束力がないこともあり、実際の使われ方としてはGPが家族と話をし、本人がこういうことを望んでいるだろうということを考えて治療をするという形であると説明されている。認知症の人の場合には後見人（近親者）へのあらかじめの指示が尊重されることが示唆される。HammondCareではよりフレキシビリティがあるとの判断からアドバンスド・ケアプランニングを推奨している。

また、オーストラリアでは緩和ケア病棟の不足が指摘されている。地域における緩和ケアについても需要が多く「絞り込み」が求められる状況がある。

日韓調査では事前指示書については、「情報として必要かと思うが、だいたいのケースで家族が判断されることが多い。本人の意思の情報だけが決め手になる訳ではないと思う（日本）」「事前指示書については、今はこう思っている、生きている中で変わるので、参考にできる程度書類かなと思う（日本）」「法的に保証されているものがあれば、それに則るということができると思う。法制化があればいい（日本）」と意見が分かれている。

ともに、事前指示が硬直した内容として受け取られることは問題を含んでいるとの考え方がみられる。また、日韓調査でも指摘されているように「本人の事前指示書の意思と家族の意思が異なると扱いが大変（韓国）」との思いは共通している。

4. まとめ

本稿の冒頭で、実際に対応の基本方針を決定する際の「最も重視する理由」で、オーストラリアは特に認知症のケースで「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多いこと、また日本は「家族の意向に合致する可能性が高い」が特に多いことを述べた。

上にまとめたオーストラリアにおけるインタビューの中から、いくつかのキーワードを抽出することができる。すなわち、「人生の生きがいや奪われたときに、それにとって代わること」「本人が治療の仕方を決めていく」「生活の質が低くならないように」「（介護者の）コアアイデンティティや生きがい」などにみられる自立した生活重視の姿勢である。

一方で韓国のインタビューでは、「孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたい」「自分の家に親を看る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」という発言が特徴的であった。

すなわち、オーストラリアでは個人からの社会への働きかけを中心とする生活の質が最も重視され、韓国においては縮小しつつあるとは思われるが儒教的な規範が認められる。

これらが、オーストラリアにおいて「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多いことの背景を一定程度表しているのではないだろうか。また、日本においてはこれらの規範性が希薄であることから、判断基準が明確ではなく、当面の当事者である家族の意向が多く意識される構造があるとも考えられよう。

また、オーストラリアにおける緩和ケアチームが院内、ナーシングホーム、地域にわたって広範に終末期ケアにコミットしていることは社会全体に大きな影響を与えていることは注目すべきものであると思われた。

(参考)

職員トレーニング、ケア、サポート

Calvary Health Care

職員に対して、どのようなサポートのニーズがあるのかを昨年調査した。その1つが、お互いに自分の中にある感情を引きずらないようにする、というニーズがあることが分かった。昨年行ったアンケートから、「デグリーフイング」という胸にたまったことを話すことで自らを開放するというやり方と、1対1で話を聴いてほしいという2つのことが明確なニーズとしてあった。両方が必要という人もいた。

SWやカウンセラーに対しては、クリニカルスーパービジョンを法律で受けなければならないことが決まっている。クリニカルスーパービジョン理論といのは、カウンセラーや精神療法士の資格をとる課程で、必ずカリキュラムが含まれている。看護師には含まれていない。情緒的な状態が良くないと、クライアントに対して害を及ぼすことになりかねない。クリニカルスーパービジョンの目的の1つは内面を見つめる習慣を維持し続けることがある。カルバリー病院では、カウンセリング職員だけでなく全ての職員に対して、内省の習慣を浸透させるような啓蒙活動をしている。任意の参加であるが、来週のお昼の時間に教育プログラムを実践する。1対1に加えて、職場全体のグループとしてケースのディスカッションを行うことを通じて自らを振り返る機会を持っている。その一環として、死にいたるプロセスが苦しんで亡くなった場合、そこに立ち会う職員がその話をして、どうあり得たのかまで話を展開していくことで職員たちをサポートすることをしている。困難な状況に立ち会うということを実感して、そのサポートは必要で、内省することをグループで提供していくことも大事だと思う。

病院とは独立したサービスとして、職員支援サービスがある。職員であれば全て無料で提供されるサービスであり、仕事や個人的なストレスに関してカウンセリングサービスを受けることができる。

HammondCare

継続的な教育をする。コミュニティナースが施設等に訪問して、教育を行うこともしている。PEPAというプロジェクト（政府からの補助金が出ている）があり、ナーシングホームで働く人が病院に行って緩和ケアのトレーニングを受けることができる。トレーニングを受けている間の、補助員に対する費用が国から出るということがされている。他の州や海外（イギリス）に行っても研修を受けるということもできる。

5. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査

ライフケアシステム 代表理事
辻 彼南雄
成蹊大学アジア太平洋研究センター 特別研究員
渡辺 大輔
医療経済研究機構 主任研究員
中島 民恵子

5-1 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査:アンケート調査

1. 調査の概要

1.1. 9ヶ国調査と日韓調査

本研究では、2010年度に行った調査データに加えて、2011年度に行った2つの調査データを用いて分析を行う。一つ目は、2010年度の調査においてサンプル数の少なかったオランダ、イギリス、フランスの3か国と、調査を行うことができなかったアメリカに対して2010年と同一の調査票を用いた追加調査を行っている。この個票データを2010年度調査の個票データとマージした分析を行った。この調査を本稿では「9ヶ国調査」と呼ぶ。

第二に、2011年度に2010年度に行った質問紙を一部修正し、調査対象を個別の経験を持つ事業所ではなく、一定地域内のすべての事業所とした調査を日本と韓国において行った。この調査を本稿では「日韓調査」と呼ぶ。

いずれの調査においても、仮想的質問法を用いた質問紙調査を行った。典型的な終末期のあり方として想定される2つの仮想ケース（問2にあたる末期がんケース、問3に当たる認知症ケース）を作成し、各ケースに対して専門職としての理想的判断と実際に行うであろう現実的判断を調べた。加えて、理想の死および理想の看取りについての意識（問4、5）、これまでの医療・介護経験、看取り経験についても調査した（問1）。また、日韓調査では死生観についての設問も加えた。

なお、本報告では紙幅の都合上、2010年度報告書で分析した9ヶ国調査については国ごとの傾向を中心に紹介し、専門職間の比較については日韓調査を用いて分析を行う。

1.2. 調査対象と倫理審査

調査対象は以下の表1-1、表1-2のようになる。9ヶ国調査では、一般の介護施設では終末期の利用者を制限している現状を踏まえ、コンビニエント・サンプリングによって終末期の利用者の受入れ経験のある調査対象を選定し、同意を得られた事業所および個人を対象としている。これは、無作為抽出による対象選定では、終末期の医療、介護経験の乏しい専門職が多くなってしまい、目的が果たせなくなることを防ぐためである。

日韓調査では、日本国内はILC日本が主体となり、東京都中央区と滋賀県守山市において高齢者の終末期医療・介護サービスを提供する事業所を対象とした。韓国は韓国アルツハイマー協会が主体となり、ソウル市松坡地区、光州市において高齢者の終末期医療・介護サービスを提供する事業所を対象とした。

なお本調査の実施に当たっては、個人情報保護などの厳しい倫理規定を設けて実施しており、また、長寿社会開発センター研究倫理審査委員会の倫理審査を経たのちに実施した。

表 1-1 9ヶ国調査の調査実施機関・対象

国名	調査実施機関・対象
日本	ILC 日本；12 事業所（特別養護老人ホーム 7、グループホーム 2、複合施設 1、訪問看護ステーション 1、病院 1）、医師個人（10 名）
韓国	韓国アルツハイマー協会
イスラエル	ILC イスラエル
オーストラリア	2 医療・介護施設（HammondCare, Ramsay Health）
チェコ	ILC チェコ
オランダ	ILC オランダ
フランス	ILC フランス
イギリス	ILC イギリス
アメリカ NY	ILC 米国

※とくに記述がない場合、2010 年 10～12 月に実施（アメリカのみ 2011 年 10～12 月）

表 1-2 日韓調査の調査実対象

国名	地域	調査対象
日本	中央区	総合病院 2、診療所 4 2、介護老人保健施設 1、介護療養型医療施設 1、介護老人福祉施設 4、認知症対応型共同生活介護 3、訪問看護 8、訪問介護 7、居宅介護支援 2 4、夜間対応型訪問介護 1、有料老人ホーム 3
	守山市	総合病院 1、診療所 1 8、介護老人保健施設 1、介護老人福祉施設 2、認知症対応型共同生活介護 2、訪問看護 3、訪問介護 1 1、居宅介護支援事業所 1 6、小規模多機能型居宅介護事業所 1
韓国	ソウル	病院 1 7、療養院 5 3
	光州	病院 1、療養院 1 1

なお、アメリカについては補足する必要がある。アメリカは州制度を採用しており、かつ公的医療保険がないため州ごとに大きな違いがある。また、今回調査に協力していただいた ILC 米国は大都市であるニューヨークに所在している点、医療施設であるため介護職が回答者にはいない点、積極的に経管栄養施工を行っている施設である点が指摘でき、アメリカ全体を代表しているものとは言えない。そこで本報告ではアメリカ全体を代表していない点に注意を喚起するため、一貫してアメリカ NY として表記した。

1.3. 有効回収数、回収率

9ヶ国調査の有効回収数は 638 人であり、日本 221 人（34.6%）、韓国 80 人（12.5%）、イスラエル 63 人（9.9%）、オーストラリア 57 人（8.9%）、チェコ 56 人（8.8%）、オランダ 33 人（5.2%）、フランス 29 人（4.5%）、イギリス 69 人（10.8%）、アメリカ 30 人（4.7%）であった。

日韓調査の有効回収数は 1311 人、有効回収率は 61.3%であった。日本では中央区が有効回収数 214 人（有効回収率 53.5%）、守山市が有効回収数 334 人（有効回収率 54.4%）であった。韓国では、ソウルが有効回収数 398 人（有効回収率 58.2%）、光州市が有効回収数 365 人（有効回収率 83.0%）であった。

1.4. 9ヶ国調査における回答者の属性

以下では、9ヶ国調査の回答者の属性について、性別、年齢、職種、経験などについて紹介する。

1.4.1. 性別と年齢

性別と年齢階級は以下の表 1-3、表 1-4、表 1-5 となる。回答者はいずれも女性が過半数を占めている。また、平均年齢はいずれも 40 代であり、国ごとにそれほど大きな違いはみられなかった（統計的な有意差もなかった）。

表 1-3 9ヶ国調査：回答者の性別

	男性	女性	合計
日本	90 40.7%	131 59.3%	221 100.0%
韓国	11 13.8%	69 86.3%	80 100.0%
イスラエル	16 25.4%	47 74.6%	63 100.0%
オーストラリア	8 14.0%	49 86.0%	57 100.0%
チェコ	7 12.5%	49 87.5%	56 100.0%
オランダ	4 12.1%	29 87.9%	33 100.0%
フランス	8 28.6%	20 71.4%	28 100.0%
イギリス	18 26.1%	51 73.9%	69 100.0%
アメリカ NY	14 46.7%	16 53.3%	30 100.0%
合計	176 27.6%	461 72.4%	637 100.0%

表 1-4 9ヶ国調査：回答者の年齢階級

	20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
日本	45 20.7%	78 35.9%	44 20.3%	32 14.7%	18 8.3%	217 100.0%
韓国	12 15.2%	29 36.7%	23 29.1%	15 19.0%	0 .0%	79 100.0%
イスラエル	5 7.9%	15 23.8%	20 31.7%	15 23.8%	8 12.7%	63 100.0%
オーストラリア	9 16.7%	10 18.5%	12 22.2%	15 27.8%	8 14.8%	54 100.0%
チェコ	5 8.9%	15 26.8%	13 23.2%	18 32.1%	5 8.9%	56 100.0%
オランダ	5 15.6%	9 28.1%	8 25.0%	9 28.1%	1 3.1%	32 100.0%
フランス	8 27.6%	7 24.1%	4 13.8%	8 27.6%	2 6.9%	29 100.0%
イギリス	6 8.7%	10 14.5%	17 24.6%	25 36.2%	11 15.9%	69 100.0%
アメリカ NY	2 6.7%	8 26.7%	16 53.3%	3 10.0%	1 3.3%	30 100.0%
合計	97 15.4%	181 28.8%	157 25.0%	140 22.3%	54 8.6%	629 100.0%

表 1-5 9ヶ国調査：回答者の平均年齢

	度数	平均値	標準偏差
日本	217	40.11	12.08
韓国	79	40.68	9.55
イスラエル	63	46.52	12.14
オーストラリア	54	45.37	12.98
チェコ	56	44.71	11.53
オランダ	32	42.53	10.85
フランス	29	40.86	12.69
イギリス	69	48.42	12.22
アメリカ NY	30	41.83	8.33
合計	629	42.84	11.97

1.4.2. 職種（問 1-4）

本報告のなかで最も重要な独立変数が職種となる。なお、選択肢になかったがその他の自由記述で多かった「PT・OT」はアフターコーディングを行って作成した。

表 1-5 9ヶ国調査：回答者の専門職種

	医師	看護師	介護士	ソーシャル ワーカー	その他	PT・OT(リ コード)	合計
日本	20 9.1%	59 26.8%	103 46.8%	23 10.5%	8 3.6%	7 3.2%	220 100.0%
韓国	16 20.0%	44 55.0%	2 2.5%	18 22.5%	0 0.0%	0 0.0%	80 100.0%
イスラ エル	25 39.7%	18 28.6%	2 3.2%	15 23.8%	3 4.8%	0 0.0%	63 100.0%
オースト ラリア	11 19.3%	20 35.1%	8 14.0%	11 19.3%	2 3.5%	5 8.8%	57 100.0%
チェコ	17 32.1%	17 32.1%	2 3.8%	12 22.6%	5 9.4%	0 0.0%	53 100.0%
オラン ダ	15 45.5%	15 45.5%	0 0.0%	1 3.0%	2 6.1%	0 0.0%	33 100.0%
フラン ス	17 58.6%	7 24.1%	0 0.0%	2 6.9%	3 10.3%	0 0.0%	29 100.0%
イギリ ス	35 52.2%	14 20.9%	0 0.0%	18 26.9%	0 0.0%	0 0.0%	67 100.0%
アメリ カ NY	15 50.0%	15 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	30 100.0%
合計	171 27.1%	209 33.1%	117 18.5%	100 15.8%	23 3.6%	12 1.9%	632 100.0%

1.4.3. 医療・介護経験、在宅支援を主とした医療・介護経験（問 1-5）

回答者の全般的な医療・介護経験年数と、在宅支援を主とした医療・介護経験年数についてまとめたものが表 1-6 である。全般的な医療・介護経験年数の平均は 14.46 ± 11.27 年であった。イギリスが 22.61 ± 12.64 年と他国に比べて長いことが分かる。逆に、韓国は 9.24 ± 4.82 年と短かった。

在宅支援を主とした医療・介護経験年数の平均は 5.13 ± 8.28 年であり、全般的な医療・介護経験年数に比べて 3 分の 1 程度まで減少している。また標準偏差も平均値に比べて大きく、分散が大きいことが分かる。チェコ、イスラエルは全般的な経験年数と在宅支援を

主とした経験根数の差が他国に比べて小さいのに対して、残る国は非常に大きいことが分かる。とくに韓国は在宅支援の経験年数が低く、わずか0.40±1.47年であった。

また、国を独立変数とし、全般的な医療・介護経験年数と、在宅支援を主とした医療・介護経験年数を従属変数とした一元配置分散分析を行った。その結果、全般的な医療・介護経験年数についてはF値10.845（自由度8、585）が0.1%水準で有意であり、在宅支援を主とした医療・介護経験年数についてもF値21.602（自由度8、524）が0.1%水準で有意であった。国ごとに経験年数には違いがあるといえる。

表 1-6 9ヶ国調査：回答者の医療・介護経験年数

	医療・介護経験年数			在宅支援を主とした 医療・介護経験年数		
	度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
日本	212	12.13	9.78	208	2.38	4.64
韓国	74	9.24	4.82	79	.40	1.47
イスラエル	58	18.83	13.66	43	11.86	10.81
オーストラリア	53	13.25	11.77	32	7.46	9.10
チェコ	51	16.58	12.14	42	9.12	8.15
オランダ	33	18.21	12.31	19	3.16	5.30
フランス	28	10.88	10.87	22	4.05	9.88
イギリス	65	22.61	12.64	58	11.72	11.39
アメリカ NY	30	15.40	7.25	30	8.23	9.56
合計	604	14.46	11.27	533	5.13	8.28

1.4.4. 職場での臨終立会い経験（問 1-8）

本調査の特徴である、看取りについて経験についても調査を行った。問1（8）では最近1年間の職場での臨終立会い経験について質問している。その結果が図 1-1 である。全体としては59.8%の人がこの1年間で職場において臨終に立ち会っていた。アメリカについては調査対象施設が医療施設のみであったため、割合が非常に高く、全員が経験ありと答えている。その他は、韓国が79.5%と、フランスの74.1%と続いている。その他の国は4~6割程度であり、看取りの経験を行ったことがあるものはほぼ半分程度となっている。

このなかで、臨終立会い経験ありと答えた人に1年間でのおよその回数も聞いている。その回答結果が表 1-7 である。経験ありと答え、さらに回数について回答した339名の臨終立会い経験回数は平均6.96±13.47回であった。標準偏差が大きいことから、分散が大きいことがわかる。フランスの17.25±44.04回が突出しているが、これは医師による回答の偏りが影響していると考えられる。他国はおよそ4~6回であり、チェコが10.70±12.74回と多かった。ここからは、経験がある人は年に複数回経験することも多く、同時に、経験数が多い人と少ない人でばらつきがあることが分かる。

さらに国を独立変数とし、臨終立会い経験回数を従属変数とした一元配置分散分析を行った。その結果、F値1.656（自由度8、330）で有意水準5%でも有意ではなく、国ごとに経験回数の平均に、有意差があるとは言えなかった。すなわち、立会い経験がある人のなかで、国際的な違いは見られなかった。

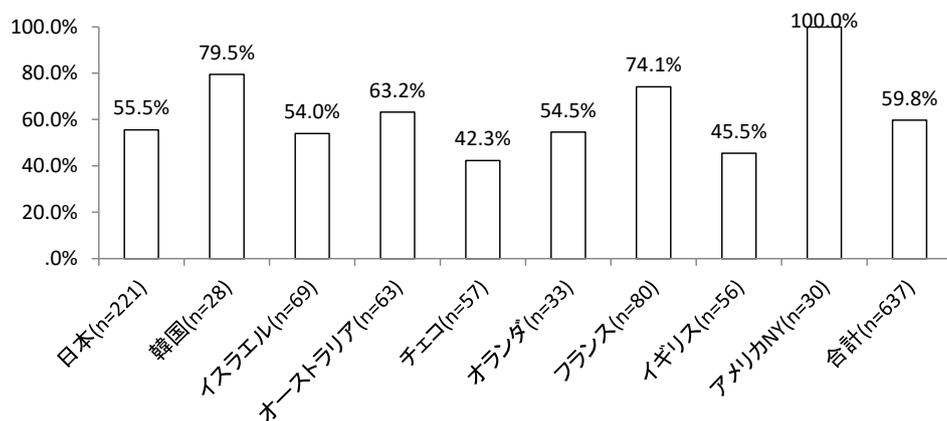


図 1-1 9ヶ国調査：職場での最近1年間の臨終立会い経験ありの割合

表 1-7 9ヶ国調査：最近1年間の臨終立会い経験回数

	度数	平均値	標準偏差
日本	117	6.53	11.31
韓国	57	7.10	10.34
イスラエル	28	5.71	5.11
オーストラリア	32	5.53	7.46
チェコ	20	10.70	12.74
オランダ	16	4.31	3.65
フランス	16	17.25	44.04
イギリス	23	6.70	12.25
アメリカ NY	30	4.73	1.41
合計	339	6.96	13.47

1.5. 「日韓調査」における回答者の属性

9ヶ国調査に続いて、この節では日韓調査の回答者の属性について、性別、年齢、職種、経験などについて紹介する。

1.5.1. 性別と年齢階級

性別と年齢階級は以下の表 1-8、表 1-9、表 1-10 となる。回答者はいずれも女性が過半数を占めている。また、平均年齢はいずれも 40 代であり、国や地域ごとに大きな違いはみられなかった（統計的な有意差もなかった）。この数値は 9ヶ国調査とほぼ同様の結果であり、両調査間での比較は可能であると考えられる。

表 1-8 日韓調査：回答者の性別

		男性	女性	合計
日本	中央区	59 27.6%	155 72.4%	214 100.0%
	守山市	59 17.7%	274 82.3%	333 100.0%
	合計	118 21.6%	429 78.4%	547 100.0%
韓国	ソウル	33 8.3%	364 91.7%	397 100.0%
	光州	30 8.3%	333 91.7%	363 100.0%
	合計	63 8.3%	697 91.7%	760 100.0%
合計	181 13.8%	1126 86.2%	1307 100.0%	

表 1-9 日韓調査：回答者の年齢階級

		20代	30代	40代	50代	60代以上	合計
日本	中央区	47 22.5%	56 26.8%	52 24.9%	40 19.1%	14 6.7%	209 100.0%
	守山市	34 10.3%	84 25.5%	109 33.0%	74 22.4%	29 8.8%	330 100.0%
	合計	81 15.0%	140 26.0%	161 29.9%	114 21.2%	43 8.0%	539 100.0%
韓国	ソウル	123 31.0%	65 16.4%	84 21.2%	116 29.2%	9 2.3%	397 100.0%
	光州	42 11.5%	57 15.6%	94 25.8%	163 44.7%	9 2.5%	365 100.0%
	合計	165 21.7%	122 16.0%	178 23.4%	279 36.6%	18 2.4%	762 100.0%
合計	246 18.9%	262 20.1%	339 26.1%	393 30.2%	61 4.7%	1301 100.0%	

表 1-10 日韓調査：回答者の平均年齢

		度数	平均値	標準偏差
日本	中央区	209	40.78	12.75
	守山市	330	44.01	11.08
	合計	539	42.76	11.85
韓国	ソウル	397	40.25	12.31
	光州	365	45.33	10.55
	合計	762	42.68	11.77
合計	1301	42.71	11.80	

1.5.2. 職種

本報告のなかで最も重要な独立変数が職種となる。ここで職種とは、所有資格ではなく、実際に現在働いている事業所において主となる職業のことを意味している。その結果が以下の表 1-11 である。日本は「看護師」と「介護職員」がそれぞれ 194 人（35.4%）、191 人（34.9%）と多い。「医師」は 31 人（5.7%）であるが、終末期の医療・介護の現場には医師は少ないことからこのような数字となっている。また、日本にも「その他」の回答があったが、リコードできるものはリコードした結果、残ったケースは専門職とはみなせないもの（たとえば事務職など）であったため、非該当のケースとしてとらえ有効回答から除外した。その結果、その他は 0 となっている。

これに対して、韓国は「介護職員」がもっとも多く 351 人（46.0%）であり、次いで「看護師」233 人（30.5%）となっている。また、「医師」が非常に少なくわずか 6 人（0.8%）であり、統計的な分析を行うには足りない数となっている。加えて、韓国では「その他」が非常に多くなっている。

職種については前述したように、韓国の医師が非常に少ないという問題がある。そこで、今後の分析が分かりやすいように、表 1-12 にあるように 3 つの職種に分類した。3 つの職種は、医療職（医師、看護師、およびその他医療職）、相談・CM（生活相談員・支援相談員、ケアマネージャー）、介護職（ヘルパー、介護療養士に加えて、直接的なケアを中心業務とするその他有資格者）に分類し、韓国のその他についても可能なものはリコードしている。なお、ここでリコードできないものは非該当回答とみなして有効回答から除外している。

今後の分析において職種を用いる際は、この 3 分類の職種を用いて分析してゆく。

表 1-11 日韓調査：回答者の事業所での主な職種

		医師	看護師	相談員	ケアマネ ージャー	介護職員	その他	合計
日本	中央区	17 7.9%	59 27.6%	7 3.3%	52 24.3%	79 36.9%		214 100.0%
	守山市	14 4.2%	135 40.4%	27 8.1%	46 13.8%	112 33.5%		334 100.0%
	合計	31 5.7%	194 35.4%	34 6.2%	98 17.9%	191 34.9%		548 100.0%
韓国	ソウル	5 1.3%	159 39.9%	14 3.5%	27 6.8%	143 35.9%	50 12.6%	398 100.0%
	光州	1 0.3%	74 20.3%	16 4.4%	23 6.3%	208 57.0%	43 11.8%	365 100.0%
	合計	6 0.8%	233 30.5%	30 3.9%	50 6.6%	351 46.0%	93 12.2%	763 100.0%
合計		37 2.8%	427 32.6%	64 4.9%	148 11.3%	542 41.3%	93 7.1%	1311 100.0%

表 1-12 日韓調査：回答者の職種（3分類）

		医療職	相談・CM	介護職	合計
日本	中央区	76 35.5%	59 27.6%	79 36.9%	214 100.0%
	守山市	149 44.6%	73 21.9%	112 33.5%	334 100.0%
	合計	225 41.1%	132 24.1%	191 34.9%	548 100.0%
韓国	ソウル	204 51.3%	46 11.6%	148 37.2%	398 100.0%
	光州	103 28.2%	46 12.6%	216 59.2%	365 100.0%
	合計	307 40.2%	92 12.1%	364 47.7%	763 100.0%
合計	532 40.6%	224 17.1%	555 42.3%	1311 100.0%	

※ 韓国のその他の回答はリコーディングした

1.5.3. 勤務先の事業所の種類

日韓調査では、働いている事業所についても調査している。その結果が下記の表 1-13 である。なお、日本と韓国では事業所の種別が異なる。そのため、同一の事業所ごとにをまとめている。この表のみ、通常のものとは比べて行と列が入れ替わっており、割合も列パーセントを示している。韓国の空欄は該当する項目がないものである。

表からは、日本は「病院・診療所」が 125 人 (23.1%)、「居宅介護支援」が 101 人 (18.7%)、「介護老人福祉施設」が 100 人 (18.6%) であった。韓国では「病院・診療所」が 249 人 (32.8%)、「介護療養型医療施設」が 232 人 (30.6%)、「介護老人福祉施設」が 181 人 (23.9%) であり、日本に比べて医療機関に従事する人の割合が多かった。

表 1-13 日韓調査：回答者の勤務する事業所の種類

	日本			韓国		
	中央区	守山市	合計	ソウル	守山市	合計
病院・診療所	38 17.8%	87 26.7%	125 23.2%	162 40.8%	87 24.1%	249 32.8%
介護老人保健施設	0 0.0%	22 6.7%	22 4.1%	67 16.9%	114 31.6%	181 23.9%
介護老人福祉施設	47 22.1%	53 16.3%	100 18.6%	26 6.5%	35 9.7%	61 8.0%
介護療養型医療施設	7 3.3%	2 0.6%	9 1.7%	127 32.0%	105 29.1%	232 30.6%
グループホーム	15 7.0%	7 2.1%	22 4.1%	1 0.3%	3 0.8%	4 0.5%
訪問看護	18 8.5%	24 7.4%	42 7.8%			
居宅介護支援	51 23.9%	50 15.3%	101 18.7%			
訪問介護	25 11.7%	25 7.7%	50 9.3%	7 1.8%	3 0.8%	10 1.3%
特定施設入居者生活 介護	6 2.8%	0 0.0%	6 1.1%			
デイサービス (AC) *	0 0.0%	34 10.4%	34 6.3%			
小規模多機能型居宅 介護 (AC) *	0 0.0%	6 1.8%	6 1.1%			
その他	6 2.8%	16 4.9%	22 4.1%	7 1.8%	14 3.9%	21 2.8%
合計	213 100.0%	326 100.0%	539 100.0%	397 100.0%	361 100.0%	758 100.0%

* (AC): その他の自由記述からアフターコーディングした

1.5.4. 医療・介護経験、在宅支援を主とした医療・介護経験

回答者の全般的な医療・介護経験年数と、在宅支援を主とした医療・介護経験年数について国別、都市別にまとめたものが表 1-14 である。全般的な医療・介護経験年数の平均は 8.42 ± 8.38 年であった。日本が 12.65 ± 9.71 年であったのに対して、韓国は 12.65 ± 9.71 年であり経験年数が短かった。

ただし、在宅支援を主とした医療・介護経験年数では逆転し、日本が 3.46 ± 4.70 年であったのに対して、韓国は 5.19 ± 5.42 年であった。

表 1-14 日韓調査：回答者の医療・介護経験年数

		医療・介護経験年数			在宅支援を主とした 医療・介護経験年数		
		度数	平均値	標準偏差	度数	平均値	標準偏差
日本	中央区	211	11.86	9.92	185	3.75	4.97
	守山市	322	13.17	9.55	326	3.57	4.55
	合計	533	12.65	9.71	511	3.64	4.70
韓国	ソウル	382	5.61	6.15	393	5.43	6.12
	光州	346	5.00	4.60	361	4.92	4.53
	合計	728	5.32	5.47	754	5.19	5.42
合計		1261	8.42	8.38	1265	4.56	5.19

1.5.5. 職場での臨終立会い経験（問 1-8）

本調査の特徴である、看取り経験について、職場での臨終立会い経験を訪ねた設問の結果が表 1-15 である。全体では、過去 1 年間に職場において臨終立会い経験があった人が 677 人 (51.8%) であり、日本では 236 人 (43.3%)、韓国では 441 人 (57.8%) であった。また、過去 1 年間にはないが過去にある人は全体で 256 人 (19.6%)、経験がない人は 375 人 (28.7%) であった。この経験（ある、過去にある、ない）と国について独立性の検定を行った結果、 χ^2 値 29.813（自由度 2）で有意水準 0.1% で有意であり、国と経験のあり方について有意な関連が見られた。

このなかで、臨終立会い経験ありと答えた人に 1 年間でのおおよその回数も聞いている。その回答結果が

表 1-16 である。経験ありと答え、さらに回数について回答した 660 名の臨終立会い経験回数は平均 5.37 ± 9.51 回であった。標準偏差が大きいことから、9ヶ国調査と同様に分散が大きいことがわかる。日本全体では平均 6.24 ± 13.70 回、韓国全体では 5.37 ± 9.51 回であった。中央区は 8.46 ± 17.28 回と平均値が大きく、標準偏差も非常に大きい値となっている。これは中央区には大規模な病院があり高度医療を提供していることから、病院内での死亡者数が多くなる傾向にあることが影響していると考えられる。さらに国を独立変数とし、臨終立会い経験回数を従属変数とした平均値の差の検定を行った。その結果、 t 値 1.713（自由度 658）で有意水準 5% で有意でなく、日本と韓国について経験回数の平均に、有意差があるとは言えなかった。

表 1-15 日韓調査：最近 1 年間の臨終立会い経験

		ある	最近 1 年間は ないが、過去にある	ない	合計
日本	中央区	109 51.7%	48 22.7%	54 25.6%	211 100.0%
	守山市	127 38.0%	88 26.3%	119 35.6%	334 100.0%
	合計	236 43.3%	136 25.0%	173 31.7%	545 100.0%
韓国	ソウル	225 56.5%	65 16.3%	108 27.1%	398 100.0%
	光州	216 59.2%	55 15.1%	94 25.8%	365 100.0%
	合計	441 57.8%	120 15.7%	202 26.5%	763 100.0%
合計	677 51.8%	256 19.6%	375 28.7%	1308 100.0%	

表 1-16 日韓調査：最近 1 年間の臨終立会い経験回数

		度数	平均値	標準偏差
日本	中央区	107	8.46	17.28
	守山市	121	4.29	9.12
	合計	228	6.24	13.70
韓国	ソウル	218	5.46	6.36
	光州	214	4.36	6.05
	合計	432	4.91	6.23
合計	660	5.37	9.51	

さらに、看取り経験と職種について分析したものが図 1-2 である。日本と韓国いずれについても医療職の経験が高くなっており、経験ありが日本では 55.6%、韓国では 61.9%と

なっている。また、日韓双方について、相談・CM がもっとも割合が低く、介護職が若干多くなる傾向がみられる。そこで、日本と韓国それぞれについて職種ごとの独立性の検定を行った。日本については、 χ^2 値 80.341 (自由度 4) で有意水準 0.1% で有意であり、職種と経験のあり方について有意な関連が見られた。韓国については、 χ^2 値 6.000 (自由度 4) で有意水準 5% で有意ではなく、職種と経験のあり方について関連があるとは言えなかった。すなわち、日本においては職種の違いによって職場において看取りを行うかどうか異なっているのに対して、韓国においてはそのような違いが確認されなかったといえる。

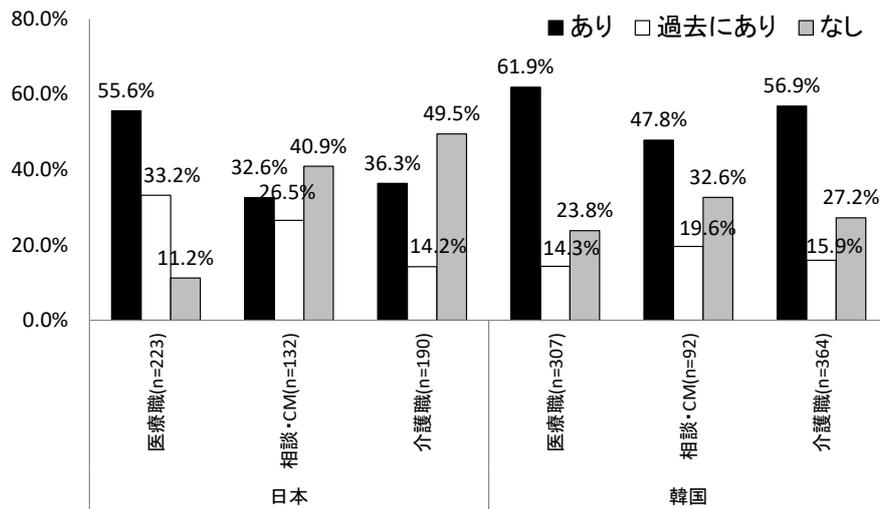


図 1-2 日韓調査：職種別最近 1 年間の臨終立会い経験

2. がんケースの分析

2.1. がんケースの概要

がんケースは、末期がん女性患者についての以下のケースである。

A さん(女性、85 歳)。現在入院中の末期がんの患者 (余命 1 ヶ月) で、日々の痛みのコントロールに薬品が必要。本人の意識は一部はっきりしていないが、言葉による意思疎通は可能であり、記憶力も日常生活を送るのには問題がないレベルである。ただし、すでに足腰に影響が出ており、日々の排泄等に介助が必要となっている。家族については、すでに夫は死去しており、車で 15 分程の近隣に息子夫婦が住んでいるものの二人とも働いており平日に時間的余裕は少ない。また本人は金銭的にも豊かではなく、年金を主たる生計手段としており、自宅のトイレや段差などの改修も単独の資金で行うことは難しい。本人は夫との思い出がある自宅での最期を希望しているものの、「無理を言うてはいけないね」と話している。

このケースの特徴は、以下の 3 点である。第一に、末期のがんでかつ余命が明確に宣告されているという情報が与えられており、明確に終末期であるといえる事例である点である。第二に、本人は在宅を希望しているが、単身世帯でありかつ介助が必要であるという点である。すなわち、医療サービス以外にも生活のための外部からの支援が必要となることを意味する。第三に、近親者として息子夫婦がいるものの同居しておらず、また共働きのため家族による介護力があまり期待できない点である。

調査では、事前にケースを読んでもらったうえで、専門職としての理想としての対応と現実的な対応の双方を聞いた。

2.2. 終末を迎えるべき場所と実際に迎えるであろう場所（問 2-1）

問 2-1 では、場所に注目し、終末をどこで迎えることができるように支援することが「もっともふさわしい」か、またこれまでの経験を踏まえ実際にはどこで終末を迎えることになるかと思うかについて聞いている。

2.2.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 2-1 のようになった。理想としての判断は、圧倒的に「自宅」が多く 71.7%を占めている。「ホスピス（施設）」が 15.8%であることを除いて、その他の選択肢はほとんど選ばれていない。これは、A さんの希望が自宅であることを反映しているだろう。

これに対して、実際にどこで終末を過ごすかという現実的判断では、「病院・診療所」が 29.9%と一番大きな割合を占めており、次いで「ホスピス（施設）」（19.9%）、「療養病床」（17.5%）となっている。理想的判断として最も多かった「自宅」は 16.7%にとどまっており、理想と現実で大きなかい離があることが分かる。

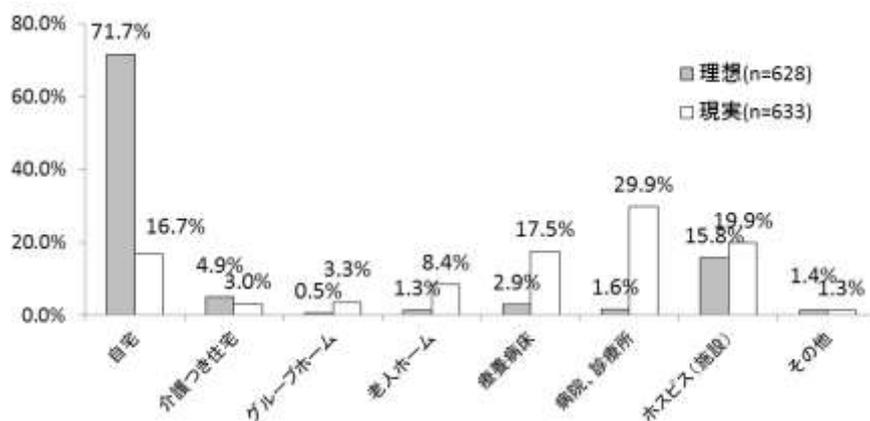


図 2-1 9ヶ国調査：終末を迎えるであろう理想の判断と現実的判断

さらに、この結果を国別にまとめたものが表 2-1、表 2-2 である。この表からは、理想的判断は「自宅」と考えることがすべての国で一貫していることが分かる。例外はチェコであり、「自宅」が 50.9%、「ホスピス（施設）」が 41.8%となっており、ホスピスへの期待大きい。また、オランダ、韓国もホスピスへの期待が大きいことが分かる。またフランスは、「介護付き住宅」が 41.4%となっている。

これに対して、現実的判断については国ごとのばらつきが大きくなっている。具体的には、理想と同様に自宅の割合が多い国は韓国、イスラエル、オランダである。日本は「病院・診療所」の占める割合が 59.5%と非常に多く、自宅を理想としつつ現実には病院・診療所で最期を迎えるという傾向があることが分かる。また、チェコ、イスラエル、フランスも医療施設である「療養病床」の割合が大きくなっている。これに対して、韓国、オーストラリア、オランダは「ホスピス（施設）」が多いことがわかる。

表 2-1 9ヶ国調査：終末を迎えることができるように支援すべき場所（問 2-1）

	自宅	介護つ き住宅	グループ ホーム	老人 ホーム	療養 病床	病院・ 診療所	ホスピス (施設)	その他	全体
日本	175 79.2%	4 1.8%	1 .5%	3 1.4%	4 1.8%	6 2.7%	27 12.2%	1 .5%	221 100.0%
韓国	47 59.5%	6 7.6%	1 1.3%	0 .0%	6 7.6%	0 .0%	19 24.1%	0 .0%	79 100.0%
イスラ エル	50 79.4%	0 .0%	0 .0%	1 1.6%	2 3.2%	1 1.6%	8 12.7%	1 1.6%	63 100.0%
オースト ラリア	35 62.5%	6 10.7%	0 .0%	3 5.4%	3 5.4%	1 1.8%	7 12.5%	1 1.8%	56 100.0%
チェコ	28 50.9%	2 3.6%	0 .0%	1 1.8%	1 1.8%	0 .0%	23 41.8%	0 .0%	55 100.0%
オラン ダ	21 67.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	10 32.3%	0 .0%	31 100.0%
フラン ス	15 51.7%	12 41.4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.9%	0 .0%	29 100.0%
イギリ ス	51 79.7%	1 1.6%	1 1.6%	0 .0%	2 3.1%	2 3.1%	2 3.1%	5 7.8%	64 100.0%
アメリ カ NY	28 93.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	1 3.3%	30 100.0%
合計	450 71.7%	31 4.9%	3 .5%	8 1.3%	18 2.9%	10 1.6%	99 15.8%	9 1.4%	628 100.0%

表 2-2 9ヶ国調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問 2-1-2）

	自宅	介護つ き住宅	グループ ホーム	老人 ホーム	療養 病床	病院・ 診療所	ホスピス (施設)	その他	全体
日本	18 8.2%	2 .9%	0 .0%	17 7.7%	26 11.8%	131 59.5%	25 11.4%	1 .5%	220 100.0%
韓国	28 35.4%	7 8.9%	0 .0%	0 .0%	17 21.5%	1 1.3%	26 32.9%	0 .0%	79 100.0%
イスラ エル	21 33.3%	1 1.6%	0 .0%	2 3.2%	22 34.9%	7 11.1%	9 14.3%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラ リア	5 8.9%	4 7.1%	0 .0%	9 16.1%	4 7.1%	8 14.3%	26 46.4%	0 .0%	56 100.0%
チェコ	7 12.5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	24 42.9%	10 17.9%	15 26.8%	0 .0%	56 100.0%
オランダ	11 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.0%	4 12.1%	17 51.5%	0 .0%	33 100.0%
フランス	2 7.1%	5 17.9%	0 .0%	0 .0%	7 25.0%	9 32.1%	5 17.9%	0 .0%	28 100.0%
イギリス	14 20.6%	0 .0%	21 30.9%	11 16.2%	10 14.7%	7 10.3%	3 4.4%	2 2.9%	68 100.0%
アメリカ NY	0 .0%	0 .0%	0 .0%	14 46.7%	0 .0%	12 40.0%	0 .0%	4 13.3%	30 100.0%
合計	106 16.7%	19 3.0%	21 3.3%	53 8.4%	111 17.5%	189 29.9%	126 19.9%	8 1.3%	633 100.0%

2.2.2. 日韓調査

場所についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 2-3、

表 2-4 のようになった。なお、9ヶ国調査の選択肢とは異なり、「グループホーム」のかわりに「ホスピス（在宅）」を加えている。

表からは、日本では職種によらず自宅を理想としつつ、現実には病院・診療所で終末を迎えると考えられる傾向がある。これに対して韓国では、自宅だけでなくホスピスを重視する傾向にあることが分かる。理想と現実の判断についてもこの傾向は変わらない。

終末を迎える場所についての理想と現実の判断に違いがあるもののかい離ありとして、その割合を職種別にまとめたものが図 2-2 である。この図からは、日本ではどの職種もかい離が大きく、韓国では日本に比べて少ないことが分かる。なお、日韓それぞれ職種間と管理の有無について独立性の検定を行ったが、いずれも有意ではなく、職種の違いが理想と現実のかい離に影響をもたらしてはいかなかった。

表 2-3 日韓調査：終末を迎えることができるように支援するべき場所（問 2-1）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス（施設）	ホスピス（在宅）	その他
日本	医療職	124 55.1%	2 0.9%	4 1.8%	9 4.0%	10 4.4%	37 16.4%	38 16.9%	1 0.4%
	相談・CM	78 59.1%	0 0.0%	1 0.8%	4 3.0%	10 7.6%	14 10.6%	24 18.2%	1 0.8%
	介護職	120 63.8%	5 2.7%	2 1.1%	6 3.2%	4 2.1%	13 6.9%	38 20.2%	0 0.0%
韓国	医療職	92 30.0%	7 2.3%	10 3.3%	13 4.2%	8 2.6%	98 31.9%	78 25.4%	1 0.3%
	相談・CM	34 37.0%	4 4.3%	3 3.3%	3 3.3%	5 5.4%	18 19.6%	25 27.2%	0 0.0%
	介護職	100 27.5%	3 0.8%	27 7.4%	39 10.7%	19 5.2%	133 36.5%	43 11.8%	0 0.0%

表 2-4 日韓調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問 2-1-2）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス（施設）	ホスピス（在宅）	その他
日本	医療職	18 8.1%	3 1.4%	3 1.4%	18 8.1%	146 65.8%	29 13.1%	4 1.8%	1 0.5%
	相談・CM	21 16.0%	0 0.0%	1 0.8%	12 9.2%	86 65.6%	6 4.6%	5 3.8%	0 0.0%
	介護職	28 15.0%	1 0.5%	9 4.8%	18 9.6%	108 57.8%	13 7.0%	9 4.8%	1 0.5%
韓国	医療職	90 29.3%	5 1.6%	7 2.3%	16 5.2%	8 2.6%	125 40.7%	54 17.6%	2 0.7%
	相談・CM	34 37.0%	4 4.3%	1 1.1%	4 4.3%	1 1.1%	32 34.8%	16 17.4%	0 0.0%
	介護職	107 29.6%	5 1.4%	25 6.9%	41 11.3%	16 4.4%	137 37.8%	26 7.2%	5 1.4%

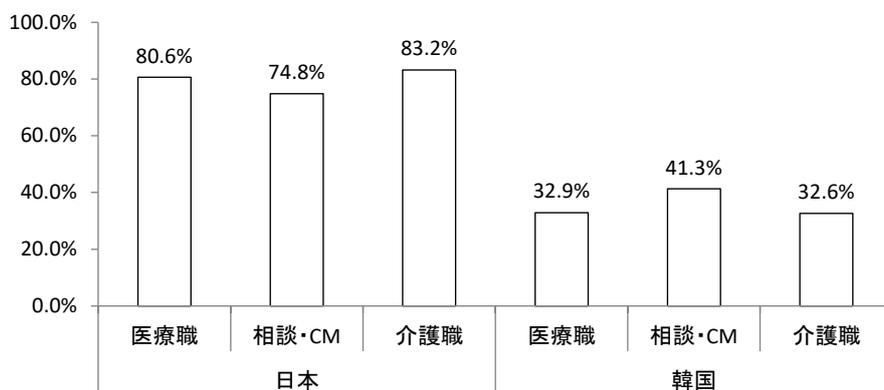


図 2-2 日韓調査：終末を迎える場所についての理想と現実のかい離ありの職種別割合

2.3. 今後の治療や看取りの方針を主導すべき人と実際に主導権を持つ人（問 2-3）

問 2-3 では、方針決定者に注目し、今後の治療や看取りの方針を決定する際にもっとも「もっともふさわしい」人は誰か、またこれまでの経験を踏まえ実際には誰が今後の治療や看取りの方針を決定すると思うかについて聞いている。

2.3.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 2-3 のようになった。理想としての判断は、圧倒的に「Aさん本人」が多く 76.8%を占めている。次いで「Aさんの息子」が 9.9%であり、その他の選択肢はいずれも 5%未満でありほとんど選ばれていない。これは末期がんとはいえ、Aさんには明確な判断能力を有していることから、Aさん本人の意向を重視するべきと考える人が多かったことを示している。

これに対して、実際に行うであろう現実的判断を見ると、「Aさん本人」の割合は 33.0%へと半減以下に減少し、「Aさんの息子」の割合が 43.3%と増加し逆転している。国ごとに見ると多様性があるが、実際には Aさん本人の意向だけでなく、Aさんの息子の意向が大きく反映すると専門職が考えていることが分かる。

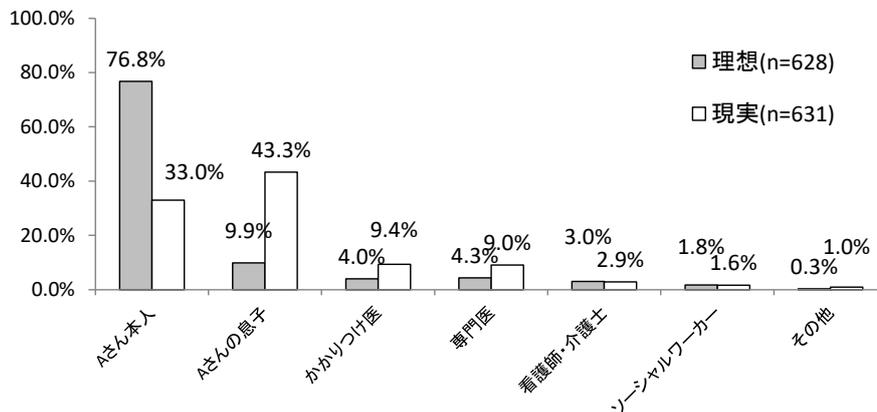


図 2-3 9ヶ国調査：今後の方針を主導する人についての理想の判断と現実的判断

2.3.2. 日韓調査

今後の方針を主導する人についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 2-3、表 2-4 のようになった。9ヶ国調査の知見と同様に、職種別でも日韓ともに「Aさん本人」が今後の方針の決定において主導するべきであると考えている。とくに、日本の相談員・ケアマネジャーはその傾向が強く 75.8%に上っている。しかし同時に、9ヶ国調査の全体傾向に比べても、息子が主導するべきだと考える人が一定割合に上っていることが分かる。とくに日本の医療職は 25.0%が息子が主導するべきだと考えている。また、韓国の介護職の特徴として、「かかりつけ医」（10.2%）、「専門医」（9.1%）、「看護師・介護士」（10.2%）をあわせて 3割近くになる。つまり、韓国の介護職は、医療・介護の本人や家族を重視しつつ、専門職こそが主導するべきだと考えている人が多いことが分かる。

これに対して、実際に今後の方針を主導する人については、日韓ともに息子がもっとも多くなっている。この傾向は日本の方が特徴的で、医療職が 73.1%、相談・CM が 65.9%、介護職が 76.2%と 7割前後に及ぶ。これに対して、韓国でも息子がもっとも多いもののそ

の割合は5割前後である。韓国の場合、実際にも「Aさん本人」と答えたものが2割前後、また、かかりつけ医や看護師・介護士の割合が多い点に特徴があるだろう。

さらに日韓それぞれについて、今後の方針を主導する人についての理想的判断と現実的判断がかい離ありの割合を職種別に示したものが図2-4である。日本は医療職が若干低いとはいえ、どの職種も7割前後である。韓国は介護職についてはかい離ありが47.1%と他職種に比べて1割以上少なく、判断の違いが少なかった。

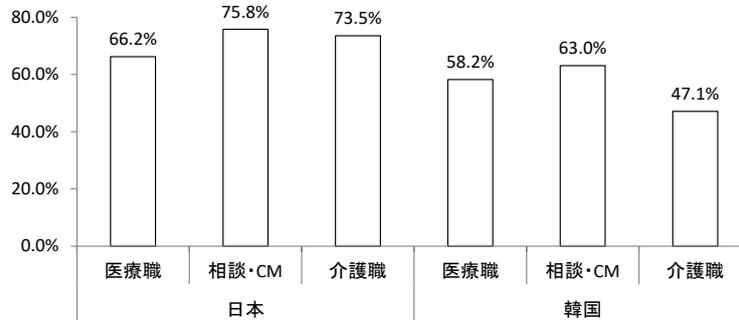


図 2-4 日韓調査：今後の方針を主導する人の理想と現実のかい離ありの職種別割合

表 2-5 日韓調査：今後の方針を主導することがふさわしい人（問 2-3）

		Aさん 本人	息子	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=224)	143 63.8%	56 25.0%	6 2.7%	7 3.1%	3 1.3%	7 3.1%	2 0.9%
	相談・CM (n=132)	100 75.8%	23 17.4%	4 3.0%	0 0.0%	1 0.8%	4 3.0%	0 0.0%
	介護職 (n=190)	133 70.0%	38 20.0%	3 1.6%	6 3.2%	7 3.7%	3 1.6%	0 0.0%
韓 国	医療職 (n=546)	204 66.4%	43 14.0%	20 6.5%	9 2.9%	23 7.5%	4 1.3%	4 1.3%
	相談・CM (n=307)	64 69.6%	12 13.0%	2 2.2%	4 4.3%	9 9.8%	1 1.1%	0 0.0%
	介護職 (n=92)	174 47.8%	76 20.9%	37 10.2%	33 9.1%	37 10.2%	6 1.6%	1 0.3%

表 2-6 日韓調査：経験を踏まえて実際に今後の方針を主導する人（問 2-3-2）

		Aさん 本人	息子	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=223)	25 11.2%	163 73.1%	13 5.8%	9 4.0%	3 1.3%	9 4.0%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	17 12.9%	87 65.9%	8 6.1%	14 10.6%	1 0.8%	3 2.3%	2 1.5%
	介護職 (n=185)	16 8.6%	141 76.2%	10 5.4%	6 3.2%	4 2.2%	7 3.8%	1 0.5%
韓 国	医療職 (n=540)	74 24.3%	174 57.2%	22 7.2%	7 2.3%	21 6.9%	4 1.3%	2 0.7%
	相談・CM (n=304)	15 16.3%	54 58.7%	5 5.4%	2 2.2%	12 13.0%	4 4.3%	0 0.0%
	介護職 (n=92)	96 26.6%	164 45.4%	35 9.7%	20 5.5%	39 10.8%	7 1.9%	0 0.0%

2.4. 方針決定において重視する指針（問 2-4）

問 2-4 は、Aさんの今後の治療や看取りの方針を決定する際に、Aさんの意向を踏まえたうえで、さらなる要素として、もっとも重視すべき点について聞いている。

2.4.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 2-7 のようになった。「本人の苦痛を取り除くこと」（表では「苦痛の除去」と略記）がもっとも多く 405 人（64.4%）を占めており、次いで「本人のこれまでの生活の継続」（「生活の継続」と略記）が 164 人（26.1%）を占めていた。その他の選択肢は国のなかでのばらつきは多少あるものの、全体では 5%未満であり、「苦痛の除去」と「生活の継続」が方針決定においてもっとも重視する点であると考えている傾向が示された。また、この 2 項目はほぼすべての国で重視されていた。

表 2-7 9ヶ国調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 2-4）

	息子の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他	全体
日本	14 6.3%	0 .0%	128 57.9%	70 31.7%	6 2.7%	3 1.4%	221 100.0%
韓国	3 3.8%	0 .0%	42 53.2%	25 31.6%	8 10.1%	1 1.3%	79 100.0%
イスラエル	2 3.2%	0 .0%	44 69.8%	16 25.4%	0 .0%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラリア	2 3.6%	0 .0%	42 76.4%	8 14.5%	0 .0%	3 5.5%	55 100.0%
チェコ	2 3.6%	3 5.4%	44 78.6%	4 7.1%	1 1.8%	2 3.6%	56 100.0%
オランダ	1 3.0%	0 .0%	19 57.6%	13 39.4%	0 .0%	0 .0%	33 100.0%
フランス	0 .0%	0 .0%	20 69.0%	8 27.6%	0 .0%	1 3.4%	29 100.0%
イギリス	2 3.2%	0 .0%	39 61.9%	20 31.7%	0 .0%	2 3.2%	63 100.0%
アメリカ NY	1 3.3%	0 .0%	27 90.0%	0 .0%	2 6.7%	0 .0%	30 100.0%
合計	27 4.3%	3 .5%	405 64.4%	164 26.1%	17 2.7%	13 2.1%	629 100.0%

2.4.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、以下の表 2-8 にまとめた。9ヶ国調査と同様に日韓双方とも「苦痛の除去」と「生活の継続」が重視されており、特に日本では「苦痛の除去」が医療職では 157 人（70.4%）、相談・CM では 89 名（69.0%）と 3 分の 2 以上の方が最も重視していた。介護職は若干少なく 105 名（55.6%）であったが、やはり過半数以上となっていた。韓国での医療職は 160 人（52.1%）が「苦痛の除去」を重視しており、日本の医療職と比べると割合は減少しているものの、韓国内での職種間ではもっとも多い割合であった。これに対して韓国の相談・CM が最も重視する点としては「苦痛の除去」（29 人、31.5%）よりも「生活の継続」（32 人、34.8%）が上回っていた。「苦痛の除去」を上回った項目は韓国の相談・CM のこの項目のみであった。また、韓国では日本に比べて「息子の意向」や「家族の負担軽減」の割合が多くなっており、本人の苦痛の除去が重要であるという認識があると同時に、「息子の意向」や「家族の負担軽減」といった家族についての側面にも意識を払っていることが示された。この背景には、核家族が進行しているとはいえ、日本よりも家族規範がより強固であり、また社会保障制度の整備状況も不十分であることから、家族の意向を意識することが専門職にとっても当然であるという社会状況があると考えられる。

表 2-8 日韓調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 2-4）

		息子の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他
日本	医療職 (n=223)	14 6.3%	1 0.4%	157 70.4%	45 20.2%	5 2.2%	1 0.4%
	相談・CM (n=129)	11 8.5%	0 0.0%	89 69.0%	29 22.5%	0 0.0%	0 0.0%
	介護職 (n=189)	9 4.8%	4 2.1%	105 55.6%	64 33.9%	5 2.6%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=541)	26 8.5%	4 1.3%	160 52.1%	84 27.4%	30 9.8%	3 1.0%
	相談・CM (n=307)	15 16.3%	2 2.2%	29 31.5%	32 34.8%	14 15.2%	0 0.0%
	介護職 (n=92)	68 18.7%	8 2.2%	164 45.1%	76 20.9%	48 13.2%	0 0.0%

2.5. 医学的知見以外の家族への説明内容（問 2-5）

問 2-5 は医学的知見以外の情報提供についての設問である。設問は、「A さんのケースにおいて、基本的な医学的知見（病状、予後など）以外に、何をご家族（息子夫婦）に説明しますか」というものであり、対象は本人ではなく息子夫婦である。項目はその他を加えて 10 項目である。情報提供は専門職側の努力次第で多くできることから、複数回答可の項目となっている。

2.5.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 2-9 のようになった。全体としては、「本人が感じる痛み、苦しみ」（70.9%）、「利用可能な医療・介護制度」（68.8%）、「余命について」（50.9%）を説明すると答えた人が多く、「死後の悲嘆について」（19.5%）、「代替的な治療法」（20.9%）を説明すると答えた人が少なかった。

国別の特色として、韓国は他国と解答系は変わらないものの、回答率（○をつけた割合）が全体的に非常に低く、医学的所見以外の説明を積極的には行っていない傾向が見られた。日本については、「余命について」説明する割合が韓国を除く他国と比べて最も低く 107 人（48.6%）と 5 割以下であった。逆に、「経済的負担」や「家族の介護負担」については他国と比べて説明する傾向にあり、それぞれ 93 人（42.3%）、110 人（50.0%）となっていた。ここから、日本は本人の状況だけでなく家族自身への影響についてより詳細に説明する傾向が分かる。またオランダも特徴的であり、「余命について」の説明は 25 人（75.8%）と非常に高くなっている反面、「死の瞬間について」は 0 人、「死後の悲嘆」も 3 人（9.1%）と低く、死について詳細に説明するのではなく、あくまでも余命という観点からのみ説明を行っていることが分かる。

この結果からは、「本人が感じる痛み、苦しみ」、「利用可能な医療・介護制度」はどの国でも中心的な説明がなされるが、それ以外については、国ごとに説明の重点が異なることが分かる。

表 2-9 9ヶ国調査：医学的知見以外のへの家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

	余命	事前指示書	代替的な治療法	本人が感じる痛み・苦しみ	利用可能な医療介護制度	死の瞬間	経済的負担	家族の介護負担	死後の悲嘆
日本 (n=220)	107 48.6%	55 25.0%	49 22.3%	159 72.3%	167 75.9%	70 31.8%	93 42.3%	110 50.0%	23 10.5%
韓国(n=79)	9 11.4%	4 5.1%	1 1.3%	28 35.4%	31 39.2%	13 16.5%	4 5.1%	9 11.4%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	41 66.1%	28 45.2%	12 19.4%	45 72.6%	44 71.0%	25 40.3%	11 17.7%	26 41.9%	18 29.0%
オーストラ リア(n=55)	33 60.0%	19 34.5%	10 18.2%	41 74.5%	35 63.6%	19 34.5%	13 23.6%	18 32.7%	23 41.8%
チェコ (n=56)	28 50.0%	12 21.4%	13 23.2%	42 75.0%	44 78.6%	22 39.3%	7 12.5%	13 23.2%	15 26.8%
オランダ (n=33)	25 75.8%	6 18.2%	2 6.1%	24 72.7%	24 72.7%	0 .0%	2 6.1%	17 51.5%	3 9.1%
フランス (n=28)	15 53.6%	16 57.1%	11 39.3%	24 85.7%	14 50.0%	4 14.3%	9 32.1%	13 46.4%	3 10.7%
イギリス (n=69)	48 69.6%	38 55.1%	23 33.3%	55 79.7%	52 75.4%	30 43.5%	13 18.8%	20 29.0%	33 47.8%
アメリカ NY(n=30)	16 53.3%	14 46.7%	11 36.7%	30 100.0%	24 80.0%	1 3.3%	0 .0%	0 .0%	4 13.3%
合計 (n=632)	322 50.9%	192 30.4%	132 20.9%	448 70.9%	435 68.8%	184 29.1%	152 24.1%	226 35.8%	123 19.5%

2.5.2. 日韓調査

日韓調査の結果については、職業別に表 2-10 にまとめた。9ヶ国調査と同様に、韓国は日本に比べて回答率が少ない傾向は変わらなかった。日本は、「利用可能な医療介護制度」（医療職：167人（74.2%）、相談・CM105人（79.5%）、介護職151人（81.6%）、「本人が感じる痛み・苦しみ」（医療職：158人（70.2%）、相談・CM79人（59.8%）、介護職119人（64.3%）、「家族の介護負担」（医療職：117人（52.0%）、相談・CM101人（76.5%）、介護職103人（55.7%））がどの職種を通じても高かった。

これに対して韓国は、日本と「本人が感じる痛み・苦しみ」（医療職：183人（59.6%）、相談・CM52人（56.5%）、介護職203人（55.8%）、「利用可能な医療介護制度」（医療職：131人（42.7%）、相談・CM49人（53.3%）、介護職104人（28.6%））は高かったが、その他のものはそれほど高くはなかった。

また、日韓ともに、職種間で違いが大きいものは少なく、日本において「死の瞬間」が医療職（36.0%）に比べて介護職（13.5%）が少ない点、韓国において「利用可能な医療介護制度」について介護職（28.6%）が少ない点にそれぞれ特徴がある。

表 2-10 日韓調査：医学的知見以外の家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

		余命	事前指示書	代替的な治療法	本人が感じる痛み・苦しみ	利用可能な医療介護制度	死の瞬間	経済的負担	家族の介護負担	死後の悲嘆
日本	医療職 (n=225)	118 52.4%	52 23.1%	38 16.9%	158 70.2%	167 74.2%	81 36.0%	75 33.3%	117 52.0%	20 8.9%
	相談・CM (n=132)	54 40.9%	36 27.3%	20 15.2%	79 59.8%	105 79.5%	30 22.9%	82 62.1%	101 76.5%	11 8.3%
	介護職 (n=185)	96 51.9%	43 23.2%	43 23.2%	119 64.3%	151 81.6%	25 13.5%	80 43.2%	103 55.7%	11 5.9%
韓国	医療職 (n=307)	41 13.4%	30 9.8%	51 16.6%	183 59.6%	131 42.7%	93 30.3%	78 25.4%	117 38.1%	30 9.8%
	相談・CM (n=92)	13 14.1%	15 16.3%	7 7.6%	52 56.5%	49 53.3%	26 28.3%	21 22.8%	39 42.4%	16 17.4%
	介護職 (n=364)	31 8.5%	32 8.8%	37 10.2%	203 55.8%	104 28.6%	133 36.5%	60 16.5%	85 23.4%	16 4.4%

2.6. ケースへの具体的な対応方針（問 2-6、問 2-7）

問 2-6、問 2-7 は A さんへの具体的な対処の基本方針（以下、対応方針とする）について、専門職としてもっとも望ましいと考える選択と、実際に選択するであろう現実的方針と、それぞれの理由について聞いている。

選択肢としては、「抗がん剤を用いた積極的な治療」（以下、抗がん剤）、「各種高度医療による積極的な治療」（以下、高度医療）、「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」（以下、代替医療）、「痛みのコントロールのみで積極的な治療は行わない」（以下、疼痛ケア）、「とくに何もしない」（以下、何もしない）、「その他」である。また、理由の選択肢は、「完治の可能性がある」（以下、完治可能性）、「生存時間が延びる可能性が高い」（以下、生存時間）、「QOL の向上が期待できる」（以下、QOL）、「経済的である」（以下、経済的）、「本人の尊厳が保持される」（以下、尊厳保持）、「家族の意向に合致する可能性が高い」（以下、家族の意向）、「国や施設のガイドラインで決まっている」（以下、ガイドライン）、「その他」である。

2.6.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の対応方針の結果は、以下の図 2-4 のようになった。理想としての判断は「疼痛ケア」がもっとも多く 87.4%であり、ついで「その他」が 7.5%であった。現実的判断は、同様に「疼痛ケア」がもっとも多く 80.4%であり、ついで「その他」が 5.3%、「抗がん剤」5.1%、「高度医療」5.1%となった。

図からも明らかなように、明確に疼痛ケアが理想としても現実としても選ばれる傾向にあることが分かる。しかし、疼痛ケアは何もしない治療ではないという点も重要であり、「何もしない」という選択肢は、理想としての判断、現実的判断ともに 0.6%、2.1%と非常に小さい割合であった。

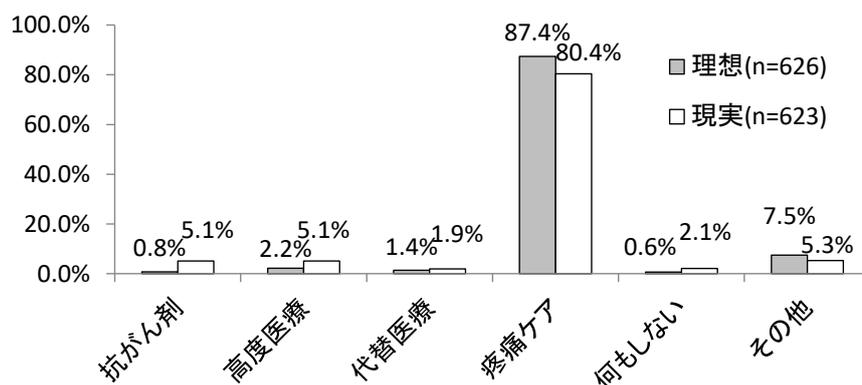


図 2-4 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断

さらにこの結果を国別にまとめたものが、表 2-11、表 2-12 である。図 2-4 の傾向からもわかるように、すべての国が理想判断、現実的判断ともに「疼痛ケア」が過半を占めている。理想の判断については、その他を除くと、韓国の「高度医療」(6人、7.6%) がやや高い値となっている。

現実的判断についても同様に「疼痛ケア」が過半を占めている。ただし、国によっては「抗がん剤」、「高度医療」の選択の割合が増えており、チェコ (13.2%、15.1%)、イスラエル (6.5%、11.3%) が多くなっている。

表 2-11 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における理想の判断 (問 2-6)

	抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他	全体
日本	2 .9%	1 .5%	4 1.8%	203 91.9%	0 .0%	11 5.0%	221 100.0%
韓国	2 2.5%	6 7.6%	5 6.3%	63 79.7%	1 1.3%	2 2.5%	79 100.0%
イスラエル	0 .0%	2 3.2%	0 .0%	55 87.3%	3 4.8%	3 4.8%	63 100.0%
オーストラリア	1 1.8%	0 .0%	0 .0%	50 90.9%	0 .0%	4 7.3%	55 100.0%
チェコ	0 .0%	2 3.8%	0 .0%	48 90.6%	0 .0%	3 5.7%	53 100.0%
オランダ	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 81.8%	0 .0%	6 18.2%	33 100.0%
フランス	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 96.4%	0 .0%	1 3.6%	28 100.0%
イギリス	0 .0%	3 4.7%	0 .0%	44 68.8%	0 .0%	17 26.6%	64 100.0%
アメリカ NY	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
合計	5 .8%	14 2.2%	9 1.4%	547 87.4%	4 .6%	47 7.5%	626 100.0%

表 2-12 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における現実の判断（問 2-7）

	抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他	全体
日本	13 5.9%	2 .9%	7 3.2%	182 83.1%	5 2.3%	10 4.6%	219 100.0%
韓国	4 5.2%	4 5.2%	3 3.9%	66 85.7%	0 .0%	0 .0%	77 100.0%
イスラエル	4 6.5%	7 11.3%	0 .0%	45 72.6%	2 3.2%	4 6.5%	62 100.0%
オーストラ リア	2 3.5%	3 5.3%	0 .0%	47 82.5%	0 .0%	5 8.8%	57 100.0%
チェコ	7 13.2%	8 15.1%	0 .0%	35 66.0%	1 1.9%	2 3.8%	53 100.0%
オランダ	1 3.0%	0 .0%	0 .0%	27 81.8%	1 3.0%	4 12.1%	33 100.0%
フランス	0 .0%	0 .0%	1 3.6%	25 89.3%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
イギリス	1 1.6%	8 12.5%	1 1.6%	47 73.4%	3 4.7%	4 6.3%	64 100.0%
アメリカ NY	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 90.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
合計	32 5.1%	32 5.1%	12 1.9%	501 80.4%	13 2.1%	33 5.3%	623 100.0%

次に、対応方針の選択理由についてまとめ結果が図 2-5 である。全体として理想としての判断の理由は「尊厳保持」がもっとも多く 57.1%であり、ついで「QOL」が 32.1%であった。この両方で 9 割近くを占めた。現実的判断は、同様に「尊厳保持」がもっとも多く 47.8%であり、ついで「QOL」が 25.4%であった。他の項目は若干上昇しているもののそこまで多くはなく、「家族の意向」の 9.9%がもっとも大きかった。

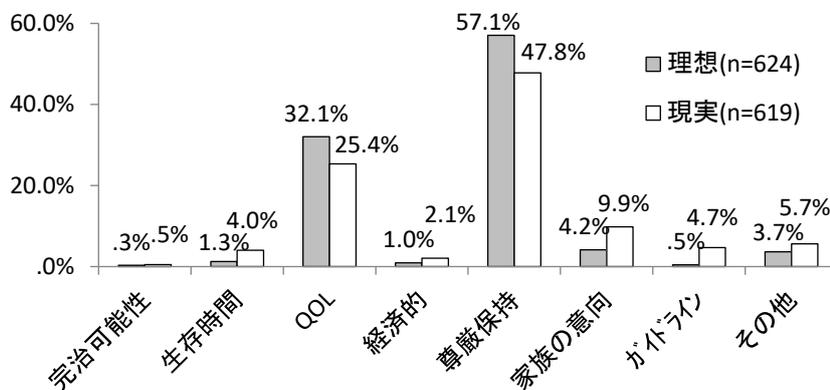


図 2-5 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断の選択理由

さらに対応方針の理由について、国別にまとめたものが表 2-13、表 2-14 である。理想の判断、現実的判断の理由について、どの国も「尊厳保持」、「QOL」が大きくなっている。両者の中では、イスラエルとフランスが「尊厳保持」よりも「QOL」が高い傾向にあった。日本は「尊厳保持」が 64.1%に対して「QOL」は 21.4%となっており差が大きかった。アメリカ NY も同様に、「尊厳保持」が 83.3%、「QOL」が 6.7%であり差が大きかった。

また、それ以外の選択肢については、理想の判断において「家族の意向」が高い国が日本、韓国、アメリカ NYであった。これらの国は現実的判断においても「家族の意向」が高いが、さらに、イスラエルとオーストラリアも現実的判断では増加していた。

このように国によって、「家族の意向」を重視するかどうかによって多少の違いがあるものの、全体的な傾向としては、「尊厳の保持」か「QOL」の割合が大きいものであった。

表 2-13 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における理想の判断の理由（問 2-6-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=220)	0 .0%	3 1.4%	47 21.4%	3 1.4%	141 64.1%	17 7.7%	0 .0%	0 .0%
韓国 (n=78)	1 1.3%	0 .0%	23 29.5%	0 .0%	44 56.4%	5 6.4%	0 .0%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	0 .0%	1 1.6%	37 59.7%	0 .0%	21 33.9%	0 .0%	1 1.6%	0 .0%
オーストラ リア(n=55)	0 .0%	1 1.8%	22 40.0%	1 1.8%	29 52.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%
チェコ (n=55)	1 1.8%	1 1.8%	19 34.5%	1 1.8%	33 60.0%	0 .0%	0 .0%	1 1.8%
オランダ (n=33)	0 .0%	0 .0%	14 42.4%	0 .0%	18 54.5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%
フランス (n=29)	0 .0%	0 .0%	16 55.2%	0 .0%	12 41.4%	0 .0%	1 3.4%	0 .0%
イギリス (n=62)	0 .0%	2 3.2%	20 32.3%	1 1.6%	33 53.2%	1 1.6%	1 1.6%	0 .0%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	2 6.7%	0 .0%	25 83.3%	3 10.0%	0 .0%	0 .0%
合計 (n=624)	2 .3%	8 1.3%	200 32.1%	6 1.0%	356 57.1%	26 4.2%	3 .5%	2 .3%

表 2-14 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 2-7-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=218)	0 .0%	12 5.5%	34 15.6%	5 2.3%	118 54.1%	35 16.1%	1 .5%	13 6.0%
韓国 (n=77)	0 .0%	3 3.9%	17 22.1%	1 1.3%	45 58.4%	7 9.1%	0 .0%	4 5.2%
イスラエ ル(n=61)	0 .0%	2 3.3%	22 36.1%	2 3.3%	12 19.7%	4 6.6%	14 23.0%	5 8.2%
オーストラ リア(n=57)	0 .0%	1 1.8%	23 40.4%	1 1.8%	24 42.1%	4 7.0%	0 .0%	4 7.0%
チェコ (n=55)	3 5.5%	2 3.6%	19 34.5%	0 .0%	21 38.2%	1 1.8%	9 16.4%	0 .0%
オランダ (n=33)	0 .0%	1 3.0%	13 39.4%	0 .0%	17 51.5%	1 3.0%	1 3.0%	0 .0%
フランス (n=28)	0 .0%	1 3.6%	11 39.3%	0 .0%	13 46.4%	0 .0%	2 7.1%	1 3.6%
イギリス (n=62)	0 .0%	3 4.8%	16 25.8%	4 6.5%	27 43.5%	2 3.2%	2 3.2%	8 12.9%
アメリカ NY(n=28)	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	0 .0%	19 67.9%	7 25.0%	0 .0%	0 .0%
合計 (n=619)	3 .5%	25 4.0%	157 25.4%	13 2.1%	296 47.8%	61 9.9%	29 4.7%	35 5.7%

2.6.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 2-15、表 2-16 にまとめた。理想の判断について、日本は 9ヶ国調査と同様が「疼痛ケア」が大半を占めており、医療職は 271 人 (96.4%)、相談・CM は 121 人 (91.7%)、介護職 160 人 (86.5%) となっていた。これに対して韓国は、疼痛ケアがもっとも多く、医療職は 213 人 (69.4%)、相談・CM は 50 人 (54.3%)、介護職 185 人 (51.1%) となっていた。しかし、日本比べるとばらつきがあり、「高度医療」、「代替医療」の割合も 1~2 割程度の割合を占めていた。これは、9ヶ国調査の傾向とは異なる点であった。

現実的判断についても日本は同様の傾向を示しており、「疼痛ケア」を選んだ医療職は 205 人 (91.1%)、相談・CM は 117 人 (88.6%)、介護職 149 人 (82.3%) となっていた。なお、「疼痛ケア」の割合はわずからながら減少しており、これらのものは「抗がん剤」を選ぶ傾向にあった。韓国については、日本とは逆に「疼痛ケア」の割合が若干であるが増えており、医療職は 208 人 (67.8%)、相談・CM は 61 人 (66.3%)、介護職 196 人 (54.0%) となっていた。減少したのは「高度医療」であり、「代替医療」はあまり変化はなく、「抗がん剤」は若干増えていた。

このように、日韓ではがんケースへの対応方針は異なっており、日本では理想の判断も現実的判断も「疼痛ケア」を選択していたのに対して、韓国では理想の判断、現実的判断ともに「疼痛ケア」が多いものの理想としては「高度医療」への期待があり、また、現実的判断としては「高度医療」とともに「代替医療」「抗がん剤」を選ぶ傾向にあった。

表 2-15 日韓調査：職種別がんケースへの対応方針における理想の判断（問 2-6）

		抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他
日本	医療職 (n=225)	2 0.9%	0 0.0%	2 0.9%	217 96.4%	0 0.0%	4 1.8%
	相談・CM (n=132)	0 0.0%	0 0.0%	3 2.3%	121 91.7%	1 0.8%	7 5.3%
	介護職 (n=185)	5 2.7%	3 1.6%	6 3.2%	160 86.5%	2 1.1%	9 4.9%
韓国	医療職 (n=542)	23 7.5%	47 15.3%	15 4.9%	213 69.4%	0 0.0%	9 2.9%
	相談・CM (n=307)	6 6.5%	19 20.7%	12 13.0%	50 54.3%	0 0.0%	5 5.4%
	介護職 (n=92)	44 12.2%	83 22.9%	39 10.8%	185 51.1%	3 0.8%	8 2.2%

表 2-16 日韓調査：職種別がんケースへの対応方針における現実的判断（問 2-7）

		抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他
日本	医療職 (n=225)	11 4.9%	1 0.4%	2 0.9%	205 91.1%	1 0.4%	5 2.2%
	相談・CM (n=132)	5 3.8%	3 2.3%	2 1.5%	117 88.6%	0 0.0%	5 3.8%
	介護職 (n=181)	13 7.2%	3 1.7%	5 2.8%	149 82.3%	6 3.3%	5 2.8%
韓国	医療職 (n=538)	43 14.0%	35 11.4%	14 4.6%	208 67.8%	4 1.3%	3 1.0%
	相談・CM (n=307)	6 6.5%	9 9.8%	11 12.0%	61 66.3%	2 2.2%	3 3.3%
	介護職 (n=92)	52 14.3%	65 17.9%	35 9.6%	196 54.0%	6 1.7%	9 2.5%

さらに、この理想の判断と現実的判断が異なっているかい離の割合について調べたものが図 2-6 である。日韓を比較すると、日本の方がかい離ありの割合が低かった。また、日本のなかでは介護職が 20.1%と、医療職の 11.1%、相談・CM の 12.1%に比べて高くなっていた。韓国では、差はあまりなく、医療職 25.1%、相談・CM 28.3%、介護職 26.3%となっていた。これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 25.682 (自由度 1) で有意水準 0.1%で有意であり、国と対応方針について理想と現実の判断のかい離の有無には有意な関連が見られた。さらに日本について職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 7.282 (自由度 2) で有意水準 5%で有意であり、職種と対応方針について理想と現実の判断のかい離の有無には有意な関連が見られた。韓国についても職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 0.386 (自由度 2) で有意水準 5%で有意ではなかった。そのため、韓国については職種と対応方針について理想と現実の判断のかい離の有無には有意な関連があるとはいえなかった。

この違いは、日本では介護職が理想は「疼痛ケア」としつつ、現実には「抗がん剤」になると考える人の割合が他職種に比べて多いことが影響していると考えられる。

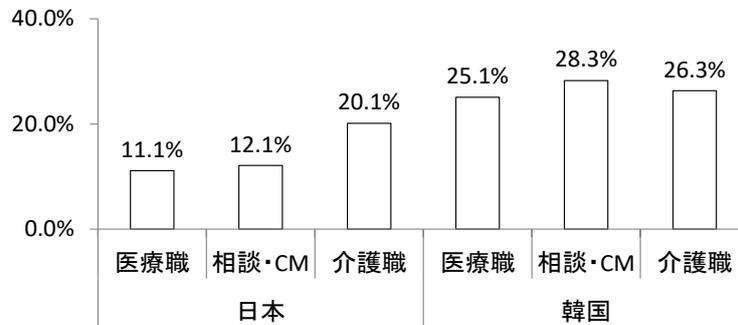


図 2-6 日韓調査：がんケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断の
かい離ありの職種別割合

続いて、対応方針を選択した理由についての日韓調査の結果を表 2-17、表 2-18 にまとめた。9ヶ国調査における結果と同様に、全体として「尊厳保持」と「QOL」の割合が大きいが、国と職種を統制してみるとそこには違いが見えてくる。

理想の判断の理由としては、「疼痛ケア」の割合が突出にしていた日本については、「尊厳保持」の割合が大きく、医療職は 123 人 (55.4%)、相談・CM は 102 人 (79.1%)、介護職 140 人 (76.9%) となっていた。また、「QOL」については、医療職は 86 人 (38.7%)、相談・CM は 14 人 (10.9%)、介護職 10 人 (5.5%) となっており、医療職は「尊厳保持」だけでなく「QOL」を重視して疼痛ケアを理想としている人が多くいることが分かった。理想の判断の理由においても介護職は「QOL」よりも「家族の意向」の割合が大きく 17 人 (9.3%) となっていた。

「疼痛ケア」だけでなく「高度医療」の割合も一定程度あった韓国については、理想の判断の理由は、「尊厳保持」が最も大きく、医療職は 145 人 (47.2%)、相談・CM は 55 人 (59.8%)、介護職 180 人 (49.6%) となっていた。また日本に比べて「QOL」の割合が大きく、医療職は 88 人 (28.7%)、相談・CM は 18 人 (19.6%)、介護職 101 人 (27.8%)

となっていた。その他については、「生存時間」の割合が1割弱あり、「高度医療」を方針とする人が選ぶ傾向が見られた。

現実的判断の理由について、日本は「尊厳保持」の割合が最も大きいという傾向はかわらず、それぞれ医療職は102人(46.8%)、相談・CMは90人(70.3%)、介護職112人(64.0%)となっていた。また医療職の「QOL」についても72人(33.0%)と変わらず大きかった。また「家族の意向」の割合が増加し、医療職は27人(12.4%)、相談・CMは17人(13.3%)、介護職29人(16.6%)と1割以上となっていた。方針は「疼痛ケア」が大半を占めていることから、日本の特徴は、現実的判断の対応方針は変わらないものの理由について「家族の意向」が増加する点にあるといえる。

これに対して、韓国も「尊厳保持」の割合が最も大きいという傾向はかわらず、それぞれ医療職は126人(41.0%)、相談・CMは51人(55.4%)、介護職166人(46.0%)となっていた。また、「QOL」の割合が大きい傾向も変わらず、医療職は85人(27.7%)、相談・CMは12人(13.0%)、介護職83人(23.0%)となっていた。さらに、日本と同様に「家族の意向」が増えておりいずれの職種も12%前後となっており、「生存時間」についても1割前後となっている。この点は、現実的判断として「抗がん剤」「高度医療」が選ばれていることを反映しているだろう。

表 2-17 日韓調査:職種別がんケースへの対応方針における理想の判断の理由(問2-6-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=222)	2 0.9%	3 1.4%	86 38.7%	2 0.9%	123 55.4%	6 2.7%	0 0.0%	0 0.0%
	相談・CM (n=129)	0 0.0%	0 0.0%	14 10.9%	4 3.1%	102 79.1%	8 6.2%	0 0.0%	1 0.8%
	介護職 (n=182)	0 0.0%	6 3.3%	10 5.5%	5 2.7%	140 76.9%	17 9.3%	0 0.0%	4 2.2%
韓国	医療職 (n=533)	9 2.9%	28 9.1%	88 28.7%	10 3.3%	145 47.2%	22 7.2%	0 0.0%	5 1.6%
	相談・CM (n=307)	4 4.3%	6 6.5%	18 19.6%	1 1.1%	55 59.8%	5 5.4%	1 1.1%	2 2.2%
	介護職 (n=92)	8 2.2%	32 8.8%	101 27.8%	10 2.8%	180 49.6%	25 6.9%	1 0.3%	6 1.7%

表 2-18 日韓調査:職種別がんケースへの対応方針における現実的判断の理由(問2-7-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=218)	0 0.0%	8 3.7%	72 33.0%	4 1.8%	102 46.8%	27 12.4%	3 1.4%	2 0.9%
	相談・CM (n=128)	0 0.0%	3 2.3%	11 8.6%	5 3.9%	90 70.3%	17 13.3%	1 0.8%	1 0.8%
	介護職 (n=175)	0 0.0%	11 6.3%	8 4.6%	9 5.1%	112 64.0%	29 16.6%	1 0.6%	5 2.9%
韓国	医療職 (n=521)	8 2.6%	34 11.1%	85 27.7%	10 3.3%	126 41.0%	35 11.4%	0 0.0%	9 2.9%
	相談・CM (n=307)	4 4.3%	6 6.5%	12 13.0%	6 6.5%	51 55.4%	12 13.0%	0 0.0%	1 1.1%
	介護職 (n=92)	12 3.3%	36 10.0%	83 23.0%	18 5.0%	166 46.0%	42 11.6%	2 0.6%	2 0.6%

この理想の判断と現実的判断の理由が異なっているかい離の割合について調べたものが図 2-7 である。日韓を比較すると、対応方針と同様に日本の方がかい離ありの割合が低かったが、対応方針におけるかい離と比べるとその割合は増えていた。また、日本のなかでは介護職が 29.3%と、医療職の 23.9%、相談・CM の 25.4%に比べて高くなっており、この傾向も対応方針と同様であった。ただし、職種間での差は小さくなっていった。韓国では、対応方針と同様に差はあまりなく、医療職 38.1%、相談・CM 42.4%、介護職 35.3%となっていた。これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 17.616 (自由度 1) で有意水準 0.1%で有意であり、国と対応方針について理想と現実の判断の理由のかい離の有無には有意な関連が見られた。さらに日本について職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 1.534 (自由度 2) で有意水準 5%で有意ではなかった。韓国についても職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 1.736 (自由度 2) で有意水準 5%で有意ではなかった。そのため、日本、韓国ともに国による違いはあるものの、国内の職種間においては対応方針の理由についてのかい離の有無に有意な差はなかった。

すなわち、対応方針に比べて、とくに日本において判断の理由の違いには職種以外の影響があることが分かる。

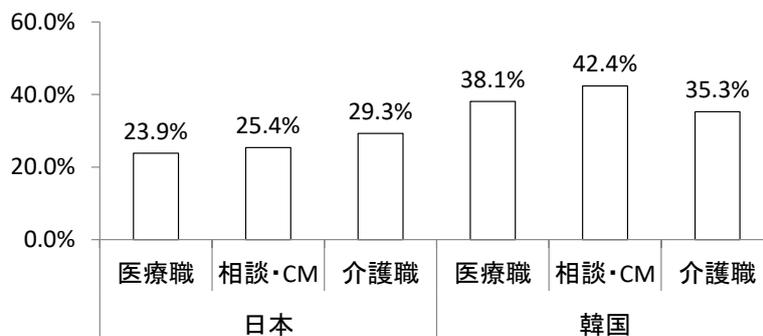


図 2-7 日韓調査：がんケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断の理由のかい離ありの職種別割合

2.7. 来るべき死に向けた方針 (問 2-8)

がんケースの最後として、問 2-8 において来るべき死に向けた方針とその理由について聞いている。方針については、病院、介護施設、自宅のいずれかにおいて治療の継続か緩和ケアへの移行のどちらがよいかという計 6 つとその他を選択肢とした (以下、それぞれ病院・治療、病院・緩和ケアと表記)。また、方針の理由については、複数回答可の形式で質問しており、選択肢は前節の対応方針と同じものを用いている。

2.7.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、表 2-19、表 2-20 である。まず方針についてであるが、韓国を除いて圧倒的に「自宅での緩和ケアへの移行」が高い割合を示しており、全体では 379 人 (60.2%) となっている。「自宅での緩和ケアへの移行」は、韓国は 18 人 (23.4%)、イスラエルも若干低く 28 人 (45.2%) であるが、他国はいずれも 5 割以上となっており、A さんが希望する在宅での緩和ケアを重視している。なお、イスラエルは自宅での治療を選択する人が 19 人 (30.6%) と多く、自宅での緩和ケアを合わせると他国と同様に 7 割を超える。逆に韓国は自宅の割合が他国に比べて非常に低く 4 分の 1 程度であり、「病院での

緩和ケア」(16人、20.8%)、「介護施設での緩和ケア」(26人、33.8%)が多い傾向にある。韓国が自宅ではなく病院や介護施設を理想とする傾向と合致する。

次に対応方針の理由についてみると、「尊厳保持」がどの国ももっとも多くなっており全体では489人(77.6%)となっている。続いて「QOL」の217人(34.4%)、「家族の意向」が106人(16.8%)となっている。国ごとの違いを見ると、「QOL」については日本とアメリカNYの割合が低く、「家族の意向」については韓国、オーストラリア、オランダの割合が低かった。

表 2-19 9ヶ国調査：がんケースへの来たるべき死に向けての対応方針 (問 2-8)

	病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本 (n=220)	2 .9%	33 15.0%	0 .0%	18 8.2%	12 5.5%	154 70.0%	1 .5%
韓国 (n=77)	4 5.2%	16 20.8%	9 11.7%	26 33.8%	3 3.9%	18 23.4%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	1 1.6%	3 4.8%	5 8.1%	6 9.7%	19 30.6%	28 45.2%	0 .0%
オーストラリア (n=57)	0 .0%	4 7.0%	2 3.5%	17 29.8%	3 5.3%	29 50.9%	2 3.5%
チェコ (n=55)	1 1.8%	5 9.1%	2 3.6%	9 16.4%	3 5.5%	33 60.0%	2 3.6%
オランダ (n=33)	0 .0%	0 .0%	0 .0%	6 18.2%	1 3.0%	26 78.8%	0 .0%
フランス (n=28)	0 .0%	2 7.1%	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	23 82.1%	1 3.6%
イギリス (n=68)	1 1.5%	2 2.9%	2 2.9%	9 13.2%	13 19.1%	38 55.9%	3 4.4%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	0 .0%
合計 (n=630)	9 1.4%	65 10.3%	20 3.2%	91 14.4%	56 8.9%	379 60.2%	10 1.6%

表 2-20 9ヶ国調査：がんケースへの来たるべき死に向けての対応方針の理由 (問 2-8-2、複数回答可)

	完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本 (n=220)	1 0.5%	9 4.1%	56 25.5%	10 4.5%	182 82.7%	42 19.1%	1 0.5%	9 4.1%
韓国 (n=29)	0 0.0%	0 0.0%	15 51.7%	0 0.0%	24 82.8%	2 6.9%	0 0.0%	1 3.4%
イスラエル (n=68)	0 0.0%	6 8.8%	30 44.1%	2 2.9%	61 89.7%	15 22.1%	8 11.8%	5 7.4%
オーストラリア (n=61)	0 0.0%	0 0.0%	22 36.1%	1 1.6%	40 65.6%	2 3.3%	2 3.3%	2 3.3%
チェコ (n=57)	0 0.0%	1 1.8%	20 35.1%	1 1.8%	36 63.2%	7 12.3%	3 5.3%	5 8.8%
オランダ (n=33)	0 0.0%	0 0.0%	10 30.3%	0 0.0%	28 84.8%	3 9.1%	0 0.0%	3 9.1%
フランス (n=77)	1 1.3%	2 2.6%	34 44.2%	6 7.8%	50 64.9%	13 16.9%	1 1.3%	0 0.0%
イギリス (n=55)	1 1.8%	4 7.3%	26 47.3%	5 9.1%	43 78.2%	12 21.8%	4 7.3%	1 1.8%
アメリカ NY(n=30)	0 0.0%	0 0.0%	4 13.3%	0 0.0%	25 83.3%	10 33.3%	0 0.0%	0 0.0%
合計 (n=630)	3 0.5%	22 3.5%	217 34.4%	25 4.0%	489 77.6%	106 16.8%	19 3.0%	26 4.1%

2.7.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 2-21、表 2-22 にまとめた。9ヶ国調査と同様に「自宅での緩和ケアへの移行」が日本では過半を占めており、医療職は139人（61.8%）、相談・CMは91人（68.9%）、介護職120人（64.2%）となっていた。同時に、「病院での緩和ケアへの移行」も9ヶ国調査に比べて増えており、医療職は56人（24.9%）、相談・CMは27人（20.5%）、介護職36人（19.3%）と2割程度となっていた。また、治療を方針として選ぶものは非常に少なく、そのほとんどが「自宅での治療の継続」となっていた。韓国については、9ヶ国調査と同様にばらつきがあり、「病院での緩和ケアへの移行」、「介護施設での緩和ケアへの移行」、「自宅での緩和ケアへの移行」がいずれもほぼ同じ25%前後であり、職種間の違いも少なかった。なお、介護職については、「病院での治療の継続」の割合が84人（23.1%）と多く、「自宅での緩和ケアへの移行」が43人（11.8%）と少なくなっている点に特徴がある。

次に、来たるべき死に向けての対応方針の理由についてみると、日本では「尊厳保持」がもっとも多く医療職は139人（61.8%）、相談・CMは91人（68.9%）、介護職120人（64.2%）と大半の人が尊厳を重視すると答えていた。つづいて「QOL」「家族の意向」となっており、「経済的」という回答も1割程度みられた。韓国については、「尊厳保持」がもっとも多く医療職は200人（65.4%）、相談・CMは60人（65.2%）、介護職256人（70.5%）となっており、日本と同様であった。同時に「QOL」を重視する傾向あり、医療職は172人（56.2%）、相談・CMは46人（50.0%）、介護職171人（47.1%）とやはり半数程度が選んでいた。「家族の意向」は2割強であり、その他の選択肢はあまり選ばれていない。そして、方針と異なり、職種での違いは見られなかった。

日本は方針において「自宅での緩和ケア」を重視しつつ「尊厳保持」「QOL」「家族の意向」を重視していたのに対して、韓国では病院での緩和ケアへの移行、「介護施設での緩和ケアへの移行」、「自宅での緩和ケアへの移行」を方針としつつ、とくに「尊厳保持」と「QOL」を重視する傾向にあった。すなわち、日本と韓国において理由は似ているものの、「尊厳の保持」や「QOLの向上」を達成する手段は異なるものを想定していることが分かる。この点については、さらなる定性的な調査が必要となるだろう。

表 2-21 日韓調査：職種別がんケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問 2-8）

		病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本	医療職 (n=225)	1 0.4%	56 24.9%	1 0.4%	12 5.3%	15 6.7%	139 61.8%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	1 0.8%	27 20.5%	0 0.0%	3 2.3%	9 6.8%	91 68.9%	1 0.8%
	介護職 (n=187)	6 3.2%	36 19.3%	1 0.5%	7 3.7%	15 8.0%	120 64.2%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=544)	26 8.5%	78 25.4%	15 4.9%	92 30.0%	20 6.5%	72 23.5%	4 1.3%
	相談・CM (n=307)	8 8.7%	19 20.7%	2 2.2%	24 26.1%	5 5.4%	33 35.9%	1 1.1%
	介護職 (n=92)	84 23.1%	92 25.3%	33 9.1%	94 25.8%	15 4.1%	43 11.8%	3 0.8%

表 2-22 日韓調査：職種別がんケースへの対応方針における現実的判断の理由
(問 2-8-2、複数回答可)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=220)	0 0.0%	9 4.1%	105 47.7%	31 14.1%	185 84.1%	61 27.7%	2 0.9%	4 1.8%
	相談・CM (n=131)	0 0.0%	2 1.5%	33 25.2%	15 11.5%	120 91.6%	35 26.7%	1 0.8%	6 4.6%
	介護職 (n=184)	2 1.1%	11 6.0%	26 14.1%	18 9.8%	161 87.5%	68 37.0%	1 0.5%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=535)	15 4.9%	48 15.7%	172 56.2%	22 7.2%	200 65.4%	78 25.5%	5 1.6%	8 2.6%
	相談・CM (n=306)	5 5.4%	15 16.3%	46 50.0%	6 6.5%	60 65.2%	19 20.7%	3 3.3%	3 3.3%
	介護職 (n=92)	18 5.0%	45 12.4%	171 47.1%	32 8.8%	256 70.5%	74 20.4%	8 2.2%	6 1.7%

2.8. がんケースのまとめ

がんは終末期においてもっとも頻繁に取り上げられる疾患であり、また、様々な研究がなされてきた。そのため、がんの進行プロセスについての理解は職種を超えて共有されており、国の違いに比べて国内での職種の違いはそれほど大きくないことが明らかとなった。また、国の違いもある程度あるとはいえ、具体的な方針レベルでの違いはそれほどなく、終末期の医療・介護の実践において何を行うべきかという点についてのコンセンサスはとれていると考えられる。ただし、とるべき方針の理由については、「尊厳の保持」が重視されているものの国によって異なる理由を挙げることもあり、また、実践する場所や方針決定において主導権をとるべき人については必ずしも一致していないという特徴が見られ、国によって終末期の医療・介護を下支えする制度や家族構造の違いがこのような違いをもたらしている可能性が示唆された。

3. 認知症ケースの分析

3.1. 認知症ケースの概要

認知症ケースは、重度認知症の男性についての以下のケースである。

Bさん（男性、80歳）。自宅で妻と二人暮らしをしている。認知症（アルツハイマー病）と診断されてすでに10年が経ち、意識障害はないものの、近親者や介護士が呼びかけても目を動かす程度であり一般的な意思疎通には多大な困難がある。また、半月前にひどい熱と咳のために病院へ受診したところ、肺炎と診断された。現在は、食物を呑み込むことができなくなってきており、点滴による薬剤と栄養剤の投与を行っている。口からの栄養摂取は不可能なため、十分な栄養摂取のためには近い将来に人工栄養摂取が必要となる。妻（80）は在宅での生活の継続と看取りを希望しており、また少しでも長い時間を一緒に過ごしたいと希望している。経済的には持ち家に住み、厚生年金などを受給しているために安定しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいないため、妻自身はこれまで以上の介護には大きな不安を感じている。

このケースの特徴は、以下の3点である。第一に、認知症（アルツハイマー）と診断され意思疎通に多大な困難があるという情報が与えられており、本人の意思を確認することが容易ではないといえる事例である点である。第二に、経口摂取が不可能であるが、人工

栄養をしても余命は長くないと診断されているものの、明確に終末期であるとは示されていない点である。第三に、妻と同居しているものの介護能力は低く、近隣に近親者がいないということから介護力があまり期待できない点である。

がんケースと同様に調査では、事前にケースを読んでもらったうえで、専門職としての理想としての対応と現実的な対応の双方を聞いた。

3.2. ケースが終末期か否かの判断 (問 3-1)

問 3-1 では、本ケースの状態を「終末期」にあると考えるかについて聞いている。

3.2.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は図 3-1 のようになった。アメリカ NY (86.7%)、フランス (75.9%)、オーストラリア (68.5%)、イギリス (64.1%) において、「終末期である」との回答が 6 割を超えていた。国の違いと「終末期」の有無について独立性の検討を行った。その結果、 χ^2 値 56.9939 (自由度 8) で有意水準 0.1% で有意であり、国と終末期の有無には有意な関連が見られた。

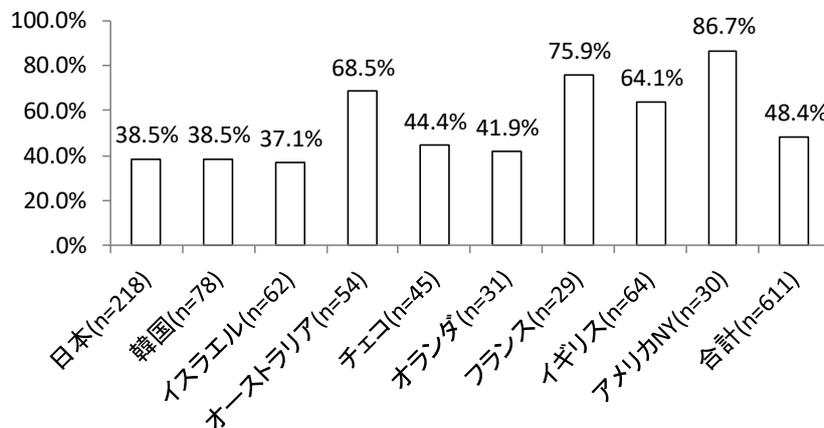


図 3-1 9ヶ国調査：終末期にあたるかどうかの判断

3.2.2. 日韓調査

日韓調査の結果については、職業別に図 3-2 に示した。日韓を比較すると、全体的に韓国の方が「終末期」と判断する割合が若干高かった。日本においては、「終末期」と判断した割合は相談・CM が 42.7% と医療職 38.5%、介護職 34.1% と比べて高かった。一方、韓国においては「終末期」と判断した割合は介護職が 50.1% と医療職 43.1%、介護職 42.4% と比べて高かった。

この終末期の判断の違いについて、まず国の違いと終末期の判断について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 8.772 (自由度 1) で有意水準 1% で有意であり、国の違いと判断の違いには有意な関連が見られた。次に、職種 (3 分類) を独立変数として独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 1.416 (自由度 2) で有意水準 5% で有意ではなかった。さらに日本、韓国それぞれについて職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、日本については χ^2 値 2.448 (自由度 2) で有意水準 5% で有意ではなかった。また、韓国については χ^2 値 3.933 (自由度 2) で有意水準 5% で有意ではなかった。この結果、全体でみても、日本、韓国それぞれの国内についても職種とケースを終末期と判断するか否かについて有意な関連は見られなかった。

日韓の国による違いは終末期の判断によって異なっていたことから、3分類の職種とは別の、国ごとに異なるであろう要因によって終末期の判断が規定されていることが明らかとなった。

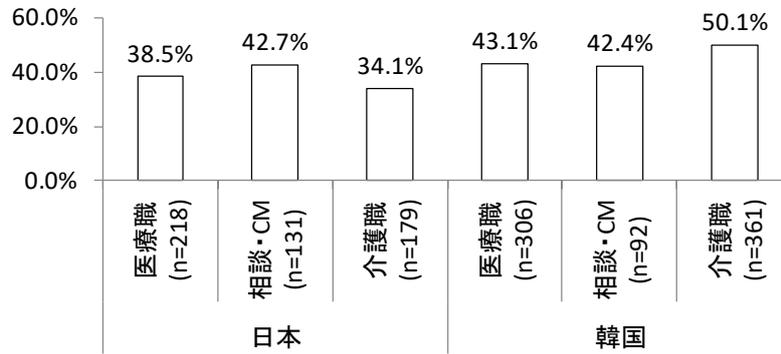


図 3-2 日韓調査：終末期にあたるかどうかの判断

3.3. 終末を迎えるべき場所と実際に迎えるであろう場所 (問 3-2)

問 3-1 では、場所に注目し、終末をどこで迎えることができるように支援することが「もっともふさわしい」か、またこれまでの経験を踏まえ実際にはどこで終末を迎えることになるかと思うかについて聞いている。

3.3.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 3-3 のようになった。理想としての判断は、「自宅」が多く 59.3%を占めている。「療養病床」が 16.1%であることを除いて、その他の選択肢は 10%以下である。これは、Bさんの妻の希望が自宅であることを反映しているだろう。

これに対して、実際にどこで終末を過ごすかという現実的判断では、「療養病床」が 29.1%と一番大きな割合を占めており、次いで「病院・診療所」(21.0%)、「老人ホーム」(16.2%)となっている。理想的判断として最も多かった「自宅」は 18.2%にとどまっており、理想と現実で大きな乖離があることが分かる。

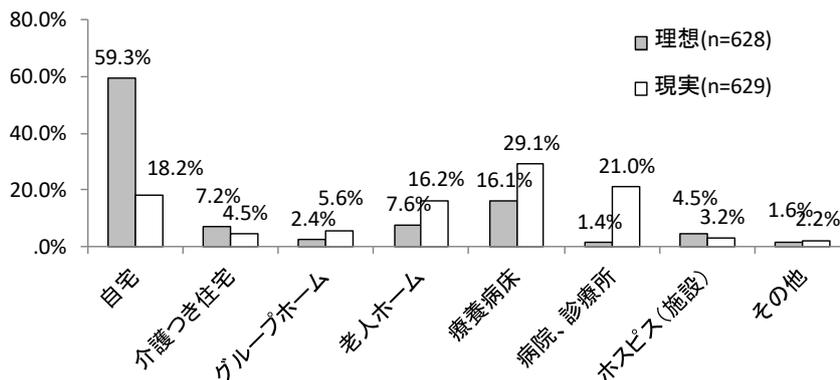


図 3-3 9ヶ国調査：終末を迎えるであろう理想の判断と現実的判断

さらに、この結果を国別にまとめたものが表 3-1、表 3-2 である。この表からは、理想的判断は「自宅」と考えることが主流であることが分かる。例外は韓国であり、「療養病床」43.0%、「自宅」25.3%、「介護付き住宅」20.3%となっており、自宅以外への期待が大きい。

また、イスラエル、チェコ、オランダも療養病床への期待が大きいことが分かる。

これに対して、現実的判断については国ごとのばらつきが大きくなっている。具体的には、韓国、イスラエル、チェコ、オランダは理想と同様に療養病床の割合が多かった。日本は「病院・診療所」が26.4%、「老人ホーム」が23.6%、「自宅」が22.7%、「療養病床」が21.8%とばらけており、自宅を理想としつつ現実はそれ以外で最期を迎えるという傾向があることが分かる。また、イギリスは「グループホーム」が43.3%、「老人ホーム」が29.9%と介護提供を中心とした場所の割合が多いことが分かる。

表 3-1 9ヶ国調査：終末を迎えることができるように支援すべき場所（問3-2）

	自宅	介護つき住宅	グループホーム	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	その他	全体
日本	168 76.0%	9 4.1%	4 1.8%	25 11.3%	11 5.0%	1 .5%	2 .9%	1 .5%	221 100.0%
韓国	20 25.3%	16 20.3%	0 .0%	3 3.8%	34 43.0%	2 2.5%	3 3.8%	1 1.3%	79 100.0%
イスラエル	33 52.4%	3 4.8%	0 .0%	5 7.9%	20 31.7%	0 .0%	1 1.6%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラリア	26 46.4%	7 12.5%	0 .0%	10 17.9%	8 14.3%	1 1.8%	4 7.1%	0 .0%	56 100.0%
チェコ	19 35.2%	4 7.4%	0 .0%	2 3.7%	13 24.1%	4 7.4%	11 20.4%	1 1.9%	54 100.0%
オランダ	22 68.8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	9 28.1%	0 .0%	1 3.1%	0 .0%	32 100.0%
フランス	13 44.8%	5 17.2%	0 .0%	0 .0%	4 13.8%	1 3.4%	5 17.2%	1 3.4%	29 100.0%
イギリス	43 66.2%	1 1.5%	11 16.9%	3 4.6%	2 3.1%	0 .0%	0 .0%	5 7.7%	65 100.0%
アメリカNY	29 96.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	0 .0%	30 100.0%
合計	373 59.3%	45 7.2%	15 2.4%	48 7.6%	101 16.1%	9 1.4%	28 4.5%	10 1.6%	629 100.0%

表 3-2 9ヶ国調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問3-2-2）

	自宅	介護つき住宅	グループホーム	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	その他	全体
日本	50 22.7%	4 1.8%	5 2.3%	52 23.6%	48 21.8%	58 26.4%	3 1.4%	0 .0%	220 100.0%
韓国	12 15.2%	14 17.7%	0 .0%	6 7.6%	39 49.4%	4 5.1%	4 5.1%	0 .0%	79 100.0%
イスラエル	15 24.2%	0 .0%	1 1.6%	6 9.7%	34 54.8%	2 3.2%	1 1.6%	3 4.8%	62 100.0%
オーストラリア	5 8.9%	4 7.1%	0 .0%	18 32.1%	9 16.1%	13 23.2%	5 8.9%	2 3.6%	56 100.0%
チェコ	2 3.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	22 40.7%	25 46.3%	3 5.6%	2 3.7%	54 100.0%
オランダ	8 24.2%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	22 66.7%	2 6.1%	1 3.0%	0 .0%	33 100.0%
フランス	3 11.1%	5 18.5%	0 .0%	0 .0%	6 22.2%	11 40.7%	2 7.4%	0 .0%	27 100.0%
イギリス	9 13.4%	1 1.5%	29 43.3%	20 29.9%	1 1.5%	1 1.5%	1 1.5%	5 7.5%	67 100.0%
アメリカNY	10 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.7%	16 53.3%	0 .0%	2 6.7%	30 100.0%
合計	114 18.2%	28 4.5%	35 5.6%	102 16.2%	183 29.1%	132 21.0%	20 3.2%	14 2.2%	628 100.0%

3.3.2. 日韓調査

場所についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 3-3、表 3-4 のようになった。

表からは、日本では職種によらず自宅を理想としつつ、現実には病院・診療所で終末を迎えようとする傾向がある。これに対して韓国では、自宅だけでなくホスピスを重視する傾向にあることが分かる。理想と現実の判断についてもこの傾向は変わらない。

終末を迎える場所についての理想と現実の判断に違いがあるもののかい離ありとして、その割合を職種別にまとめたものが図 3-4 である。この図からは、日本ではどの職種もかい離が比較的大きく、韓国では日本に比べて少ないことが分かる。なお、日韓それぞれ職種間と管理の有無について独立性の検定を行ったが、いずれも有意ではなく、職種の違いが理想と現実のかい離に影響をもたらしてはいなかった。

表 3-3 日韓調査：終末を迎えることができるように支援すべき場所（問 3-2）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	ホスピス(在宅)	その他
日本	医療職 (n=224)	141 62.9%	20 8.9%	22 9.8%	18 8.0%	3 1.3%	9 4.0%	10 4.5%	1 0.4%
	相談・ CM (n=132)	92 69.7%	2 1.5%	11 8.3%	9 6.8%	8 6.1%	3 2.3%	7 5.3%	0 0.0%
	介護職 (n=190)	128 67.4%	10 5.3%	16 8.4%	7 3.7%	7 3.7%	7 3.7%	14 7.4%	1 0.5%
韓国	医療職 (n=307)	68 22.1%	5 1.6%	38 12.4%	47 15.3%	23 7.5%	80 26.1%	46 15.0%	0 0.0%
	相談・ CM (n=92)	28 30.4%	4 4.3%	14 15.2%	10 10.9%	3 3.3%	21 22.8%	12 13.0%	0 0.0%
	介護職 (n=364)	85 23.4%	9 2.5%	59 16.2%	55 15.1%	17 4.7%	110 30.2%	28 7.7%	1 0.3%

表 3-4 日韓調査：終末を迎えるであろうという現実的判断の場所（問 3-2-2）

		自宅	介護つき住宅	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	ホスピス(在宅)	その他
日本	医療職 (n=224)	43 19.2%	8 3.6%	23 10.3%	51 22.8%	93 41.5%	4 1.8%	2 0.9%	0 0.0%
	相談・ CM (n=131)	38 29.0%	0 0.0%	16 12.2%	23 17.6%	49 37.4%	3 2.3%	2 1.5%	0 0.0%
	介護職 (n=187)	55 29.4%	2 1.1%	27 14.4%	19 10.2%	71 38.0%	6 3.2%	5 2.7%	2 1.1%
韓国	医療職 (n=307)	67 21.8%	5 1.6%	24 7.8%	61 19.9%	28 9.1%	79 25.7%	41 13.4%	2 0.7%
	相談・ CM (n=92)	29 31.5%	1 1.1%	8 8.7%	17 18.5%	5 5.4%	23 25.0%	9 9.8%	0 0.0%
	介護職 (n=364)	95 26.1%	4 1.1%	38 10.4%	64 17.6%	16 4.4%	121 33.2%	26 7.1%	0 0.0%

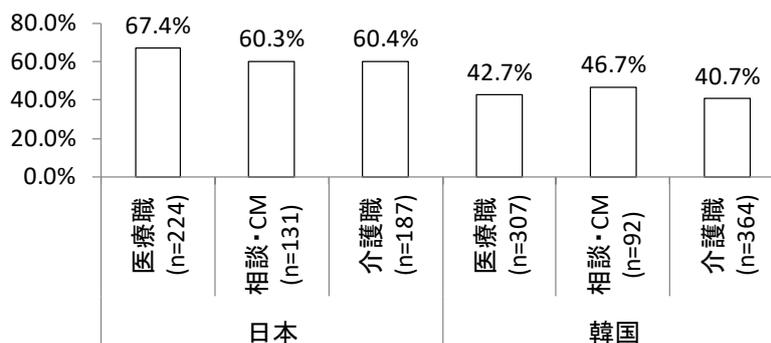


図 3-4 日韓調査：終末を迎える場所についての理想と現実の乖離ありの職種別割合

3.4. 今後の治療や看取りの方針を主導すべき人と実際に主導権を持つ人 (問 3-4)

問 3-3 では、方針決定者に注目し、今後の治療や看取りの方針を決定する際に「もっともふさわしい」人は誰か、またこれまでの経験を踏まえ実際には誰が今後の治療や看取りの方針を決定すると思うかについて聞いている。

3.4.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の図 3-5 のようになった。理想としての判断は、圧倒的に「Bさんの妻」が多く 72.2%を占めている。次いで「Bさん本人」が 10.6%であり、その他の選択肢はいずれも 6%未満でありほとんど選ばれていない。これは重度の認知症があるBさんの判断よりも最も身近なBさんの妻の意向を重視するべきと考える人が多かったことを示している。

これに対して、実際に行うであろう現実的判断を見ると、「Bさんの妻」の割合は 58.8%と減少し、その分「かかりつけ医」13.7%、「専門医」11.5%と増加している。また、「Bさん本人」の割合は 4.0%と半分以下となっている。国ごとに見ると多様性があるが、概ね Bさんの妻の意向を重視するべきと考えていることが分かる。

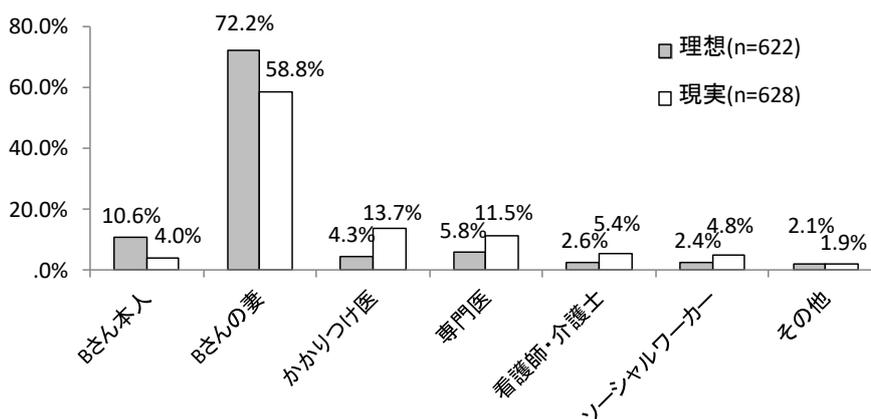


図 3-5 9ヶ国調査：今後の方針を主導する人についての理想の判断と現実的判断

3.4.2. 日韓調査

今後の方針を主導する人についての職種別にまとめた日韓調査の結果は、以下の表 3-5、表 3-6 のようになった。9ヶ国調査の知見と同様に、職種別でも日韓ともに「Bさんの妻」が今後の方針の決定において主導するべきであると考えている。とくに、日本の医

療職はその傾向が強く 80.2%に上っている。また、韓国の特徴として、医療職と介護職のそれぞれ約 25%は「Bさん本人」を選択しており、日本と比べると約 2～3 倍であった。

これに対して、実際に今後の方針を主導する人については、日韓ともに「Bさんの妻」がもっとも多くなっている。日本ではすべての職種において「Bさんの妻」の割合が低くなり、「かかりつけ医」や「専門医」の割合が高まる。一方、韓国ではすべての職種において「Bさんの妻」の割合が高くなり、「かかりつけ医」や「専門医」の割合は大きく変わらない。また、「Bさん本人」の割合は日本より韓国の方が高いが、主導するべきである割合と比較すると両国とも低い状況であった。

さらに日韓それぞれについて、今後の方針を主導する人についての理想的判断と現実的判断がかい離ありの割合を職種別に示したものが図 3-6 である。日本は介護職が最も高く 42.7%であった。韓国は職種間でかい離ありの割合の違いが無く約 3 割強であった。

表 3-5 日韓調査：今後の方針を主導することがふさわしい人（問 3-4）

		Bさん 本人	Bさんの 妻	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=222)	16 7.2%	178 80.2%	6 2.7%	2 0.9%	7 3.2%	13 5.9%	0 0.0%
	相談・CM (n=131)	12 9.2%	100 76.3%	6 4.6%	3 2.3%	4 3.1%	6 4.6%	0 0.0%
	介護職 (n=181)	23 12.7%	128 70.7%	5 2.8%	9 5.0%	10 5.5%	6 3.3%	0 0.0%
韓 国	医療職 (n=307)	77 25.1%	168 54.7%	32 10.4%	12 3.9%	14 4.6%	1 0.3%	3 1.0%
	相談・CM (n=92)	18 19.6%	56 60.9%	2 2.2%	5 5.4%	7 7.6%	3 3.3%	1 1.1%
	介護職 (n=364)	92 25.3%	152 41.8%	51 14.0%	31 8.5%	30 8.2%	7 1.9%	1 0.3%

表 3-6 日韓調査：経験を踏まえて実際に今後の方針を主導する人（問 3-4-2）

		Bさん 本人	Bさんの 妻	かかり つけ医	専門医	看護師・ 介護士	ソーシャル ワーカー	その他
日 本	医療職 (n=223)	8 3.6%	132 59.2%	35 15.7%	7 3.1%	13 5.8%	26 11.7%	2 0.9%
	相談・CM (n=131)	1 0.8%	86 65.6%	20 15.3%	12 9.2%	4 3.1%	7 5.3%	1 0.8%
	介護職 (n=184)	8 4.3%	115 62.5%	15 8.2%	19 10.3%	10 5.4%	15 8.2%	2 1.1%
韓 国	医療職 (n=307)	36 11.7%	211 68.7%	28 9.1%	9 2.9%	19 6.2%	2 0.7%	2 0.7%
	相談・CM (n=92)	7 7.6%	70 76.1%	5 5.4%	3 3.3%	4 4.3%	3 3.3%	0 0.0%
	介護職 (n=363)	70 19.3%	189 52.1%	44 12.1%	26 7.2%	29 8.0%	4 1.1%	1 0.3%

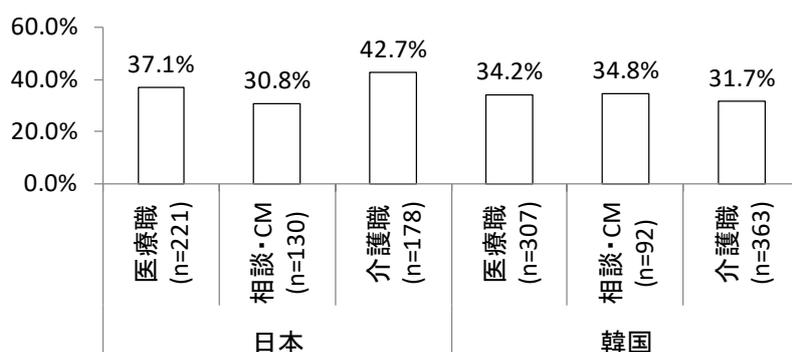


図 3-6 日韓調査：今後の方針を主導する人の理想と現実の乖離ありの職種別割合

3.5. 方針決定において重視する指針 (問 3-5)

問 3-5 は、B さんの今後の治療や看取りの方針を決定する際に、B さんの意向を踏まえたうえで、さらなる要素として、もっとも重視すべき点について聞いている。

3.5.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 3-7 のようになった。「B さんの妻の意向」(表では「妻の意向」と略記) がもっとも多く 325 人 (51.7%) を占めており、次いで「本人の苦痛を取り除くこと」(表では「苦痛の除去」と略記) が 129 人 (20.5%) を占めていた。その他の選択肢は国のなかでのばらつきは多少あるものの、「本人のこれまでの生活の継続」(「生活の継続」と略記) は、日本、韓国、チェコで 15% を超えていた。

表 3-7 9ヶ国調査：方針決定においてもっとも重視する点 (問 3-5)

	妻の意向	近親者の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他	全体
日本	125 56.6%	2 .9%	1 .5%	24 10.9%	34 15.4%	33 14.9%	2 .9%	221 100.0%
韓国	45 57.7%	2 2.6%	0 .0%	15 19.2%	12 15.4%	4 5.1%	0 .0%	78 100.0%
イスラエル	29 46.0%	7 11.1%	2 3.2%	18 28.6%	5 7.9%	1 1.6%	1 1.6%	63 100.0%
オーストラリア	23 41.1%	0 .0%	0 .0%	24 42.9%	3 5.4%	5 8.9%	1 1.8%	56 100.0%
チェコ	17 32.1%	4 7.5%	1 1.9%	10 18.9%	11 20.8%	4 7.5%	6 11.3%	53 100.0%
オランダ	17 51.5%	1 3.0%	0 .0%	11 33.3%	2 6.1%	2 6.1%	0 .0%	33 100.0%
フランス	15 51.7%	1 3.4%	2 6.9%	7 24.1%	1 3.4%	3 10.3%	0 .0%	29 100.0%
イギリス	24 36.4%	4 6.1%	1 1.5%	20 30.3%	9 13.6%	1 1.5%	7 10.6%	66 100.0%
アメリカ NY	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
合計	325 51.7%	21 3.3%	7 1.1%	129 20.5%	77 12.2%	53 8.4%	17 2.7%	629 100.0%

3.5.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、以下の表 3-8 にまとめた。9ヶ国調査と同様に日韓双方とも「妻の意向」と「苦痛の除去」が重視されていたが、日本は韓国に比べて「家族の負担軽減」が高く、医療職は 39 人（17.5%）、相談・MC は 29 人（22.0%）、介護職は 39 人（21.1%）と全ての職種で「妻の意向」に次いで高かった。なお、日本では「妻の意向」が全ての職種において約半分の人が最も重視していた。韓国では、相談・MC が最も重視する点としては「妻の意向」（46 人、50.0%）であったが、医療職は 121 人（39.4%）、介護職は 145 人（39.9%）が「苦痛の除去」を最も重視していた。

表 3-8 日韓調査：方針決定においてもっとも重視する点（問 3-5）

		妻の意向	近親者の意向	できるだけ長い時間	苦痛の除去	生活の継続	家族の負担軽減	その他
日本	医療職 (n=223)	116 52.0%	5 2.2%	4 1.8%	38 17.0%	20 9.0%	39 17.5%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	71 53.8%	4 3.0%	0 0.0%	12 9.1%	16 12.1%	29 22.0%	0 0.0%
	介護職 (n=185)	91 49.2%	3 1.6%	4 2.2%	27 14.6%	21 11.4%	39 21.1%	0 0.0%
韓国	医療職 (n=307)	117 38.1%	4 1.3%	3 1.0%	121 39.4%	41 13.4%	20 6.5%	1 0.3%
	相談・CM (n=92)	46 50.0%	4 4.3%	0 0.0%	25 27.2%	15 16.3%	2 2.2%	0 0.0%
	介護職 (n=363)	116 32.0%	14 3.9%	9 2.5%	145 39.9%	42 11.6%	37 10.2%	0 0.0%

3.6. 医学的知見以外の家族への説明内容（問 3-6）

問 3-6 は医学的知見以外の情報提供についての設問である。設問は、「Bさんのケースにおいて、基本的な医学的知見（病状、予後など）以外に、何をご家族（Bさんの妻）に説明しますか」というものであり、対象は本人ではなく Bさんの妻である。項目はその他を加えて 10 項目である。情報提供は専門職側の努力次第で多くできることから、複数回答可の項目となっている。

3.6.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、以下の表 3-9 のようになった。全体としては、「利用可能な医療・介護制度」（75.0%）、「家族の介護負担」（52.8%）を説明すると答えた人が多く、「代替的な治療法」（17.0%）、「死後の悲嘆について」（18.4%）を説明すると答えた人が少なかった。

国別の特色として、韓国は他国と解答系は変わらないものの、回答率（○をつけた割合）が全体的に非常に低く、制度以外の説明を積極的には行っていない傾向が見られた。日本については、「余命について」説明する割合が韓国を除く他国と比べて最も低く 58 人（26.2%）と 5 割以下であった。逆に「家族の介護負担」を説明する割合は他国と比べて最も高く 167 人（75.6%）と 7 割以上であった。

ここから、日本は本人の状況だけでなく家族自身への影響についてより詳細に説明する傾向が分かる。またオランダも特徴的であり、「余命について」の説明は 19 人（57.6%）と非常に高くなっている反面、「死の瞬間について」は 0 人、「死後の悲嘆」も 2 人（6.1%）

と低く、死について詳細に説明するのではなく、あくまでも余命という観点からのみ説明を行っていることが分かる。また、「経済的負担」に関しては、アメリカは0人、韓国は2人（2.6%）、オランダは3人（9.1%）と低かった。

この結果からは、「利用可能な医療・介護制度」、「家族の介護負担」はどの国でも中心的な説明がなされるが、それ以外については、国ごとに説明の重点が異なることが分かる。

表 3-9 9ヶ国調査：医学的知見以外のへの家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

	余命	事前指示書	代替的な治療法	本人が感じる痛み・苦しみ	利用可能な医療介護制度	死の瞬間	経済的負担	家族の介護負担	死後の悲嘆
日本 (n=221)	58 26.2%	43 19.5%	52 23.5%	93 42.1%	182 82.4%	50 22.6%	76 34.4%	167 75.6%	22 10.0%
韓国(n=78)	11 14.1%	3 3.8%	0 .0%	14 17.9%	39 50.0%	10 12.8%	2 2.6%	16 20.5%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	38 61.3%	16 25.8%	11 17.7%	31 50.0%	52 83.9%	15 24.2%	18 29.0%	30 48.4%	11 17.7%
オーストラリア(n=56)	37 66.1%	19 33.9%	8 14.3%	29 51.8%	38 67.9%	16 28.6%	15 26.8%	25 44.6%	24 42.9%
チェコ (n=52)	21 40.4%	3 5.8%	6 11.5%	26 50.0%	45 86.5%	17 32.7%	7 13.5%	20 38.5%	14 26.9%
オランダ (n=33)	19 57.6%	3 9.1%	2 6.1%	18 54.5%	25 75.8%	0 .0%	3 9.1%	23 69.7%	2 6.1%
フランス (n=28)	16 57.1%	10 35.7%	8 28.6%	15 53.6%	17 60.7%	4 14.3%	13 46.4%	18 64.3%	2 7.1%
イギリス (n=69)	47 68.1%	32 46.4%	16 23.2%	48 69.6%	51 73.9%	33 47.8%	20 29.0%	30 43.5%	35 50.7%
アメリカ NY(n=30)	17 56.7%	14 46.7%	4 13.3%	30 100.0%	23 76.7%	0 .0%	0 .0%	3 10.0%	5 16.7%
合計(n=629)	264 42.0%	143 22.7%	107 17.0%	304 48.3%	472 75.0%	145 23.1%	154 24.5%	332 52.8%	116 18.4%

3.6.2. 日韓調査

日韓調査の結果については、職業別に表 3-10 にまとめた。9ヶ国調査と同様に、韓国は日本に比べて回答率が少ない傾向は変わらなかった。日本は、「利用可能な医療介護制度」（医療職：182人（81.6%）、相談・CM119人（90.2%）、介護職150人（81.5%））、「家族の介護負担」（医療職：175人（78.5%）、相談・CM121人（91.7%）、介護職147人（79.9%））がどの職種を通じても高かった。

これに対して韓国は、「家族の介護負担」（医療職：162人（52.9%）、相談・CM44人（48.4%）、介護職120人（55.8%））は比較的高かったが、「利用可能な医療介護制度」（医療職：96人（31.4%）、相談・CM25人（27.5%）介護職47人（13.1%））は低かった。さらに、「死の瞬間」（医療職：141人（46.1%）、相談・CM45人（49.5%）、介護職133人（36.9%））は全体的に高かった。

また、日韓ともに、職種間で違い大きいものは少なく、日本において「経済的負担」が医療職（38.1%）、介護職（38.0%）に比べて相談・CM（59.8%と高い点、韓国において介護職が「利用可能な医療介護制度」（13.1%）、「経済的負担」（11.4%）が少ない点にそれぞれ特徴がある。

表 3-10 日韓調査：医学的知見以外のへの家族への説明内容（問 2-5、複数回答可）

		余命	事前指 示書	代替的 な 治療法	本人が 感じる 痛み・苦 しみ	利用可 能な医 療介護 制度	死の 瞬間	経済的 負担	家族の 介護 負担	死後の 悲嘆
日 本	医療職 (n=223)	77 34.5%	32 14.3%	36 16.1%	89 39.9%	182 81.6%	45 20.2%	85 38.1%	175 78.5%	15 6.7%
	相談・CM (n=132)	26 19.7%	24 18.2%	24 18.2%	52 39.4%	119 90.2%	23 17.4%	79 59.8%	121 91.7%	13 9.8%
	介護職 (n=184)	57 31.0%	30 16.3%	45 24.5%	72 39.1%	150 81.5%	17 9.2%	70 38.0%	147 79.9%	15 8.2%
韓 国	医療職 (n=306)	44 14.4%	28 9.2%	56 18.3%	84 27.5%	96 31.4%	141 46.1%	74 24.2%	162 52.9%	21 6.9%
	相談・CM (n=91)	18 19.8%	14 15.4%	8 8.8%	19 20.9%	25 27.5%	45 49.5%	17 18.7%	44 48.4%	14 15.4%
	介護職 (n=360)	37 10.3%	28 7.8%	41 11.4%	93 25.8%	47 13.1%	133 36.9%	41 11.4%	120 33.3%	18 5.0%

3.7. ケースへの具体的な対応方針（問 3-7、問 3-8）

問 3-7、問 3-8 は B さんへの具体的な対処の基本方針（以下、対応方針とする）について、専門職としてもっとも望ましいと考える選択と、実際に選択するであろう現実的方針と、それぞれの理由について聞いている。

選択肢としては、「人工栄養補給の実施」（以下、人工栄養）、「漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療」（以下、代替医療）、「嚥下訓練等（リハビリテーション）の実施」（以下、リハビリ）、「現状を維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない」（以下、現状維持）、「とくに何もしない」（以下、何もしない）、「その他」である。また、理由の選択肢は、「完治の可能性が高い」（以下、完治可能性）、「生存時間が延びる可能性が高い」（以下、生存時間）、「QOL の向上が期待できる」（以下、QOL）、「経済的である」（以下、経済的）、「本人の尊厳が保持される」（以下、尊厳保持）、「家族の意向に合致する可能性が高い」（以下、家族の意向）、「国や施設のガイドラインで決まっている」（以下、ガイドライン）、「その他」である。

3.7.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の対応方針の結果は、以下の図 3-7 のようになった。理想としての判断は「人工栄養」がもっとも多く 39.0%であり、ついで「現状維持」が 30.4%であった。現実的判断は、同様に「人工栄養」がもっとも多く 61.0%であり、ついで「現状維持」が 24.5%、「リハビリ」5.6%、「何もしない」3.1%となった。図からも明らかなように、現実としては人工栄養が選ばれる傾向にあり、それ以外の選択肢は理想的判断よりも現実的判断の割合の方が少なかった。

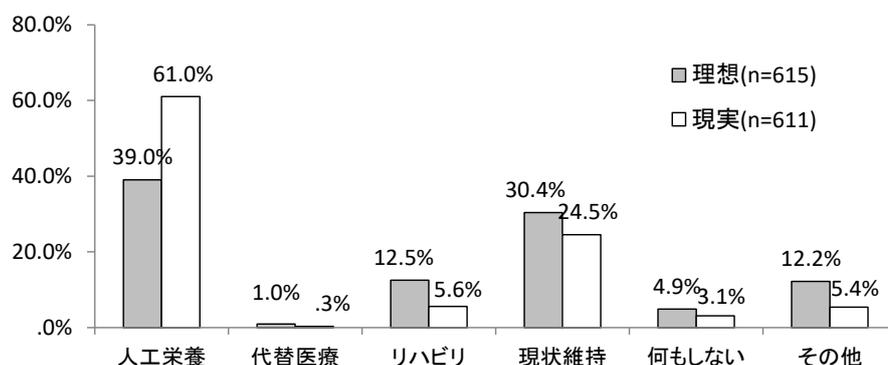


図 3-7 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断

さらにこの結果を国別にまとめたものが表 3-11、表 3-12 である。理想の判断については、国ごとによって違いがみられ、「人工栄養」が最も多い国は、日本 (102 人、46.2%)、韓国 (46 人、59.7%)、イスラエル (32 人、50.8%)、チェコ (20 人、45.5%)、オランダ (11 人、34.4%) であり、「現状維持」が最も多い国は、オーストラリア (24 人、)、フランス (45.3%)、イギリス (17 人、25.4%)、アメリカ NY (18 人、60.0%) であった。また、オーストラリア、オランダ、フランスでは「何もしない」が 1 割を超えていた。

現実的判断については、フランス以外は「人工栄養」の割合が最も多かった。特に、日本 (71.6%)、イスラエル (70.5%)、アメリカ NY (73.3%) は「人工栄養」が 7 割を超えていた。

表 3-11 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断 (問 3-7)

	人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他	全体
日本	102 46.2%	2 .9%	37 16.7%	60 27.1%	6 2.7%	14 6.3%	221 100.0%
韓国	46 59.7%	2 2.6%	5 6.5%	17 22.1%	2 2.6%	5 6.5%	77 100.0%
イスラエル	32 50.8%	0 .0%	5 7.9%	16 25.4%	5 7.9%	5 7.9%	63 100.0%
オーストラリア	8 15.1%	0 .0%	5 9.4%	24 45.3%	6 11.3%	10 18.9%	53 100.0%
チェコ	20 45.5%	1 2.3%	3 6.8%	17 38.6%	0 .0%	3 6.8%	44 100.0%
オランダ	11 34.4%	0 .0%	3 9.4%	8 25.0%	4 12.5%	6 18.8%	32 100.0%
フランス	3 10.7%	0 .0%	4 14.3%	10 35.7%	4 14.3%	7 25.0%	28 100.0%
イギリス	16 23.9%	1 1.5%	8 11.9%	17 25.4%	3 4.5%	22 32.8%	67 100.0%
アメリカ NY	2 6.7%	0 .0%	7 23.3%	18 60.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
合計	240 39.0%	6 1.0%	77 12.5%	187 30.4%	30 4.9%	75 12.2%	615 100.0%

表 3-12 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における現実の判断（問 3-8）

	人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他	全体
日本	156 71.6%	0 .0%	13 6.0%	41 18.8%	3 1.4%	5 2.3%	218 100.0%
韓国	55 69.6%	2 2.5%	3 3.8%	16 20.3%	0 .0%	3 3.8%	79 100.0%
イスラエル	43 70.5%	0 .0%	2 3.3%	11 18.0%	4 6.6%	1 1.6%	61 100.0%
オーストラ リア	21 41.2%	0 .0%	5 9.8%	18 35.3%	1 2.0%	6 11.8%	51 100.0%
チェコ	30 63.8%	0 .0%	2 4.3%	10 21.3%	2 4.3%	3 6.4%	47 100.0%
オランダ	15 46.9%	0 .0%	1 3.1%	11 34.4%	3 9.4%	2 6.3%	32 100.0%
フランス	5 17.9%	0 .0%	2 7.1%	13 46.4%	4 14.3%	4 14.3%	28 100.0%
イギリス	26 40.0%	0 .0%	6 9.2%	22 33.8%	2 3.1%	9 13.8%	65 100.0%
アメリカ NY	22 73.3%	0 .0%	0 .0%	8 26.7%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
合計	373 61.0%	2 .3%	34 5.6%	150 24.5%	19 3.1%	33 5.4%	611 100.0%

次に、対応方針の選択理由についてまとめた結果が図 3-8 である。全体として理想としての判断の理由は「尊厳保持」がもっとも多く 35.9%であり、ついで「QOL」が 22.9%であった。現実的判断は、同様に「尊厳保持」がもっとも多く 26.9%であったが、2 番目は「生存時間」が 24.3%であった。理想的判断も現実的判断も「尊厳保持」「QOL」「生存時間」「家族等の意向」の 4つの項目で約 9 割を占めていた。

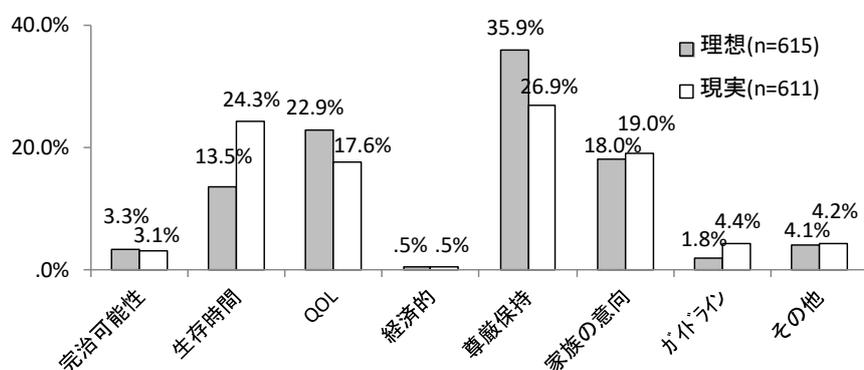


図 3-8 9ヶ国調査：がんケースへの対応方針の理想の判断と現実的判断の選択理由

さらに対応方針の理由について、国別にまとめたものが表 3-13、表 3-14 である。理想の判断、現実的判断の理由について、日本と韓国以外の国で「尊厳保持」、「QOL」が大きくなっている。両者の中では、理想的判断についてはイスラエルとフランスが「尊厳保持」よりも「QOL」が高い傾向にあった。現実的判断についてはイスラエル、チェコが「尊厳保持」よりも「QOL」が高い傾向、オランダは同じ割合であった。

また、それ以外の選択肢については、理想の判断において「家族の意向」が高い国が日本、アメリカ NY であった。特に、日本はすべての項目の中で「家族の意向」が最も高か

った。これらの国は現実的判断においても「家族の意向」が高いが、さらに、フランスも現実的判断では増加していた。また、理想の判断において「生存時間」が高い国が韓国、日本であった。これらの国は現実的判断においても「生存時間」が高かった。その他、理想的判断において、オランダでは「完治可能性」、イスラエルでは「ガイドライン」で高まっている。

このように全体的な傾向としては、「尊厳の保持」か「QOL」の割合が大きいが、国によって、「家族の意向」や「生存時間」の重視が見られた。

表 3-13 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断の理由（問 3-7-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=219)	5 2.3%	45 20.5%	24 11.0%	0 .0%	58 26.5%	78 35.6%	0 .0%	9 4.1%
韓国 (n=78)	2 2.6%	25 32.1%	13 16.7%	1 1.3%	27 34.6%	8 10.3%	0 .0%	2 2.6%
イスラエル (n=62)	1 1.6%	4 6.5%	24 38.7%	0 .0%	19 30.6%	6 9.7%	5 8.1%	3 4.8%
オーストラリア (n=53)	3 5.7%	1 1.9%	12 22.6%	1 1.9%	29 54.7%	3 5.7%	0 .0%	4 7.5%
チェコ (n=51)	2 3.9%	2 3.9%	25 49.0%	1 2.0%	18 35.3%	1 2.0%	2 3.9%	0 .0%
オランダ (n=32)	3 9.4%	1 3.1%	9 28.1%	0 .0%	13 40.6%	2 6.3%	1 3.1%	3 9.4%
フランス (n=29)	0 .0%	2 6.9%	11 37.9%	0 .0%	11 37.9%	3 10.3%	2 6.9%	0 .0%
イギリス (n=61)	4 6.6%	3 4.9%	13 21.3%	0 .0%	35 57.4%	2 3.3%	1 1.6%	3 4.9%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	10 33.3%	0 .0%	11 36.7%	8 26.7%	0 .0%	1 3.3%
合計 (n=615)	20 3.3%	83 13.5%	141 22.9%	3 .5%	221 35.9%	111 18.0%	11 1.8%	25 4.1%

表 3-14 9ヶ国調査：認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-8-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本 (n=209)	6 2.9%	81 38.8%	14 6.7%	1 .5%	35 16.7%	66 31.6%	1 .5%	5 2.4%
韓国 (n=75)	1 1.3%	32 42.7%	13 17.3%	0 .0%	20 26.7%	8 10.7%	0 .0%	1 1.3%
イスラエル (n=58)	0 .0%	5 8.6%	17 29.3%	0 .0%	12 20.7%	6 10.3%	14 24.1%	4 6.9%
オーストラリア (n=51)	2 3.9%	4 7.8%	12 23.5%	0 .0%	25 49.0%	5 9.8%	1 2.0%	2 3.9%
チェコ (n=41)	0 .0%	3 7.3%	17 41.5%	0 .0%	13 31.7%	2 4.9%	6 14.6%	0 .0%
オランダ (n=26)	5 19.2%	1 3.8%	7 26.9%	0 .0%	7 26.9%	2 7.7%	0 .0%	4 15.4%
フランス (n=29)	2 6.9%	3 10.3%	4 13.8%	0 .0%	12 41.4%	6 20.7%	2 6.9%	0 .0%
イギリス (n=54)	2 3.7%	9 16.7%	10 18.5%	0 .0%	21 38.9%	5 9.3%	1 1.9%	6 11.1%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	1 3.3%	7 23.3%	2 6.7%	9 30.0%	9 30.0%	0 .0%	2 6.7%
合計 (n=573)	18 3.1%	139 24.3%	101 17.6%	3 .5%	154 26.9%	109 19.0%	25 4.4%	24 4.2%

3.7.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 3-15、表 3-16 にまとめた。理想の判断について、日本は 9ヶ国調査と同様が「人工栄養」が約 5 割を占めており、医療職は 120 人（53.6%）、相談・CM は 64 人（48.9%）、介護職 102 人（55.4%）となっていた。韓国も、どの職種においても「人工栄養」がもっとも多く、医療職は 189 人（61.6%）、相談・CM は 48 人（52.2%）、介護職 185 人（43.8%）となっていたが、医療職と比べると介護職が「人工栄養」を選択する割合は低く、逆に「現状維持」（144 人、39.7）を選択する割合が高かった。

現実的判断についても日本は同様の傾向を示しており、「人工栄養」を選んだ医療職は 166 人（74.4%）、相談・CM は 97 人（73.5%）、介護職 141 人（79.7%）となっていた。なお、「リハビリ」「現状維持」の割合は全体的に減少していた。韓国についても、「人工栄養」が最も高く、医療職は 204 人（66.7%）、相談・CM は 51 人（55.4%）、介護職 189 人（52.2%）となっていたが、増加割合は日本ほど多くなかった。

このように、日韓では認知症ケースへの対応方針は概ね同様の傾向を示しているが、日本において介護職よりも医療職が「現状維持」を選択する割合が高い一方で、韓国では逆に医療職よりも介護職が「現状維持」を選択する割合が高いといった職種による傾向が異なる傾向にあった。

表 3-15 日韓調査：職種別認知症ケースへの対応方針における理想の判断（問 3-7）

		人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他
日本	医療職 (n=224)	120 53.6%	2 0.9%	25 11.2%	67 29.9%	3 1.3%	7 3.1%
	相談・CM (n=131)	64 48.9%	1 0.8%	22 16.8%	36 27.5%	2 1.5%	6 4.6%
	介護職 (n=184)	102 55.4%	3 1.6%	38 20.7%	34 18.5%	0 0.0%	7 3.8%
韓国	医療職 (n=224)	189 61.6%	7 2.3%	39 12.7%	67 21.8%	1 0.3%	4 1.3%
	相談・CM (n=131)	48 52.2%	5 5.4%	16 17.4%	22 23.9%	0 0.0%	1 1.1%
	介護職 (n=184)	159 43.8%	21 5.8%	31 8.5%	144 39.7%	4 1.1%	4 1.1%

表 3-16 日韓調査：職種別認知症ケースへの対応方針における現実的判断（問 3-8）

		人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他
日本	医療職 (n=223)	166 74.4%	2 0.9%	10 4.5%	42 18.8%	2 0.9%	1 0.4%
	相談・CM (n=132)	97 73.5%	0 0.0%	5 3.8%	27 20.5%	2 1.5%	1 0.8%
	介護職 (n=177)	141 79.7%	2 1.1%	9 5.1%	19 10.7%	2 1.1%	4 2.3%
韓国	医療職 (n=306)	204 66.7%	4 1.3%	29 9.5%	69 22.5%	0 0.0%	0 0.0%
	相談・CM (n=92)	51 55.4%	3 3.3%	9 9.8%	27 29.3%	0 0.0%	2 2.2%
	介護職 (n=362)	189 52.2%	14 3.9%	24 6.6%	130 35.9%	2 0.6%	3 0.8%

さらに、この理想の判断と現実的判断が異なっているかい離の割合について調べたものが図 3-9 である。日韓を比較すると、韓国の方がかい離ありの割合が低かった。また、日

本のなかでは相談・CMが35.9%と、医療職の29.6%、介護職の31.6%に比べて若干高くなっていた。韓国でも同様に、相談・CMが32.6%と、医療職の25.2%、介護職の24.6%に比べて若干高くなっていた。

これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値5.618（自由度1）で有意水準5%で有意であり、国の違いと対応方針における理想の判断と現実的判断のかい離の有無には有意な関連が見られた。また、日本、韓国それぞれについて、職種とかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、日本については χ^2 値1.505（自由度2）で有意水準5%で有意ではなく、職種とかい離の有無について有意な関連が見られなかった。韓国については χ^2 値2.572（自由度2）で有意水準5%で有意でなく、職種とかい離の有無について有意な関連は見られなかった。このことから、日韓の違いとかい離の有無については有意な関連が見られたものの、日韓それぞれの国のなかで職種との関連が見られなかったことから、職種のあり方とは異なる日韓のあり方の違いがかい離の有無を規定していると考えられる。

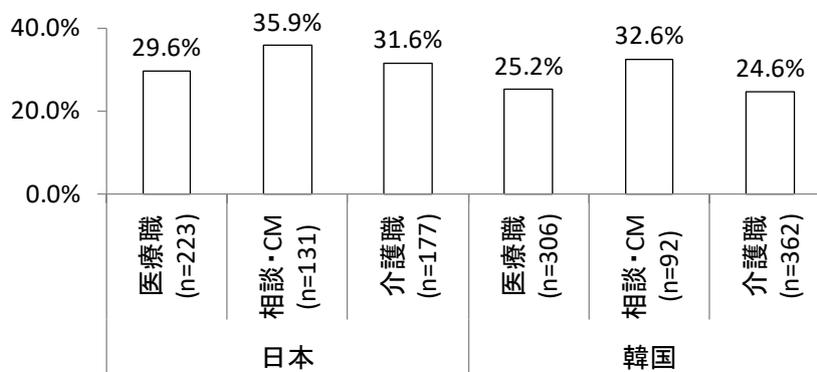


図 3-9 日韓調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断のかい離ありの職種別割合

続いて、対応方針を選択した理由についての日韓調査の結果を表 3-17、表 3-18 にまとめた。9ヶ国調査における結果と類似して、全体として「尊厳保持」「QOL」「家族の意向」「生存時間」の4つの選択肢が比較的分散している。

理想の判断の理由としては、日本については、「家族の意向」の割合が比較的すべての職種で大きく、医療職は84人(38.9%)、相談・CMは46人(35.7%)、介護職60人(34.5%)となっていた。次いで、「尊厳保持」が多く、医療職は52人(24.1%)、相談・CMは36人(27.9%)、介護職40人(23.0%)となっており、職種間の違いはあまりない。ただし、次いで多かった「生存時間」については、医療職は39人(18.1%)、相談・CMは24人(18.6%)、介護職42人(24.1%)となっており、介護職において選択の理由として「生存時間」を選択する割合は他の職種より若干多かった。韓国については、理想の方針で「人工栄養」の選択が多かった「医療職」は「生存時間」が最も大きく、105人(34.2%)で他の職種(CM・相談は27人(29.3%)、介護職は64人(17.6%))に比べて多かった。また、理想の方針で「現状維持」の選択が多かった「介護職」は「尊厳の保持」が最も大きく、154人(42.4%)で他の職種(医療職は93人(30.3%)、CM・相談は35人(38.0%))に比べて多かった。その他、日本に比べて「QOL」の割合が大きく、医療職は67人(21.8%)、相談・CMは15人(16.3%)、介護職79人(21.8%)となっていた。

現実的判断の理由について、日本は「家族の意向」の割合が最も大きく、それぞれ医療職は 87 人 (40.7%)、相談・CM は 54 人 (41.9%)、介護職 60 人 (34.9%) となっており、理想的判断と比べて若干であるが全体的に割合が高くなっていた。「生存時間」に関しては、理想的判断と比べてどの職種も 10%以上割合が高くなっており、医療職は 62 人 (29.0%)、相談・CM は 38 人 (29.5%)、介護職 67 人 (39.0%) であった。これに対して、韓国は理想的判断と同様に「生存時間」と「尊厳保持」の割合が高く、職種間の選択も似た傾向であった。具体的には「生存時間」の割合は、医療職は 133 人 (43.5%)、相談・CM は 34 人 (37.0%)、介護職 78 人 (21.5%) となっており、医療職の割合が高かった。また、「尊厳保持」の割合は、医療職は 81 人 (26.5%)、相談・CM は 34 人 (37.0%)、介護職 152 人 (42.0%) となっており、介護職の割合が高かった。

表 3-17 日韓調査:職種別認知症ケースへの対応方針における理想の判断の理由(問3-7-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=216)	3 1.4%	39 18.1%	30 13.9%	3 1.4%	52 24.1%	84 38.9%	0 0.0%	5 2.3%
	相談・CM (n=129)	4 3.1%	24 18.6%	14 10.9%	2 1.6%	36 27.9%	46 35.7%	0 0.0%	3 2.3%
	介護職 (n=174)	7 4.0%	42 24.1%	19 10.9%	2 1.1%	40 23.0%	60 34.5%	0 0.0%	4 2.3%
韓国	医療職 (n=307)	7 2.3%	105 34.2%	67 21.8%	1 0.3%	93 30.3%	28 9.1%	0 0.0%	6 2.0%
	相談・CM (n=92)	2 2.2%	27 29.3%	15 16.3%	2 2.2%	35 38.0%	6 6.5%	2 2.2%	3 3.3%
	介護職 (n=363)	11 3.0%	64 17.6%	79 21.8%	7 1.9%	154 42.4%	42 11.6%	4 1.1%	2 0.6%

表 3-18 日韓調査:職種別認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由(問3-8-2)

		完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=214)	5 2.3%	62 29.0%	22 10.3%	3 1.4%	29 13.6%	87 40.7%	2 0.9%	5 2.3%
	相談・CM (n=129)	3 2.3%	38 29.5%	5 3.9%	1 0.8%	25 19.4%	54 41.9%	0 0.0%	3 2.3%
	介護職 (n=172)	1 0.6%	67 39.0%	9 5.2%	2 1.2%	30 17.4%	60 34.9%	2 1.2%	1 0.6%
韓国	医療職 (n=306)	4 1.3%	133 43.5%	47 15.4%	5 1.6%	81 26.5%	30 9.8%	0 0.0%	6 2.0%
	相談・CM (n=92)	4 4.3%	34 37.0%	12 13.0%	1 1.1%	34 37.0%	7 7.6%	0 0.0%	0 0.0%
	介護職 (n=362)	1 0.3%	78 21.5%	77 21.3%	12 3.3%	152 42.0%	39 10.8%	1 0.3%	2 0.6%

この理想の判断と現実的判断の理由が異なっているかい離の割合について調べたものが図 3-10 である。日韓を比較すると、職種によってかい離ありの割合が異なっている。両国とも対応方針におけるかい離と比べるとその割合は若干増えていた。また、日本のなかでは介護職が 48.5%と、医療職の 32.7%、相談・CM の 37.0%に比べて高くなっており、この傾向は対応方針とは異なっていた。韓国では、相談・CM が 43.5%と、医療職の 36.9%、介護職の 37.4%に比べて若干高くなっており、この傾向は対応方針と同様の傾向であった。

これらの違いについて、まず、国の違いとかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、 χ^2 値 0.130 (自由度 1) で有意水準 5% で有意でなく、国の違いと対応方針における理想の判断の理由と現実的判断の理由には有意な関連は見られなかった。また、日本、韓国それぞれについて、職種と判断のいかい離の有無について独立性の検定を行った。その結果、日本については χ^2 値 9.834 (自由度 2) で有意水準 1% で有意であり、職種とかい離の有無について有意な関連が見られた。これに対して、韓国については χ^2 値 1.377 (自由度 2) で有意水準 5% で有意でなく、職種とかい離の有無について有意な関連は見られなかった。このことから、日本においては、職種によって判断の理由が異なるだけでなく、理想の判断の理由と現実的判断の理由の一致、不一致の割合が異なることが分かる。この傾向は、韓国に見られない日本の特徴であった。

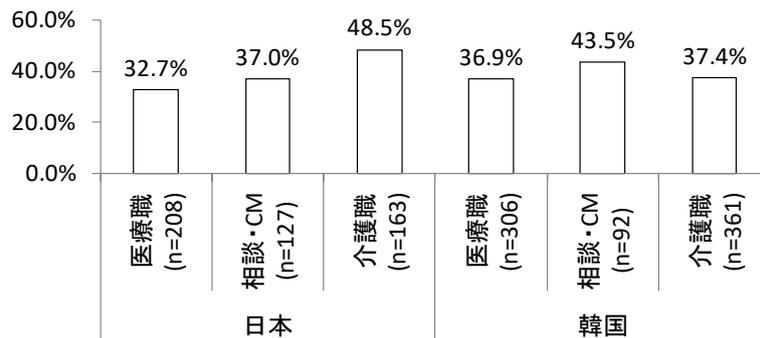


図 3-10 日韓調査：認知症ケースへの対応方針における理想の判断と現実的判断の理由のいかい離ありの職種別割合

3.8. 来るべき死に向けた方針 (問 3-9)

認知症ケースの最後として、問 3-9 において来るべき死に向けた方針とその理由について聞いている。方針については、病院、介護施設、自宅のいずれかにおいて治療の継続か緩和ケアへの移行のどちらがよいかという計 6 つとその他を選択肢とした (以下、それぞれ病院・治療、病院・緩和ケアと表記)。また、方針の理由については、複数回答可の形式で質問しており、選択肢は前節の対応方針と同じものを用いている。

3.8.1. 9ヶ国調査

9ヶ国調査の結果は、表 3-19、表 3-20 である。まず方針についてであるが、韓国、イスラエルを除いて「自宅での緩和ケアへの移行」がそれぞれの国の中で最も高い割合を示しているが、全体では 242 人 (39.0%) と 4 割程度になっている。また、「自宅での緩和ケアへの移行」の各国間の割合は幅が広がった。なお、韓国では「介護施設での緩和ケア」が 24 人 (30.8%)、イスラエルでは「介護施設での治療」が 22 人 (34.9%) と最も高い割合であった。韓国は自宅の割合が他国に比べて非常に低く 5 分の 1 程度であり、韓国が自宅ではなく病院や介護施設を理想とする傾向と合致する。

次に対応方針の理由についてみると、「尊厳保持」がどの国ももっとも多くなっており全体では 318 人 (51.1%) となっている。続いて「家族の意向」の 279 人 (44.9%)、「QOL」が 174 人 (28.0%) となっている。国ごとの違いを見ると、「家族の意向」については韓国、オーストラリアの割合が低い一方で日本、オランダが高く、「QOL」についてはオランダとアメリカの割合が低い一方で、チェコが高かった。

表 3-19 9ヶ国調査：認知症ケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問 3-9）

	病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本 (n=220)	8 3.6%	7 3.2%	16 7.3%	37 16.8%	61 27.7%	90 40.9%	1 .5%
韓国 (n=79)	12 15.4%	19 24.4%	8 10.3%	24 30.8%	4 5.1%	9 11.5%	2 2.6%
イスラエル (n=63)	0 .0%	4 6.3%	22 34.9%	10 15.9%	7 11.1%	20 31.7%	0 .0%
オーストラリア (n=53)	3 5.7%	5 9.4%	2 3.8%	16 30.2%	7 13.2%	19 35.8%	1 1.9%
チェコ (n=52)	2 3.8%	4 7.7%	8 15.4%	8 15.4%	5 9.6%	24 46.2%	1 1.9%
オランダ (n=31)	0 .0%	1 3.2%	4 12.9%	3 9.7%	6 19.4%	14 45.2%	3 9.7%
フランス (n=27)	5 18.5%	1 3.7%	1 3.7%	3 11.1%	2 7.4%	14 51.9%	1 3.7%
イギリス (n=66)	6 9.1%	5 7.6%	4 6.1%	14 21.2%	8 12.1%	26 39.4%	3 4.5%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 13.3%	26 86.7%	0 .0%
合計 (n=620)	36 5.8%	46 7.4%	65 10.5%	115 18.5%	104 16.8%	242 39.0%	12 1.9%

表 3-20 9ヶ国調査：認知症ケースへの来たるべき死に向けての対応方針の理由（問 3-9-2、複数回答可）

	完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本 (n=220)	6 2.7%	35 15.9%	40 18.2%	6 2.7%	94 42.7%	135 61.4%	2 .9%	3 1.4%
韓国 (n=78)	2 2.6%	26 33.3%	21 26.9%	7 9.0%	36 46.2%	19 24.4%	0 .0%	1 1.3%
イスラエル (n=62)	0 .0%	1 1.6%	21 33.9%	0 .0%	24 38.7%	19 30.6%	10 16.1%	6 9.7%
オーストラリア (n=52)	1 1.9%	1 1.9%	15 28.8%	1 1.9%	26 50.0%	14 26.9%	2 3.8%	5 9.6%
チェコ (n=53)	0 .0%	7 13.2%	30 56.6%	4 7.5%	34 64.2%	16 30.2%	2 3.8%	3 5.7%
オランダ (n=30)	1 3.3%	0 .0%	5 16.7%	0 .0%	13 43.3%	19 63.3%	1 3.3%	1 3.3%
フランス (n=29)	1 3.4%	3 10.3%	12 41.4%	0 .0%	20 69.0%	15 51.7%	3 10.3%	1 3.4%
イギリス (n=68)	6 8.8%	10 14.7%	29 42.6%	2 2.9%	53 77.9%	29 42.6%	8 11.8%	8 11.8%
アメリカ NY(n=30)	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	1 3.3%	18 60.0%	13 43.3%	1 3.3%	0 .0%
合計 (n=622)	17 2.7%	83 13.3%	174 28.0%	21 3.4%	318 51.1%	279 44.9%	29 4.7%	28 4.5%

3.8.2. 日韓調査

日韓調査の結果は、表 3-21、表 3-22 にまとめた。日本では、「自宅での緩和ケアへの移行」が、医療職は 75 人 (33.6%)、相談・CM は 51 人 (38.9%)、介護職 57 人 (31.5%) であり、「自宅での治療」が医療職は 66 人 (29.6%)、相談・CM は 39 人 (29.8%)、介護職 60 人 (33.1%) と全体的に「自宅」の傾向が高かった。

韓国については、9ヶ国調査と同様にばらつきがあり、「病院での緩和ケアへの移行」、「介護施設での緩和ケアへの移行」、が職種間で若干ばらつきはあるもののいずれもほぼ同じ30%前後であった。介護職については、「病院での治療の継続」の割合が86人(23.7%)、「病院での緩和ケア」が100人(27.5%)、「介護施設での緩和ケア」が82人(22.6%)と多く、「自宅での緩和ケアへの移行」が40人(11.8%)と少なくなっている点に特徴がある。

表 3-21 日韓調査：職種別認知症ケースへの来たるべき死に向けての対応方針（問 3-9）

		病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施 設・治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本	医療職 (n=223)	11 4.9%	18 8.1%	27 12.1%	23 10.3%	66 29.6%	75 33.6%	3 1.3%
	相談・CM (n=131)	12 9.2%	9 6.9%	7 5.3%	12 9.2%	39 29.8%	51 38.9%	1 0.8%
	介護職 (n=181)	12 6.6%	18 9.9%	18 9.9%	15 8.3%	60 33.1%	57 31.5%	1 0.6%
韓国	医療職 (n=307)	35 11.4%	94 30.6%	23 7.5%	84 27.4%	15 4.9%	54 17.6%	2 0.7%
	相談・CM (n=92)	8 8.7%	23 25.0%	5 5.4%	32 34.8%	2 2.2%	21 22.8%	1 1.1%
	介護職 (n=363)	86 23.7%	100 27.5%	40 11.0%	82 22.6%	15 4.1%	40 11.0%	0 0.0%

表 3-22 日韓調査：職種別認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-9-2、複数回答可）

		完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本	医療職 (n=222)	5 2.3%	38 17.1%	54 24.3%	17 7.7%	96 43.2%	154 69.4%	0 0.0%	11 5.0%
	相談・CM (n=131)	2 1.5%	24 18.3%	20 15.3%	10 7.7%	67 51.1%	96 73.3%	0 0.0%	4 3.1%
	介護職 (n=179)	2 1.1%	49 27.4%	15 8.4%	5 2.8%	99 55.3%	128 71.5%	2 1.1%	3 1.7%
韓国	医療職 (n=532)	5 1.6%	104 33.9%	140 45.6%	31 10.1%	189 61.6%	107 34.9%	4 1.3%	1 0.3%
	相談・CM (n=307)	2 2.2%	24 26.1%	37 40.2%	6 6.5%	61 66.3%	32 34.8%	2 2.2%	2 2.2%
	介護職 (n=92)	6 1.6%	62 17.0%	181 49.7%	29 8.0%	271 74.5%	106 29.1%	4 1.1%	6 1.6%

3.9. 認知症ケースのまとめ

B ケースが「終末期」かどうかについても国ごとにばらつきがあり、その判断によっても対応方針が異なる傾向があると考えられた。また、「本人の意思決定」が十分に把握できない状況下において誰が方針をとるのか、医療・介護の実践において何を行うべきかという点についてのコンセンサスは、国や職種ごとの回答のばらつきからも、まだ十分にとられていないと考えられた。

認知症に関しては、全世界的に数が増えており、現在様々な研究がすすめられているが、がんほど標準化されたプロセスなどは明らかにされていない。また、認知症の人の対応の多様性、個別性が高いため、それぞれの実践現場で統一的な対応を共有していくことは容易ではない現状があると考えられた。

5-2 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：施設調査

1. 日韓施設調査の概要

1.1. 調査の概要と目的

本調査は、2011 年度に行った日韓調査において協力していただいた日本と韓国の 4 都市に所在する病院・医療施設・介護事業所（以下、事業所等）を対象に A4、1 枚（両面）の質問紙調査を行った。回答は対象となる事業所等の管理者を指定した。

この調査の目的は大きく 2 点ある。第一に、事業所レベルにおける看取りの実態把握を把握することである。各事業所等が実際にどの程度の看取りやターミナルケアを行なっているのか、また、その対象にはどのような患者・利用者が含まれているのか調査することである。第二に、看取りや在宅での医療・介護サービスの提供のために独自の取り組みの実施について、実態を把握することである。「終末期、看取りについての国際比較調査（本報告書 142 ページ）」で明らかになったように、日本と韓国には、国や自治体の終末期の医療・介護に関するガイドラインは存在しているものの、必ずしも網羅的なものではなく、本調査で対象とした重度認知症のケースなど実践において本人の意志確認の問題が生じたり、倫理的ジレンマが発生する問題に十分対処しているとはいいがたい状況である。

そこで、日韓調査の対象となった施設に対して、施設レベルの看取りの実態と取り組みについて実態把握することが本調査の目的となる。なお、この施設を対象とした調査を、本稿では「日韓施設調査」と呼ぶ。

1.2. 調査対象と倫理審査

調査対象は以下の表 1-1 のようになる。日本国内は ILC 日本が主体となり、東京都中央区と滋賀県守山市において高齢者の終末期医療・介護サービスを提供する事業所を対象とした。韓国は韓国アルツハイマー協会が主体となり、ソウル市松坡地区、光州市において高齢者の終末期医療・介護サービスを提供する事業所を対象とした。

なお本調査の実施に当たっては、個人情報の保護などの厳しい倫理規定を設けて実施しており、また、長寿社会開発センター研究倫理審査委員会の倫理審査を経たのちに実施した。

表 1-1 日韓施設調査の配布先

国名	地域	調査対象
日本	中央区	総合病院 2、診療所 4 2、介護老人保健施設 1、介護療養型医療施設 1、介護老人福祉施設 4、認知症対応型共同生活介護 3、訪問看護 8、訪問介護 7、居宅介護支援 2 4、夜間対応型訪問介護 1、有料老人ホーム 3
	守山市	総合病院 1、診療所 1 8、介護老人保健施設 1、介護老人福祉施設 2、認知症対応型共同生活介護 2、訪問看護 3、訪問介護 1 1、居宅介護支援事業所 1 6、小規模多機能型居宅介護事業所 1
韓国	ソウル	病院 1 7、療養院 5 3
	光州	病院 1、療養院 1 1

1.3. 調査期間、有効回収数、回収率

日韓施設調査は、日韓調査と並行して 2011 年 10～12 月までの間に行った。1 事業所のみ回答が遅れ、2012 年 2 月に 1 票が到着したが、有効票として扱った。

日韓施設調査の配布数は 232、有効回収数は 100、有効回収率は 43.1%であった。日本では中央区が有効回収数 28（有効回収率 29.2%）、守山市が有効回収数 44（有

効回収率 80.0%) であった。韓国では、ソウルが有効回収数 16 (有効回収率 22.9%)、光州市が有効回収数 12 (有効回収率 100.0%) であった。

1.4. 日韓施設調査における事業所の属性

以下では、日韓施設調査に回答した事業所の属性について、事業所の種類、法人格、法人内事業所の有無について紹介する。

1.4.1. 事業所の種類

回答のあった事業所等の種類について国および都市別にまとめたものが表 1-2 である。なお、韓国について、「介護老人福祉施設」、「特定施設入居者生活介護」は調査票において該当項目を削除しているため空欄としている。

全体では、訪問介護がもっとも多く 23 (23.0%)、ついで多いものは、病院・診療所が 18 (18.0%)、介護老人保健施設 14 (14.0%)、介護療養型医療施設 14 (14.0%) となっていた。ただし訪問介護の 23 事業所はすべて日本であり、日本全体の 31.9% を占めている。韓国については、「介護療養型医療施設」が 13 施設で韓国全体の 46.4% と半数近くを占めている。

日本は介護施設および事業所が半数以上を占めているが、韓国は医療施設（病院・診療所、介護療養型医療施設）が 6 割以上を占めており、終末期の医療・介護の担い手のそれぞれの国や年において違うことが分かる。また、日韓それぞれにおいて年の違いはそれほど大きなものではなかった。

表 1-2 日韓施設調査：事業所の種類（問 1-1）

	日本			韓国			合計
	中央区	守山市	合計	ソウル	守山市	合計	
病院・診療所	6 21.4%	7 15.9%	13 18.1%	3 18.8%	2 16.7%	5 17.9%	18 18.0%
介護老人福祉施設	2 7.1%	6 13.6%	8 11.1%	4 25.0%	2 16.7%	6 21.4%	14 14.0%
介護老人保険施設	0 0.0%	1 2.3%	1 1.4%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 1.0%
介護療養型医療施設	1 3.6%	0 0.0%	1 1.4%	7 43.8%	6 50.0%	13 46.4%	14 14.0%
グループホーム	0 0.0%	1 2.3%	1 1.4%	1 6.3%	0 0.0%	1 3.6%	2 2.0%
訪問看護	3 10.7%	3 6.8%	6 8.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 6.0%
訪問介護	1 3.6%	7 15.9%	8 11.1%	0 0.0%	2 16.7%	2 7.1%	10 10.0%
居宅介護支援	14 50.0%	9 20.5%	23 31.9%				23 23.0%
特定施設入居者生活介護	1 3.6%	0 0.0%	1 1.4%				1 1.0%
その他	0 0.0%	10 22.7%	10 13.9%	1 6.3%	0 0.0%	1 3.6%	11 11.0%
合計	28 100.0%	44 100.0%	72 100.0%	16 100.0%	12 100.0%	28 100.0%	100 100.0%

※ 韓国の空欄は該当項目なし、パーセントは列パーセント

1.4.2. 事業所の法人格

問 1-2 では事業所の法人格について質問した。回答のあった事業所等の法人格について国および都市別にまとめたものが表 1-3 である。全体としては、「社会福祉法人」がもっとも多く 31 (31.6%) であった。ついで「医療法人」が 18 (18.4%)、「株式会社」が 15 (15.3%) であった。社会福祉法人が多い背景には、韓国の占める割合が大きく、韓国国内の「社会福祉法人」は 18 (64.8%) であり、6 割以上が社会福祉法人であった。これに対して日本では、割合が突出した法人はなく、「株式会社」が 15 (20.8%)、「医療法人」が 14 (19.4%)、「社会福祉法人」が 13 (18.1%)、「有限会社」が 11 (15.3%)、「NPO」が 9 (12.5%) と法人格はばらばらであった。地域の多様性もあり、中央区では「株式会社」が 44.4% となっており、守山市では「医療法人」「社会福祉法人」「NPO」が 2 割強となっていた。

地域内でサービスを提供している事業体の法人格の多様性は日本のほうが高かった。

表 1-3 日韓施設調査：事業所の種類（問 1-2）

	日本			韓国			合計
	中央区	守山市	合計	ソウル	守山市	合計	
医療法人	4 14.8%	10 23.3%	14 19.4%	2 12.5%	2 16.7%	4 14.3%	18 18.4%
社会福祉法人	2 7.4%	11 25.6%	13 18.1%	10 62.5%	8 66.7%	18 64.3%	31 31.6%
財団法人	1 3.7%	0 0.0%	1 1.4%	1 6.3%	1 8.3%	2 7.1%	3 3.1%
社団法人	1 3.7%	0 0.0%	1 1.4%	0 0.0%	1 8.3%	1 3.6%	2 2.0%
株式会社	12 44.4%	3 7.0%	15 20.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	15 15.3%
有限会社	4 14.8%	7 16.3%	11 15.3%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	11 11.2%
NPO	0 0.0%	9 20.9%	9 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 9.2%
その他	3 11.1%	3 7.0%	6 8.3%	3 18.8%	0 0.0%	3 10.7%	9 9.2%
合計	27 100.0%	43 100.0%	70 97.2%	16 100.0%	12 100.0%	28 100.0%	98 100.0%

※ パーセントは列パーセント

1.4.3. 法人がその自治体・隣接地区で提供しているサービス

調査対象となった事業所の法人が、近隣で他の事業を行っていた場合、サービスを一体となって提供していたり、利用者の状況によって事業所間を移動させていたりする可能性がある。そこで、問 1-3 では、調査対象となった事業所の法人が、近隣で他の事業を行っているサービスについて複数回答可として聞いている。なお、大きな法人が遠隔地で行っている場合、個々の利用者が複数のサービス間を移動する可能性は低いと考え、同一自治体および隣接地区としている。

結果は表 1-4 にまとめた。全体として、他の事業として日本のみの項目である「居宅介護支援」がもっとも多く 33 (33.7%) あった。次いで、「デイサービス」が 31 (31.6%)、「訪問介護」が 22 (22.4%) となっており、在宅介護サービスを提供する事業所を持つ法人が多いことが分かる。この傾向は日本が顕著であり、「居宅介護支援」33

(47.1%)、「デイサービス」25 (35.7%)、「訪問介護」19 (27.1%) と、多くの法人が在宅での介護サービスを提供しており、この傾向はとくに守山市で顕著であった。

これに対して、韓国では「介護療養型医療施設」が9 (32.1%) と最も多く、ついで「病院・診療所」が7 (25.0%) が多く、前節の法人の種類を合わせて考えると、医療法人や社会福祉法人がこれらの事業も提供していると考えられる。

以上の結果を踏まえると、日本の事業所等の方が在宅支援のサービスを法人内で提供していることから、自らの事業所外でも在宅支援のサービスを提供しやすいといえるだろう。これに対して、韓国の事業所は医療系のサービスを提供する事業所等が多く、在宅ではなく医療的なサービスが提供されているといえる。

表 1-4 日韓施設調査：法人がその自治体・隣接地区で提供しているサービス
(問 1-3、複数回答可)

	日本			韓国			合計
	中央区	守山市	合計	ソウル	守山市	合計	
病院・診療所	5 19.2%	5 11.4%	10 14.3%	3 18.8%	4 33.3%	7 25.0%	17 17.3%
介護老人福祉施設	1 3.8%	6 13.6%	7 10.0%	2 12.5%	3 25.0%	5 17.9%	12 12.2%
介護老人保険施設	0 0.0%	1 2.3%	1 1.4%	0 0.0%	0 0.0%		1 1.0%
介護療養型医療施設	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 18.8%	6 50.0%	9 32.1%	9 9.2%
グループホーム	1 3.8%	9 20.5%	10 14.3%	1 6.3%	0 0.0%	1 3.6%	11 11.2%
訪問看護	3 11.5%	12 27.3%	15 21.4%	0 0.0%	4 33.3%	4 14.3%	19 19.4%
訪問介護	7 26.9%	12 27.3%	19 27.1%	1 6.3%	2 16.7%	3 10.7%	22 22.4%
居宅介護支援	8 30.8%	25 56.8%	33 47.1%				33 33.7%
特定施設入居者生活介護	0 0.0%	1 2.3%	1 1.4%				1 1.0%
デイサービス	3 11.5%	22 50.0%	25 35.7%	5 31.3%	1 8.3%	6 21.4%	31 31.6%
その他	2 7.7%	10 22.7%	12 17.1%	6 37.5%	1 8.3%	7 25.0%	19 19.4%
合計	26 100.0%	44 100.0%	70 71.4%	16 100.0%	12 100.0%	28 28.6%	98 100.0%

※ 韓国の空欄は該当項目なし、パーセントは列パーセント

1.5. 日韓施設における看取りの現状と取り組み

問 2 では、実際に看取りを含めた終末期の医療・介護をどの程度提供しているか、また、終末期における在宅医療・介護を提供してゆくために事業所内、間での連携や独自の取り組み状況について調べている。

1.5.1. 終末期の医療・介護提供状況

問 2 (1) では、終末期の医療・介護提供状況について把握するために、入院・入居者と通院・在宅の利用者それぞれについて、65 歳以上の終末期と考えられる患者・利用者数を聞いている。加えて、そのなかで経管栄養施術を受けているもの、重度認知症のもの（日本は自立度が IV または M 以上」、韓国は「MMSE が 10 点以下」と

した)、喀たん吸引が必要なものと、医療ニーズがより高いと想定される人の人数も合わせて聞いている。その結果が、表 1-5、表 1-6 である。それぞれの人数について、平均値と標準偏差、度数を国別および都市別に示した。なお、日本の一事業所は非常に規模が大きく通院・在宅の利用者が非常に多いため、外れ値として除外して計算している。また、入院・入居の利用者がいない（通院・在宅のみ）、逆に通院・在宅の利用者がいない（入院・入居のみ）事業所についてはそれぞれ母数から抜いて平均値、標準偏差を計算している。

全体でみると、入院・入居者の総数は 89.89±124.94 人であり、経管栄養施術を利用している人が 10.18±20.17 人、重度認知症の人が 26.36±34.94 人、喀たん吸引が必要な人が 6.85±14.38 人であった。これに対して、通院・在宅者の総数は 92.26±174.87 人、経管栄養施術を利用している人が 2.97±6.89 人、重度認知症の人が 6.66±9.85 人、喀たん吸引が必要な人が 2.31±4.42 人であった。

総数はそれほど変わらないものの、経管栄養施術を利用している人、重度認知症の人、喀たん吸引が必要な人と医療ニーズが高い 3 カテゴリーの人々の割合は入院・入居者が明らかに多かった。また、前述したように韓国は介護療養型医療施設や病院・診療所が多いことなどが影響しているためか、1 事業所あたりの入院・入居者数の数が日本に比べて有意に高かった（t 値は-3.045（自由度 44.358）で有意水準 1%で有意）。なお、認知症の入院・入居者数についても韓国は日本に比べて有意に高かった（t 値は-3.752（自由度 53）で有意水準 0.1%で有意）。

入院・入居者数に対して、通院・在宅の利用者数については日本の方が有意に高かった（t 値は 2.671（自由度 52.540）で有意水準 5%で有意）。日本の方が明らかにサービス提供事業者多いが、1 事業所当たりのサービス提供者数も多いことが分かる。なお、通院・在宅の利用者数でも重度の人に注目すると、経管栄養施術利用者については韓国の方が有意に多く（t 値は-2.956（自由度 57）で有意水準 1%で有意）、また、喀たん吸引が必要な人についても韓国の方が有意に多かった（t 値は-3.228（自由度 57）で有意水準 1%で有意）。

以上から、韓国は医療ニーズの高い人に積極的にサービスを提供しているのに対して、日本ではより医療ニーズが高くない人にも積極的にサービスを提供していると考えられる。

表 1-5 日韓施設調査：入院・入居者の終末期の医療・介護提供状況（問 2-1）

		総数	経管栄養施術 利用	重度 認知症**	喀たん吸引が 必要
日本	中央区	52.79±127.9 (14)	8.50±17.07 (14)	14.5±24.37 (14)	8.86±22.20 (14)
	守山市	33.14±44.75 (14)	3.67±7.58 (15)	8.40±15.91 (15)	3.47±9.90 (15)
	合計	42.96±94.55 (28)	6.00±13.04 (29)	11.34±20.30 (29)	6.07±16.89 (29)
韓国	ソウル	143.69±87.96 (16)	14.38±27.05 (16)	56.13±46.43 (16)	8.81±13.66 (16)
	光州	135.2±194.78 (10)	15.60±23.95 (10)	22.30±11.49 (10)	6.00±5.68 (10)
	合計	140.42±135.35 (26)	14.85±25.41 (26)	43.12±40.28 (26)	7.73±11.21 (26)
合計		89.89±124.94 (54)	10.18±20.17 (55)	26.36±34.94 (55)	6.85±14.38 (55)

* 各セルは 平均±標準偏差（度数）を表記

** 日本は「自立度が IV または M 以上」、韓国は「MMSE が 10 点以下」

表 1-6 日韓施設調査：通院・在宅の終末期の医療・介護提供状況（問 2-1）

		総数	経管栄養施術 利用	重度 認知症**	喀たん吸引が 必要
日 本 ***	中央区	101.42±221.8 (19)	2.05±2.13 (21)	6.67±12.34 (21)	1.71±2.05 (21)
	守山市	103.27±164.8 (30)	1.93±2.90 (30)	6.03±8.14 (30)	1.65±2.26 (31)
	合計	102.55±186.7 (49)	1.98±2.59 (51)	6.29±9.97 (51)	1.67±2.16 (52)
韓国	ソウル	24.40±19.30 (5)	13.20±21.38 (5)	11.20±10.83 (5)	9.60±12.26 (5)
	光州	37.33±16.17 (3)	2.67±2.52 (3)	5.33±5.77 (3)	0.50±0.71 (2)
	合計	29.25±18.23 (8)	9.25±17.11 (8)	9.00±9.26 (8)	7.00±10.95 (7)
合計***		92.26±174.87 (57)	2.97±6.89 (59)	6.66±9.85 (59)	2.31±4.42 (59)

* 各セルは 平均±標準偏差（度数）を表記

** 日本は「自立度が IV または M 以上」、韓国は「MMSE が 10 点以下」

*** 日本の 1 事業所のみ非常に規模が大きいため、外れ値として除外して計算した

1.5.2. 患者・利用者の死亡者数

患者・利用者の昨年 1 年間の死亡者数についての結果が表 1-7 である。全体での死亡者数は 14.84±28.02 人となっており、在宅での死亡者数は 2.35±4.36 人であった。日本と韓国を比べると、死亡者数総数でみると韓国が 23.96±41.97 人、日本が 11.18±19.21 人と韓国の方が平均値は多いが標準偏差も大きくばらつきがあることが分かる。日本と韓国について死亡者総数について平均値の差の検定を行った結果、t 値は -1.491（自由度 29.283）で有意水準 5% で有意ではなかった。標準偏差が大きいことから、有意な差があるとは言えず、双方の国とも死亡者数の多い事業所と少ない事業所が存在していることが分かる。また、在宅での死亡者数は全体で 2.35±4.36 人、日本は 3.14±4.93 人、韓国は 0.46±1.17 であり、死亡者総数とは逆転して日本が多くなっていた。日本と韓国について在宅での死亡者数について平均値の差の検定を行った結果、t 値は 2.727（自由度 89）で有意水準 1% で有意であった。死亡者総数では日韓に有意な差が見られなかったことから、死亡者数について統計的に差はないが、在宅での利用者が死亡する割合は日本の方が高いといえる。

なお、日本についてのみ看取り加算、ターミナルケア加算の対象者についても聞いている。その結果、この 1 年間での加算対象者は 1.55±3.69 人であり、死亡者総数よりもかなり少なかった。そのため、実際には死亡直前に他の病院や事業所等に移送してなくなっている可能性が高いことが示唆された。日本における本調査対象の事業所は在宅支援に関する事業所が多いことから、最後まで在宅ですごしてなくなる人が韓国よりも多くいる反面、加算対象となるまで最終的に支援をするケースが少ないといえるだろう。

表 1-7 日韓施設調査：昨年 1 年間の患者・利用者の死亡者数（問 2-2）

		死亡者数		看取り加算、ターミナルケア加算の対象者***
		患者・利用者の死亡者数総数	在宅での死亡者数	
日 本 **	中央区	12.33±17.10 (24)	4.04±6.42 (24)	2.54±4.85 (24)
	守山市	10.51±20.52 (41)	2.61±3.8 (41)	0.98±2.71 (41)
	合計	11.18±19.21 (65)	3.14±4.93 (65)	1.55±3.69 (65)
韓国	ソウル	28.00±49.85 (14)	0.29±1.07 (14)	
	光州	19.25±31.98 (12)	0.67±1.30 (12)	
	合計	23.96±41.97 (26)	0.46±1.17 (26)	
合計**		14.84±28.02 (91)	2.35±4.36 (92)	

* 各セルは 平均±標準偏差（度数）を表記

** 日本の 1 事業所のみ非常に規模が大きいため、外れ値として除外して計算した

*** 日本のみを対象としている

1.5.3. 退院・退所に際しての他の施設・サービス提供者との情報共有の取り組み

問 2-3 以降は、各事業所の終末期の医療・介護のための取り組みについて質問している。問 2-3 では、退院・退所に際しての他の施設・サービス提供者との情報共有の取り組みについて質問しており、退院・退所に際しての A「他の施設・サービス提供者との日常的な情報交換の実施」、B「他の施設・サービス提供者との合同カンファレンスの実施」、C「他の施設・サービス提供者との合同勉強会（含、学会）の実施」についてどの程度取り組んでいるかを 3 件法を用いて聞いている。その結果が表 1-8、表 1-9、表 1-10 である。

A「他の施設・サービス提供者との日常的な情報交換の実施」については、全体で「よく行っている」が 47 (50.5%)、「しばしば行っている」が 40 (43.0%)、「基本的に行っていない」が 6 (6.5%) と、多くの施設が何らかの他の事業者との日常的な情報交換を行っていた。これを国別にみると日本は 28 (43.1%) が「よく行っている」と答えたのに対して、韓国は 19 (67.9%) となり、また韓国は「基本的に行っていない」が 0 であった。さらにこの日韓の取り組み状況の違いについて Mann-Whitney の U 検定を行った結果、U が 657.500、W が 2802.500 で有意水準 5% で有意であり、国の違いによって取り組み状況が異なっていた。

B「他の施設・サービス提供者との合同カンファレンスの実施」については、全体で「よく行っている」が 45 (51.1%)、「しばしば行っている」が 30 (34.1%)、「基本的に行っていない」が 13 (14.8%) と、8 割以上の事業所が合同カンファレンスを行っていた。なお、取り組み状況について国の違いは少なく、Mann-Whitney の U 検定を行った結果は、U が 647.000、W が 923.000 で有意水準 5% で有意ではなかった。退院・退所を円滑に進めるための合同カンファレンスは国の違いにかかわらず広く行われていた。

C「他の施設・サービス提供者との合同勉強会（含、学会）の実施」については、全体で「よく行っている」が 12 (14.1%)、「しばしば行っている」が 34 (40.0%)、「基本的に行っていない」が 39 (45.9%) となった。日常的な情報交換や合同カンファレンスが 8 割以上の事業所が行っていたのに対して、勉強会や学会への参加の割合は低く、両国とも 5 割近くは「基本的に行っていない」と答えていた。また、この項目についても取り組み状況について国の違いは少なく、Mann-Whitney の U 検定を行った結果は、U が 586.500、W が 2602.500 で有意水準 5% で有意ではなかった。勉強会などへの積極的な関与はまだまだ改善の余地があることが分かった。

表 1-8 日韓施設調査：退院・退所に際しての他の施設・サービス提供者との日常的な情報交換の実施（問 2-3-A）

		よく行っている	しばしば行っている	基本的に行っていない
日本	中央区	12 48.0%	11 44.0%	2 8.0%
	守山市	16 40.0%	20 50.0%	4 10.0%
	合計	28 43.1%	31 47.7%	6 9.2%
韓国	ソウル	9 56.3%	7 43.8%	0 0.0%
	光州	10 83.3%	2 16.7%	0 0.0%
	合計	19 67.9%	9 32.1%	0 0.0%
合計	47 50.5%	40 43.0%	6 6.5%	

表 1-9 日韓施設調査：退院・退所に際しての他の施設・サービス提供者との合同カンファレンスの実施（問 2-3-B）

		よく行っている	しばしば行っている	基本的に行っていない
日本	中央区	12 48.0%	9 36.0%	4 16.0%
	守山市	23 57.5%	13 32.5%	4 10.0%
	合計	35 53.8%	22 33.8%	8 12.3%
韓国	ソウル	4 30.8%	6 46.2%	3 23.1%
	光州	6 60.0%	2 20.0%	2 20.0%
	合計	10 43.5%	8 34.8%	5 21.7%
合計	45 51.1%	30 34.1%	13 14.8%	

表 1-10 日韓施設調査：退院・退所に際しての他の施設・サービス提供者との合同勉強会（含、学会）の実施（問 2-3-C）

		よく行っている	しばしば行っている	基本的に行っていない
日本	中央区	3 12.0%	8 32.0%	14 56.0%
	守山市	3 7.9%	19 50.0%	16 42.1%
	合計	6 9.5%	27 42.9%	30 47.6%
韓国	ソウル	4 33.3%	3 25.0%	5 41.7%
	光州	2 20.0%	4 40.0%	4 40.0%
	合計	6 27.3%	7 31.8%	9 40.9%
合計	12 14.1%	34 40.0%	39 45.9%	

1.5.4. 在宅での患者・利用者への 24 時間対応体制の実施状況

在宅で看取りを可能にするためには、医療・介護の双方についての 24 時間対応体制が確立されていることが、いつ利用者の容体が急変するかわからないことから、

重要な要素と考えられる。問 2-4 では、この 24 時間対応体制の実施状況について質問している。その結果が、表 1-11 である。

全体では 46(55.4%)の事業所が 24 時間対応体制をとっており、日本は 33(56.9%)、韓国は 13 (52.0%) でそれほどの差はなかった。また、日本のなかでは中央区が 17 (73.9%) に対して守山市は 16 (45.7%) であり、地域差が見られた。逆に韓国では、ソウルが 6 (42.9%) に対して光州が 7 (63.6%) と地方都市の方が 24 時間対応体制がとられていた。

日本については、在宅支援のための 24 時間対応体制の構築への支援があり、また、大都市の方が地理的的近接性という条件によって 23 時間対応体制がとりやすいことの結果と考えられる。

表 1-11 日韓施設調査：在宅での患者・利用者への 24 時間対応体制の実施状況
(問 2-4)

		24 時間対応体制を とっている	24 時間対応体制を とっていない
日本	中央区	17 73.9%	6 26.1%
	守山市	16 45.7%	19 54.3%
	合計	33 56.9%	25 43.1%
	韓国	6 42.9%	8 57.1%
韓国	ソウル	6 42.9%	8 57.1%
	光州	7 63.6%	4 36.4%
	合計	13 52.0%	12 48.0%
合計	46 55.4%	37 44.6%	

1.5.5. 在宅での看取りの希望への対応状況

問 2-5 では、在宅での看取りを希望している場合にどこまで対応しているかについて 3 件法で聞いている。なお、中央の値はネガティブな設問（どちらかという、積極的に対応していない）となっている。

その結果が、表 1-12 である。全体では 51 (58.0%) の事業者が「積極的に対応している」と解答し、また「どちらかという、積極的に対応していない」と答えたものが 22 (25.0%)、「積極的に対応していない」は 15 (17.0%) となった。全体としては積極的に対応している事業所が過半数を超えている。ただし、問 2-2 に結果にあるように、実際に在宅で死亡したものは少ないため、最後まで在宅で生活できてはいない。

また、積極的な対応状況には日韓で大きな差があり、日本は 40 (65.6%) に対して、韓国は 6 (27.3%) にとどまっている。この差は大きく、Mann-Whitney の U 検定の結果、U は 628.000、W は 2519.000 であり、有意水準 5% で有意であった。すなわち、日韓において在宅での看取りの希望への対応状況には違いがあるといえる。なお、各国の都市間での比較はあまりなく、国ごとの制度や社会状況による違いがこの差を生み出していると考えられる。

表 1-12 日韓施設調査：在宅での看取りの希望への対応状況（問 2-5）

		積極的に 対応している	どちらかという、積 極的に対応していない	積極的に 対応していない
日本	中央区	17 70.8%	6 25.0%	1 4.2%
	守山市	23 62.2%	6 16.2%	8 21.6%
	合計	40 65.6%	12 19.7%	9 14.8%
韓国	ソウル	3 20.0%	6 40.0%	3 20.0%
	光州	3 25.0%	4 33.3%	3 25.0%
	合計	6 27.3%	10 45.5%	6 27.3%
合計	51 58.0%	22 25.0%	15 17.0%	

1.5.6. 終末期についての事業所独自のガイドライン整備状況

最後に、問 2-6 において終末期についての事業所独自のガイドライン整備状況について質問した。これは、日韓両国とも政府や自治体レベルにおける終末期のガイドラインが完備されているとは言えないためである。ここでは、医療行為・介護行為などの処置内容についてと、告知・情報提供についての独自のガイドラインの整備状況の有無と、それ以外について質問している。その結果が表 1-13 となった。

「とくに作成していない」とした回答がもっとも多く、全体では 56 (59.6%) を占めた。しかし、日本の事業所の大半である 50 (75.8%) が「とくに作成していない」と答えたのに対して、韓国ではとくに作成していないと答えたものは 6 (21.4%) であり、8 割近くが独自のガイドラインを作成していると答えている。この違いは大きい。

それでは韓国はどのようなガイドラインを作成しているのか。その多くが「医療行為・介護行為などの処置内容についてのガイドライン」であり、韓国では 17 (60.7%) がこのガイドラインを作成していると答えている。対して、日本では 10 (15.2%) にとどまっている。この解釈として、日本では医療行為・介護行為がすでに標準化されているのに対して、韓国では終末期における医療行為・介護行為が標準化されていない可能性が考えられるだろう。「告知や情報提供」「それ以外」の項目は少なく、ほぼ 10%以下となっている。

ガイドラインの作成は日本においては低調であり、対して韓国は「医療行為・介護行為などの処置行為」に関するガイドラインの作成を行っていることが示された。これがどのようなガイドラインであるのかは、次の調査によって把握してゆく必要があるだろう。

表 1-13 日韓施設調査：終末期についての事業所独自のガイドライン整備状況
(問 2-6、複数回答可)

		独自に作成している			とくに 作成して いない
		医療行為・介護行 為など処置内容 について	本人および近親 者への告知や情 報提供について	それ以外の内容 について	
日本	中央区	5 20.0%	2 8.0%	1 4.0%	17 68.0%
	守山市	5 12.2%	4 9.8%	2 4.9%	33 80.5%
	合計	10 15.2%	6 9.1%	3 4.5%	50 75.8%
韓国	ソウル	10 62.5%	1 6.3%	1 6.3%	4 25.0%
	光州	7 58.3%	2 16.7%	1 8.3%	2 16.7%
	合計	17 60.7%	3 10.7%	2 7.1%	6 21.4%
合計		27 28.7%	9 9.6%	5 5.3%	56 59.6%

6. 日韓調査にみる「理想の死」「理想の看取り」

成蹊大学アジア太平洋研究センター 特別研究員
渡辺大輔

1. 研究の目的

本章では、日本と韓国において終末期の医療・介護に携わる専門職の理想の死、理想の看取りについての考え方がどのようなものであるのか、また、その考え方の違いがいかなる潜在要因によって説明されうるものであるのかを検討する。これは、終末期における医療、介護についての意識や具体的ケースへの対応の違いを説明するための潜在要因として、専門職間の考え方の違いや個人々の経験だけでなく、個人の理想の死、理想の看取りについての考え方の違いがあるのではないかという仮説を検証するための道具立てを準備するためである。すでに 2010 年度に行った「9ヶ国調査」（当時はアメリカ抜きの 8ヶ国を対象とした）において、先進事例にかかわる専門職を対象に調査を行い渡邊（2011）として報告した。本章では、この調査の知見を踏まえつつ、今年度に行った日韓調査においてより一般化した対象において、理想の死および理想の看取りについての意識を測定する尺度が妥当するのかが検証するとともに、日本と韓国という異なる制度を持つ社会の間で、理想の死や理想の看取りについての考え方が専門職間でどのように異なるかを検討する。

2. 方法

2.1. 質問項目

「日韓調査」における問 4（4）A~L の 12 項目、問 5（1）A~J の 10 項目を用いた。これらの項目は、水島ほか（2008）、渡邊（2011）において用いた項目を参考に作成したものである。

2.2. 対象と方法

本調査は、日本および韓国の各 2 都市を対象とした国際比較調査である。ただし、日本と韓国は制度や社会状況が異なるためそれぞれ別の母集団として想定し、別々に分析を行ったうえで構造を比較するという形式をとった。日韓それぞれについて分析対象となる無効票（無回答）を除いた有効回答数は理想の死については日本 528、韓国 718、理想の看取りについては日本 527、韓国 740 であった。都市別、職種別の分析対象数は以下の表 2-1、表 2-2 のようになっている。

表 2-1 理想の死についての分析対象数

国名	地域	度数	職種		
			医療職	相談・CM	介護職
日本	中央区	205 (100.0%)	74 (36.1%)	56 (27.3%)	75 (36.6%)
	守山市	323 (100.0%)	145 (44.9%)	69 (21.4%)	109 (33.7%)
	合計	528 (100.0%)	219 (41.5%)	125 (23.7%)	184 (34.8%)
韓国	ソウル	381 (100.0%)	199 (52.2%)	46 (12.1%)	136 (35.7%)
	光州	347 (100.0%)	102 (29.4%)	45 (13.0%)	200 (57.6%)
	合計	718 (100.0%)	301 (41.3%)	91 (12.5%)	336 (46.2%)

表 2-2 理想の看取りについての分析対象数

国名	地域	度数	職種		
			医療職	相談・CM	介護職
日本	中央区	206 (100.0%)	74 (35.9%)	57 (27.7%)	75 (36.4%)
	守山市	321 (100.0%)	144 (44.9%)	69 (21.5%)	108 (33.6%)
	合計	527 (100.0%)	218 (41.4%)	126 (23.9%)	183 (34.7%)
韓国	ソウル	390 (100.0%)	201 (51.5%)	46 (11.8%)	143 (36.7%)
	光州	350 (100.0%)	101 (28.9%)	44 (12.6%)	205 (58.6%)
	合計	740 (100.0%)	302 (40.8%)	90 (12.2%)	348 (47.0%)

調査内容は、本調査の調査票の問 4 (4) A~L、問 5 (1) A~J を用いた。前者は、理想理想の死についての尺度 12 項目、後者は理想の看取りについての 10 項目である。それぞれの項目について、そう思う (5 点)、ややそう思う (4 点)、どちらでもない (3 点)、ややそう思わない (2 点)、そう思わない (1 点) の 5 件法で回答を求めた。1 項目でも無回答があるものは分析から除外した。また、韓国語への翻訳を行う際には、韓国在住の日本語話者に翻訳を依頼したうえで、日韓双方で試行して翻訳の妥当性を確かめた。分析には、統計プログラムパッケージ SPSS19.0.0 for Windows および AMOS19.0.0 for Windows を用いた。

用いた各項目間の相関係数を、日韓別に集計したものが以下の表 2-3、表 2-4、表 2-5、表 2-6 である。

表 2-3 日本：理想の死についての設問項目間の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 何も準備していないうちの急な死¶												
2 苦痛・恐怖の少ない死	.070											
3 お金をできるだけかけて治療した上での死	.027	-.052										
4 死ぬ準備を整えた後での死	.326**	.191**	.098*									
5 家族に囲まれての死	.177**	.269**	-.081	.348**								
6 親しい人に囲まれての死	.180**	.152**	.110*	.303**	.617**							
7 誰にも知られない、ひっそりとした死¶	.296**	.207**	.015	.164**	.523**	.394**						
8 長い闘病生活のない死	.016	.254**	-.056	-.078	.087*	-.018	.037					
9 家族や親しい人に迷惑をかけない死	.032	.270**	-.117**	.106*	-.062	-.007	.013	.326**				
10 最新の医療技術の恩恵を受けた上での死	.072	-.022	.452**	.107*	.202**	.165**	.128**	-.043	-.046			
11 自分で最期を決めることのできる死	.054	.143**	-.045	.309**	.148**	.157**	.051	.160**	.234**	-.023		
12 生前に遺書を残したうえでの死	.122**	.106*	-.065	.412**	.222**	.247**	.026	-.034	.104*	.137**	.392**	

* p<.05, ** p<.01 ¶: 反転項目

表 2-4 韓国：理想の死についての設問項目間の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1 何も準備し ていないうち の急な死												
2 苦痛・恐怖 の少ない死	.058											
3 お金をできる だけかけて治療 した上での死	.316**	-.038										
4 死ぬ準備を整 えた後の死	.153**	.426**	-.014									
5 家族に囲ま れての死	.088*	.393**	-.025	.472**								
6 親しい人に 囲まれての死	-.021	.293**	.156**	.309**	.560**							
7 誰にも知ら れない、ひっ そりとした死	-.382**	.074*	-.280**	.043	.172**	.087*						
8 長い闘病生 活のない死	.124**	.359**	-.150**	.247**	.274**	.126**	.005					
9 家族や親し い人に迷惑を かけない死	.076*	.414**	-.199**	.304**	.318**	.173**	.044	.614**				
10 最新の医療 技術の恩恵を受 けた上での死	.050	.042	.253**	.026	.085*	.154**	-.103**	.032	.074*			
11 自分で最 期を決めるこ とのできる死	.026	.385**	-.023	.377**	.398**	.342**	.059	.317**	.386**	.172**		
12 生前に遺 書を残したう えでの死	-.030	.312**	.024	.297**	.323**	.315**	-.041	.249**	.295**	.144**	.586**	

* p<.05, ** p<.01 ¶ : 反転項目

表 2-5 日本：理想の看取りについての設問項目間の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 事前に治療等の希望について話 し合った上での看取り										
2 可能な限りの医療や介護を受け てもらう環境を整えての看取り	.166**									
3 信仰する宗教的ないし文化的な儀 礼に合う看取り	.287**	.287**								
4 最後まで会話ができる状態での看取り	.236**	.233**	.198**							
5 家族や親しい人が来るべき死まで本人と会 うことのできる看取り	.336**	.276**	.263**	.523**						
6 できるだけ最新の医療技術を受 けてもらったうえでの看取り	.048	.501**	.266**	.207**	.279**					
7 死にゆく本人の自宅での看取り	.190**	.100*	.211**	.321**	.357**	.148**				
8 できるだけ時間やお金をかけての看取り	.125**	.436**	.367**	.200**	.284**	.614**	.264**			
9 本人の闘病生活、短期間での看取り	.121**	.033	.092*	.193**	.103*	-.011	.089*	.029		
10 たとえ会話ができなくてもできる限り長い 時間を併過ごしての看取り	.028	.308**	.189**	.157**	.221**	.389**	.262**	.383**	-.079	

* p<.05, ** p<.01

表 2-6 韓国：理想の看取りについての設問項目間の相関係数

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1 事前に治療等の希望について話 し合った上での看取り										
2 可能な限りの医療や介護を受け てもらう環境を整えての看取り	.471**									
3 信仰する宗教的ないし文化的な儀 礼に合う看取り	.132**	.167**								
4 最後まで会話ができる状態での看取り	.443**	.453**	.170**							
5 家族や親しい人が来るべき死まで本人と会 うことのできる看取り	.359**	.388**	.137**	.554**						
6 できるだけ最新の医療技術を受 けてもらったうえでの看取り	.167**	.362**	.215**	.206**	.327**					
7 死にゆく本人の自宅での看取り	.200**	.083*	.127**	.266**	.239**	.137**				
8 できるだけ時間やお金をかけての看取り	.05	.135**	.270**	.024	.092*	.423**	.234**			
9 本人の闘病生活、短期間での看取り	.248**	.200**	.047	.322**	.215**	.046	.201**	-.004		
10 たとえ会話ができなくてもできる限り長い 時間を併過ごしての看取り	.240**	.187**	.272**	.192**	.220**	.322**	.250**	.446**	.084*	

* p<.05, ** p<.01

3. 探索的因子分析

理想の死、理想の看取りについての尺度を抽出するために、まず日韓別にそれぞれの尺度について探索的因子分析を行った。

3.1. 日本における理想の死の尺度と信頼性

日本における理想の死についての 12 項目について因子分析（因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法）を行った。この際、因子負荷が 0.35 以上でかつ 2 因子にまたがって 0.35 以上の負荷を示さない 11 項目を選出した。因子負荷量が 0.35 以下であった「何も準備していないうちの急な死」の項目は除外して分析した。その結果、4 因子が抽出された（表 3-1）。第 1 因子は「家族や友人に囲まれての死」、第 2 因子は「準備した死」、第 3 因子は「コストをかけての死」、第 4 因子は「迷惑をかけない苦痛のない死」と解釈した。また信頼性の検討のため、クロンバックの α 係数を算出したところ、第 1 因子については 0.745 であり内的一貫性が見られた。また、第 2 因子、第 3 因子についてはそれぞれ 0.633、0.615 であり調査データとしては一定の内的一貫性が見られた。しかし、第 4 因子については 0.525 であり内部一貫性は基準を満たすものではなく、因子としての妥当性には留保が必要な結果となった。

表 3-1 日本における理想の死の探索的因子分析の結果と内部一貫性

変数	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	第 4 因子	共通性
第 1 因子：家族や友人に囲まれての死 ($\alpha = .745$)					
・ 家族に囲まれての死	.849	.191	.107	.112	.781
・ 親しい人に囲まれての死	.647	.253	.110	-.024	.495
・ 誰にも知られない、ひっそりとした死¶	.616	-.020	.036	.080	.387
第 2 因子：準備した死 ($\alpha = .633$)					
・ 生前に遺書を残したうえで死	.078	.742	.091	.017	.565
・ 自分で最期を決めることのできる死 (尊厳死など)	.043	.530	-.066	.238	.344
・ 死ぬ準備を整えた後での死	.265	.513	.101	.112	.356
第 3 因子：コストをかけての死 ($\alpha = .615$)					
・ お金をできるだけかけて治療したうえでの死	.011	.025	.745	-.088	.563
・ 最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死	.150	.060	.598	-.032	.384
第 4 因子：迷惑をかけない苦痛のない死 ($\alpha = .525$)					
・ 家族や親しい人に迷惑をかけない死	-.035	.142	-.077	.595	.381
・ 長い闘病生活のない死	.018	.043	-.029	.538	.292
・ 苦痛・恐怖の少ない死	.248	.095	-.016	.447	.271
因子負荷量平方和	1.682	1.232	.967	.940	4.821
寄与率	15.290	11.196	8.792	8.549	43.827

因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

¶：反転項目

3.2. 韓国における理想の死の尺度と信頼性

韓国における理想の死についての 12 項目について因子分析（因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法）を行った。この際、因子負荷が 0.35 以上でかつ 2 因子にまたがって 0.35 以上の負荷を示さない 10 項目を選出した。因子負荷量が 0.35 以下であった「お金をできるだけかけて治療したうえでの死」「最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死」の項目は除外して分

析した。その結果、3 因子が抽出された（表 3-2）。第 1 因子は「可能な限りの支援をしての死」、第 2 因子は「迷惑をかけない短期間での死」、第 3 因子は「準備しての誰かとの死」と解釈した。また信頼性の検討のため、クローンバックの α 係数を算出したところ、第 1 因子については 0.784、第 2 因子については 0.744 であり内的一貫性が見られた。第 3 因子については 0.548 であり内部一貫性は基準を満たすものではなく、因子としての妥当性には留保が必要な結果となった。

表 3-2 韓国における理想の死の探索的因子分析の結果と内部一貫性

変数	第 1 因子	第 2 因子	第 3 因子	共通性
第 1 因子：家族に囲まれ準備しての死 ($\alpha=.784$)				
・ 家族に囲まれての死	.720	.153	.190	.577
・ 親しい人に囲まれての死	.662	-.005	.036	.439
・ 自分で最期を決めることのできる死（尊厳死など）	.586	.348	-.053	.467
・ 生前に遺書を残したうえでの死	.527	.271	-.152	.374
・ 死ぬ準備を整えた後での死	.520	.253	.133	.352
・ 苦痛・恐怖の少ない死	.460	.394	.070	.352
第 2 因子：迷惑をかけない短期間での死 ($\alpha=.744$)				
・ 家族や親しい人に迷惑をかけない死	.241	.754	.045	.628
・ 長い闘病生活のない死	.159	.729	.061	.561
第 3 因子：準備しての誰かとの死 ($\alpha=.548$)				
・ 何も準備していないうちの急な死¶	-.014	.110	.628	.407
・ 誰にも知られない、ひっそりとした死¶	.090	-.029	.581	.347
因子負荷量平方和	2.150	1.550	.823	4.524
寄与率	21.504	15.499	8.234	45.237

因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

¶：反転項目

3.3. 日本における理想の看取りの尺度と信頼性

日本における理想の看取りについての 10 項目について因子分析（因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法）を行った。この際、因子負荷が 0.35 以上でかつ 2 因子にまたがって 0.35 以上の負荷を示さない 8 項目を選出した。因子負荷量が 0.35 以下であった「死にゆく本人が信仰する宗教的ないし文化的な儀礼に適う看取り」「本人の闘病が短い、短期間での看取り」の項目は除外して分析した。その結果、2 因子が抽出された。さらに内的整合性を高めるために、第 1 因子から「たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り」、第 2 因子から「事前に死に逝く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り」を除外した。その結果、以下の表 3-3 となった。

第 1 因子は「可能な限りの支援をしての看取り」、第 2 因子は「家族や友人に囲まれての看取り」と解釈した。また信頼性の検討のため、クローンバックの α 係数を算出したところ、第 1 因子については 0.763 であり内的一貫性が見られた。また、第 2 因子については 0.659 であり調査データとしては一定の内的一貫性が見られた。

表 3-3 日本における理想の看取りの探索的因子分析の結果と内部一貫性

変数	第 1 因子	第 2 因子	共通性
第 1 因子：可能な限りの支援をしての看取り ($\alpha=.763$)			
・できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえで看取り	.834	.132	.713
・できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り	.705	.208	.540
・可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り	.564	.195	.357
第 2 因子：家族や友人に囲まれての看取り ($\alpha=.659$)			
・家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	.212	.731	.579
・死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	.130	.677	.475
・死にゆく本人の自宅での看取り	.133	.450	.221
因子負荷量平方和	1.591	1.293	2.884
寄与率	26.512	21.554	48.066

因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

3.4. 韓国における理想の死の尺度と信頼性

韓国における理想の看取りについての 10 項目について因子分析（因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法）を行った。この際、因子負荷が 0.35 以上でかつ 2 因子にまたがって 0.35 以上の負荷を示さない 8 項目を選出した。因子負荷量が 0.35 以下であった「死にゆく本人が信仰する宗教的ないし文化的な儀礼に適う看取り」「本人の闘病が短い、短期間で看取り」「死にゆく本人の自宅での看取り」の項目は除外して分析した。その結果、2 因子が抽出された（表 3-4）。第 1 因子は「最後まで話し合うことができる看取り」、第 2 因子は「可能な限りの支援をしての看取り」と解釈した。また信頼性の検討のため、クローンバックの α 係数を算出したところ、第 1 因子については 0.759 であり内的一貫性が見られた。また、第 2 因子については 0.662 であり調査データとしては一定の内的一貫性が見られた。

表 3-4 韓国における理想の看取りの探索的因子分析の結果と内部一貫性

変数	第 1 因子	第 2 因子	共通性
第 1 因子：最後まで話し合うことができる看取り ($\alpha=.759$)			
・死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	.751	.057	.567
・家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	.645	.170	.445
・可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り	.624	.211	.434
・事前に死に逝く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り	.600	.107	.371
第 2 因子：可能な限りの支援をしての看取り ($\alpha=.662$)			
・できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り	-.061	.853	.731
・できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえで看取り	.293	.525	.362
・たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り	.208	.522	.315
因子負荷量平方和	1.863	1.364	3.226
寄与率	26.608	19.479	46.087

因子抽出法：一般化された最小二乗法、回転法：Kaiser の正規化を伴うバリマックス法

4. 確証的因子分析と日韓の因子構造の比較

探索的因子分析を用いて抽出した因子構造を見ると、日韓で理想の死、理想の看取りのそれぞれについて、類似性があるものかなりの相違があることが分かる。そこでまず、確証的因子分析によって今回の調査データから抽出した因子構造が、データに適合的か否かについて明らかにする。そのうえで、日韓の因子構造について比較を行う。

4.1. 確証的因子分析

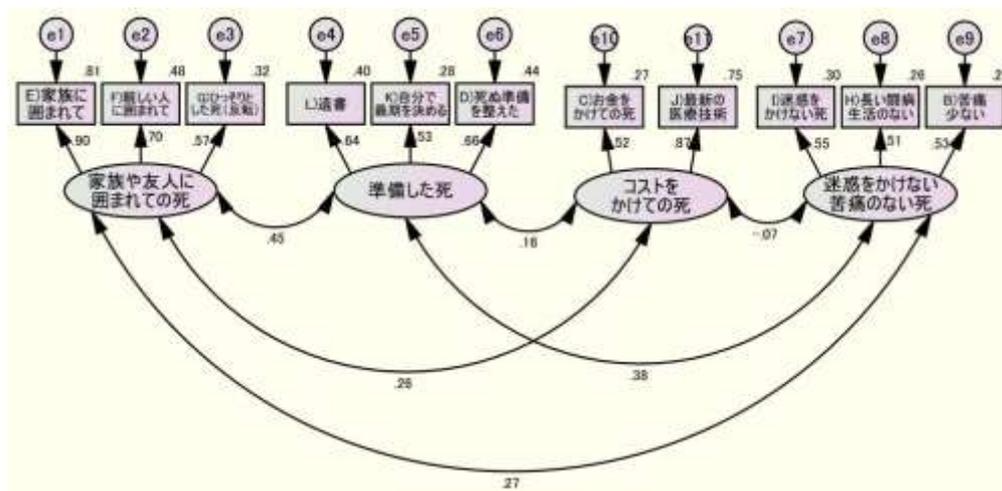
日韓それぞれについての理想の死、理想の看取り尺度について検証的因子分析を行った結果が図 4-1、図 4-2、図 4-3、図 4-4 である。

日本の理想の死については、4 因子モデルで行った確証的因子分析の結果(図 4-1)、 χ^2 は 112.203(自由度 38)、また、GFI=0.961、AGFI=0.932、CFI=0.929、IFI=0.930 といずれも 0.90 以上であり、RMSEA は 0.061 であるためデータにはある程度適合的であるといえる。

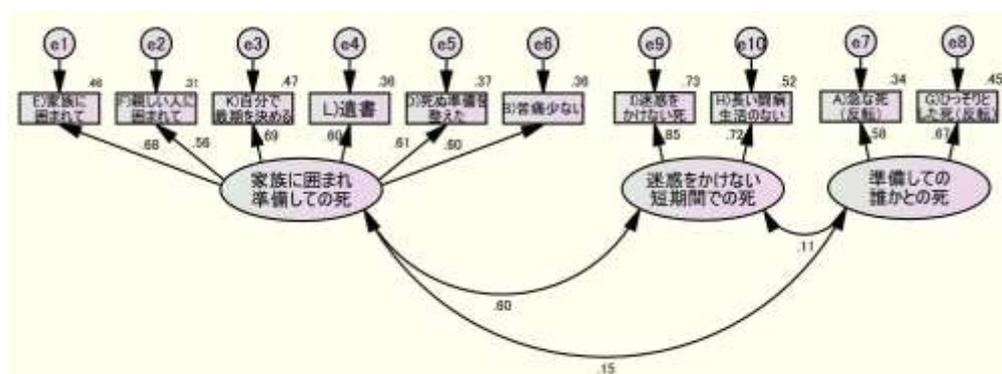
韓国の理想の死については、3 因子構造で行った確証的因子分析の結果(図 4-2)、 χ^2 は 308.909(自由度 32)、また GFI=0.919、AGFI=0.860、CFI=0.856、IFI=0.857 であり AGFI、CFI、IFI が 0.90 を下回っていた。RMSEA は 0.110 であり、このモデルがデータに対して十分な適合度を示すには至らなかった。

日本の理想の看取りについては、2 因子モデルで行った確証的因子分析の結果(図 4-3)、 χ^2 は 25.82(自由度 8)、また、GFI=0.984、AGFI=0.958、CFI=0.976、IFI=0.977 といずれも 0.90 以上であり、RMSEA は 0.065 であるためデータにはある程度適合的であるといえる。

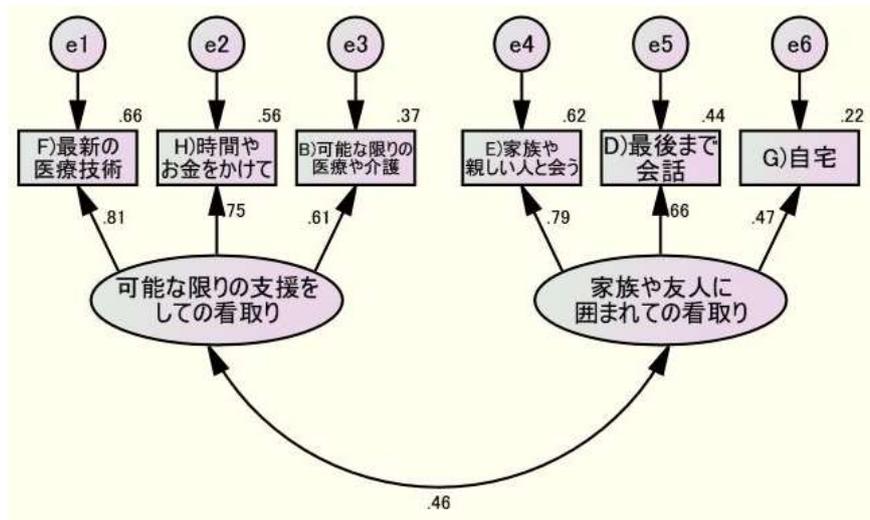
韓国の理想の看取りについては、2 因子構造で行った確証的因子分析の結果(図 4-4)、 χ^2 は 167.188(自由度 13)、また GFI=0.943、AGFI=0.878、CFI=0.874、IFI=0.875 であり AGFI、CFI、IFI が 0.90 を下回っていた。RMSEA は 0.128 であり、このモデルがデータに対して十分な適合度を示すには至らなかった。



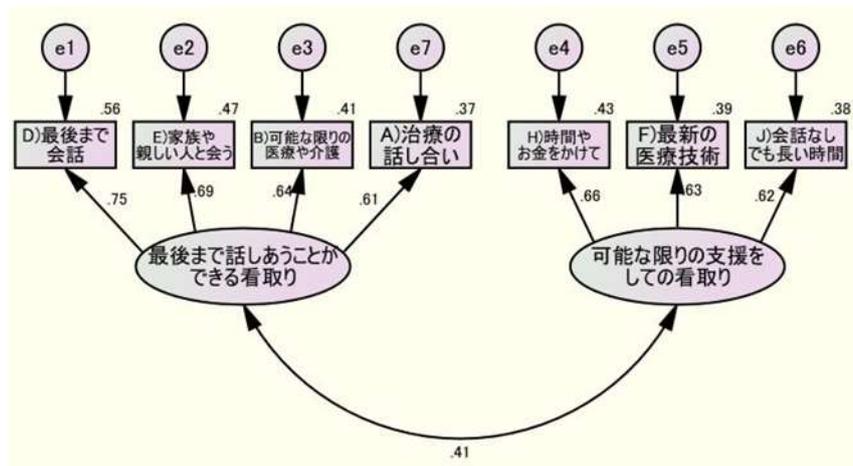
$\chi^2=112.203(df=38)***$, GFI=0.961, AGFI=0.932, CFI=0.929, IFI=0.930, RMSEA=0.061
図 4-1 日本：理想の死についての確証的因子分析の結果(4 因子モデル)



$\chi^2=308.909(df=32)***$, GFI=0.919, AGFI=0.860, CFI=0.856, IFI=0.857, RMSEA=0.110
図 4-2 韓国：理想の死についての確証的因子分析の結果(3 因子モデル)



$\chi^2=25.825(df=8)**$, GFI=0.984, AGFI=0.958, CFI=0.976, IFI=0.977, RMSEA=0.065
 図 4-3 日本：理想の看取りについての確証的因子分析の結果（2因子モデル）



$\chi^2=167.188(df=13)***$, GFI=0.943, AGFI=0.878, CFI=0.874, IFI=0.875, RMSEA=0.128
 図 4-4 韓国：理想の看取りについての確証的因子分析の結果（2因子モデル）

以上の分析から、日本については理想の死の4因子構造、理想の看取りの2因子構造はある程度データ適合的であり、モデルとしての妥当性が示された。ただし、韓国についてはデータの適合度は低く、モデルとしての妥当性には疑義が示された。そのため、今後の解釈には一定の留意が必要となる。

4.2. 日韓の理想の死、理想の看取りの意識の相違

ここまで因子分析を用いて示してきた理想の死、理想の看取りについて意識構造について、日韓それぞれの因子構造を踏まえてその相違を解釈してゆく。まず理想の死についてであるが、因子構造は大きく異なっており、日本と韓国の理想の死についての考え方の基盤そのものに、大きな違いがある。日本は「家族や友人に囲まれての死」、「準備した死」、「コストをかけての死」、「迷惑をかけない苦痛のない死」の4因子が抽出され、とくに前三者は内的一貫性もあった。これに対して、韓国は「家族に囲まれての準備した死」、「迷惑をかけない短期間での死」、「準備しての誰かとの死」の3

因子が抽出され、前二者には内的一貫性が見られた。日本では「家族や友人に囲まれての死」、「準備した死」が2因子構造に分かれているのに対して、韓国ではこの両者は1因子構造をとっており、家族や友人といった他者に囲まれるという点と死に向けての準備をするという点が未分化であるということである。この点に日韓の理想の死についての意識構造には大きな違いがみられるといえよう。

これに対して、理想の看取りについても日韓で相違がみられる。日韓双方とも2因子構造に分かれ、支援に関する因子と家族や友人とのかかわりについての因子に分かれるという点は類似している。しかしその寄与率は逆転しており、日本では「可能な限りの支援をしての看取り」が第1因子となり、「家族や友人に囲まれての看取り」は第2因子となっているのに対して、韓国では家族や友人とのかかわりについての因子の方が寄与度が高く、第1因子にきている。これは、家族や友人の位置づけが日本よりもより社会的重要性が高いと想定されているからと考えられる。

このように、日韓において理想の死、理想の看取りについての考え方には類似性もみられたが、因子構造はとくに理想の死において異なっており、同じ東アジアの儒教圏に類別される国同士でも専門職にとっての死や看取りに関する考え方には大きな違いがあるといえるだろう。

5. 職種と理想の死、理想の看取り尺度

本分析において抽出した理想の死、理想の看取りに関する潜在因子が、職種と関連しているか否かについて分析する。ここでは、これまで考察してきたように、因子の内的一貫性、データ適合性等を踏まえ、日本の理想の死についての第1因子から第3因子、および理想の看取りについての2因子を対象として、職種間で異なる構造を持つかどうかについて分析する。

さらに、これらの尺度の有用性について、本調査の認知症ケースを終末期と判断するか否かについての影響として分析し、死や看取りについての考え方が実際に与える影響について考察する。

5.1. 日本における理想の死、理想の看取りについての意識と職種

ここでは日本のみを扱うことから、職種の分類を医療職、相談・CM、介護職とするのではなく、医師、看護職、介護職（含むCM）の3つに区分して分析する。理想の死、理想の看取りについてそれぞれ因子分析を用いて抽出した因子得点を従属変数とし、職種を独立変数とする一元配置分散分析を行った。その結果が以下の表5-1、表5-2である。

分析の結果、理想の死についての第一因子である「家族や友人に囲まれての死」のみ職種間において有意差が見られた。そこでTukeyの多重比較を行ったところ、医師／看護職間では5%水準で因子得点の平均値に有意差がみられ、また、看護職／介護職間では10%水準で因子得点の平均値に有意差が見られた。平均値からとくに看護職が「家族や友人に囲まれての死」を重視していることが分かる。これは家族や友人と職場において触れ合う機会が多いことが影響していると考えられる。しかし、これ以外の因子については職種間での違いは見られず、理想の死や看取りについての考え方は、職種によって規定されるのではなく、それ以外の要因によって規定されていることが示唆された。

表 5-1 理想の死についての因子得点に関する一元配置分散分析 (平均±S.D.)

	家族や友人に囲まれての死	準備した死	コストをかけての死
医師 (n=29)	-0.31±1.03	0.09±0.56	0.17±0.80
看護職 (n=190)	0.13±0.73	0.05±0.82	0.07±0.83
介護職 (n=309)	-0.05±0.96	-0.04±0.83	-0.06±0.78
F 値 (自由度)	4.52(2,525)*	0.94(2,525)	2.09(2,525)

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

表 5-2 理想の看取りについての因子得点に関する一元配置分散分析 (平均±S.D.)

	可能な限りの支援をしての看取り	家族や友人に囲まれての看取り
医師 (n=29)	0.13±0.99	-0.17±0.95
看護職 (n=189)	-0.03±0.85	-0.06±0.84
介護職 (n=309)	0.00±0.89	0.06±0.81
F 値 (自由度)	0.42(2,524)	1.88(2,524)

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

5.2. 理想の死、理想の看取りについての意識と終末期判断

最後に、理想の死や看取りについての考え方がどのように終末期における医療・介護の在り方に影響しているかを考察する。ここでは、認知症ケースにおいてケースを理解するうえで最も重要な要素の一つとなるこのケースが終末期であるか、まだ終末期ではないかという判断をダミー変数化（終末期であるを 1、終末期ではないを 0）して従属変数とし、職種と、日本における理想の死と理想の看取りの因子を独立変数としてロジスティック回帰分析を行った。その結果が以下の表 5-3 である。ここからは、終末期の判断について、職種だけでなく、理想の看取りの第 1 因子（可能な限りの支援をしての看取り）と 10%水準であるが理想の死の第 2 因子（準備した死）がそれぞれ終末期の判断に負と正の影響を与えていることが分かる。すなわち、終末期の判断は職種の違いによる知識体系や就労環境の違いによって生み出されるだけでなく、個々人の死や看取りへの考え方によっても影響を受けていることが明らかとなる。このように、終末期の判断という終末期の医療・介護を実践し、あるいは構想するうえでもっともクリティカルな部分への限定的ではあるが明確な影響の有無を、本章で開発した理想の死、理想の看取りの尺度は示唆している。

表 5-3 終末期判断に関するロジスティック回帰分析

変数	参照先	OR	95% CI	
職種				
看護職	医師	1.35	1.65-8.98	**
介護職	医師	-.22	0.54-1.19	
理想の死				
第 1 因子		.00	0.80-1.25	
第 2 因子		.22	0.98-1.58	†
第 3 因子		-.10	0.69-1.19	
理想の看取り				
第 1 因子		-.37	0.54-0.89	**
第 2 因子		-.12	0.69-1.14	

Nagelkerke R²=0.084, -2LL=637.895, N=502.

†<.10, * p<.05, ** p<.01, *** p<.001.

6. 分析のまとめ

6.1. 結果

本章では、理想の死および理想の看取りについて意識を測定する尺度の開発を目的として、理想の死および理想の看取りそれぞれについての「日韓調査」における調査項目を用いた探索的因子分析を行った。その結果、理想の死については、日本では「家族や友人に囲まれての死」、「準備した死」、「コストをかけての死」、「迷惑をかけない苦痛のない死」の4因子が潜在因子として抽出され、韓国では「家族に囲まれての準備した死」、「迷惑をかけない短期間での死」、「準備しての誰かとの死」の3因子が潜在因子として抽出された。理想の看取りについては、日本では「可能な限りの支援をしてくれる看取り」、「家族や友人に囲まれての看取り」の2因子が潜在因子として抽出され、韓国では「最後まで話し合うことができる看取り」、「可能な限りの支援をしてくれる看取り」の2因子が潜在因子として抽出された。

次に、抽出された因子について確認的因子分析を行った。その結果、日本については理想の死、理想の看取りそれぞれについてデータの適合性が認められた。しかし、韓国については双方ともデータに適合的とは言えなかった。

そのうえで、日本について職種と因子得点の一元配置分散分析を行い、職種と理想の死の第1因子である「家族や友人に囲まれての死」に有意な関係があることが示された。さらに、認知症ケースにおける終末期判断を従属変数としたロジスティック回帰分析を行い、理想の死、理想の看取り尺度を用いて抽出した潜在因子の一部が、終末期判断に影響を与えていることを示し、これらの尺度の有用性を示した。

6.2. 限界と課題、今後の展望

今回の調査データの分析では、抽出した因子のなかには信頼性係数が低いものみられ、また韓国に関してはデータ適合性が低かった。これらの問題は、設問文の不備と同時に、日韓同じ調査票を用いたからだと考えられる。今後は、国際比較を可能にしつつ、個別の国々の文脈にも対応した設問の開発が必要となる。

本調査データは理想の死、理想の看取りについてはじめて大規模に、かつ、国際比較を行ったデータである。調査票ではこのほかに死生観について調査しており、これらの設問との関連、具体的なケース解釈への影響評価などについてはいまだ分析できておらず今後の課題となっている。また、この指標をどのような場面でより有効活用できるかについても明らかになっていない。これらの課題を踏まえ、社会老年学への貢献のみならず、より実効性のある政策提言へとつなげる研究を行っていくことが今後の課題となる。

<参考文献>

水島ゆかりほか 2009 「医師と住民が望む『理想的な死』」『日本在宅ケア学会誌』12(2)30-35.

渡邊大輔 2011 「理想の死、理想の看取りに関する意識についての国際比較分析」国際長寿センター編『平成22年度在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書』175-182.

7. 平成 22 年度看取りの国際比較調査結果に対する各国の考え方

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

1. 目的

平成 22 年度に実施した看取りの国際比較調査結果に関して、国ごとの違いが明らかとなった点に関して、それぞれの国がそれらの結果をどのように捉えるかを明らかにすることで、結果に影響を与えている文脈（制度、国民性、文化等）を明らかにすることを目的としている。

2. 方法

平成 22 年度の調査結果を調査対象国（イスラエル・韓国・チェコ・オランダ・オーストラリア・イギリス・フランス）と今年度対象国として加わったアメリカに送付し、以下の 1)～3) の 3 点について、回答を求めた。イスラエル・チェコ・イギリス・フランス・アメリカに関しては「国際長寿センター（ILC）アライアンス各国センター」から、オーストラリアに関しては「HammondCare」、韓国に関しては「認知症の家族会」の協力を得た。

- 1) 日本においては終末期の場所についても「理想」（自宅）と「現実」（病院）に大きな差が見られます。貴国においてこの差を縮めるための努力としてはどのようなものが主なものでしょうか？（例えば、住宅政策、終末期医療・介護についてのガイドラインの設定、訪問診療・訪問介護の充実、医師や看護師・介護士への教育プログラム（とくに death education）など）
- 2) “B 氏は終末期段階にある”と“B 氏は実際に人工栄養を行うだろう”との回答を重ね合わせてみると、大きく二つの国のグループ（日本・イスラエル・韓国・チェコとオランダ・オーストラリア・イギリス・フランス）に分かれているように見えます。これは何によるものであるとお考えでしょうか？（例えば、国民性、終末期に関する法律やガイドラインの整備など）
- 3) 私たちは、医師は「迷惑をかけない短期間での死」よりも相対的に「家族に囲まれての準備した死」を重視し、また「看護師が重視していることは「負担」という側面からみると、たんに身体だけでなく患者本人や周囲への負担の軽減を重視していると理解することができる」と分析できると判断しています。貴国において、職種間では看取りの際にどのような態度や考え方に違いが見られるとお考えでしょうか？

3. 結果

1) 終末期の場所に関する「理想」と「現実」のギャップ

イスラエルにおいても、同様のギャップが存在しており、そのギャップを縮小するための対策として、①末期患者法の活用、②在宅における終末期専用のサービス提供があげられていた。イスラエルには 4 つの HMO（Health Maintenance Organization）があり、各団体が在宅ケアが展開されている。最大の HMO である Haklalit では、在宅ホスピス（緩和ケアの訓練を受けた医師・看護師・ソーシャルワーカーで構成されるチームによる地域ベースのケア）が提供されている。定期的な訪

問や必要に応じた訪問等の 24 時間ケアが提供されている。ただし、このサービスはイスラエルの全地域をカバーするには至っていない。

フランスにおいては、在宅での看取りが困難となっている理由として、①関連専門職による地域の緩和ケアネットワークの不足、②親族の受入困難といった文化的理由があげられていた。①に対応するためにフランス大統領により、2008 年 6 月に緩和ケアの発展に向けた 2008-2012 年の新たなプログラムが発表されている(表 1 参照)。なお、アルツハイマー病の人に関しては、毎年 10 万人が亡くなっているが亡くなる際の状況についてはあまり明確にされていない。介護者支援を増加させるため、2008 - 2012 アルツハイマー計画では、各地域で一時預かり・患者ニーズや介護者の期待への対応方法を発展・多様化させる、様々な取組みがなされている。またこの計画では、在宅支援を強化する専門スタッフによる介入も提供しており、2009 - 2012 の間に 500 の専門チームを編成することが提唱されている。

なお、アメリカ、チェコ、オーストラリア、韓国に関しては差を縮めるための努力や取組みに関しての言及はなかった、それぞれの国において「自宅」での看取りが困難である背景等が示されていた。

アメリカでは、緩和ケアはホスピス（施設）で提供されることが多いが、在宅ホスピスの利用を可能にしていくことにより、在宅での看取りという理想に近づけることができる」と指摘している。例えば、1991 年にウィスコンシン州の **Gundersen Lutheran Health System** が始めた「**Respecting Choices**（選択を尊重する）」プログラムは、終末期ケアに関する人々の選択を確実に尊重する支援を行う、革新的で国際的に有名なプログラムである。目的は必ずしも在宅での死を支援することとは限っていない（それを望まない人もいるかもしれないため）が、患者の選択が絶対に無視されないように設計されている。プログラムでは、生前遺言やその他法的文書を完成させるよりも、事前のケア計画プロセスに重点を置いており、地域全体の様々な機関が関わっている。

チェコは、最良の場所として自宅を選んだ割合が対象国の中で最も低く（50.2%）、回答者の半数は、自宅以外の専門的ケアを選んでいる。それは主に①サービス提供体制と②制度運用上の影響があげられていた。①サービス提供体制に関しては、病院および施設ケアが非常に整っており、病院（急性期及び急性合併症）や療養型病院（急性期後及び時によって介護）においては「登録料（3 米ドル/日）」以外は患者の自己負担がない。また、専門的緩和ケアやその他末期患者へ必要なサービスを提供するホスピスも存在している一方で、在宅ケアサービスのシステムはあまり発展しておらず、大きなバリアも存在している。②一般医への報酬は登録患者数と患者の年齢に基づいて支払われるが（患者自宅への訪問を含む）、それに加えて「バーチャル予算」が設定されている。「バーチャル予算」は、専門医や看護師によるケア、看護補助職、処方薬などに使われることとなっているが、保険会社による制限がかけられているため、重度の障害がある患者や末期患者がいる場合に一般医は彼（女）らに十分なケアや支援を行うことが困難となっている。これらのことから、施設での終末期ケアが在宅での終末期ケアと同等にふさわしい選択肢であると考えられていると言えるだろうとの指摘がされていた。

オーストラリアにおいては、理想の看取りが「自宅」である割合も 46.4%、実際の看取りが「自宅」と答えた割合も 8.9%と他国に比べて比較的低かった。その主な理由として、在宅における独居高齢者の看取りに関しては財源として担保されていない点が指摘されていた。ただし、A さんに家族介護者おり協力が得られる場合は、一般

医・地域の看護師・必要に応じて緩和ケア専門職の支援を得て症状がある程度コントロールできれば、在宅での死は実現可能性がかなり高くなるとのことであった。

韓国においては、場所に関しては個人的な立場と文化的な理由などがあると指摘されていた。韓国では、儒教思想が受け継がれており、国家でも「先・家庭、後・福祉」主義を選択してきた。ほとんどの場合は家庭で終末期を過ごしていたが、2002年頃から終末期ケアが行われる場所として、病院と家庭の割合に変化がみられ始めた。その背景には、核家族化、アパート団地の密集、女性の社会進出、従来の医師による往診制度がなくなる等の社会的な要因と、老人福祉施策として24時間安心して利用できる在宅サービスの不在があると指摘されている。また、誰もが気軽に病院を利用できることも背景要因の一つと考えられる。この状況において、今後、高齢者が家庭で生活し続けられる空間確保のための住宅内のバリアフリー化や改造、訪問看護の活性化、在宅ケアサービスの多様化、終末期ケアの報酬調整、家族介護者を対象にした緩和ケアの教育などについて改善される必要があると示されていた。

表1 フランスの緩和ケアプログラム

<p>○プログラムは、以下3つの軸に沿ってコーディネートされた一連の対策となっている。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 1軸：病院及び施設での緩和ケアユニットを引き続き発展させる。・ 2軸：研修及び研究政策を展開する。・ 3軸：親族へ支援を提供する。 <p>○それに対していくつかの対策が提案されている。プログラム実施のために政府は計2億3,000万ユーロを投じる予定である。</p> <ul style="list-style-type: none">・病院以外での緩和ケアサービス開始 (特に高齢者向けの医療/社会的施設及び在宅緩和ケアネットワークの展開)。・支援の質向上(特に小児緩和ケア)。・医療専門職や一般市民向けのキャンペーンを通じた緩和文化の普及。 <p>○3軸にある、親族や一般市民への対応には、以下の内容が含まれている</p> <p>XIV - 緩和ケア研修を含む、親族や介護者への支援(毎年200万ユーロ)。</p> <p>XV - 一時宿泊場所の展開(ナーシングホームの中に100か所。費用:5年間で130万ユーロ)。</p> <p>XVI - 在宅緩和ケア実施を促進するためのボランティア養成。毎年7,000人のボランティア養成を目指す(毎年150万ユーロで5年間実施)。</p> <p>XVII - レオネッティ法の普及を通じた医療専門職に対する緩和ケア情報の提供(70万ユーロ)。 一般市民向けの緩和ケア情報キャンペーン及び支援サービス(500万ユーロ)。</p> <p>XVIII - 地域における緩和ケア・サポート情報デーの企画。 病院の医療委員会は、緩和ケアの実施に関する年間報告を作成しなければならない。</p>
--

2) 終末期段階との判断と人口栄養との関連

チェコにおいては、緩和ケアが最近よく議論されているものの、それは主にがん患者に限られたもので、認知症に関してではないため専門職はおそらくBさんの状態を末期の認知症ではないと捉えているだろうという点が指摘された。また、専門職は急性期医療を中心とした教育を受けており、人口構造や慢性疾患の増加を踏まえて考えた場合に、緩和ケアや長期ケア(介護)に関する教育は極めて不十分であるといった、現在の医療教育に関する指摘がなされていた。

イスラエルにおいては、①末期患者法の定め、②命は神聖なものであるというユダヤ文化の価値観の存在があげられていた。末期患者法によると、延命治療及び効果の

ないその他の医療処置は、患者の死が間近で患者が処置の制限を求めたり事前指示書を残したりした場合にのみ、差し控えることができるが、その場合でも水分と食料は差し控えることができない。この法律はまだ十分には医師・患者・家族には浸透していないが、法律として終末期であっても本人の意思が明確でない場合は差し控えが認められていないため、終末期と判断しない場合でも B さんの状況においては人工栄養が選択されたとも推察された。また、認知症は何年も続く退行性疾患であるため、いつ生命が終わるか分かりにくく評価しづらい点が多い。このため、終末期の決定に関する問題が浮かび上がったり、QOL 対延命の問題が起きたりするが、命は神聖なものであるというこれはユダヤ文化における基本的な価値観がまずあり、それは同時にイスラエルの医師の間で実践の指針となるものとの指摘がなされていた。

韓国においては、人工栄養については、文化的な違いや本人の意思決定と家族の意向なども大いに影響すると指摘されている。介護者が 50-60 代の場合には儒教的思想が根強く残っており、特に、患者が配偶者の場合は「生」への愛着が強いため、人工栄養を実施するケースが増えていると考えられていた。また、韓国の場合、認定（療養等級 1-3 級）を受けられなかった患者のほとんどが老人病院に入院することになり、病院では簡単に IVH が実施されているため飲食物を口腔で摂取しにくくなり、最後には人工栄養を実施することになるケースが多いことが指摘されていた（特に、脳血管性認知症の場合に失語症と共に嚥下障害になるケースが多くなるため、人工栄養を選択するケースが多い）このような状況に対し、韓国でも海外で定められているような国家のガイドライン設定が必要であるとの指摘もあった。

オーストラリアにおいては、重度認知症が末期疾患と捉えられているため、重度認知症患者が病院で人工栄養を開始する可能性は極めて低いとの指摘がなされていた。オーストラリアでは、エビデンスに基づく医療・実践に関係するものとして、基本的に人工栄養または PEG が、誤嚥リスクにより重度の認知症患者の生存期間を延ばすという証拠はないと認識されており、オーストラリアの結果はイギリスでも類似の結果であり、これの国における緩和ケアの定着を反映しているといえるだろうと考えられていた。

フランスでは、これらの違いに関して、①終末期における人工栄養の役割や意味に関する文化的理由、②人工栄養適用に関するガイドラインの有無、③終末期における人工栄養の経験の 3 つが関連しているのではないかと示されていた。特に、患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合はレオネッティ法により、頑固な治療及び栄養補給は推奨されていない。さらに、FNCLCC（癌センター全国連盟）が策定したガイドライン ii に従うことが求められているため、B さんへの人工栄養が勧められることは多くないことが指摘されている。

3) 職種間の看取りの考え方

チェコにおいては、本解釈に関して同意との意見が示されていた。看護師は通常、末期患者と共に過ごす頻度が高いため、在宅でも施設でも家族と接することも多く、難しい身体的ケア業務を含む直接的なケアも提供する。一方で医師は主に緩和ケアにおいて、患者本人に対しても家族介護者とのコミュニケーションにおいても、薬物療法や疼痛・症状管理を重点的に行っているため、医師と看護師の視点が異なる傾向があると考えられていた。

イスラエルにおいても、本解釈に関して同意との意見が示されていた。さらに、性差の関連についての解釈も考察が加えられていた。既存の性差に関する研究では、ど

のような病状であっても、女性の方が系統的に自らの延命を求めないということが示されており、これは自らの経験から女性は男性よりも介護の負担の意味を分かっているからではないかと指摘されていた。

アメリカにおいては、終末期ケアに関する医師と看護師の態度を比較する多くの研究がなされてきていることが指摘されていた。例えば、1993年に発表された Solomon らの研究 (American Journal of Public Health) では、医師よりも看護師のほうが終末期の意思決定における患者の役割に気遣っていることが示されていた。ただし、専門や経験レベルによって、医師の間でも大きな差が見られることを認識することが重要であることも指摘されていた。

一方、フランスにおいては、これらの違いは職種によるものではなく、死亡場所によるものではないかという指摘がなされていた。具体的には、在宅の場合、医師・看護師・ケアワーカーのいずれも時間や人材確保に問題を抱えており、このような問題は医療機関（病院・ホスピス等）ではあまり見られないため、その違いの検討も必要であるとの指摘であった。なお、フランスにおいては、レオネッティ法が可決されて以降、全国医師協議会は医療倫理規定の第 37 条を見直し iii、これにより多くの点が明確化され、患者が自らの意思を表明しやすくなった。医師は治療を制限したり止めることもできるが、そのような決定は法が定義する厳密な枠組・合議手続きの下で行われなければならない。またその場合、医師は患者の近親者の意見を考慮する必要があることとなっており、終末期における医師の関わりも規定されているため、職種によるものとの解釈とはならないのではないかと考えられていた。

4. 考察

本稿では、「終末期の場所に関する「理想」と「現実」のギャップ」、「終末期段階との判断と人口栄養との関連」「職種間の看取りの考え方」の3点に関して、各国の解釈や実情を把握した。国ごとの見解は多様であったが、終末期に関する法律やガイドライン等があるイスラエルやフランスにおいては、それらの規定との関連があることが推察された。また、多くの国でサービス提供体制の状況が終末期の場所の選択にも関係していると考えられたが、オーストラリのように財源的制約により「自宅」という選択は困難であるといった状況も見られていた。なお、職種間の考え方に対する解釈については、職種以外にも性差や死亡場所による関連もあるのではないかといった視点も示され、今後さらに分析を進めていく必要があると考えられた。

8-1 9カ国集計表

	q1_1 sex		合計
	1 male	2 female	
1 Japan	90 40.7%	131 59.3%	221 100.0%
2 France	8 28.6%	20 71.4%	28 100.0%
3 UK	18 26.1%	51 73.9%	69 100.0%
4 Israel	16 25.4%	47 74.6%	63 100.0%
5 Australia	8 14.0%	49 86.0%	57 100.0%
6 Netherland	4 12.1%	29 87.9%	33 100.0%
7 South Korea	11 13.8%	69 86.3%	80 100.0%
8 Czech	7 12.5%	49 87.5%	56 100.0%
9 USA	14 46.7%	16 53.3%	30 100.0%
TOTAL	176 27.6%	461 72.4%	637 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	47.995 ^a	8	.000
尤度比	49.760	8	.000
線型と線型による連関	21.601	1	.000
有効なケースの数	637		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 7.74 です。

	age10 age bracket						合計
	2 20 s	3 30 s	4 40 s	5 50 s	6 60 s	7 70 s	
1 Japan	45 20.7%	78 35.9%	44 20.3%	32 14.7%	15 6.9%	3 1.4%	217 100.0%
2 France	8 27.6%	7 24.1%	4 13.8%	8 27.6%	1 3.4%	1 3.4%	29 100.0%
3 UK	6 8.7%	10 14.5%	17 24.6%	25 36.2%	8 11.6%	3 4.3%	69 100.0%
4 Israel	5 7.9%	15 23.8%	20 31.7%	15 23.8%	5 7.9%	3 4.8%	63 100.0%
5 Australia	9 16.7%	10 18.5%	12 22.2%	15 27.8%	8 14.8%	0 .0%	54 100.0%
6 Netherland	5 15.6%	9 28.1%	8 25.0%	9 28.1%	1 3.1%	0 .0%	32 100.0%
7 South Korea	12 15.2%	29 36.7%	23 29.1%	15 19.0%	0 .0%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	5 8.9%	15 26.8%	13 23.2%	18 32.1%	5 8.9%	0 .0%	56 100.0%
9 USA	2 6.7%	8 26.7%	16 53.3%	3 10.0%	1 3.3%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	97 15.4%	181 28.8%	157 25.0%	140 22.3%	44 7.0%	10 1.6%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	87.033 ^a	40	.000
尤度比	92.279	40	.000
線型と線型による連関	2.164	1	.141
有効なケースの数	629		

a. 19 セル (35.2%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .46 です。

	q1_5_1class experience of LIC								合計
	0 no experiene	1 1-4years	2 5-9years	3 10-14years	4 15-19years	5 20-24years	6 25-29years	7 over 30years	
1 Japan	6 2.8%	35 16.5%	65 30.7%	45 21.2%	20 9.4%	17 8.0%	8 3.8%	16 7.5%	212 100.0%
2 France	2 7.1%	10 35.7%	4 14.3%	2 7.1%	4 14.3%	2 7.1%	2 7.1%	2 7.1%	28 100.0%
3 UK	0 .0%	9 13.8%	5 7.7%	3 4.6%	6 9.2%	7 10.8%	8 12.3%	27 41.5%	65 100.0%
4 Israel	1 1.7%	11 19.0%	5 8.6%	8 13.8%	7 12.1%	5 8.6%	4 6.9%	17 29.3%	58 100.0%
5 Australia	0 .0%	11 20.8%	16 30.2%	9 17.0%	4 7.5%	3 5.7%	1 1.9%	9 17.0%	53 100.0%
6 Netherland	0 .0%	4 12.1%	8 24.2%	3 9.1%	3 9.1%	1 3.0%	6 18.2%	8 24.2%	33 100.0%
7 South Korea	1 1.4%	13 17.6%	22 29.7%	26 35.1%	11 14.9%	1 1.4%	0 .0%	0 .0%	74 100.0%
8 Czech	0 .0%	11 21.6%	8 15.7%	6 11.8%	4 7.8%	4 7.8%	9 17.6%	9 17.6%	51 100.0%
9 USA	0 .0%	1 3.3%	5 16.7%	8 26.7%	8 26.7%	5 16.7%	1 3.3%	2 6.7%	30 100.0%
TOTAL	10 1.7%	105 17.4%	138 22.8%	110 18.2%	67 11.1%	45 7.5%	39 6.5%	90 14.9%	604 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	181.417 ^a	56	.000
尤度比	187.887	56	.000
線型と線型による連関	2.323	1	.127
有効なケースの数	604		

a. 31 セル (43.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .46 です。

	q1_5_2class experience of home-based LTC								合計
	0 no experiene	1 1-4years	2 5-9years	3 10-14years	4 15-19years	5 20-24years	6 25-29years	7 over 30years	
1 Japan	136 65.4%	30 14.4%	22 10.6%	14 6.7%	2 1.0%	3 1.4%	1 .5%	0 .0%	208 100.0%
2 France	16 72.7%	0 .0%	4 18.2%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 4.5%	1 4.5%	22 100.0%
3 UK	11 19.0%	10 17.2%	9 15.5%	8 13.8%	3 5.2%	8 13.8%	3 5.2%	6 10.3%	58 100.0%
4 Israel	3 7.0%	11 25.6%	8 18.6%	7 16.3%	4 9.3%	3 7.0%	2 4.7%	5 11.6%	43 100.0%
5 Australia	10 31.3%	7 21.9%	3 9.4%	3 9.4%	6 18.8%	1 3.1%	1 3.1%	1 3.1%	32 100.0%
6 Netherland	11 57.9%	3 15.8%	2 10.5%	2 10.5%	1 5.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	19 100.0%
7 South Korea	70 88.6%	5 6.3%	4 5.1%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	10 23.8%	7 16.7%	7 16.7%	3 7.1%	10 23.8%	2 4.8%	3 7.1%	0 .0%	42 100.0%
9 USA	14 46.7%	1 3.3%	2 6.7%	4 13.3%	4 13.3%	3 10.0%	1 3.3%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	281 52.7%	74 13.9%	61 11.4%	41 7.7%	30 5.6%	20 3.8%	12 2.3%	14 2.6%	533 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	236.227 ^a	56	.000
尤度比	248.882	56	.000
線型と線型による連関	7.300	1	.007
有効なケースの数	533		

a. 50 セル (69.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .43 です。

	q1_6d care experience for suppose or family		合計
	0 no experiene	1 experienced	
1 Japan	135 61.6%	84 38.4%	219 100.0%
2 France	5 29.4%	12 70.6%	17 100.0%
3 UK	5 50.0%	5 50.0%	10 100.0%
4 Israel	22 35.5%	40 64.5%	62 100.0%
5 Australia	27 47.4%	30 52.6%	57 100.0%
6 Netherland	13 39.4%	20 60.6%	33 100.0%
7 South Korea	51 64.6%	28 35.4%	79 100.0%
8 Czech	8 14.5%	47 85.5%	55 100.0%
9 USA	16 59.3%	11 40.7%	27 100.0%
TOTAL	282 50.4%	277 49.6%	559 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	56.864 ^a	8	.000
尤度比	60.218	8	.000
線型と線型による連関	10.546	1	.001
有効なケースの数	559		

a. 1 セル (5.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.96 です。

	q1_7d family death experience		合計
	0 no experiene	1 experienced	
1 Japan	110 50.0%	110 50.0%	220 100.0%
2 France	8 53.3%	7 46.7%	15 100.0%
3 UK	4 40.0%	6 60.0%	10 100.0%
4 Israel	30 47.6%	33 52.4%	63 100.0%
5 Australia	31 54.4%	26 45.6%	57 100.0%
6 Netherland	13 39.4%	20 60.6%	33 100.0%
7 South Korea	37 46.8%	42 53.2%	79 100.0%
8 Czech	29 61.7%	18 38.3%	47 100.0%
9 USA	9 33.3%	18 66.7%	27 100.0%
TOTAL	271 49.2%	280 50.8%	551 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	8.279 ^a	8	.407
尤度比	8.374	8	.398
線型と線型による連関	.146	1	.703
有効なケースの数	551		

a. 1 セル (5.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.92 です。

	q1_8d death experience at workplace			合計
	0 no experience	1 experience	3	
1 Japan	97 44.5%	121 55.5%	0 .0%	218 100.0%
2 France	7 25.9%	18 66.7%	2 7.4%	27 100.0%
3 UK	36 54.5%	23 34.8%	7 10.6%	66 100.0%
4 Israel	29 46.0%	34 54.0%	0 .0%	63 100.0%
5 Australia	21 36.8%	36 63.2%	0 .0%	57 100.0%
6 Netherland	15 45.5%	18 54.5%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	16 20.5%	62 79.5%	0 .0%	78 100.0%
8 Czech	30 57.7%	22 42.3%	0 .0%	52 100.0%
9 USA	0 .0%	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	251 40.2%	364 58.3%	9 1.4%	624 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	107.510 ^a	16	.000
尤度比	101.394	16	.000
線型と線型による連関	4.114	1	.043
有効なケースの数	624		

a. 9 セル (33.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .39 です。

一元配置分析

記述統計

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	平均値の 95% 信頼区間		最小値	最大値	
					下限	上限			
q1_2age age	1 Japan 2 France 3 UK 4 Israel 5 Australia 6 Netherland 7 South Korea 8 Czech 9 USA 合計	217 29 69 63 54 32 79 56 30 629	40.11 40.86 48.42 46.52 45.37 42.53 40.68 44.71 41.83 42.84	12.082 12.693 12.217 12.139 12.978 10.854 9.551 11.533 8.334 11.973	.820 2.357 1.471 1.529 1.766 1.919 1.075 1.541 1.522 .477	38.49 36.03 45.49 43.47 41.83 38.62 38.54 41.63 38.72 41.90	41.72 45.69 51.36 49.58 48.91 46.44 42.82 47.80 44.95 43.77	20 25 23 23 22 25 22 23 26 20	76 72 75 78 67 63 58 66 61 78
q1_5_1 experience of LTC	1 Japan 2 France 3 UK 4 Israel 5 Australia 6 Netherland 7 South Korea 8 Czech 9 USA 合計	212 28 65 58 53 33 74 51 30 604	12.1313 10.8750 22.6115 18.8319 13.2491 18.2121 9.2432 16.5784 15.4000 14.4587	9.77636 10.86928 12.64417 13.65822 11.76717 12.30538 4.81951 12.14254 7.24735 11.27136	.67144 2.05410 1.56832 1.79341 1.61635 2.14209 .56026 1.70030 1.32318 .45862	10.8077 6.6603 19.4785 15.2407 10.0056 13.8488 8.1267 13.1633 12.6938 13.5580	13.4549 15.0897 25.7446 22.4231 16.4925 22.5754 10.3598 19.9936 18.1062 15.3594	.00 .00 .25 .00 .50 3.00 .00 .75 4.00 .00	47.00 40.00 44.00 55.00 44.00 45.00 24.00 45.00 33.00 55.00
q1_5_2 experience of home-based LTC	1 Japan 2 France 3 UK 4 Israel 5 Australia 6 Netherland 7 South Korea 8 Czech 9 USA 合計	208 22 58 43 32 19 79 42 30 533	2.3769 4.0455 11.7241 11.8319 13.2491 18.2121 9.2432 16.5784 15.4000 5.1285	4.63942 9.88254 11.38604 10.81133 7.4563 5.30475 1.47061 8.15461 9.55811 8.27970	.32169 2.10696 1.49506 1.64871 1.60935 1.21699 .16546 1.25828 1.74506 .35863	1.7427 -.3362 8.7303 8.5332 4.1740 .6011 .0693 6.5779 4.6643 4.4240	3.0111 8.4271 14.7179 15.1877 10.7385 5.7147 .7281 11.6602 11.8024 5.8330	.00 .00 .00 .00 .00 .00 .00 .00 .00 .00	28.00 40.00 41.00 40.00 35.00 18.00 8.00 25.00 33.00 41.00
q1_8num number of death experience at workplace	1 Japan 2 France 3 UK 4 Israel 5 Australia 6 Netherland 7 South Korea 8 Czech 9 USA 合計	117 16 23 28 32 16 57 20 30 339	6.5299 17.2500 6.6957 5.7143 5.5313 4.3125 7.0965 10.7000 4.7333 6.9631	11.30843 44.03711 12.24906 5.11249 7.46166 3.64635 10.33952 12.74486 1.41259 13.47294	1.04546 11.00928 2.55411 .96617 1.31905 .91159 1.36950 2.84984 .25790 .73175	4.4592 -6.2157 1.3988 3.7319 2.8410 2.3695 4.3530 4.7352 4.2059 5.5238	8.6006 40.7157 11.9925 7.6967 8.2215 6.2555 9.8399 16.6648 5.2608 8.4025	1.00 .00 1.00 1.00 1.00 1.00 1.00 1.00 3.00 .00	100.00 180.00 50.00 20.00 30.00 15.00 60.00 50.00 8.00 180.00

分散分析

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
q1_2age age	グループ間	5682.352	8	710.294	5.221	.000
	グループ内	84347.782	620	136.045		
	合計	90030.134	628			
q1_5_1 experience of LTC	グループ間	9748.771	8	1218.596	10.845	.000
	グループ内	66858.436	595	112.367		
	合計	76607.207	603			
q1_5_2 experience of home-based LTC	グループ間	9044.967	8	1130.621	21.602	.000
	グループ内	27425.499	524	52.339		
	合計	36470.467	532			
q1_8num number of death experience at workplace	グループ間	2367.868	8	295.983	1.656	.108
	グループ内	58985.921	330	178.745		
	合計	61353.789	338			

	q2_1_1 best place on final days (Mrs. A)								合計
	1 Mrs. A's home	2 assisted living	3 group home	4 old people's home	5 long term care hospital	6 hospital or clinic	hospice(institution)	8 other	
1 Japan	175 79.2%	4 1.8%	1 .5%	3 1.4%	4 1.8%	6 2.7%	27 12.2%	1 .5%	221 100.0%
2 France	15 51.7%	12 41.4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.9%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	51 79.7%	1 1.6%	1 1.6%	0 .0%	2 3.1%	2 3.1%	2 3.1%	5 7.8%	64 100.0%
4 Israel	50 79.4%	0 .0%	0 .0%	1 1.6%	2 3.2%	1 1.6%	8 12.7%	1 1.6%	63 100.0%
5 Australia	35 62.5%	6 10.7%	0 .0%	3 5.4%	3 5.4%	1 1.8%	7 12.5%	1 1.8%	56 100.0%
6 Netherland	21 67.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	10 32.3%	0 .0%	31 100.0%
7 South Korea	47 59.5%	6 7.6%	1 1.3%	0 .0%	6 7.6%	0 .0%	19 24.1%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	28 50.9%	2 3.6%	0 .0%	1 1.8%	1 1.8%	0 .0%	23 41.8%	0 .0%	55 100.0%
9 USA	28 93.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	450 71.7%	31 4.9%	3 .5%	8 1.3%	8 2.9%	10 1.6%	99 15.8%	9 1.4%	628 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	207.987 ^a	56	.000
尤度比	160.608	56	.000
線型と線型による連関	12.143	1	.000
有効なケースの数	628		

a. 55 セル (76.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .14 です。

	q2_1_2 SQ: best place on final days (Mrs. A)								合計
	1 Mrs. A's home	2 assisted living	3 group home	4 old people's home	5 long term care hospital	6 hospital or clinic	hospice(institution)	8 other	
1 Japan	18 8.2%	2 .9%	0 .0%	17 7.7%	26 11.8%	131 59.5%	25 11.4%	1 .5%	220 100.0%
2 France	2 7.1%	5 17.9%	0 .0%	0 .0%	0 25.0%	7 32.1%	9 17.9%	0 .0%	28 100.0%
3 UK	14 20.6%	0 .0%	21 30.9%	11 16.2%	10 14.7%	7 10.3%	3 4.4%	2 2.9%	68 100.0%
4 Israel	21 33.3%	1 1.6%	0 .0%	2 3.2%	22 34.9%	7 11.1%	9 14.3%	1 1.6%	63 100.0%
5 Australia	5 8.9%	4 7.1%	0 .0%	9 16.1%	4 7.1%	8 14.3%	26 46.4%	0 .0%	56 100.0%
6 Netherland	11 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 3.0%	1 12.1%	4 51.5%	17 .0%	33 100.0%
7 South Korea	28 35.4%	7 8.9%	0 .0%	0 .0%	17 21.5%	1 1.3%	26 32.9%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	7 12.5%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	24 42.9%	10 17.9%	15 26.8%	0 .0%	56 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	14 46.7%	0 .0%	12 40.0%	0 .0%	4 13.3%	30 100.0%
TOTAL	106 16.7%	19 3.0%	21 3.3%	53 8.4%	111 17.5%	189 29.9%	126 19.9%	8 1.3%	633 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	620.965 ^a	56	.000
尤度比	510.730	56	.000
線型と線型による連関	4.789	1	.029
有効なケースの数	633		

a. 32 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .35 です。

	q2_1_gap q2_1 GAP		合計
	U no gap	1 gap	
1 Japan	25 11.3%	196 88.7%	221 100.0%
2 France	8 27.6%	21 72.4%	29 100.0%
3 UK	16 23.2%	53 76.8%	69 100.0%
4 Israel	21 33.3%	42 66.7%	63 100.0%
5 Australia	13 22.8%	44 77.2%	57 100.0%
6 Netherland	15 45.5%	18 54.5%	33 100.0%
7 South Korea	44 55.0%	36 45.0%	80 100.0%
8 Czech	7 12.5%	49 87.5%	56 100.0%
9 USA	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	149 23.4%	489 76.6%	638 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	88.298 ^a	8	.000
尤度比	89.429	8	.000
線型と線型による連関	13.867	1	.000
有効なケースの数	638		

a. 0 セル (0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 6.77 です。

	q2_2_1 Availability (Mrs.A): assisted living				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	25 11.8%	21 10.0%	50 23.7%	115 54.5%	211 100.0%
2 France	7 25.0%	16 57.1%	2 7.1%	3 10.7%	28 100.0%
3 UK	7 10.8%	33 50.8%	11 16.9%	14 21.5%	65 100.0%
4 Israel	13 28.9%	16 35.6%	3 6.7%	13 28.9%	45 100.0%
5 Australia	9 20.0%	18 40.0%	1 2.2%	17 37.8%	45 100.0%
6 Netherland	4 13.8%	5 17.2%	5 17.2%	15 51.7%	29 100.0%
7 South Korea	10 20.0%	10 20.0%	4 8.0%	26 52.0%	50 100.0%
8 Czech	0 0.0%	20 40.0%	22 44.0%	8 16.0%	50 100.0%
9 USA	1 3.3%	3 10.0%	12 40.0%	14 46.7%	30 100.0%
TOTAL	76 13.7%	142 25.7%	110 19.9%	225 40.7%	553 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	156.921	24	.000
尤度比	169.301	24	.000
線型と線型による連関	1.749	1	.186
有効なケースの数	553		

a. 3 セル (8.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 3.85 です。

	q2_2_2 Availability (Mrs.A): group home				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	8 3.8%	35 16.6%	113 53.6%	55 26.1%	211 100.0%
2 France	0 .0%	9 52.9%	6 35.3%	2 11.8%	17 100.0%
3 UK	0 .0%	4 44.4%	2 22.2%	3 33.3%	9 100.0%
4 Israel	2 4.5%	5 11.4%	13 29.5%	24 54.5%	44 100.0%
5 Australia	0 .0%	11 25.6%	12 27.9%	20 46.5%	43 100.0%
6 Netherland	0 .0%	4 14.3%	6 21.4%	18 64.3%	28 100.0%
7 South Korea	9 18.4%	5 10.2%	9 18.4%	26 53.1%	49 100.0%
8 Czech	0 .0%	1 2.1%	26 54.2%	21 43.8%	48 100.0%
9 USA	2 6.7%	1 3.3%	1 3.3%	26 86.7%	30 100.0%
TOTAL	21 4.4%	75 15.7%	188 39.2%	195 40.7%	479 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	134.437 ^a	24	.000
尤度比	133.768	24	.000
線型と線型による連関	21.201	1	.000
有効なケースの数	479		

a. 14 セル (38.9%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .39 です。

	q2_2_3 Availability (Mrs.A): old people's home				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	9 4.2%	79 37.1%	75 35.2%	50 23.5%	213 100.0%
2 France	0 .0%	13 46.4%	10 35.7%	5 17.9%	28 100.0%
3 UK	23 35.4%	31 47.7%	3 4.6%	8 12.3%	65 100.0%
4 Israel	13 27.7%	23 48.9%	2 4.3%	9 19.1%	47 100.0%
5 Australia	2 4.3%	32 68.1%	3 6.4%	10 21.3%	47 100.0%
6 Netherland	4 13.3%	15 50.0%	3 10.0%	8 26.7%	30 100.0%
7 South Korea	26 49.1%	10 18.9%	10 18.9%	7 13.2%	53 100.0%
8 Czech	0 .0%	21 42.0%	21 42.0%	8 16.0%	50 100.0%
9 USA	21 72.4%	0 .0%	0 .0%	8 27.6%	29 100.0%
TOTAL	98 17.4%	224 39.9%	127 22.6%	113 20.1%	562 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	228.326 ^a	24	.000
尤度比	242.450	24	.000
線型と線型による連関	21.071	1	.000
有効なケースの数	562		

a. 1 セル (2.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.88 です。

	q2_2_4 Availability (Mrs.A): long term care hospital				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	49 23.1%	69 32.5%	18 8.5%	76 35.8%	212 100.0%
2 France	9 32.1%	16 57.1%	2 7.1%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	23 36.5%	6 9.5%	21 33.3%	13 20.6%	63 100.0%
4 Israel	26 52.0%	15 30.0%	0 .0%	9 18.0%	50 100.0%
5 Australia	6 13.6%	10 22.7%	10 22.7%	18 40.9%	44 100.0%
6 Netherland	6 20.0%	21 70.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
7 South Korea	36 70.6%	7 13.7%	1 2.0%	7 13.7%	51 100.0%
8 Czech	12 24.0%	21 42.0%	5 10.0%	12 24.0%	50 100.0%
9 USA	3 10.0%	0 .0%	0 .0%	27 90.0%	30 100.0%
TOTAL	170 30.5%	165 29.6%	57 10.2%	166 29.7%	558 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	214.317 ^a	24	.000
尤度比	207.836	24	.000
線型と線型による連関	.059	1	.809
有効なケースの数	558		

a. 4 セル (11.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.86 です。

	q2_2_5 Availability (Mrs.A): hospital or clinic				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	115 54.2%	39 18.4%	3 1.4%	55 25.9%	212 100.0%
2 France	20 71.4%	3 10.7%	2 7.1%	3 10.7%	28 100.0%
3 UK	38 63.3%	6 10.0%	5 8.3%	11 18.3%	60 100.0%
4 Israel	29 67.4%	3 7.0%	1 2.3%	10 23.3%	43 100.0%
5 Australia	28 63.6%	4 9.1%	2 4.5%	10 22.7%	44 100.0%
6 Netherland	23 79.3%	3 10.3%	2 6.9%	1 3.4%	29 100.0%
7 South Korea	24 48.0%	9 18.0%	10 20.0%	7 14.0%	50 100.0%
8 Czech	36 72.0%	4 8.0%	3 6.0%	7 14.0%	50 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	343 62.8%	71 13.0%	28 5.1%	104 19.0%	546 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	75.174 ^a	24	.000
尤度比	80.015	24	.000
線型と線型による連関	11.313	1	.001
有効なケースの数	546		

a. 11 セル (30.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 1.44 です。

	q2_2_6 Availability (Mrs.A): hospice (institution)				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	51 24.2%	82 38.9%	3 1.4%	75 35.5%	211 100.0%
2 France	5 17.9%	21 75.0%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	17 25.8%	25 37.9%	7 10.6%	17 25.8%	66 100.0%
4 Israel	11 22.0%	21 42.0%	4 8.0%	14 28.0%	50 100.0%
5 Australia	16 34.0%	12 25.5%	2 4.3%	17 36.2%	47 100.0%
6 Netherland	17 54.8%	12 38.7%	0 .0%	2 6.5%	31 100.0%
7 South Korea	19 34.5%	18 32.7%	1 1.8%	17 30.9%	55 100.0%
8 Czech	13 26.0%	25 50.0%	1 2.0%	11 22.0%	50 100.0%
9 USA	29 96.7%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	178 31.3%	216 38.0%	19 3.3%	155 27.3%	568 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	123.412 ^a	24	.000
尤度比	124.781	24	.000
線型と線型による連関	20.282	1	.000
有効なケースの数	568		

a. 8 セル (22.2%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .94 です。

	q2_3_1 priority person(Mrs. A)							合計
	1 Mrs. A	2 Mrs. a's son	3 Primary care doctor	4 Specialist physician	Direct care worker who	6 Social worker	7 other	
1 Japan	167 75.6%	34 15.4%	8 3.6%	2 .9%	4 1.8%	5 2.3%	1 .5%	221 100.0%
2 France	19 65.5%	0 .0%	5 17.2%	2 6.9%	1 3.4%	2 6.9%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	54 85.7%	1 1.6%	3 4.8%	2 3.2%	3 4.8%	0 .0%	0 .0%	63 100.0%
4 Israel	57 90.5%	2 3.2%	0 .0%	1 1.6%	3 4.8%	0 .0%	0 .0%	63 100.0%
5 Australia	46 83.6%	5 9.1%	2 3.6%	0 .0%	1 1.8%	0 .0%	1 1.8%	55 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	63 79.7%	9 11.4%	0 .0%	1 1.3%	5 6.3%	1 1.3%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	13 23.6%	11 20.0%	7 12.7%	19 34.5%	2 3.6%	3 5.5%	0 .0%	55 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	482 76.8%	62 9.9%	25 4.0%	27 4.3%	19 3.0%	11 1.8%	2 .3%	628 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	245.996 ^a	48	.000
尤度比	200.563	48	.000
線型と線型による連関	5.275	1	.022
有効なケースの数	628		

a. 45 セル (71.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .09 です。

	q2_3_2 SU: priority person(Mrs. A)							合計
	1 Mrs. A	2 Mrs. a's son	3 Primary care doctor	4 Specialist physician	Direct care worker who	6 Social worker	7 other	
1 Japan	31 14.0%	142 64.3%	27 12.2%	8 3.6%	5 2.3%	8 3.6%	0 .0%	221 100.0%
2 France	9 32.1%	9 32.1%	4 14.3%	5 17.9%	0 .0%	0 .0%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	26 38.2%	16 23.5%	11 16.2%	13 19.1%	1 1.5%	0 .0%	1 1.5%	68 100.0%
4 Israel	19 30.2%	30 47.6%	2 3.2%	6 9.5%	2 3.2%	1 1.6%	3 4.8%	63 100.0%
5 Australia	18 34.0%	17 32.1%	8 15.1%	10 18.9%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	53 100.0%
6 Nederland	13 39.4%	7 21.2%	2 6.1%	5 15.2%	4 12.1%	1 3.0%	1 3.0%	33 100.0%
7 South Korea	21 26.6%	51 64.6%	3 3.8%	1 1.3%	3 3.8%	0 .0%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	41 73.2%	1 1.8%	2 3.6%	9 16.1%	3 5.4%	0 .0%	0 .0%	56 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	208 33.0%	273 43.3%	59 9.4%	57 9.0%	18 2.9%	10 1.6%	6 1.0%	631 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	270.748 ^a	48	.000
尤度比	291.901	48	.000
線型と線型による連関	19.932	1	.000
有効なケースの数	631		

a. 34 セル (54.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .27 です。

	q2_3_gap q2_3 GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 Japan	62 28.1%	159 71.9%	221 100.0%
2 France	12 41.4%	17 58.6%	29 100.0%
3 UK	28 40.6%	41 59.4%	69 100.0%
4 Israel	18 28.6%	45 71.4%	63 100.0%
5 Australia	21 36.8%	36 63.2%	57 100.0%
6 Nederland	13 39.4%	20 60.6%	33 100.0%
7 South Korea	26 32.5%	54 67.5%	80 100.0%
8 Czech	15 26.8%	41 73.2%	56 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	225 35.3%	413 64.7%	638 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	65.008 ^a	8	.000
尤度比	72.753	8	.000
線型と線型による連関	12.390	1	.000
有効なケースの数	638		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 10.23 です。

	q2_4 priority thing (medical treatment_Mrs. A)						合計
	1 Son's wish	2 The longest life possible	3 Relieving Mrs. A's pain	4 Continuation of Mrs. A's	5 Easing the family burden	6 other	
1 Japan	14 6.3%	0 .0%	128 57.9%	70 31.7%	6 2.7%	3 1.4%	221 100.0%
2 France	0 .0%	0 .0%	20 69.0%	8 27.6%	0 .0%	1 3.4%	29 100.0%
3 UK	2 3.2%	0 .0%	39 61.9%	20 31.7%	0 .0%	2 3.2%	63 100.0%
4 Israel	2 3.2%	0 .0%	44 69.8%	16 25.4%	0 .0%	1 1.6%	63 100.0%
5 Australia	2 3.6%	0 .0%	42 76.4%	8 14.5%	0 .0%	3 5.5%	55 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	0 .0%	19 57.6%	13 39.4%	0 .0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	3 3.8%	0 .0%	42 53.2%	25 31.6%	8 10.1%	1 1.3%	79 100.0%
8 Czech	2 3.6%	3 5.4%	44 78.6%	4 7.1%	1 1.8%	2 3.6%	56 100.0%
9 USA	1 3.3%	0 .0%	27 90.0%	0 .0%	2 6.7%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	27 4.3%	3 .5%	405 64.4%	164 26.1%	17 2.7%	13 2.1%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	100.550 ^a	40	.000
尤度比	95.570	40	.000
線型と線型による連関	.500	1	.480
有効なケースの数	629		

a. 34 セル (63.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .14 です。

	q2_5_1 information (Mrs. A): remaining life expectancy		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	113 51.4%	107 48.6%	220 100.0%
2 France	13 46.4%	15 53.6%	28 100.0%
3 UK	21 30.4%	48 69.6%	69 100.0%
4 Israel	21 33.9%	41 66.1%	62 100.0%
5 Australia	22 40.0%	33 60.0%	55 100.0%
6 Nederland	8 24.2%	25 75.8%	33 100.0%
7 South Korea	70 88.6%	9 11.4%	79 100.0%
8 Czech	28 50.0%	28 50.0%	56 100.0%
9 USA	14 46.7%	16 53.3%	30 100.0%
TOTAL	310 49.1%	322 50.9%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	75.315 ^a	8	.000
尤度比	82.525	8	.000
線型と線型による連関	4.164	1	.041
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 13.73 です。

	q2_5_2 information (Mrs. A): living will		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	165 75.0%	55 25.0%	220 100.0%
2 France	12 42.9%	16 57.1%	28 100.0%
3 UK	31 44.9%	38 55.1%	69 100.0%
4 Israel	34 54.8%	28 45.2%	62 100.0%
5 Australia	36 65.5%	19 34.5%	55 100.0%
6 Nederland	27 81.8%	6 18.2%	33 100.0%
7 South Korea	75 94.9%	4 5.1%	79 100.0%
8 Czech	44 78.6%	12 21.4%	56 100.0%
9 USA	16 53.3%	14 46.7%	30 100.0%
TOTAL	440 69.6%	192 30.4%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	71.385 ^a	8	.000
尤度比	76.669	8	.000
線型と線型による連関	3.367	1	.067
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 8.51 です。

	q2_5_3 information (Mrs.A): alternative therapy		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	171 77.7%	49 22.3%	220 100.0%
2 France	17 60.7%	11 39.3%	28 100.0%
3 UK	46 66.7%	23 33.3%	69 100.0%
4 Israel	50 80.6%	12 19.4%	62 100.0%
5 Australia	45 81.8%	10 18.2%	55 100.0%
6 Nederland	31 93.9%	2 6.1%	33 100.0%
7 South Korea	78 98.7%	1 1.3%	79 100.0%
8 Czech	43 76.8%	13 23.2%	56 100.0%
9 USA	19 63.3%	11 36.7%	30 100.0%
TOTAL	500 79.1%	132 20.9%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	40.293 ^a	8	.000
尤度比	50.007	8	.000
線型と線型による連関	4.166	1	.041
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 5.85 です。

	q2_5_4 information (Mrs.A): suffering and pain		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	61 27.7%	159 72.3%	220 100.0%
2 France	4 14.3%	24 85.7%	28 100.0%
3 UK	14 20.3%	55 79.7%	69 100.0%
4 Israel	17 27.4%	45 72.6%	62 100.0%
5 Australia	14 25.5%	41 74.5%	55 100.0%
6 Nederland	9 27.3%	24 72.7%	33 100.0%
7 South Korea	51 64.6%	28 35.4%	79 100.0%
8 Czech	14 25.0%	42 75.0%	56 100.0%
9 USA	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	184 29.1%	448 70.9%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	67.156 ^a	8	.000
尤度比	70.461	8	.000
線型と線型による連関	2.722	1	.099
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 8.15 です。

	q2_5_5 information (Mrs.A): available medical or LTC systems		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	53 24.1%	167 75.9%	220 100.0%
2 France	14 50.0%	14 50.0%	28 100.0%
3 UK	17 24.6%	52 75.4%	69 100.0%
4 Israel	18 29.0%	44 71.0%	62 100.0%
5 Australia	20 36.4%	35 63.6%	55 100.0%
6 Nederland	9 27.3%	24 72.7%	33 100.0%
7 South Korea	48 60.8%	31 39.2%	79 100.0%
8 Czech	12 21.4%	44 78.6%	56 100.0%
9 USA	6 20.0%	24 80.0%	30 100.0%
TOTAL	197 31.2%	435 68.8%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	48.656 ^a	8	.000
尤度比	45.937	8	.000
線型と線型による連関	5.207	1	.022
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 8.73 です。

	q2_5_6 information (Mrs.A): the moment of death		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	150 68.2%	70 31.8%	220 100.0%
2 France	24 85.7%	4 14.3%	28 100.0%
3 UK	39 56.5%	30 43.5%	69 100.0%
4 Israel	37 59.7%	25 40.3%	62 100.0%
5 Australia	36 65.5%	19 34.5%	55 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	66 83.5%	13 16.5%	79 100.0%
8 Czech	34 60.7%	22 39.3%	56 100.0%
9 USA	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	448 70.9%	184 29.1%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	47.378 ^a	8	.000
尤度比	60.768	8	.000
線型と線型による連関	6.848	1	.009
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 8.15 です。

	q2_5_7 information (Mrs.A): future financial cost		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	127 57.7%	93 42.3%	220 100.0%
2 France	19 67.9%	9 32.1%	28 100.0%
3 UK	56 81.2%	13 18.8%	69 100.0%
4 Israel	51 82.3%	11 17.7%	62 100.0%
5 Australia	42 76.4%	13 23.6%	55 100.0%
6 Nederland	31 93.9%	2 6.1%	33 100.0%
7 South Korea	75 94.9%	4 5.1%	79 100.0%
8 Czech	49 87.5%	7 12.5%	56 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	480 75.9%	152 24.1%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	78.406 ^a	8	.000
尤度比	88.584	8	.000
線型と線型による連関	67.120	1	.000
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 6.73 です。

	q2_5_8 information (Mrs.A): future family care burden		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	110 50.0%	110 50.0%	220 100.0%
2 France	15 53.6%	13 46.4%	28 100.0%
3 UK	49 71.0%	20 29.0%	69 100.0%
4 Israel	36 58.1%	26 41.9%	62 100.0%
5 Australia	37 67.3%	18 32.7%	55 100.0%
6 Nederland	16 48.5%	17 51.5%	33 100.0%
7 South Korea	70 88.6%	9 11.4%	79 100.0%
8 Czech	43 76.8%	13 23.2%	56 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	406 64.2%	226 35.8%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	67.957 ^a	8	.000
尤度比	81.105	8	.000
線型と線型による連関	47.246	1	.000
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 10.01 です。

	q2_5_9 information (Mrs.A): grief after death		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	197 89.5%	23 10.5%	220 100.0%
2 France	25 89.3%	3 10.7%	28 100.0%
3 UK	36 52.2%	33 47.8%	69 100.0%
4 Israel	44 71.0%	18 29.0%	62 100.0%
5 Australia	32 58.2%	23 41.8%	55 100.0%
6 Nederland	30 90.9%	3 9.1%	33 100.0%
7 South Korea	78 98.7%	1 1.3%	79 100.0%
8 Czech	41 73.2%	15 26.8%	56 100.0%
9 USA	26 86.7%	4 13.3%	30 100.0%
TOTAL	509 80.5%	123 19.5%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	90.918 ^a	8	.000
尤度比	92.047	8	.000
線型と線型による連関	.278	1	.598
有効なケースの数	632		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 5.45 です。

	q2_5_10 information (Mrs.A): other		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	210 95.5%	10 4.5%	220 100.0%
2 France	26 92.9%	2 7.1%	28 100.0%
3 UK	56 81.2%	13 18.8%	69 100.0%
4 Israel	55 88.7%	7 11.3%	62 100.0%
5 Australia	46 83.6%	9 16.4%	55 100.0%
6 Nederland	26 78.8%	7 21.2%	33 100.0%
7 South Korea	78 98.7%	1 1.3%	79 100.0%
8 Czech	52 92.9%	4 7.1%	56 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	579 91.6%	53 8.4%	632 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	34.471 ^a	8	.000
尤度比	35.221	8	.000
線型と線型による連関	.001	1	.977
有効なケースの数	632		

a. 5 セル (27.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.35 です。

	q2_6_1 best choice as a basic principle(Mrs.A)						合計
	1 Aggressive treatment with anticancer drug	2 Aggressive treatment with high level medical services	3 Aggressive treatment with alternative medicine	4 Pain control only(without aggressive treatment)	5 Do nothing special	6 other	
1 Japan	2 .9%	1 .5%	4 1.8%	203 91.9%	0 .0%	11 5.0%	221 100.0%
2 France	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 96.4%	0 .0%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	0 .0%	3 4.7%	0 .0%	44 68.8%	0 .0%	17 26.6%	64 100.0%
4 Israel	0 .0%	2 3.2%	0 .0%	55 87.3%	3 4.8%	3 4.8%	63 100.0%
5 Australia	1 1.8%	0 .0%	0 .0%	50 90.9%	0 .0%	4 7.3%	55 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 81.8%	0 .0%	6 18.2%	33 100.0%
7 South Korea	2 2.5%	6 7.6%	5 6.3%	63 79.7%	1 1.3%	2 2.5%	79 100.0%
8 Czech	0 .0%	2 3.8%	0 .0%	48 90.6%	0 .0%	3 5.7%	53 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	5 .8%	14 2.2%	9 1.4%	547 87.4%	4 .6%	47 7.5%	626 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	112.144 ^a	40	.000
尤度比	95.084	40	.000
線型と線型による連関	2.487	1	.115
有効なケースの数	626		

a. 43 セル (79.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .18 です。

	q2_6_2 reason of best choice as a basic principle(Mrs. A)								合計
	1 Possible to recover fully	2 High possibility for longer life	3 Expected improvement of QOL	4 Economical	5 Respect for Mrs. A's dignity	6 More likely to fit family's wish	7 Set by national or facility guideline	8 other	
1 Japan	0 .0%	3 1.4%	47 21.4%	3 1.4%	141 64.1%	17 7.7%	0 .0%	9 4.1%	220 100.0%
2 France	0 .0%	0 .0%	16 55.2%	0 .0%	12 41.4%	0 .0%	1 3.4%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	0 .0%	2 3.2%	20 32.3%	1 1.6%	33 53.2%	1 1.6%	1 1.6%	4 6.5%	62 100.0%
4 Israel	0 .0%	1 1.6%	37 59.7%	0 .0%	21 33.9%	0 .0%	1 1.6%	2 3.2%	62 100.0%
5 Australia	0 .0%	1 1.8%	22 40.0%	1 1.8%	29 52.7%	0 .0%	0 .0%	2 3.6%	55 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	14 42.4%	0 .0%	18 54.5%	0 .0%	0 .0%	1 3.0%	33 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	0 .0%	23 29.5%	0 .0%	44 56.4%	5 6.4%	0 .0%	5 6.4%	78 100.0%
8 Czech	1 1.8%	1 1.8%	19 34.5%	1 1.8%	33 60.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	55 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	2 6.7%	0 .0%	25 83.3%	3 10.0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	2 .3%	8 1.3%	200 32.1%	6 1.0%	356 57.1%	26 4.2%	3 .5%	23 3.7%	624 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	103.652 ^a	56	.000
尤度比	115.743	56	.000
線型と線型による連関	2.063	1	.151
有効なケースの数	624		

a. 52 セル (72.2%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .09 です。

	q2_7_1 real choice as a basic principle(Mrs. A)						合計
	1 Aggressive treatment with anticancer drug	2 Aggressive treatment with high level medical services	3 Aggressive treatment with alternative medicine	4 Pain control only(without aggressive treatment)	5 Do nothing special	6 other	
1 Japan	13 5.9%	2 .9%	7 3.2%	182 83.1%	5 2.3%	10 4.6%	219 100.0%
2 France	0 .0%	0 .0%	1 3.6%	25 89.3%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	1 1.6%	8 12.5%	1 1.6%	47 73.4%	3 4.7%	4 6.3%	64 100.0%
4 Israel	4 6.5%	7 11.3%	0 .0%	45 72.6%	2 3.2%	4 6.5%	62 100.0%
5 Australia	2 3.5%	3 5.3%	0 .0%	47 82.5%	0 .0%	5 8.8%	57 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	0 .0%	0 .0%	27 81.8%	1 3.0%	4 12.1%	33 100.0%
7 South Korea	4 5.2%	4 5.2%	3 3.9%	66 85.7%	0 .0%	0 .0%	77 100.0%
8 Czech	7 13.2%	8 15.1%	0 .0%	35 66.0%	1 1.9%	2 3.8%	53 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	27 90.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
TOTAL	32 5.1%	32 5.1%	12 1.9%	501 80.4%	13 2.1%	33 5.3%	623 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	74.664 ^a	40	.001
尤度比	87.718	40	.000
線型と線型による連関	1.785	1	.182
有効なケースの数	623		

a. 42 セル (77.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .54 です。

	q2_7_2 reason of real choice as a basic principle(Mrs. A)								合計
	1 Possible to recover fully	2 High possibility for longer life	3 Expected improvement of QOL	4 Economical	5 Respect for Mrs. A's dignity	6 More likely to fit family's wish	7 Set by national or facility guideline	8 other	
1 Japan	0 .0%	12 5.5%	34 15.6%	5 2.3%	118 54.1%	35 16.1%	1 .5%	13 6.0%	218 100.0%
2 France	0 .0%	1 3.6%	11 39.3%	0 .0%	13 46.4%	0 .0%	2 7.1%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	0 .0%	3 4.8%	16 25.8%	4 6.5%	27 43.5%	2 3.2%	2 3.2%	8 12.9%	62 100.0%
4 Israel	0 .0%	2 3.3%	22 36.1%	2 3.3%	12 19.7%	4 6.6%	14 23.0%	5 8.2%	61 100.0%
5 Australia	0 .0%	1 1.8%	23 40.4%	1 1.8%	24 42.1%	4 7.0%	0 .0%	4 7.0%	57 100.0%
6 Nederland	0 .0%	1 3.0%	13 39.4%	0 .0%	17 51.5%	1 3.0%	1 3.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	0 .0%	3 3.9%	17 22.1%	1 1.3%	45 58.4%	7 9.1%	0 .0%	4 5.2%	77 100.0%
8 Czech	3 5.5%	2 3.6%	19 34.5%	0 .0%	21 38.2%	1 1.8%	9 16.4%	0 .0%	55 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	0 .0%	19 67.9%	7 25.0%	0 .0%	0 .0%	28 100.0%
TOTAL	3 .5%	25 4.0%	157 25.4%	13 2.1%	296 47.8%	61 9.9%	29 4.7%	35 5.7%	619 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	204.412 ^a	56	.000
尤度比	187.200	56	.000
線型と線型による連関	2.614	1	.106

a. 45 セル (62.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .14 です。

	q2_6_gap q2_6-7 GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 Japan	182 82.4%	39 17.6%	221 100.0%
2 France	26 89.7%	3 10.3%	29 100.0%
3 UK	43 62.3%	26 37.7%	69 100.0%
4 Israel	47 74.6%	16 25.4%	63 100.0%
5 Australia	46 80.7%	11 19.3%	57 100.0%
6 Nederland	28 84.8%	5 15.2%	33 100.0%
7 South Korea	64 80.0%	16 20.0%	80 100.0%
8 Czech	37 66.1%	19 33.9%	56 100.0%
9 USA	27 90.0%	3 10.0%	30 100.0%
TOTAL	500 78.4%	138 21.6%	638 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	23.777 ^a	8	.002
尤度比	22.924	8	.003
線型と線型による連関	.629	1	.428
有効なケースの数	638		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 6.27 です。

	q2_8_1 best direction toward death(Mrs. A)							合計
	1 Continuing treatment in hospital	2 Changing to palliative care in hospital	3 Continuing treatment at care facility	4 Changing to palliative care at care facility	5 Continuing treatment at home	6 Changing to palliative care at home	7 other	
1 Japan	2 .9%	33 15.0%	0 .0%	18 8.2%	12 5.5%	154 70.0%	1 .5%	220 100.0%
2 France	0 .0%	2 7.1%	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	23 82.1%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	1 1.5%	2 2.9%	2 2.9%	9 13.2%	13 19.1%	38 55.9%	3 4.4%	68 100.0%
4 Israel	1 1.6%	3 4.8%	5 8.1%	6 9.7%	19 30.6%	28 45.2%	0 .0%	62 100.0%
5 Australia	0 .0%	4 7.0%	2 3.5%	17 29.8%	3 5.3%	29 50.9%	2 3.5%	57 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	0 .0%	6 18.2%	1 3.0%	26 78.8%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	4 5.2%	16 20.8%	9 11.7%	26 33.8%	3 3.9%	18 23.4%	1 1.3%	77 100.0%
8 Czech	1 1.8%	5 9.1%	2 3.6%	9 16.4%	3 5.5%	33 60.0%	2 3.6%	55 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	9 1.4%	65 10.3%	20 3.2%	91 14.4%	56 8.9%	379 60.2%	10 1.6%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	211.893 ^a	48	.000
尤度比	213.856	48	.000
線型と線型による連関	4.197	1	.041
有効なケースの数	630		

a. 36 セル (57.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .40 です。

	q2_8_2_1 response (Mrs. A) : Possible to recover fully		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	219 99.5%	1 .5%	220 100.0%
2 France	29 100.0%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	68 100.0%	0 .0%	68 100.0%
4 Israel	61 100.0%	0 .0%	61 100.0%
5 Australia	57 100.0%	0 .0%	57 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	76 98.7%	1 1.3%	77 100.0%
8 Czech	54 98.2%	1 1.8%	55 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	627 99.5%	3 .5%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.522 ^a	8	.807
尤度比	4.615	8	.798
線型と線型による連関	.832	1	.362
有効なケースの数	630		

a. 9 セル (50.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .14 です。

	q2_8_2_2 response (Mrs. A) : High possibility for longer life		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	211 95.9%	9 4.1%	220 100.0%
2 France	29 100.0%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	62 91.2%	6 8.8%	68 100.0%
4 Israel	61 100.0%	0 .0%	61 100.0%
5 Australia	56 98.2%	1 1.8%	57 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	75 97.4%	2 2.6%	77 100.0%
8 Czech	51 92.7%	4 7.3%	55 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	608 96.5%	22 3.5%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	14.532 ^a	8	.069
尤度比	17.790	8	.023
線型と線型による連関	.389	1	.533
有効なケースの数	630		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 1.01 です。

	q2_8_2_3 response (Mrs. A) : Expected improvement of QOL		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	164 74.5%	56 25.5%	220 100.0%
2 France	14 48.3%	15 51.7%	29 100.0%
3 UK	38 55.9%	30 44.1%	68 100.0%
4 Israel	39 63.9%	22 36.1%	61 100.0%
5 Australia	37 64.9%	20 35.1%	57 100.0%
6 Nederland	23 69.7%	10 30.3%	33 100.0%
7 South Korea	43 55.8%	34 44.2%	77 100.0%
8 Czech	29 52.7%	26 47.3%	55 100.0%
9 USA	26 86.7%	4 13.3%	30 100.0%
TOTAL	413 65.6%	217 34.4%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	28.005 ^a	8	.000
尤度比	28.819	8	.000
線型と線型による連関	3.336	1	.068
有効なケースの数	630		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 9.99 です。

	q2_8_2_4 response (Mrs. A) : Economical		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	210 95.5%	10 4.5%	220 100.0%
2 France	29 100.0%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	66 97.1%	2 2.9%	68 100.0%
4 Israel	60 98.4%	1 1.6%	61 100.0%
5 Australia	56 98.2%	1 1.8%	57 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	71 92.2%	6 7.8%	77 100.0%
8 Czech	50 90.9%	5 9.1%	55 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	605 96.0%	25 4.0%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	12.526 ^a	8	.129
尤度比	15.003	8	.059
線型と線型による連関	.502	1	.479
有効なケースの数	630		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 1.15 です。

	q2_8_2_5 response (Mrs. A): Respect for Mr. B's dignity		合計
	U no	I yes	
1 Japan	38 17.3%	182 82.7%	220 100.0%
2 France	5 17.2%	24 82.8%	29 100.0%
3 UK	7 10.3%	61 89.7%	68 100.0%
4 Israel	21 34.4%	40 65.6%	61 100.0%
5 Australia	21 36.8%	36 63.2%	57 100.0%
6 Nederland	5 15.2%	28 84.8%	33 100.0%
7 South Korea	27 35.1%	50 64.9%	77 100.0%
8 Czech	12 21.8%	43 78.2%	55 100.0%
9 USA	5 16.7%	25 83.3%	30 100.0%
TOTAL	141 22.4%	489 77.6%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	30.118 ^a	8	.000
尤度比	29.549	8	.000
線型と線型による連関	5.670	1	.017
有効なケースの数	630		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 6.49 です。

	q2_8_2_6 response (Mrs. A): More likely to fit family's wish		合計
	U no	I yes	
1 Japan	178 80.9%	42 19.1%	220 100.0%
2 France	27 93.1%	2 6.9%	29 100.0%
3 UK	53 77.9%	15 22.1%	68 100.0%
4 Israel	59 96.7%	2 3.3%	61 100.0%
5 Australia	50 87.7%	7 12.3%	57 100.0%
6 Nederland	30 90.9%	3 9.1%	33 100.0%
7 South Korea	64 83.1%	13 16.9%	77 100.0%
8 Czech	43 78.2%	12 21.8%	55 100.0%
9 USA	20 66.7%	10 33.3%	30 100.0%
TOTAL	524 83.2%	106 16.8%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	21.253 ^a	8	.007
尤度比	24.091	8	.002
線型と線型による連関	.364	1	.546
有効なケースの数	630		

a. 1 セル (5.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 4.88 です。

	q2_8_2_7 response (Mrs. A): Set by national/facility guideline		合計
	U no	I yes	
1 Japan	219 99.5%	1 .5%	220 100.0%
2 France	29 100.0%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	60 88.2%	8 11.8%	68 100.0%
4 Israel	59 96.7%	2 3.3%	61 100.0%
5 Australia	54 94.7%	3 5.3%	57 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	76 98.7%	1 1.3%	77 100.0%
8 Czech	51 92.7%	4 7.3%	55 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	611 97.0%	19 3.0%	630 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	30.773 ^a	8	.000
尤度比	27.971	8	.000
線型と線型による連関	1.211	1	.271
有効なケースの数	630		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .87 です。

	q2_8_2_8 response (Mrs. A) : other		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	211	9	220
	95.9%	4.1%	100.0%
2 France	28	1	29
	96.6%	3.4%	100.0%
3 UK	63	5	68
	92.6%	7.4%	100.0%
4 Israel	59	2	61
	96.7%	3.3%	100.0%
5 Australia	52	5	57
	91.2%	8.8%	100.0%
6 Netherland	30	3	33
	90.9%	9.1%	100.0%
7 South Korea	77	0	77
	100.0%	.0%	100.0%
8 Czech	54	1	55
	98.2%	1.8%	100.0%
9 USA	30	0	30
	100.0%	.0%	100.0%
TOTAL	604	26	630
	95.9%	4.1%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	12.444 ^a	8	.132
尤度比	15.492	8	.050
線型と線型による連関	1.461	1	.227
有効なケースの数	630		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 1.20 です。

一元配置分析

記述統計

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	信頼区間		最小値	最大値	
					下限	上限			
q2_2_1m Availability (Mrs. A) : assisted living: waiting	1 Japan	10	2.2500	2.12459	.67185	.7302	3.7698	.00	6.00
	2 France	15	1.7667	1.44996	.37438	.9637	2.5696	.50	6.00
	3 UK	15	2.3900	1.80557	.46620	1.3901	3.3899	.10	6.00
	4 Israel	16	8.3531	6.40327	1.60082	4.9411	11.7652	.65	24.00
	5 Australia	14	1.9286	1.47879	.39522	1.0747	2.7824	1.00	6.00
	6 Netherland	4	9.5000	5.00000	2.50000	1.5439	17.4561	2.00	12.00
	7 South Korea	6	4.5000	4.03733	1.64823	.2631	8.7369	1.00	12.00
	8 Czech	18	14.0278	14.08219	3.31920	7.0249	21.0307	1.00	60.00
	9 USA	2	.7500	.35355	.25000	-2.4266	3.9266	.50	1.00
	合計	100	5.6450	8.08893	.80889	4.0400	7.2500	.00	60.00
q2_2_2m Availability (Mrs. A) : group home: waiting	1 Japan	17	5.0588	3.23014	.78342	3.3980	6.7196	1.00	12.00
	2 France	8	2.2500	.70711	.25000	1.6588	2.8412	1.00	3.00
	3 UK	4	2.5500	2.58392	1.29196	-1.5616	6.6616	.20	6.00
	4 Israel	5	11.0500	11.25889	5.03513	-2.9298	25.0298	1.25	30.00
	5 Australia	6	3.5000	1.76068	.71880	1.6523	5.3477	2.00	6.00
	6 Netherland	4	9.2500	5.50000	2.75000	.4983	18.0017	1.00	12.00
	7 South Korea	3	4.0000	1.73205	1.00000	-.3027	8.3027	3.00	6.00
	8 Czech	1	3.0000	.	.	.	.	3.00	3.00
	9 USA	0	.	.	.	.	.	.	.
	合計	48	5.0510	4.98930	.72014	3.6023	6.4998	.20	30.00
q2_2_3m Availability (Mrs. A) : old people's home: waiting	1 Japan	31	10.1935	8.15033	1.46384	7.2040	13.1831	1.00	36.00
	2 France	12	2.5000	1.38170	.39886	1.6221	3.3779	1.00	6.00
	3 UK	17	1.1000	1.34849	.32706	.4067	1.7933	.20	6.00
	4 Israel	22	6.0909	5.52836	1.17865	3.6398	8.5420	.50	24.00
	5 Australia	23	1.7717	1.36913	.28548	1.1797	2.3638	.25	6.00
	6 Netherland	13	4.0385	3.13888	.87057	2.1417	5.9353	.50	12.00
	7 South Korea	6	2.3333	2.04124	.83333	.1912	4.4755	.50	6.00
	8 Czech	20	32.3500	18.60185	4.15950	23.6441	41.0559	8.00	60.00
	9 USA	0	.	.	.	.	.	.	.
	合計	144	8.7010	12.93282	1.07774	6.5707	10.8314	.20	60.00
q2_2_4m Availability (Mrs. A) : long term care hospital: waiting	1 Japan	30	4.5817	8.81193	1.60883	1.2912	7.8721	.20	48.00
	2 France	16	1.8438	1.12129	.28032	1.2463	2.4412	.50	4.00
	3 UK	2	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
	4 Israel	13	1.4423	1.03155	.28610	.8189	2.0657	.25	4.00
	5 Australia	8	1.1875	.75297	.26622	.5580	1.8170	.50	3.00
	6 Netherland	18	1.6972	1.54448	.36404	.9292	2.4653	.30	6.00
	7 South Korea	2	1.5000	.70711	.50000	-4.8531	7.8531	1.00	2.00
	8 Czech	18	1.3139	.93868	.22125	.8471	1.7807	.20	3.50
	9 USA	0	.	.	.	.	.	.	.
	合計	107	2.3776	4.90525	.47421	1.4374	3.3177	.20	48.00
q2_2_5m Availability (Mrs. A) : hospital or clinic: waiting	1 Japan	12	1.3125	.96014	.27717	.7025	1.9225	.25	3.00
	2 France	3	1.8333	1.25831	.72648	-1.2925	4.9591	.50	3.00
	3 UK	4	1.1250	.62915	.31458	.1239	2.1261	.50	2.00
	4 Israel	2	2.0000	1.41421	1.00000	-10.7062	14.7062	1.00	3.00
	5 Australia	3	1.1667	.76376	.44096	-.7306	3.0640	.50	2.00
	6 Netherland	2	1.1250	1.23744	.87500	-9.9929	12.2429	.25	2.00
	7 South Korea	5	2.3200	1.76409	.78892	.1296	4.5104	.60	5.00
	8 Czech	3	1.3333	.57735	.33333	-.1009	2.7676	1.00	2.00
	9 USA	0	.	.	.	.	.	.	.
	合計	34	1.5029	1.07569	.18448	1.1276	1.8783	.25	5.00
q2_2_6m Availability (Mrs. A) : hospice(institution): waiting	1 Japan	34	2.7618	1.93907	.33255	2.0852	3.4383	.40	6.00
	2 France	20	1.8150	1.30193	.29112	1.2057	2.4243	.30	6.00
	3 UK	10	.6275	.35871	.11343	.3709	.8841	.20	1.00
	4 Israel	20	1.6375	1.65727	.37058	.8619	2.4131	.50	6.50
	5 Australia	7	.8214	.81284	.30723	.0697	1.5732	.25	2.50
	6 Netherland	9	.5111	.20429	.06810	.3541	.6681	.25	1.00
	7 South Korea	11	2.7136	3.46944	1.04608	.3828	5.0444	.35	12.00
	8 Czech	23	2.0283	1.82973	.38153	1.2370	2.8195	.15	6.00
	9 USA	0	.	.	.	.	.	.	.
	合計	134	1.9110	1.90777	.16481	1.5850	2.2370	.15	12.00

分散分析

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
q2_2_1m Availability	グループ間	2190.626	8	273.828	5.813	.000
(Mrs.A): assisted living:	グループ内	4287.016	91	47.110		
waiting	合計	6477.643	99			
q2_2_2m Availability	グループ間	360.206	7	51.458	2.542	.029
(Mrs.A): group home:	グループ内	809.771	40	20.244		
waiting	合計	1169.977	47			
q2_2_3m Availability	グループ間	14478.277	7	2068.325	29.799	.000
(Mrs.A): old people's home:	グループ内	9439.605	136	69.409		
waiting	合計	23917.882	143			
q2_2_4m Availability	グループ間	207.035	7	29.576	1.249	.283
(Mrs.A): long term care	グループ内	2343.481	99	23.672		
hospital: waiting	合計	2550.516	106			
q2_2_5m Availability	グループ間	5.877	7	.840	.676	.691
(Mrs.A): hospital or	グループ内	32.307	26	1.243		
clinic: waiting	合計	38.185	33			
q2_2_6m Availability	グループ間	76.113	7	10.873	3.358	.003
(Mrs.A): hospice(institution):	グループ内	407.951	126	3.238		
	合計	484.064	133			

	q3_1 terminal phase(Mr.B)		合計
	1 yes	2 no	
1 Japan	84	134	218
	38.5%	61.5%	100.0%
2 France	22	7	29
	75.9%	24.1%	100.0%
3 UK	41	23	64
	64.1%	35.9%	100.0%
4 Israel	23	39	62
	37.1%	62.9%	100.0%
5 Australia	37	17	54
	68.5%	31.5%	100.0%
6 Nederland	13	18	31
	41.9%	58.1%	100.0%
7 South Korea	30	48	78
	38.5%	61.5%	100.0%
8 Czech	20	25	45
	44.4%	55.6%	100.0%
9 USA	26	4	30
	86.7%	13.3%	100.0%
TOTAL	296	315	611
	48.4%	51.6%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	56.939 ^a	8	.000
尤度比	59.609	8	.000
線型と線型による連関	4.694	1	.030
有効なケースの数	611		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 14.05 です。

	q3_2_1 best place on final days (Mr.B)								合計
	1 Mr.B's home	2 Assisted living	3 Group home	4 Old people's home	5 Long term care hospital	6 Hospital or clinic	7 Hospice(institution)	8 other	
1 Japan	188	9	4	25	11	1	2	1	221
	76.0%	4.1%	1.8%	11.3%	5.0%	.5%	.9%	.5%	100.0%
2 France	13	5	0	0	4	1	5	1	29
	44.8%	17.2%	.0%	.0%	13.8%	3.4%	17.2%	3.4%	100.0%
3 UK	43	1	11	3	2	0	0	5	65
	66.2%	1.5%	16.9%	4.6%	3.1%	.0%	.0%	7.7%	100.0%
4 Israel	33	3	0	5	20	0	1	1	63
	52.4%	4.8%	.0%	7.9%	31.7%	.0%	1.6%	1.6%	100.0%
5 Australia	26	7	0	10	8	1	4	0	56
	46.4%	12.5%	.0%	17.9%	14.3%	1.8%	7.1%	.0%	100.0%
6 Nederland	22	0	0	0	9	0	1	0	32
	68.8%	.0%	.0%	.0%	28.1%	.0%	3.1%	.0%	100.0%
7 South Korea	20	16	0	3	34	2	3	1	79
	25.3%	20.3%	.0%	3.8%	43.0%	2.5%	3.8%	1.3%	100.0%
8 Czech	19	4	0	2	13	4	11	1	54
	35.2%	7.4%	.0%	3.7%	24.1%	7.4%	20.4%	1.9%	100.0%
9 USA	29	0	0	0	0	0	1	0	30
	96.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	3.3%	.0%	100.0%
TOTAL	373	45	15	48	101	9	28	10	629
	59.3%	7.2%	2.4%	7.6%	16.1%	1.4%	4.5%	1.6%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	337.332 ^a	56	.000
尤度比	297.597	56	.000
線型と線型による連関	35.990	1	.000
有効なケースの数	629		

a. 50 セル (69.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .41 です。

	q3_2_2 SU: best place on final days (Mr.B)								合計
	1 Mr. B's home	2 Assisted living	3 Group home	4 Old people's home	5 Long term care hospital	6 Hospital or clinic	7 Hospice(institution)	8 other	
1 Japan	50 22.7%	4 1.8%	5 2.3%	52 23.6%	48 21.8%	58 26.4%	3 1.4%	0 .0%	220 100.0%
2 France	3 11.1%	5 18.5%	0 .0%	0 .0%	6 22.2%	11 40.7%	2 7.4%	0 .0%	27 100.0%
3 UK	9 13.4%	1 1.5%	29 43.3%	20 29.9%	1 1.5%	1 1.5%	1 1.5%	5 7.5%	67 100.0%
4 Israel	15 24.2%	0 .0%	1 1.6%	6 9.7%	34 54.8%	2 3.2%	1 1.6%	3 4.8%	62 100.0%
5 Australia	5 8.9%	4 7.1%	0 .0%	18 32.1%	9 16.1%	13 23.2%	5 8.9%	2 3.6%	56 100.0%
6 Nederland	8 24.2%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	22 66.7%	2 6.1%	1 3.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	12 15.2%	14 17.7%	0 .0%	6 7.6%	39 49.4%	4 5.1%	4 5.1%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	2 3.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	22 40.7%	25 46.3%	3 5.6%	2 3.7%	54 100.0%
9 USA	10 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.7%	16 53.3%	0 .0%	2 6.7%	30 100.0%
TOTAL	114 18.2%	28 4.5%	35 5.6%	102 16.2%	183 29.1%	132 21.0%	20 3.2%	14 2.2%	628 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	504.184 ^a	56	.000
尤度比	452.037	56	.000
線型と線型による連関	9.783	1	.002
有効なケースの数	628		

a. 36 セル (50.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .60 です。

	q3_2_gap q3_2 GAP		合計
	U no gap	I gap	
1 Japan	73 33.0%	148 67.0%	221 100.0%
2 France	8 27.6%	21 72.4%	29 100.0%
3 UK	20 29.0%	49 71.0%	69 100.0%
4 Israel	32 50.8%	31 49.2%	63 100.0%
5 Australia	25 43.9%	32 56.1%	57 100.0%
6 Nederland	13 39.4%	20 60.6%	33 100.0%
7 South Korea	58 72.5%	22 27.5%	80 100.0%
8 Czech	16 28.6%	40 71.4%	56 100.0%
9 USA	9 30.0%	21 70.0%	30 100.0%
TOTAL	254 39.8%	384 60.2%	638 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	52.819 ^a	8	.000
尤度比	52.639	8	.000
線型と線型による連関	8.837	1	.003
有効なケースの数	638		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 11.55 です。

	q3_3_1 Availability (Mr.B): assisted living				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	21 10.0%	34 16.1%	51 24.2%	105 49.8%	211 100.0%
2 France	7 25.0%	13 46.4%	4 14.3%	4 14.3%	28 100.0%
3 UK	3 4.8%	22 34.9%	17 27.0%	21 33.3%	63 100.0%
4 Israel	9 20.9%	11 25.6%	7 16.3%	16 37.2%	43 100.0%
5 Australia	6 14.3%	15 35.7%	6 14.3%	15 35.7%	42 100.0%
6 Nederland	0 .0%	2 8.0%	9 36.0%	14 56.0%	25 100.0%
7 South Korea	14 23.7%	4 6.8%	4 6.8%	37 62.7%	59 100.0%
8 Czech	0 .0%	15 38.5%	19 48.7%	5 12.8%	39 100.0%
9 USA	1 3.3%	0 .0%	8 26.7%	21 70.0%	30 100.0%
TOTAL	61 11.3%	116 21.5%	125 23.1%	238 44.1%	540 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	120.665 ^a	24	.000
尤度比	134.751	24	.000
線型と線型による連関	.511	1	.475
有効なケースの数	540		

a. 6 セル (16.7%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.82 です。

	q3_3_2 Availability (Mr.B): group home					合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	23	
1 Japan	6 2.8%	30 14.2%	116 55.0%	59 28.0%	0 .0%	211 100.0%
2 France	0 .0%	4 25.0%	10 62.5%	2 12.5%	0 .0%	16 100.0%
3 UK	0 .0%	2 22.2%	3 33.3%	3 33.3%	1 11.1%	9 100.0%
4 Israel	4 9.3%	3 7.0%	10 23.3%	26 60.5%	0 .0%	43 100.0%
5 Australia	0 .0%	9 22.5%	14 35.0%	17 42.5%	0 .0%	40 100.0%
6 Nederland	0 .0%	3 11.5%	10 38.5%	13 50.0%	0 .0%	26 100.0%
7 South Korea	11 20.0%	2 3.6%	7 12.7%	35 63.6%	0 .0%	55 100.0%
8 Czech	0 .0%	0 .0%	25 67.6%	12 32.4%	0 .0%	37 100.0%
9 USA	2 6.7%	0 .0%	0 .0%	28 93.3%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	23 4.9%	53 11.3%	195 41.8%	195 41.8%	1 .2%	467 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	194.437 ^a	32	.000
尤度比	165.097	32	.000
線型と線型による連関	6.066	1	.014
有効なケースの数	467		

a. 26 セル (5.7%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .02 です。

	q3_3_3 Availability (Mr.B): old people's home				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	17 8.0%	120 56.3%	32 15.0%	44 20.7%	213 100.0%
2 France	0 .0%	6 22.2%	16 59.3%	5 18.5%	27 100.0%
3 UK	20 30.8%	32 49.2%	3 4.6%	10 15.4%	65 100.0%
4 Israel	8 17.4%	24 52.2%	0 .0%	14 30.4%	46 100.0%
5 Australia	4 9.1%	30 68.2%	1 2.3%	9 20.5%	44 100.0%
6 Nederland	2 7.1%	14 50.0%	5 17.9%	7 25.0%	28 100.0%
7 South Korea	32 54.2%	7 11.9%	5 8.5%	15 25.4%	59 100.0%
8 Czech	0 .0%	22 55.0%	14 35.0%	4 10.0%	40 100.0%
9 USA	9 30.0%	0 .0%	0 .0%	21 70.0%	30 100.0%
TOTAL	92 16.7%	255 46.2%	76 13.8%	129 23.4%	552 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	236.724 ^a	24	.000
尤度比	233.229	24	.000
線型と線型による連関	.112	1	.738
有効なケースの数	552		

a. 5 セル (13.9%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 3.72 です。

	q3_3_4 Availability (Mr.B): long term care hospital				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	43 20.4%	87 41.2%	8 3.8%	73 34.6%	211 100.0%
2 France	8 28.6%	18 64.3%	0 .0%	2 7.1%	28 100.0%
3 UK	23 35.4%	12 18.5%	20 30.8%	10 15.4%	65 100.0%
4 Israel	28 50.0%	16 28.6%	1 1.8%	11 19.6%	56 100.0%
5 Australia	7 15.9%	11 25.0%	13 29.5%	13 29.5%	44 100.0%
6 Nederland	6 20.0%	21 70.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
7 South Korea	36 61.0%	6 10.2%	1 1.7%	16 27.1%	59 100.0%
8 Czech	12 29.3%	20 48.8%	3 7.3%	6 14.6%	41 100.0%
9 USA	3 10.0%	0 .0%	0 .0%	27 90.0%	30 100.0%
TOTAL	166 29.4%	191 33.9%	46 8.2%	161 28.5%	564 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	235.697 ^a	24	.000
尤度比	216.372	24	.000
線型と線型による連関	.004	1	.948
有効なケースの数	564		

a. 7 セル (19.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.28 です。

	q3.3.5 Availability (Mr. B): hospital or clinic				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	75 35.4%	41 19.3%	22 10.4%	74 34.9%	212 100.0%
2 France	18 66.7%	4 14.8%	0 .0%	5 18.5%	27 100.0%
3 UK	42 66.7%	5 7.9%	5 7.9%	11 17.5%	63 100.0%
4 Israel	21 51.2%	4 9.8%	1 2.4%	15 36.6%	41 100.0%
5 Australia	27 65.9%	1 2.4%	4 9.8%	9 22.0%	41 100.0%
6 Netherland	19 73.1%	2 7.7%	2 7.7%	3 11.5%	26 100.0%
7 South Korea	20 37.7%	8 15.1%	4 7.5%	21 39.6%	53 100.0%
8 Czech	28 63.6%	6 13.6%	7 15.9%	3 6.8%	44 100.0%
9 USA	29 96.7%	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	279 52.0%	71 13.2%	45 8.4%	142 26.4%	537 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	88.563 ^a	24	.000
尤度比	103.444	24	.000
線型と線型による連関	21.476	1	.000
有効なケースの数	537		

a. 10 セル (27.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.18 です。

	q3.3.6 Availability (Mr. B): hospice(institution)				合計
	1 no need to wait	2 need to wait	3 unavailable	4 don't know	
1 Japan	17 8.1%	27 12.9%	71 33.8%	95 45.2%	210 100.0%
2 France	5 17.9%	16 57.1%	5 17.9%	2 7.1%	28 100.0%
3 UK	11 17.2%	22 34.4%	14 21.9%	17 26.6%	64 100.0%
4 Israel	5 11.4%	13 29.5%	7 15.9%	19 43.2%	44 100.0%
5 Australia	10 23.3%	10 23.3%	6 14.0%	17 39.5%	43 100.0%
6 Netherland	10 37.0%	6 22.2%	5 18.5%	6 22.2%	27 100.0%
7 South Korea	13 23.2%	15 26.8%	3 5.4%	25 44.6%	56 100.0%
8 Czech	10 22.7%	13 29.5%	17 38.6%	4 9.1%	44 100.0%
9 USA	19 63.3%	0 .0%	0 .0%	11 36.7%	30 100.0%
TOTAL	100 18.3%	122 22.3%	128 23.4%	196 35.9%	546 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	147.928 ^a	24	.000
尤度比	155.784	24	.000
線型と線型による連関	33.110	1	.000
有効なケースの数	546		

a. 1 セル (2.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.95 です。

	q3.4.1 priority person (Mr. B)							合計
	1 Mr. B	2 Mr. B's wife	3 Primary care doctor	4 Specialist physician	Direct care worker who	6 Social worker	7 other	
1 Japan	20 9.0%	177 80.1%	7 3.2%	1 .5%	2 .9%	12 5.4%	2 .9%	221 100.0%
2 France	0 .0%	27 93.1%	1 3.4%	1 3.4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	9 15.3%	41 69.5%	2 3.4%	2 3.4%	2 3.4%	0 .0%	3 5.1%	59 100.0%
4 Israel	5 7.9%	45 71.4%	2 3.2%	5 7.9%	1 1.6%	0 .0%	5 7.9%	63 100.0%
5 Australia	11 20.0%	30 54.5%	6 10.9%	2 3.6%	3 5.5%	1 1.8%	2 3.6%	55 100.0%
6 Netherland	4 12.1%	28 84.8%	0 .0%	1 3.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	14 17.9%	53 67.9%	2 2.6%	1 1.3%	6 7.7%	1 1.3%	1 1.3%	78 100.0%
8 Czech	1 1.9%	20 37.0%	7 13.0%	23 42.6%	2 3.7%	1 1.9%	0 .0%	54 100.0%
9 USA	2 6.7%	28 93.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	66 10.6%	449 72.2%	27 4.3%	36 5.8%	16 2.6%	15 2.4%	13 2.1%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	246.793 ^a	48	.000
尤度比	188.058	48	.000
線型と線型による連関	3.127	1	.077
有効なケースの数	622		

a. 44 セル (69.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .61 です。

	q3_4_2 SQ: priority person(Mr. B)							合計
	1 Mr. B	2 Mr. B's wife	3 Primary care doctor	4 Specialist physician	5 Nurse or Direct care worker who has daily contact	6 Social worker	7 other	
1 Japan	2 .9%	130 59.4%	42 19.2%	7 3.2%	14 6.4%	21 9.6%	3 1.4%	219 100.0%
2 France	1 3.6%	15 53.6%	5 17.9%	6 21.4%	0 .0%	1 3.6%	0 .0%	28 100.0%
3 UK	4 5.9%	32 47.1%	6 8.8%	14 20.6%	6 8.8%	4 5.9%	2 2.9%	68 100.0%
4 Israel	3 4.8%	37 58.7%	7 11.1%	11 17.5%	1 1.6%	0 .0%	4 6.3%	63 100.0%
5 Australia	3 5.4%	32 57.1%	10 17.9%	5 8.9%	4 7.1%	1 1.8%	1 1.8%	56 100.0%
6 Nederland	0 .0%	18 54.5%	3 9.1%	9 27.3%	0 .0%	2 6.1%	1 3.0%	33 100.0%
7 South Korea	5 6.5%	54 70.1%	9 11.7%	1 1.3%	8 10.4%	0 .0%	0 .0%	77 100.0%
8 Czech	7 13.0%	21 38.9%	4 7.4%	19 35.2%	1 1.9%	1 1.9%	1 1.9%	54 100.0%
9 USA	0 .0%	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	25 4.0%	369 58.8%	86 13.7%	72 11.5%	34 5.4%	30 4.8%	12 1.9%	628 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	161.954 ^a	48	.000
尤度比	176.653	48	.000
線型と線型による連関	8.694	1	.003
有効なケースの数	628		

a. 39 セル (61.9%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .54 です。

	q3_4_gap q3_4 GAP		合計
	U no gap	1 gap	
1 Japan	15 6.8%	206 93.2%	221 100.0%
2 France	5 17.2%	24 82.8%	29 100.0%
3 UK	3 4.3%	66 95.7%	69 100.0%
4 Israel	2 3.2%	61 96.8%	63 100.0%
5 Australia	7 12.3%	50 87.7%	57 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	32 97.0%	33 100.0%
7 South Korea	13 16.3%	67 83.8%	80 100.0%
8 Czech	1 1.8%	55 98.2%	56 100.0%
9 USA	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	47 7.4%	591 92.6%	638 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	23.916 ^a	8	.002
尤度比	24.415	8	.002
線型と線型による連関	.014	1	.907
有効なケースの数	638		

a. 6 セル (33.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.14 です。

	q3_5 priority thing (medical treatment_Mrs. A)							合計
	1 Wife's wish	2 Relative's wish	3 The longests life possible	4 Relieving Mrs. A's pain	5 Continuation of Mrs. A's lifestyle	6 Easing the family burden	7 other	
1 Japan	125 56.6%	2 .9%	1 .5%	24 10.9%	34 15.4%	33 14.9%	2 .9%	221 100.0%
2 France	15 51.7%	1 3.4%	2 6.9%	7 24.1%	1 3.4%	3 10.3%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	24 36.4%	4 6.1%	1 1.5%	20 30.3%	9 13.6%	1 1.5%	7 10.6%	66 100.0%
4 Israel	29 46.0%	7 11.1%	2 3.2%	18 28.6%	5 7.9%	1 1.6%	1 1.6%	63 100.0%
5 Australia	23 41.1%	0 .0%	0 .0%	24 42.9%	3 5.4%	5 8.9%	1 1.8%	56 100.0%
6 Nederland	17 51.5%	1 3.0%	0 .0%	11 33.3%	2 6.1%	2 6.1%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	45 57.7%	2 2.6%	0 .0%	15 19.2%	12 15.4%	4 5.1%	0 .0%	78 100.0%
8 Czech	17 32.1%	4 7.5%	1 1.9%	10 18.9%	11 20.8%	4 7.5%	6 11.3%	53 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	325 51.7%	21 3.3%	7 1.1%	129 20.5%	77 12.2%	53 8.4%	17 2.7%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	173.838 ^a	48	.000
尤度比	173.251	48	.000
線型と線型による連関	1.728	1	.189
有効なケースの数	629		

a. 33 セル (52.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .32 です。

	q3_6_1 information (Mr.B): remaining life expectancy		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	163 73.8%	58 26.2%	221 100.0%
2 France	12 42.9%	16 57.1%	28 100.0%
3 UK	22 31.9%	47 68.1%	69 100.0%
4 Israel	24 38.7%	38 61.3%	62 100.0%
5 Australia	19 33.9%	37 66.1%	56 100.0%
6 Nederland	14 42.4%	19 57.6%	33 100.0%
7 South Korea	67 85.9%	11 14.1%	78 100.0%
8 Czech	31 59.6%	21 40.4%	52 100.0%
9 USA	13 43.3%	17 56.7%	30 100.0%
TOTAL	365 58.0%	264 42.0%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	98.196 ^a	8	.000
尤度比	102.485	8	.000
線型と線型による連関	2.682	1	.101
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 11.75 です。

	q3_6_2 information (Mr.B): living will		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	178 80.5%	43 19.5%	221 100.0%
2 France	18 64.3%	10 35.7%	28 100.0%
3 UK	37 53.6%	32 46.4%	69 100.0%
4 Israel	46 74.2%	16 25.8%	62 100.0%
5 Australia	37 66.1%	19 33.9%	56 100.0%
6 Nederland	30 90.9%	3 9.1%	33 100.0%
7 South Korea	75 96.2%	3 3.8%	78 100.0%
8 Czech	49 94.2%	3 5.8%	52 100.0%
9 USA	16 53.3%	14 46.7%	30 100.0%
TOTAL	486 77.3%	143 22.7%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	67.962 ^a	8	.000
尤度比	72.267	8	.000
線型と線型による連関	2.847	1	.092
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 6.37 です。

	q3_6_3 information (Mr.B): alternative therapy		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	169 76.5%	52 23.5%	221 100.0%
2 France	20 71.4%	8 28.6%	28 100.0%
3 UK	53 76.8%	16 23.2%	69 100.0%
4 Israel	51 82.3%	11 17.7%	62 100.0%
5 Australia	48 85.7%	8 14.3%	56 100.0%
6 Nederland	31 93.9%	2 6.1%	33 100.0%
7 South Korea	78 100.0%	0 .0%	78 100.0%
8 Czech	46 88.5%	6 11.5%	52 100.0%
9 USA	26 86.7%	4 13.3%	30 100.0%
TOTAL	522 83.0%	107 17.0%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	31.667 ^a	8	.000
尤度比	44.597	8	.000
線型と線型による連関	21.765	1	.000
有効なケースの数	629		

a. 1 セル (5.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 4.76 です。

	q3_6_4 information (Mr.B) : suffering and pain		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	128 57.9%	93 42.1%	221 100.0%
2 France	13 46.4%	15 53.6%	28 100.0%
3 UK	21 30.4%	48 69.6%	69 100.0%
4 Israel	31 50.0%	31 50.0%	62 100.0%
5 Australia	27 48.2%	29 51.8%	56 100.0%
6 Nederland	15 45.5%	18 54.5%	33 100.0%
7 South Korea	64 82.1%	14 17.9%	78 100.0%
8 Czech	26 50.0%	26 50.0%	52 100.0%
9 USA	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	325 51.7%	304 48.3%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	78.032 ^a	8	.000
尤度比	92.509	8	.000
線型と線型による連関	1.364	1	.243
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 13.53 です。

	q3_6_5 information (Mr.B) : available medical or LTC systems		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	39 17.6%	182 82.4%	221 100.0%
2 France	11 39.3%	17 60.7%	28 100.0%
3 UK	18 26.1%	51 73.9%	69 100.0%
4 Israel	10 16.1%	52 83.9%	62 100.0%
5 Australia	18 32.1%	38 67.9%	56 100.0%
6 Nederland	8 24.2%	25 75.8%	33 100.0%
7 South Korea	39 50.0%	39 50.0%	78 100.0%
8 Czech	7 13.5%	45 86.5%	52 100.0%
9 USA	7 23.3%	23 76.7%	30 100.0%
TOTAL	157 25.0%	472 75.0%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	43.382 ^a	8	.000
尤度比	40.686	8	.000
線型と線型による連関	6.553	1	.010
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 6.99 です。

	q3_6_6 information (Mr.B) : the moment of death		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	171 77.4%	50 22.6%	221 100.0%
2 France	24 85.7%	4 14.3%	28 100.0%
3 UK	36 52.2%	33 47.8%	69 100.0%
4 Israel	47 75.8%	15 24.2%	62 100.0%
5 Australia	40 71.4%	16 28.6%	56 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	68 87.2%	10 12.8%	78 100.0%
8 Czech	35 67.3%	17 32.7%	52 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	484 76.9%	145 23.1%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	52.318 ^a	8	.000
尤度比	63.296	8	.000
線型と線型による連関	4.365	1	.037
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 6.45 です。

	q3_6_7 information (Mr.B): future financial cost		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	145 65.6%	76 34.4%	221 100.0%
2 France	15 53.6%	13 46.4%	28 100.0%
3 UK	49 71.0%	20 29.0%	69 100.0%
4 Israel	44 71.0%	18 29.0%	62 100.0%
5 Australia	41 73.2%	15 26.8%	56 100.0%
6 Netherland	30 90.9%	3 9.1%	33 100.0%
7 South Korea	76 97.4%	2 2.6%	78 100.0%
8 Czech	45 86.5%	7 13.5%	52 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	475 75.5%	154 24.5%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	58.274 ^a	8	.000
尤度比	74.388	8	.000
線型と線型による連関	47.032	1	.000
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 6.86 です。

	q3_6_8 information (Mr.B): future family care burden		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	54 24.4%	167 75.6%	221 100.0%
2 France	10 35.7%	18 64.3%	28 100.0%
3 UK	39 56.5%	30 43.5%	69 100.0%
4 Israel	32 51.6%	30 48.4%	62 100.0%
5 Australia	31 55.4%	25 44.6%	56 100.0%
6 Netherland	10 30.3%	23 69.7%	33 100.0%
7 South Korea	62 79.5%	16 20.5%	78 100.0%
8 Czech	32 61.5%	20 38.5%	52 100.0%
9 USA	27 90.0%	3 10.0%	30 100.0%
TOTAL	297 47.2%	332 52.8%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	114.571 ^a	8	.000
尤度比	121.971	8	.000
線型と線型による連関	85.216	1	.000
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 13.22 です。

	q3_6_9 information (Mr.B): grief after death		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	199 90.0%	22 10.0%	221 100.0%
2 France	26 92.9%	2 7.1%	28 100.0%
3 UK	34 49.3%	35 50.7%	69 100.0%
4 Israel	51 82.3%	11 17.7%	62 100.0%
5 Australia	32 57.1%	24 42.9%	56 100.0%
6 Netherland	31 93.9%	2 6.1%	33 100.0%
7 South Korea	77 98.7%	1 1.3%	78 100.0%
8 Czech	38 73.1%	14 26.9%	52 100.0%
9 USA	25 83.3%	5 16.7%	30 100.0%
TOTAL	513 81.6%	116 18.4%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	104.168 ^a	8	.000
尤度比	100.211	8	.000
線型と線型による連関	.611	1	.435
有効なケースの数	629		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 5.16 です。

	q3_6_10 information (Mr.B): other		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	218 98.6%	3 1.4%	221 100.0%
2 France	27 96.4%	1 3.6%	28 100.0%
3 UK	58 84.1%	11 15.9%	69 100.0%
4 Israel	55 88.7%	7 11.3%	62 100.0%
5 Australia	48 85.7%	8 14.3%	56 100.0%
6 Netherland	29 87.9%	4 12.1%	33 100.0%
7 South Korea	77 98.7%	1 1.3%	78 100.0%
8 Czech	49 94.2%	3 5.8%	52 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	591 94.0%	38 6.0%	629 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	37.670 ^a	8	.000
尤度比	38.364	8	.000
線型と線型による連関	.689	1	.407
有効なケースの数	629		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 1.69 です。

	q3_7_1 best choice as a basic principle (Mr.B)						合計
	1 Artificial nutrition	2 Aggressive treatment with alternative medicine	3 Rehabilitation	4 Keep the current treatment	5 Do nothing special	6 other	
1 Japan	102 46.2%	2 .9%	37 16.7%	60 27.1%	6 2.7%	14 6.3%	221 100.0%
2 France	3 10.7%	0 .0%	4 14.3%	10 35.7%	4 14.3%	7 25.0%	28 100.0%
3 UK	16 23.9%	1 1.5%	8 11.9%	17 25.4%	3 4.5%	22 32.8%	67 100.0%
4 Israel	32 50.8%	0 .0%	5 7.9%	16 25.4%	5 7.9%	5 7.9%	63 100.0%
5 Australia	8 15.1%	0 .0%	5 9.4%	24 45.3%	6 11.3%	10 18.9%	53 100.0%
6 Netherland	11 34.4%	0 .0%	3 9.4%	8 25.0%	4 12.5%	6 18.8%	32 100.0%
7 South Korea	46 59.7%	2 2.6%	5 6.5%	17 22.1%	2 2.6%	5 6.5%	77 100.0%
8 Czech	20 45.5%	1 2.3%	3 6.8%	17 38.6%	0 .0%	3 6.8%	44 100.0%
9 USA	2 6.7%	0 .0%	7 23.3%	18 60.0%	0 .0%	3 10.0%	30 100.0%
TOTAL	240 39.0%	6 1.0%	77 12.5%	187 30.4%	30 4.9%	75 12.2%	615 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	135.346 ^a	40	.000
尤度比	135.537	40	.000
線型と線型による連関	.798	1	.372
有効なケースの数	615		

a. 23 セル (42.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .27 です。

	q3_7_1_a best choice as a basic principle: PEG or NG		合計
	1 PEG	2 NG tube	
1 Japan	76 87.4%	11 12.6%	87 100.0%
2 France	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%
3 UK	8 80.0%	2 20.0%	10 100.0%
4 Israel	19 95.0%	1 5.0%	20 100.0%
5 Australia	7 100.0%	0 0.0%	7 100.0%
6 Netherland	5 62.5%	3 37.5%	8 100.0%
8 Czech	7 53.8%	6 46.2%	13 100.0%
9 USA	2 100.0%	0 0.0%	2 100.0%
TOTAL	125 83.9%	24 16.1%	149 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	17.533	7	.014
尤度比	16.257	7	.023
線型と線型による連関	4.786	1	.029
有効なケースの数	149		

a. 9 セル (56.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .32 です。

	q3_7_2 reason of best choice as a basic principle(Mr.B)								合計
	1 Possible to recover fully	2 High possibility for longer life	3 Expected improvement of QOL	4 Economical	5 Respect for Mrs. A's dignity	6 More likely to fit family's wish	7 Set by national or facility guideline	8 other	
1 Japan	5 2.3%	45 20.5%	24 11.0%	0 .0%	58 26.5%	78 35.6%	0 .0%	9 4.1%	219 100.0%
2 France	0 .0%	2 6.9%	11 37.7%	0 .0%	11 37.9%	3 10.3%	2 6.9%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	4 6.6%	3 4.9%	13 21.3%	0 .0%	35 57.4%	2 3.3%	1 1.6%	3 4.9%	61 100.0%
4 Israel	1 1.6%	4 6.5%	24 38.7%	0 .0%	19 30.6%	6 9.7%	5 8.1%	3 4.8%	62 100.0%
5 Australia	3 5.7%	1 1.9%	12 22.6%	1 1.9%	29 54.7%	3 5.7%	0 .0%	4 7.5%	53 100.0%
6 Nederland	3 9.4%	1 3.1%	9 28.1%	0 .0%	13 40.6%	2 6.3%	1 3.1%	3 9.4%	32 100.0%
7 South Korea	2 2.6%	25 32.1%	13 16.7%	1 1.3%	27 34.6%	8 10.3%	0 .0%	2 2.6%	78 100.0%
8 Czech	2 3.9%	2 3.9%	25 49.0%	1 2.0%	18 35.3%	1 2.0%	2 3.9%	0 .0%	51 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	10 33.3%	0 .0%	11 36.7%	8 26.7%	0 .0%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	20 3.3%	83 13.5%	141 22.9%	3 .5%	221 35.9%	111 18.0%	11 1.8%	25 4.1%	615 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	228.490 ^a	56	.000
尤度比	234.105	56	.000
線型と線型による連関	7.406	1	.007
有効なケースの数	615		

a. 37 セル (51.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .14 です。

	q3_8_1 real choice as a basic principle(Mr.B)						合計
	1 Artificial nutrition	2 Aggressive treatment with alternative medicine	3 Rehabilitation	4 Keep the current treatment	5 Do nothing special	6 other	
1 Japan	156 71.6%	0 .0%	13 6.0%	41 18.8%	3 1.4%	5 2.3%	218 100.0%
2 France	5 17.9%	0 .0%	2 7.1%	13 46.4%	4 14.3%	4 14.3%	28 100.0%
3 UK	26 40.0%	0 .0%	6 9.2%	22 33.8%	2 3.1%	9 13.8%	65 100.0%
4 Israel	43 70.5%	0 .0%	2 3.3%	11 18.0%	4 6.6%	1 1.6%	61 100.0%
5 Australia	21 41.2%	0 .0%	5 9.8%	18 35.3%	1 2.0%	6 11.8%	51 100.0%
6 Nederland	15 46.9%	0 .0%	1 3.1%	11 34.4%	3 9.4%	2 6.3%	32 100.0%
7 South Korea	55 69.6%	2 2.5%	3 3.8%	16 20.3%	0 .0%	3 3.8%	79 100.0%
8 Czech	30 63.8%	0 .0%	2 4.3%	10 21.3%	2 4.3%	3 6.4%	47 100.0%
9 USA	22 73.3%	0 .0%	0 .0%	8 26.7%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	373 61.0%	2 .3%	34 5.6%	150 24.5%	19 3.1%	33 5.4%	611 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	108.149 ^a	40	.000
尤度比	102.096	40	.000
線型と線型による連関	.082	1	.774
有効なケースの数	611		

a. 33 セル (61.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .09 です。

	q3_8_1_a real choice as a basic principle: PEG or NG tube(Mr. B)		合計
	1 PEG	2 NG tube	
1 Japan	110 88.7%	14 11.3%	124 100.0%
2 France	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%
3 UK	10 76.9%	3 23.1%	13 100.0%
4 Israel	22 75.9%	7 24.1%	29 100.0%
5 Australia	11 100.0%	0 .0%	11 100.0%
6 Nederland	3 60.0%	2 40.0%	5 100.0%
7 South Korea	1 50.0%	1 50.0%	2 100.0%
8 Czech	8 61.5%	5 38.5%	13 100.0%
9 USA	15 100.0%	0 .0%	15 100.0%
TOTAL	181 84.6%	33 15.4%	214 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	19.911 ^a	8	.011
尤度比	20.883	8	.007
線型と線型による連関	1.332	1	.248
有効なケースの数	214		

a. 11 セル (61.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .31 です。

	q3_8_2 reason of real choice as a basic principle(Mr. B)								合計
	1 Possible to recover fully	2 High possibility for longer life	3 Expected improvement of QOL	4 Economical	5 Respect for Mrs. A's dignity	6 More likely to fit family's wish	7 Set by national or facility guideline	8 other	
1 Japan	6 2.9%	81 38.8%	14 6.7%	1 .5%	35 16.7%	66 31.6%	1 .5%	5 2.4%	209 100.0%
2 France	2 6.9%	3 10.3%	4 13.8%	0 .0%	12 41.4%	6 20.7%	2 6.9%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	2 3.7%	9 16.7%	10 18.5%	0 .0%	21 38.9%	5 9.3%	1 1.9%	6 11.1%	54 100.0%
4 Israel	0 .0%	5 8.6%	17 29.3%	0 .0%	12 20.7%	6 10.3%	14 24.1%	4 6.9%	58 100.0%
5 Australia	2 3.9%	4 7.8%	12 23.5%	0 .0%	25 49.0%	5 9.8%	1 2.0%	2 3.9%	51 100.0%
6 Nederland	5 19.2%	1 3.8%	7 26.9%	0 .0%	7 26.9%	2 7.7%	0 .0%	4 15.4%	26 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	32 42.7%	13 17.3%	0 .0%	20 26.7%	8 10.7%	0 .0%	1 1.3%	75 100.0%
8 Czech	0 .0%	3 7.3%	17 41.5%	0 .0%	13 31.7%	2 4.9%	6 14.6%	0 .0%	41 100.0%
9 USA	0 .0%	1 3.3%	7 23.3%	2 6.7%	9 30.0%	9 30.0%	0 .0%	2 6.7%	30 100.0%
TOTAL	18 3.1%	139 24.3%	101 17.6%	3 .5%	154 26.9%	109 19.0%	25 4.4%	24 4.2%	573 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	301.803 ^a	56	.000
尤度比	266.123	56	.000
線型と線型による連関	.263	1	.608
有効なケースの数	573		

a. 35 セル (48.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .14 です。

	q3_7_gap q3_7-8 GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 Japan	139 62.9%	82 37.1%	221 100.0%
2 France	16 55.2%	13 44.8%	29 100.0%
3 UK	40 58.0%	29 42.0%	69 100.0%
4 Israel	41 65.1%	22 34.9%	63 100.0%
5 Australia	29 50.9%	28 49.1%	57 100.0%
6 Nederland	23 69.7%	10 30.3%	33 100.0%
7 South Korea	63 78.8%	17 21.3%	80 100.0%
8 Czech	23 41.1%	33 58.9%	56 100.0%
9 USA	9 30.0%	21 70.0%	30 100.0%
TOTAL	383 60.0%	255 40.0%	638 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	36.457 ^a	8	.000
尤度比	37.062	8	.000
線型と線型による連関	2.780	1	.095
有効なケースの数	638		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 11.59 です。

	q3_9_1 best direction toward death(Mr. B)							合計
	1 Continuing treatment in hospital	2 Changing to palliative care in hospital	3 Continuing treatment at care facility	4 Changing to palliative care at care facility	5 Continuing treatment at home	6 Changing to palliative care at home	7 other	
1 Japan	8 3.6%	7 3.2%	16 7.3%	37 16.8%	61 27.7%	90 40.9%	1 .5%	220 100.0%
2 France	5 18.5%	1 3.7%	1 3.7%	3 11.1%	2 7.4%	14 51.9%	1 3.7%	27 100.0%
3 UK	6 9.1%	5 7.6%	4 6.1%	14 21.2%	8 12.1%	26 39.4%	3 4.5%	66 100.0%
4 Israel	0 .0%	4 6.3%	22 34.9%	10 15.9%	7 11.1%	20 31.7%	0 .0%	63 100.0%
5 Australia	3 5.7%	5 9.4%	2 3.8%	16 30.2%	7 13.2%	19 35.8%	1 1.9%	53 100.0%
6 Nederland	0 .0%	1 3.2%	4 12.9%	3 9.7%	6 19.4%	14 45.2%	3 9.7%	31 100.0%
7 South Korea	12 15.4%	19 24.4%	8 10.3%	24 30.8%	4 5.1%	9 11.5%	2 2.6%	78 100.0%
8 Czech	2 3.8%	4 7.7%	8 15.4%	8 15.4%	5 9.6%	24 46.2%	1 1.9%	52 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 13.3%	26 86.7%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	36 5.8%	46 7.4%	65 10.5%	115 18.5%	104 16.8%	242 39.0%	12 1.9%	620 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	216.465 ^a	48	.000
尤度比	204.304	48	.000
線型と線型による連関	4.998	1	.025
有効なケースの数	620		

a. 28 セル (44. 4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .52 です。

	q3_9_2_1 response (Mr.B) : Possible to recover fullyPossible to recover fully		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	214 97.3%	6 2.7%	220 100.0%
2 France	28 96.6%	1 3.4%	29 100.0%
3 UK	62 91.2%	6 8.8%	68 100.0%
4 Israel	62 100.0%	0 .0%	62 100.0%
5 Australia	51 98.1%	1 1.9%	52 100.0%
6 Nederland	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
7 South Korea	76 97.4%	2 2.6%	78 100.0%
8 Czech	53 100.0%	0 .0%	53 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	605 97.3%	17 2.7%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	13.796 ^a	8	.087
尤度比	14.323	8	.074
線型と線型による連関	1.795	1	.180
有効なケースの数	622		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .79 です。

	q3_9_2_2 response (Mr.B) : High possibility for longer life		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	185 84.1%	35 15.9%	220 100.0%
2 France	26 89.7%	3 10.3%	29 100.0%
3 UK	58 85.3%	10 14.7%	68 100.0%
4 Israel	61 98.4%	1 1.6%	62 100.0%
5 Australia	51 98.1%	1 1.9%	52 100.0%
6 Nederland	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
7 South Korea	52 66.7%	26 33.3%	78 100.0%
8 Czech	46 86.8%	7 13.2%	53 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	539 86.7%	83 13.3%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	51.024 ^a	8	.000
尤度比	59.075	8	.000
線型と線型による連関	.024	1	.877
有効なケースの数	622		

a. 3 セル (16.7%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 3.87 です。

	q3_9_2_3 response (Mr.B) : Expected improvement of QOL		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	180 81.8%	40 18.2%	220 100.0%
2 France	17 58.6%	12 41.4%	29 100.0%
3 UK	39 57.4%	29 42.6%	68 100.0%
4 Israel	41 66.1%	21 33.9%	62 100.0%
5 Australia	37 71.2%	15 28.8%	52 100.0%
6 Nederland	25 83.3%	5 16.7%	30 100.0%
7 South Korea	57 73.1%	21 26.9%	78 100.0%
8 Czech	23 43.4%	30 56.6%	53 100.0%
9 USA	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	448 72.0%	174 28.0%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	53.959 ^a	8	.000
尤度比	55.503	8	.000
線型と線型による連関	4.093	1	.043
有効なケースの数	622		

a. 0 セル (0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 8.11 です。

	q3_9_2_4 response (Mr. B) : Economical		合計
	U no	I yes	
1 Japan	214 97.3%	6 2.7%	220 100.0%
2 France	29 100.0%	0 .0%	29 100.0%
3 UK	66 97.1%	2 2.9%	68 100.0%
4 Israel	62 100.0%	0 .0%	62 100.0%
5 Australia	51 98.1%	1 1.9%	52 100.0%
6 Nederland	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
7 South Korea	71 91.0%	7 9.0%	78 100.0%
8 Czech	49 92.5%	4 7.5%	53 100.0%
9 USA	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	601 96.6%	21 3.4%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.208 ^a	8	.055
尤度比	16.376	8	.037
線型と線型による連関	4.347	1	.037
有効なケースの数	622		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .98 です。

	q3_9_2_5 response (Mr. B) : Respect for Mr. B's dignity		合計
	U no	I yes	
1 Japan	126 57.3%	94 42.7%	220 100.0%
2 France	9 31.0%	20 69.0%	29 100.0%
3 UK	15 22.1%	53 77.9%	68 100.0%
4 Israel	38 61.3%	24 38.7%	62 100.0%
5 Australia	26 50.0%	26 50.0%	52 100.0%
6 Nederland	17 56.7%	13 43.3%	30 100.0%
7 South Korea	42 53.8%	36 46.2%	78 100.0%
8 Czech	19 35.8%	34 64.2%	53 100.0%
9 USA	12 40.0%	18 60.0%	30 100.0%
TOTAL	304 48.9%	318 51.1%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	39.369 ^a	8	.000
尤度比	40.840	8	.000
線型と線型による連関	2.236	1	.135
有効なケースの数	622		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 14.17 です。

	q3_9_2_6 response (Mr. B) : More likely to fit family's wish		合計
	U no	I yes	
1 Japan	85 38.6%	135 61.4%	220 100.0%
2 France	14 48.3%	15 51.7%	29 100.0%
3 UK	39 57.4%	29 42.6%	68 100.0%
4 Israel	43 69.4%	19 30.6%	62 100.0%
5 Australia	38 73.1%	14 26.9%	52 100.0%
6 Nederland	11 36.7%	19 63.3%	30 100.0%
7 South Korea	59 75.6%	19 24.4%	78 100.0%
8 Czech	37 69.8%	16 30.2%	53 100.0%
9 USA	17 56.7%	13 43.3%	30 100.0%
TOTAL	343 55.1%	279 44.9%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	58.773 ^a	8	.000
尤度比	60.193	8	.000
線型と線型による連関	31.833	1	.000
有効なケースの数	622		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 13.01 です。

	q3_9_2_7 response (Mr.B) : Set by national/facility guideline		合計
	U no	I yes	
1 Japan	218 99.1%	2 .9%	220 100.0%
2 France	26 89.7%	3 10.3%	29 100.0%
3 UK	60 88.2%	8 11.8%	68 100.0%
4 Israel	52 83.9%	10 16.1%	62 100.0%
5 Australia	50 96.2%	2 3.8%	52 100.0%
6 Nederland	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
7 South Korea	78 100.0%	0 .0%	78 100.0%
8 Czech	51 96.2%	2 3.8%	53 100.0%
9 USA	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
TOTAL	593 95.3%	29 4.7%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	39.361 ^a	8	.000
尤度比	36.791	8	.000
線型と線型による連関	.002	1	.965
有効なケースの数	622		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 1.35 です。

	q3_9_2_8 response (Mr.B) : other		合計
	U no	I yes	
1 Japan	217 98.6%	3 1.4%	220 100.0%
2 France	28 96.6%	1 3.4%	29 100.0%
3 UK	60 88.2%	8 11.8%	68 100.0%
4 Israel	56 90.3%	6 9.7%	62 100.0%
5 Australia	47 90.4%	5 9.6%	52 100.0%
6 Nederland	29 96.7%	1 3.3%	30 100.0%
7 South Korea	77 98.7%	1 1.3%	78 100.0%
8 Czech	50 94.3%	3 5.7%	53 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	594 95.5%	28 4.5%	622 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	24.041 ^a	8	.002
尤度比	23.801	8	.002
線型と線型による連関	.213	1	.645
有効なケースの数	622		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 1.31 です。

一元配置分析

記述統計

	度数	平均値	標準偏差	標準誤差	信頼区間		最小値	最大値	
					下限	上限			
q3_3_1m Availability (Mr.B): assisted living	1 Japan	8	4.1250	2.10017	.74252	2.3692	5.8808	1.00	6.00
	2 France	12	1.5167	1.55027	.44752	.5317	2.5017	.20	6.00
	3 UK	11	4.5455	3.11010	.93773	2.4561	6.6348	1.00	12.00
	4 Israel	11	11.8636	8.69509	2.62167	6.0222	17.7051	2.00	24.00
	5 Australia	11	2.8182	2.02821	.61153	1.4556	4.1808	1.00	6.00
	6 Nederland	2	12.0000	.00000	.00000	12.0000	12.0000	12.00	12.00
	7 South Korea	2	4.5000	2.12132	1.50000	-14.5593	23.5593	3.00	6.00
	8 Czech	14	11.7500	14.55064	3.88882	3.3487	20.1513	1.00	60.00
	合計	71	6.4817	8.46266	1.00433	4.4786	8.4848	.20	60.00
q3_3_2m Availability (Mr.B): group home: waiting	1 Japan	9	4.4444	3.50397	1.16799	1.7511	7.1378	1.00	12.00
	2 France	4	2.7500	.50000	.25000	1.9544	3.5456	2.00	3.00
	3 UK	2	2.5000	2.12132	1.50000	-16.5593	21.5593	1.00	4.00
	4 Israel	3	22.0000	9.16515	5.29150	-.7675	44.7675	12.00	30.00
	5 Australia	4	3.0000	2.00000	1.00000	-.1824	6.1824	2.00	6.00
	6 Nederland	3	12.0000	.00000	.00000	12.0000	12.0000	12.00	12.00
	7 South Korea	1	6.0000	.	.	.	.	6.00	6.00
	8 Czech	0	.	.	.	.	.	.	.
	合計	26	6.7692	7.12353	1.39704	3.8920	9.6465	1.00	30.00
q3_3_3m Availability (Mr.B): old people's home: waiting	1 Japan	38	8.8553	9.46323	1.53514	5.7448	11.9658	1.00	48.00
	2 France	6	2.3333	1.03280	.42164	1.2495	3.4172	1.00	3.00
	3 UK	18	1.1000	.87649	.20659	.6641	1.5359	.30	4.00
	4 Israel	22	4.0682	3.17091	.67604	2.6623	5.4741	1.00	12.00
	5 Australia	22	1.9318	1.74605	.37226	1.1577	2.7060	.25	6.00
	6 Nederland	14	4.5571	3.94281	1.05376	2.2806	6.8337	.30	12.00
	7 South Korea	3	1.5000	1.32288	.76376	-1.7862	4.7862	.50	3.00
	8 Czech	20	34.6000	16.55740	3.70235	26.8509	42.3491	8.00	60.00
	合計	143	8.8294	13.42548	1.12270	6.6100	11.0487	.25	60.00
q3_3_4m Availability (Mr.B): long term care hospital: waiting	1 Japan	29	5.3448	8.83187	1.64004	1.9854	8.7043	.50	48.00
	2 France	17	2.0000	1.48955	.36127	1.2341	2.7659	.50	6.00
	3 UK	7	1.0714	.73193	.27664	.3945	1.7483	.00	2.00
	4 Israel	13	1.5962	1.21423	.33677	.8624	2.3299	.25	4.50
	5 Australia	8	2.2500	1.73205	.61237	.8020	3.6980	1.00	6.00
	6 Nederland	20	1.9000	1.59233	.35606	1.1548	2.6452	.50	6.00
	7 South Korea	4	1.7500	.95743	.47871	.2265	3.2735	1.00	3.00
	8 Czech	19	1.2632	1.14938	.26369	.7092	1.8171	.25	4.00
	合計	117	2.6004	4.76866	.44086	1.7272	3.4736	.00	48.00
q3_3_5m Availability (Mr.B): hospital or clinic: waiting	1 Japan	13	3.4615	3.93945	1.09261	1.0810	5.8421	.50	12.00
	2 France	4	.5500	.33166	.16583	.0223	1.0777	.20	1.00
	3 UK	3	.6667	.57735	.33333	-.7676	2.1009	.00	1.00
	4 Israel	2	1.0000	.00000	.00000	1.0000	1.0000	1.00	1.00
	5 Australia	1	1.0000	.	.	.	.	1.00	1.00
	6 Nederland	2	1.7500	2.47487	1.75000	-20.4859	23.9859	.00	3.50
	7 South Korea	5	2.2000	2.16795	.96954	-.4919	4.8919	1.00	6.00
	8 Czech	1	.0000	.	.	.	.	.00	.00
	合計	31	2.1516	2.94549	.52903	1.0712	3.2320	.00	12.00
q3_3_6m Availability (Mr.B): hospice(institution): waiting	1 Japan	9	3.4444	2.06828	.68943	1.8546	5.0343	1.00	6.00
	2 France	15	1.7000	1.41169	.36450	.9182	2.4818	.50	6.00
	3 UK	10	.8125	.24474	.07739	.6374	.9876	.50	1.00
	4 Israel	11	1.2727	.51786	.15614	.9248	1.6206	.50	2.00
	5 Australia	6	1.0000	1.03682	.42328	-.0881	2.0881	.25	3.00
	6 Nederland	5	.5900	.39115	.17493	.1043	1.0757	.20	1.00
	7 South Korea	9	3.2222	2.16667	.72222	1.5568	4.8877	1.00	6.00
	8 Czech	13	2.6538	2.30384	.63897	1.2616	4.0460	.50	7.50
	合計	78	1.9369	1.79196	.20290	1.5328	2.3409	.20	7.50

分散分析

		平方和	自由度	平均平方	F 値	有意確率
q3_3_1m Availability (Mr.B): assisted living	グループ間	1305.070	7	186.439	3.168	.006
	グループ内	3708.096	63	58.859		
	合計	5013.166	70			
q3_3_2m Availability (Mr.B): group home: waiting	グループ間	985.143	6	164.191	11.005	.000
	グループ内	283.472	19	14.920		
	合計	1268.615	25			
q3_3_3m Availability (Mr.B): old people's home: waiting	グループ間	16573.180	7	2367.597	35.430	.000
	グループ内	9021.412	135	66.825		
	合計	25594.592	142			
q3_3_4m Availability (Mr.B): long term care hospital: waiting	グループ間	301.690	7	43.099	2.011	.060
	グループ内	2336.163	109	21.433		
	合計	2637.852	116			
q3_3_5m Availability (Mr.B): hospital or clinic: waiting	グループ間	48.125	7	6.875	.745	.637
	グループ内	212.152	23	9.224		
	合計	260.277	30			
q3_3_6m Availability (Mr.B): hospice(institution): waiting	グループ間	74.679	7	10.668	4.327	.000
	グループ内	172.578	70	2.465		
	合計	247.257	77			

	q4_1 think about death						合計
	1 Very often	2 Often	3 Sometime	4 Rarely	5 Not at all	6 Try not to think	
1 Japan	69 31.4%	112 50.9%	10 4.5%	25 11.4%	0 .0%	4 1.8%	220 100.0%
2 France	2 7.1%	10 35.7%	13 46.4%	3 10.7%	0 .0%	0 .0%	28 100.0%
3 UK	8 11.6%	14 20.3%	36 52.2%	9 13.0%	1 1.4%	1 1.4%	69 100.0%
4 Israel	2 3.3%	10 16.4%	21 34.4%	19 31.1%	5 8.2%	4 6.6%	61 100.0%
5 Australia	9 16.1%	17 30.4%	18 32.1%	7 12.5%	2 3.6%	3 5.4%	56 100.0%
6 Nederland	3 9.1%	10 30.3%	14 42.0%	5 15.2%	1 3.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	14 17.7%	49 62.0%	2 2.5%	11 13.9%	2 2.5%	1 1.3%	79 100.0%
8 Czech	7 12.7%	6 10.9%	25 45.5%	7 12.7%	3 5.5%	7 12.7%	55 100.0%
9 USA	0	6	23	1	0	0	30

	.0%	20.0%	76.7%	3.3%	.0%	.0%	100.0%
TOTAL	114	234	162	87	14	20	631
	18.1%	37.1%	25.7%	13.8%	2.2%	3.2%	100.0%

	q4_2 anxiety about death					合計
	1 Very much	2 Somewhat	3 Yes and No	4 Not so much	5 Not at all	
1 Japan	34 15.5%	71 32.3%	38 17.3%	60 27.3%	17 7.7%	220 100.0%
2 France	0 .0%	3 10.7%	10 35.7%	9 32.1%	6 21.4%	28 100.0%
3 UK	1 1.4%	8 11.6%	18 26.1%	28 40.6%	14 20.3%	69 100.0%
4 Israel	1 1.6%	7 11.5%	19 31.1%	19 31.1%	15 24.6%	61 100.0%
5 Australia	1 1.8%	4 7.1%	17 30.4%	24 42.9%	10 17.9%	56 100.0%
6 Nederland	0 .0%	5 15.6%	7 21.9%	10 31.3%	10 31.3%	32 100.0%
7 South Korea	8 10.1%	24 30.4%	6 7.6%	36 45.6%	5 6.3%	79 100.0%
8 Czech	7 12.7%	12 21.8%	18 32.7%	15 27.3%	3 5.5%	55 100.0%
9 USA	0 .0%	8 26.7%	8 26.7%	14 46.7%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	52 8.3%	142 22.5%	141 22.4%	215 34.1%	80 12.7%	630 100.0%

	q4_3_1 ideal death:death without much burden on family and friends					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	7 3.2%	6 2.7%	22 10.0%	52 23.7%	132 60.3%	219 100.0%
2 France	2 7.1%	0 .0%	4 14.3%	6 21.4%	16 57.1%	28 100.0%
3 UK	4 5.9%	1 1.5%	8 11.8%	12 17.6%	43 63.2%	68 100.0%
4 Israel	3 5.0%	3 5.0%	4 6.7%	11 18.3%	39 65.0%	60 100.0%
5 Australia	4 7.1%	6 10.7%	3 5.4%	12 21.4%	31 55.4%	56 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	7 21.2%	6 18.2%	14 42.4%	5 15.2%	33 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	1 1.3%	4 5.1%	20 25.3%	53 67.1%	79 100.0%
8 Czech	2 4.1%	6 12.2%	9 18.4%	10 20.4%	22 44.9%	49 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	24 3.9%	30 4.8%	60 9.6%	137 22.0%	371 59.6%	622 100.0%

	q4_3_2 ideal death:death with little pain and fear					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	6 2.8%	2 .9%	10 4.6%	38 17.4%	162 74.3%	218 100.0%
2 France	7 25.9%	0 .0%	2 7.4%	3 11.1%	15 55.6%	27 100.0%
3 UK	2 3.0%	3 4.5%	3 4.5%	8 12.1%	50 75.8%	66 100.0%
4 Israel	3 5.1%	0 .0%	3 5.1%	6 10.2%	47 79.7%	59 100.0%
5 Australia	1 1.8%	1 1.8%	1 1.8%	7 12.7%	45 81.8%	55 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	1 3.1%	5 15.6%	26 81.3%	32 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	0 .0%	2 2.6%	12 15.4%	63 80.8%	78 100.0%
8 Czech	6 12.0%	1 2.0%	2 4.0%	6 12.0%	35 70.0%	50 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	26 4.2%	7 1.1%	24 3.9%	85 13.8%	473 76.9%	615 100.0%

	q4_3_3 ideal death:death without long struggling					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	5 2.3%	5 2.3%	19 8.6%	30 13.6%	162 73.3%	221 100.0%
2 France	1 3.6%	0 .0%	1 3.6%	4 14.3%	22 78.6%	28 100.0%
3 UK	3 4.4%	3 4.4%	6 8.8%	12 17.6%	44 64.7%	68 100.0%
4 Israel	2 3.4%	0 .0%	4 6.8%	7 11.9%	46 78.0%	59 100.0%
5 Australia	1 1.8%	2 3.6%	2 3.6%	9 16.1%	42 75.0%	56 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	1 3.0%	8 24.2%	24 72.7%	33 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	0 .0%	2 2.5%	11 13.9%	65 82.3%	79 100.0%
8 Czech	4 8.2%	0 .0%	4 8.2%	5 10.2%	36 73.5%	49 100.0%
9 USA	1 3.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	29 96.7%	30 100.0%
TOTAL	18 2.9%	10 1.6%	39 6.3%	86 13.8%	470 75.4%	623 100.0%

	q4_3_4 ideal death:death with enough preparation					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	16 7.3%	5 2.3%	51 23.3%	56 25.6%	91 41.6%	219 100.0%
2 France	1 3.6%	4 14.3%	5 17.9%	9 32.1%	9 32.1%	28 100.0%
3 UK	21 32.3%	8 12.3%	13 20.0%	8 12.3%	15 23.1%	65 100.0%
4 Israel	3 5.1%	2 3.4%	9 15.3%	14 23.7%	31 52.5%	59 100.0%
5 Australia	1 1.8%	1 1.8%	7 12.5%	14 25.0%	33 58.9%	56 100.0%
6 Nederland	2 6.1%	1 3.0%	5 15.2%	11 33.3%	14 42.4%	33 100.0%
7 South Korea	2 2.5%	2 2.5%	7 8.9%	19 24.1%	49 62.0%	79 100.0%
8 Czech	6 12.8%	3 6.4%	16 34.0%	6 12.8%	16 34.0%	47 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	9 30.0%	14 46.7%	7 23.3%	30 100.0%
TOTAL	52 8.4%	26 4.2%	122 19.8%	151 24.5%	265 43.0%	616 100.0%

	q4_3_5 ideal death:death surrounded by family and friend					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	12 5.5%	3 1.4%	44 20.0%	72 32.7%	89 40.5%	220 100.0%
2 France	0 .0%	0 .0%	3 10.7%	10 35.7%	15 53.6%	28 100.0%
3 UK	3 4.5%	3 4.5%	8 11.9%	13 19.4%	40 59.7%	67 100.0%
4 Israel	0 .0%	6 10.2%	7 11.9%	14 23.7%	32 54.2%	59 100.0%
5 Australia	0 .0%	1 1.8%	7 12.5%	10 17.9%	38 67.9%	56 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	2 6.1%	9 27.3%	22 66.7%	33 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	3 3.8%	9 11.4%	24 30.4%	42 53.2%	79 100.0%
8 Czech	9 18.8%	2 4.2%	8 16.7%	13 27.1%	16 33.3%	48 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	7 23.3%	4 13.3%	19 63.3%	30 100.0%
TOTAL	25 4.0%	18 2.9%	95 15.3%	169 27.3%	313 50.5%	620 100.0%

	q4_3_6 ideal death:death without spending so much money					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	7 3.2%	6 2.7%	47 21.4%	62 28.2%	98 44.5%	220 100.0%
2 France	5 17.9%	3 10.7%	12 42.9%	4 14.3%	4 14.3%	28 100.0%
3 UK	7 10.6%	6 9.1%	15 22.7%	11 16.7%	27 40.9%	66 100.0%
4 Israel	2 3.5%	3 5.3%	12 21.1%	13 22.8%	27 47.4%	57 100.0%
5 Australia	3 5.5%	5 9.1%	16 29.1%	13 23.6%	18 32.7%	55 100.0%
6 Nederland	5 15.6%	7 21.9%	13 40.6%	2 6.3%	5 15.6%	32 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	2 2.5%	15 19.0%	19 24.1%	42 53.2%	79 100.0%
8 Czech	8 17.0%	7 14.9%	14 29.9%	8 17.0%	10 21.3%	47 100.0%
9 USA	0 .0%	8 26.7%	2 6.7%	13 43.3%	7 23.3%	30 100.0%
TOTAL	38 6.2%	47 7.7%	146 23.8%	145 23.6%	238 38.8%	614 100.0%

	q4_3_7 ideal death:death with self-determination					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	9 4.1%	5 2.3%	53 24.1%	55 25.0%	98 44.5%	220 100.0%
2 France	2 7.4%	0 .0%	5 18.5%	3 11.1%	17 63.0%	27 100.0%
3 UK	2 3.0%	1 1.5%	6 9.0%	9 13.4%	49 73.1%	67 100.0%
4 Israel	8 13.6%	5 8.5%	9 15.3%	13 22.0%	24 40.7%	59 100.0%
5 Australia	1 1.8%	2 3.6%	2 3.6%	9 16.1%	42 75.0%	56 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	0 .0%	3 9.1%	5 15.2%	24 72.7%	33 100.0%
7 South Korea	5 6.3%	1 1.3%	7 8.9%	11 13.9%	55 69.6%	79 100.0%
8 Czech	2 3.8%	0 .0%	2 3.8%	6 11.5%	42 80.8%	52 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	30 4.8%	14 2.2%	87 14.0%	111 17.8%	381 61.2%	623 100.0%

	q4_3_8 ideal death:death after the maximum efforts to prolong life					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	75 34.1%	33 15.0%	74 33.6%	27 12.3%	11 5.0%	220 100.0%
2 France	15 53.6%	7 25.0%	5 17.9%	1 3.6%	0 .0%	28 100.0%
3 UK	10 14.9%	16 23.9%	18 26.9%	11 16.4%	12 17.9%	67 100.0%
4 Israel	18 30.5%	17 28.8%	8 13.6%	11 18.6%	5 8.5%	59 100.0%
5 Australia	20 35.7%	16 28.6%	9 16.1%	5 8.9%	6 10.7%	56 100.0%
6 Nederland	12 36.4%	6 18.2%	12 36.4%	2 6.1%	1 3.0%	33 100.0%
7 South Korea	20 25.3%	8 10.1%	16 20.3%	22 27.8%	13 16.5%	79 100.0%
8 Czech	3 6.3%	9 18.8%	20 41.7%	5 10.4%	11 22.9%	48 100.0%
9 USA	4 13.3%	18 60.0%	8 26.7%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	177 28.5%	130 21.0%	170 27.4%	84 13.5%	59 9.5%	620 100.0%

ノンパラメトリック検定

記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q4_1 think about death	631	2.55	1.184	1	6
q4_2 anxiety about death	630	3.20	1.168	1	5
country country	638	3.92	2.723	1	9

Kruskal Wallis 検定

順位

	N	平均ランク
q4_1 think about death	220	137.80
1 Japan	28	200.68
2 France	69	209.70
3 UK	317	
合計	631	
q4_2 anxiety about death	220	139.84
1 Japan	28	200.59
2 France	69	203.20
3 UK	317	
合計	630	

検定統計量^{a,b}

	about death	about death
カイ2乗	43.091	33.357
自由度	2	2
漸近有意確率	.000	.000

a. Kruskal Wallis 検定

b. グループ化変数: country country

ノンパラメトリック検定

記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q4_3_1 ideal death:death	622	4.29	1.073	1	5
q4_3_2 ideal death:death	615	4.58	.948	1	5
q4_3_3 ideal death:death	623	4.57	.902	1	5
q4_3_4 ideal death:death	616	3.89	1.244	1	5
q4_3_5 ideal death:death	620	4.17	1.053	1	5
q4_3_6 ideal death:death	614	3.81	1.206	1	5
q4_3_7 ideal death:death	623	4.28	1.094	1	5
q4_3_8 ideal death:death	620	2.55	1.290	1	5
country country	638	3.92	2.723	1	9

Kruskal Wallis 検定

順位

	N	平均ランク
q4_3_1 ideal death:death	219	158.31
without much burden on	28	150.75
family and friends	68	159.99
合計	315	
q4_3_2 ideal death:death	218	159.27
with little pain and fear	27	120.81
3 UK	66	159.61
合計	311	
q4_3_3 ideal death:death	221	161.24
without long struggling	28	170.66
3 UK	68	146.92
合計	317	
q4_3_4 ideal death:death	219	170.58
with enough preparation	28	157.20
3 UK	65	108.75
合計	312	
q4_3_5 ideal death:death	220	149.58
surrounded by family and	28	179.98
friend	67	176.47
合計	315	
q4_3_6 ideal death:death	220	169.12
without spending so much	28	92.04
money	66	146.54
合計	314	
q4_3_7 ideal death:death	220	145.89
with self-determination	27	169.44
3 UK	67	190.82
合計	314	
q4_3_8 ideal death:death	220	154.15
after the maximum efforts	28	105.54
to prolong life	67	192.57

検定統計量^a b

	q4_3_1 ideal death:death without much burden on family and friends	q4_3_2 ideal death:death with little pain and fear	q4_3_3 ideal death:death without long struggling	q4_3_4 ideal death:death with enough preparation	q4_3_5 ideal death:death surrounded by family and friend	q4_3_6 ideal death:death without spending so much money	q4_3_7 ideal death:death with self-determination	q4_3_8 ideal death:death after the maximum efforts to prolong life
カイ 2 乗	.278	7.459	2.830	25.482	7.191	21.191	15.600	20.771
自由度	2	2	2	2	2	2	2	2
漸近有意確率	.870	.024	.243	.000	.027	.000	.000	.000

a. Kruskal Wallis 検定
b. グループ化変数: country country

	q4_4 best place on final days (you)								合計
	1 home	2 assisted living	3 group home	4 old people's home	5 long term care hospital	6 hospital or clinic	7 hospice (institution)	8 other	
1 Japan	157 71.7%	8 3.7%	3 1.4%	5 2.3%	3 1.4%	8 3.7%	14 6.4%	21 9.6%	219 100.0%
2 France	19 67.9%	1 3.6%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 7.1%	4 14.3%	2 7.1%	28 100.0%
3 UK	57 82.6%	1 1.4%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	3 4.3%	8 11.6%	69 100.0%
4 Israel	57 95.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 3.3%	0 .0%	1 1.7%	60 100.0%
5 Australia	44 78.6%	2 3.6%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 7.1%	6 10.7%	0 .0%	56 100.0%
6 Nederland	31 93.9%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 6.1%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	48 60.8%	6 7.6%	0 .0%	3 3.8%	6 7.6%	1 1.3%	15 19.0%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	43 84.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 2.0%	2 3.9%	5 9.8%	51 100.0%
9 USA	30 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	486 77.8%	18 2.9%	3 .5%	8 1.3%	9 1.4%	18 2.9%	46 7.4%	37 5.9%	625 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	123.169 ^a	56	.000
尤度比	138.633	56	.000
線型と線型による連関	4.622	1	.032
有効なケースの数	625		

a. 57 セル (79.2%) は期待度数が 5 未満です。最小期待数は .13 です。

	q5_1_1 ideal tc:spending as much time as possible together, even if unable to have conversation					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	16 7.4%	15 6.9%	66 30.4%	51 23.5%	69 31.8%	217 100.0%
2 France	0 .0%	1 3.7%	2 7.4%	8 29.6%	16 59.3%	27 100.0%
3 UK	2 3.0%	2 3.0%	2 3.0%	9 13.6%	51 77.3%	66 100.0%
4 Israel	1 1.7%	2 3.4%	3 5.1%	15 25.4%	38 64.4%	59 100.0%
5 Australia	0 .0%	0 .0%	2 3.6%	9 16.1%	45 80.4%	56 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	3 9.1%	1 3.0%	9 27.3%	19 57.6%	33 100.0%
7 South Korea	10 12.7%	5 6.3%	18 22.6%	21 26.6%	25 31.6%	79 100.0%
8 Czech	1 2.0%	0 .0%	0 .0%	9 18.0%	40 80.0%	50 100.0%
9 USA	10 33.3%	1 3.3%	0 .0%	13 43.3%	6 20.0%	30 100.0%
TOTAL	41 6.6%	29 4.7%	94 15.2%	144 23.3%	309 50.1%	617 100.0%

	q5_1_2 ideal tc:preparing environment so as to receive as much medical and care service as possible					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	23 10.6%	10 4.6%	77 35.5%	52 24.0%	55 25.3%	217 100.0%
2 France	0 .0%	2 7.4%	5 18.5%	5 18.5%	15 55.6%	27 100.0%
3 UK	2 3.0%	5 7.6%	9 13.6%	13 19.7%	37 56.1%	66 100.0%
4 Israel	0 .0%	4 6.8%	9 15.3%	7 11.9%	39 66.1%	59 100.0%
5 Australia	1 1.8%	6 10.9%	8 14.5%	17 30.9%	23 41.8%	55 100.0%
6 Nederland	2 6.1%	2 6.1%	9 27.3%	11 33.3%	9 27.3%	33 100.0%
7 South Korea	4 5.1%	3 3.8%	7 8.9%	29 36.7%	36 45.6%	79 100.0%
8 Czech	1 1.9%	1 1.9%	0 .0%	19 36.5%	31 59.6%	52 100.0%
9 USA	10 33.3%	7 23.3%	2 6.7%	11 36.7%	0 .0%	30 100.0%
TOTAL	43 7.0%	40 6.5%	126 20.4%	164 26.5%	245 39.6%	618 100.0%

	q5_1_3 ideal to:having discussion on preferred treatments with the patient beforehand					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	4 1.8%	1 .5%	24 11.1%	61 28.1%	127 58.5%	217 100.0%
2 France	0 .0%	0 .0%	1 3.7%	6 22.2%	20 74.1%	27 100.0%
3 UK	0 .0%	0 .0%	2 3.1%	8 12.3%	55 84.6%	65 100.0%
4 Israel	0 .0%	1 1.7%	5 8.5%	13 22.0%	40 67.8%	59 100.0%
5 Australia	0 .0%	1 1.8%	3 5.4%	10 17.9%	42 75.0%	56 100.0%
6 Nederland	1 3.1%	0 .0%	1 3.1%	8 25.0%	22 68.8%	32 100.0%
7 South Korea	5 6.3%	7 8.9%	6 7.6%	28 35.4%	33 41.8%	79 100.0%
8 Czech	1 2.0%	0 .0%	2 4.0%	13 26.0%	34 68.0%	50 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	11 1.8%	10 1.6%	44 7.2%	147 23.9%	403 65.5%	615 100.0%

	q5_1_4 ideal to:being able to have conversation until the last moment					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	14 6.5%	6 2.8%	58 26.7%	68 31.3%	71 32.7%	217 100.0%
2 France	0 .0%	2 7.4%	6 22.2%	8 29.6%	11 40.7%	27 100.0%
3 UK	1 1.5%	5 7.7%	10 15.4%	9 13.8%	40 61.5%	65 100.0%
4 Israel	1 1.7%	0 .0%	5 8.5%	13 22.0%	40 67.8%	59 100.0%
5 Australia	0 .0%	4 7.1%	14 25.0%	18 32.1%	20 35.7%	56 100.0%
6 Nederland	2 6.1%	3 9.1%	9 27.3%	12 36.4%	7 21.2%	33 100.0%
7 South Korea	2 2.5%	2 2.5%	2 2.5%	24 30.4%	49 62.0%	79 100.0%
8 Czech	1 2.0%	0 .0%	8 15.7%	13 25.5%	29 56.9%	51 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	1 3.3%	15 50.0%	14 46.7%	30 100.0%
TOTAL	21 3.4%	22 3.6%	113 18.3%	180 29.2%	281 45.5%	617 100.0%

	q5_1_5 ideal to:allowing families and friends to meet with the patient before death					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	6 2.8%	0 .0%	23 10.6%	66 30.4%	122 56.2%	217 100.0%
2 France	0 .0%	1 3.8%	3 11.5%	11 42.3%	11 42.3%	26 100.0%
3 UK	0 .0%	0 .0%	5 7.8%	12 18.8%	47 73.4%	64 100.0%
4 Israel	0 .0%	1 1.7%	5 8.5%	12 20.3%	41 69.5%	59 100.0%
5 Australia	0 .0%	0 .0%	6 10.7%	10 17.9%	40 71.4%	56 100.0%
6 Nederland	0 .0%	0 .0%	2 6.1%	13 39.4%	18 54.5%	33 100.0%
7 South Korea	2 2.5%	1 1.3%	4 5.1%	18 22.8%	54 68.4%	79 100.0%
8 Czech	3 5.9%	0 .0%	3 5.9%	12 23.5%	33 64.7%	51 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	12 40.0%	18 60.0%	30 100.0%
TOTAL	11 1.8%	3 .5%	51 8.3%	166 27.0%	384 62.4%	615 100.0%

	q5_1_6 ideal to:economical terminal care					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	29 13.4%	19 8.8%	100 46.3%	33 15.3%	35 16.2%	216 100.0%
2 France	8 29.6%	6 22.2%	6 22.2%	5 18.5%	2 7.4%	27 100.0%
3 UK	16 24.6%	12 18.5%	18 27.7%	10 15.4%	9 13.8%	65 100.0%
4 Israel	6 10.3%	14 24.1%	18 31.0%	5 8.6%	15 25.9%	58 100.0%
5 Australia	4 7.3%	10 18.2%	16 29.1%	14 25.5%	11 20.0%	55 100.0%
6 Nederland	4 13.8%	6 20.7%	15 51.7%	0 .0%	4 13.8%	29 100.0%
7 South Korea	3 3.8%	3 3.8%	22 27.8%	21 26.6%	30 38.0%	79 100.0%
8 Czech	15 31.9%	8 17.0%	13 27.7%	4 8.5%	7 14.9%	47 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	9 30.0%	19 63.3%	2 6.7%	30 100.0%

TOTAL	85	78	217	111	115	606
	14.0%	12.9%	35.8%	18.3%	19.0%	100.0%

	q5_1_7 ideal to:making the patient's suffering last short					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	10 4.6%	6 2.8%	88 40.6%	49 22.6%	64 29.5%	217 100.0%
2 France	1 3.7%	2 7.4%	3 11.1%	6 22.2%	15 55.6%	27 100.0%
3 UK	2 3.1%	2 3.1%	3 4.6%	10 15.4%	48 73.8%	65 100.0%
4 Israel	0 .0%	4 6.8%	4 6.8%	13 22.0%	38 64.4%	59 100.0%
5 Australia	2 3.6%	3 5.4%	8 14.3%	11 19.6%	32 57.1%	56 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	0 .0%	3 9.1%	7 21.2%	22 66.7%	33 100.0%
7 South Korea	1 1.3%	0 .0%	15 19.0%	22 27.8%	41 51.9%	79 100.0%
8 Czech	2 4.8%	6 14.3%	11 26.2%	9 21.4%	14 33.3%	42 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	30 100.0%	30 100.0%
TOTAL	19 3.1%	23 3.8%	135 22.2%	127 20.9%	304 50.0%	608 100.0%

	q5_1_8 ideal to:following the patient's religious or cultural ritual					合計
	1 Strongly disagree	2 Somewhat disagree	3 Neither agree or disagree	4 Somewhat agree	5 Strongly agree	
1 Japan	16 7.4%	14 6.5%	79 36.4%	60 27.6%	48 22.1%	217 100.0%
2 France	1 3.7%	1 3.7%	4 14.8%	6 22.2%	15 55.6%	27 100.0%
3 UK	0 .0%	1 1.5%	4 6.2%	9 13.8%	51 78.5%	65 100.0%
4 Israel	1 1.7%	4 6.8%	6 10.2%	12 20.3%	36 61.0%	59 100.0%
5 Australia	0 .0%	0 .0%	7 12.5%	9 16.1%	40 71.4%	56 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	0 .0%	7 21.2%	7 21.2%	18 54.5%	33 100.0%
7 South Korea	11 13.9%	9 11.4%	23 29.1%	15 19.0%	21 26.6%	79 100.0%
8 Czech	1 2.3%	1 2.3%	5 11.4%	10 22.7%	27 61.4%	44 100.0%
9 USA	0 .0%	0 .0%	0 .0%	11 36.7%	19 63.3%	30 100.0%
TOTAL	31 5.1%	30 4.9%	135 22.1%	139 22.8%	275 45.1%	610 100.0%

ノンパラメトリック検定

記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q5_1_1 ideal to:spending as much time as possible together, even if unable to have conversation	617	4.06	1.199	1	5
q5_1_2 ideal to:preparing environment so as to receive as much medical and care service as possible	618	3.85	1.211	1	5
q5_1_3 ideal to:having discussion on preferred treatments with the patient beforehand	615	4.50	.840	1	5
q5_1_4 ideal to:being able to have conversation until the last moment	617	4.10	1.039	1	5
q5_1_5 ideal to:allowing families and friends to meet with the patient before death	615	4.48	.813	1	5
q5_1_6 ideal to:economical terminal care	606	3.15	1.269	1	5
q5_1_7 ideal to:making the patient's suffering last short	608	4.11	1.070	1	5
q5_1_8 ideal to:following the patient's religious or cultural ritual	610	3.98	1.152	1	5
country	638	3.92	2.723	1	9

Kruskal Wallis 検定

順位

	N	平均ランク
q5_1_1 ideal to:spending as much time as possible together, even if unable to have conversation	217	134.48
2 France	27	191.65
3 UK	66	209.83
合計	310	
q5_1_2 ideal to:preparing environment so as to receive as much medical and care service as possible	217	139.69
2 France	27	192.80
3 UK	66	192.23
合計	310	
q5_1_3 ideal to:having discussion on preferred treatments with the patient beforehand	217	143.87
2 France	27	170.70
3 UK	65	185.62
合計	309	
q5_1_4 ideal to:being able to have conversation until the last moment	217	145.38
2 France	27	160.39
3 UK	65	184.89
合計	309	
q5_1_5 ideal to:allowing families and friends to meet with the patient before death	217	150.06
2 France	26	130.06
3 UK	64	177.09
合計	307	
q5_1_6 ideal to:economical terminal care	216	163.26
2 France	27	123.20
3 UK	65	138.39
合計	308	
q5_1_7 ideal to:making the patient's suffering last short	217	135.85
2 France	27	179.46
3 UK	65	208.78
合計	309	
q5_1_8 ideal to:following the patient's religious or cultural ritual	217	129.88
2 France	27	188.07

cultural ritual	3 UK	65	225.12
	合計	309	

検定統計量 b

	q5_1.1 ideal to:spending as much time as possible together, even if unable to have conversation	q5_1.2 ideal to:preparing environment so as to receive as much medical and care service as possible	q5_1.3 ideal to:having discussion on preferred treatments with the patient beforehand	q5_1.4 ideal to:being able to have conversation until the last moment	q5_1.5 ideal to:allowing families and friends to meet with the patient before death	q5_1.6 ideal to:economical terminal care	q5_1.7 ideal to:making the patient's suffering last short	q5_1.8 ideal to:following the patient's religious or cultural ritual
カイ 2 乗 自由度	45.437 2	24.435 2	16.772 2	10.946 2	8.599 2	8.200 2	39.802 2	66.706 2
漸近有意確率	.000	.000	.000	.004	.014	.017	.000	.000

a. Kruskal Wallis 検定
b. グループ化変数: country country

	q5_2 best place on final days (your family)								合計
	1 Their home	2 assisted living	3 group home	4 old people's home	5 long term care hospital	6 hospital or clinic	hospice(institu tion)	8 other	
1 Japan	145 67.8%	6 2.8%	2 .9%	11 5.1%	4 1.9%	17 7.9%	15 7.0%	14 6.5%	214 100.0%
2 France	21 80.8%	1 3.8%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 7.7%	1 3.8%	1 3.8%	26 100.0%
3 UK	53 79.1%	2 3.0%	1 1.5%	0 .0%	0 .0%	1 1.5%	2 3.0%	8 11.9%	67 100.0%
4 Israel	58 95.1%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 1.6%	1 1.6%	0 .0%	1 1.6%	61 100.0%
5 Australia	48 87.3%	2 3.6%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 1.8%	2 3.6%	2 3.6%	55 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	34 43.0%	6 7.6%	0 .0%	3 3.8%	10 12.7%	10 12.7%	14 17.7%	2 2.5%	79 100.0%
8 Czech	49 90.7%	2 3.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 1.9%	0 .0%	2 3.7%	54 100.0%
9 USA	26 86.7%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	4 13.3%	30 100.0%
TOTAL	467 75.4%	19 3.1%	3 .5%	14 2.3%	15 2.4%	33 5.3%	34 5.5%	34 5.5%	619 100.0%
カイ 2 乗検定	値	自由度	(両側)						
Pearson のカイ 2 乗	160.146 ^a	56	.000						
尤度比	164.496	56	.000						
線型と線型による連関	1.845	1	.174						
有効なケースの数	619								

a. 58 セル (80.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .13 です。

	q5_3.1 person on your final days: spouse		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	69 31.9%	147 68.1%	216 100.0%
2 France	5 29.4%	12 70.6%	17 100.0%
3 UK	2 20.0%	8 80.0%	10 100.0%
4 Israel	10 16.4%	51 83.6%	61 100.0%
5 Australia	8 14.8%	46 85.2%	54 100.0%
6 Nederland	1 3.0%	32 97.0%	33 100.0%
7 South Korea	23 29.1%	56 70.9%	79 100.0%
8 Czech	12 22.6%	41 77.4%	53 100.0%
9 USA	0 .0%	27 100.0%	27 100.0%
TOTAL	130 23.6%	420 76.4%	550 100.0%
カイ 2 乗検定	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	30.211 ^a	8	.000
尤度比	39.609	8	.000
線型と線型による連関	11.198	1	.001
有効なケースの数	550		

a. 2 セル (11.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.36 です。

	q5_3.2 person on your final days: parents		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	182 84.3%	34 15.7%	216 100.0%
2 France	15 88.2%	2 11.8%	17 100.0%
3 UK	6 60.0%	4 40.0%	10 100.0%
4 Israel	48 78.7%	13 21.3%	61 100.0%
5 Australia	44 81.5%	10 18.5%	54 100.0%
6 Nederland	20 60.6%	13 39.4%	33 100.0%
7 South Korea	77 97.5%	2 2.5%	79 100.0%
8 Czech	38 71.7%	15 28.3%	53 100.0%
9 USA	18 66.7%	9 33.3%	27 100.0%
TOTAL	448 81.5%	102 18.5%	550 100.0%

カイ 2 乗検定	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	35.153 ^a	8	.000
尤度比	38.293	8	.000

線型と線型による連関	1.799	1	.180
有効なケースの数	550		

a. 2 セル (11.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 1.85 です。

	q5_3_3 person on your final days: children		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	63 29.2%	153 70.8%	216 100.0%
2 France	7 41.2%	10 58.8%	17 100.0%
3 UK	6 60.0%	4 40.0%	10 100.0%
4 Israel	15 24.6%	46 75.4%	61 100.0%
5 Australia	11 20.4%	43 79.6%	54 100.0%
6 Netherland	5 15.2%	28 84.8%	33 100.0%
7 South Korea	49 62.0%	30 38.0%	79 100.0%
8 Czech	13 24.5%	40 75.5%	53 100.0%
9 USA	1 3.7%	26 96.3%	27 100.0%
TOTAL	170 30.9%	380 69.1%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	59.081 ^a	8	.000
尤度比	59.718	8	.000
線型と線型による連関	.159	1	.690
有効なケースの数	550		

a. 1 セル (5.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 3.09 です。

	q5_3_4 person on your final days: grandchildren		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	171 79.2%	45 20.8%	216 100.0%
2 France	12 70.6%	5 29.4%	17 100.0%
3 UK	9 90.0%	1 10.0%	10 100.0%
4 Israel	41 67.2%	20 32.8%	61 100.0%
5 Australia	35 64.8%	19 35.2%	54 100.0%
6 Netherland	25 75.8%	8 24.2%	33 100.0%
7 South Korea	77 97.5%	2 2.5%	79 100.0%
8 Czech	44 83.0%	9 17.0%	53 100.0%
9 USA	23 85.2%	4 14.8%	27 100.0%
TOTAL	437 79.5%	113 20.5%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	31.136 ^a	8	.000
尤度比	37.104	8	.000
線型と線型による連関	3.646	1	.056
有効なケースの数	550		

a. 2 セル (11.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.05 です。

	q5_3_5 person on your final days: primary care doctor (eg. GP)		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	194 89.8%	22 10.2%	216 100.0%
2 France	16 94.1%	1 5.9%	17 100.0%
3 UK	9 90.0%	1 10.0%	10 100.0%
4 Israel	57 93.4%	4 6.6%	61 100.0%
5 Australia	51 94.4%	3 5.6%	54 100.0%
6 Netherland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	64 81.0%	15 19.0%	79 100.0%
8 Czech	53 100.0%	0 .0%	53 100.0%
9 USA	24 88.9%	3 11.1%	27 100.0%
TOTAL	501 91.1%	49 8.9%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	20.264 ^a	8	.009
尤度比	25.847	8	.001
線型と線型による連関	.138	1	.710
有効なケースの数	550		

a. 6 セル (33.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .89 です。

	q5_3.6 person on your final days: spcialist physician		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	210 97.2%	6 2.8%	216 100.0%
2 France	17 100.0%	0 .0%	17 100.0%
3 UK	9 90.0%	1 10.0%	10 100.0%
4 Israel	58 95.1%	3 4.9%	61 100.0%
5 Australia	53 98.1%	1 1.9%	54 100.0%
6 Neder land	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	73 92.4%	6 7.6%	79 100.0%
8 Czech	53 100.0%	0 .0%	53 100.0%
9 USA	25 92.6%	2 7.4%	27 100.0%
TOTAL	531 96.5%	19 3.5%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	11.400 ^a	8	.180
尤度比	13.282	8	.103
線型と線型による連関	.619	1	.431
有効なケースの数	550		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .35 です。

	q5_3.7 person on your final days: nurse		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	198 91.7%	18 8.3%	216 100.0%
2 France	17 100.0%	0 .0%	17 100.0%
3 UK	9 90.0%	1 10.0%	10 100.0%
4 Israel	58 95.1%	3 4.9%	61 100.0%
5 Australia	51 94.4%	3 5.6%	54 100.0%
6 Neder land	31 93.9%	2 6.1%	33 100.0%
7 South Korea	71 89.9%	8 10.1%	79 100.0%
8 Czech	50 94.3%	3 5.7%	53 100.0%
9 USA	26 96.3%	1 3.7%	27 100.0%
TOTAL	511 92.9%	39 7.1%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	4.355 ^a	8	.824
尤度比	5.570	8	.695
線型と線型による連関	.210	1	.647
有効なケースの数	550		

a. 7 セル (38.9%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .71 です。

	q5_3.8 person on your final days: direct care worker		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	205 94.9%	11 5.1%	216 100.0%
2 France	16 94.1%	1 5.9%	17 100.0%
3 UK	10 100.0%	0 .0%	10 100.0%
4 Israel	55 90.2%	6 9.8%	61 100.0%
5 Australia	53 98.1%	1 1.9%	54 100.0%
6 Neder land	32 97.0%	1 3.0%	33 100.0%
7 South Korea	70 88.6%	9 11.4%	79 100.0%
8 Czech	53 100.0%	0 .0%	53 100.0%
9 USA	27 100.0%	0 .0%	27 100.0%
TOTAL	521 94.7%	29 5.3%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.100 ^a	8	.057
尤度比	18.403	8	.018
線型と線型による連関	.143	1	.706
有効なケースの数	550		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .53 です。

	q5_3_9 person on your final days: facility staff		合計
	U no	I yes	
1 Japan	208 96.3%	8 3.7%	216 100.0%
2 France	17 100.0%	0 .0%	17 100.0%
3 UK	10 100.0%	0 .0%	10 100.0%
4 Israel	58 95.1%	3 4.9%	61 100.0%
5 Australia	54 100.0%	0 .0%	54 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	72 91.1%	7 8.9%	79 100.0%
8 Czech	53 100.0%	0 .0%	53 100.0%
9 USA	27 100.0%	0 .0%	27 100.0%
TOTAL	532 96.7%	18 3.3%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	15.005 ^a	8	.059
尤度比	18.861	8	.016
線型と線型による連関	.082	1	.775
有効なケースの数	550		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .33 です。

	q5_3_10 person on your final days: friends		合計
	U no	I yes	
1 Japan	177 81.9%	39 18.1%	216 100.0%
2 France	13 76.5%	4 23.5%	17 100.0%
3 UK	10 100.0%	0 .0%	10 100.0%
4 Israel	50 82.0%	11 18.0%	61 100.0%
5 Australia	36 66.7%	18 33.3%	54 100.0%
6 Nederland	22 66.7%	11 33.3%	33 100.0%
7 South Korea	75 94.9%	4 5.1%	79 100.0%
8 Czech	44 83.0%	9 17.0%	53 100.0%
9 USA	19 70.4%	8 29.6%	27 100.0%
TOTAL	446 81.1%	104 18.9%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	26.536 ^a	8	.001
尤度比	29.746	8	.000
線型と線型による連関	.001	1	.978
有効なケースの数	550		

a. 2 セル (11.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 1.89 です。

	q5_3_11 person on your final days: neighbors		合計
	U no	I yes	
1 Japan	209 96.8%	7 3.2%	216 100.0%
2 France	17 100.0%	0 .0%	17 100.0%
3 UK	10 100.0%	0 .0%	10 100.0%
4 Israel	60 98.4%	1 1.6%	61 100.0%
5 Australia	54 100.0%	0 .0%	54 100.0%
6 Nederland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	79 100.0%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	52 98.1%	1 1.9%	53 100.0%
9 USA	27 100.0%	0 .0%	27 100.0%
TOTAL	541 98.4%	9 1.6%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	7.135 ^a	8	.522
尤度比	9.972	8	.267
線型と線型による連関	4.129	1	.042
有効なケースの数	550		

a. 9 セル (50.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .16 です。

	q5_3_12 person on your final days: clergy		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	212 98.1%	4 1.9%	216 100.0%
2 France	16 94.1%	1 5.9%	17 100.0%
3 UK	9 90.0%	1 10.0%	10 100.0%
4 Israel	53 86.9%	8 13.1%	61 100.0%
5 Australia	47 87.0%	7 13.0%	54 100.0%
6 Netherland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	65 82.3%	14 17.7%	79 100.0%
8 Czech	45 84.9%	8 15.1%	53 100.0%
9 USA	23 85.2%	4 14.8%	27 100.0%
TOTAL	503 91.5%	47 8.5%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	31.404 ^a	8	.000
尤度比	36.638	8	.000
線型と線型による連関	20.763	1	.000
有効なケースの数	550		

a. 6 セル (33.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .85 です。

	q5_3_13 person on your final days: other		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	195 90.3%	21 9.7%	216 100.0%
2 France	17 100.0%	0 .0%	17 100.0%
3 UK	8 80.0%	2 20.0%	10 100.0%
4 Israel	59 96.7%	2 3.3%	61 100.0%
5 Australia	50 92.6%	4 7.4%	54 100.0%
6 Netherland	33 100.0%	0 .0%	33 100.0%
7 South Korea	74 93.7%	5 6.3%	79 100.0%
8 Czech	50 94.3%	3 5.7%	53 100.0%
9 USA	27 100.0%	0 .0%	27 100.0%
TOTAL	513 93.3%	37 6.7%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	12.761 ^a	8	.120
尤度比	16.935	8	.031
線型と線型による連関	4.339	1	.037
有効なケースの数	550		

a. 7 セル (38.9%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .67 です。

	q5_3_14 person on your final days: siblings		合計
	0 no	1 yes	
1 Japan	209 96.8%	7 3.2%	216 100.0%
2 France	17 100.0%	0 .0%	17 100.0%
3 UK	10 100.0%	0 .0%	10 100.0%
4 Israel	60 98.4%	1 1.6%	61 100.0%
5 Australia	52 96.3%	2 3.7%	54 100.0%
6 Netherland	30 90.9%	3 9.1%	33 100.0%
7 South Korea	79 100.0%	0 .0%	79 100.0%
8 Czech	53 100.0%	0 .0%	53 100.0%
9 USA	27 100.0%	0 .0%	27 100.0%
TOTAL	537 97.6%	13 2.4%	550 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	(両側)
Pearson のカイ 2 乗	12.253 ^a	8	.140
尤度比	13.858	8	.086
線型と線型による連関	1.718	1	.190
有効なケースの数	550		

a. 8 セル (44.4%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .24 です。

8-2 日韓2カ国集計表

国	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
1 日本	548	41.8	41.8	41.8
2 韓国	763	58.2	58.2	100.0
合計	1311	100.0	100.0	

地域	度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
1 中央区	214	16.3	16.3	16.3
2 守山市	334	25.5	25.5	41.8
3 ソウル	398	30.4	30.4	72.2
4 光州	365	27.8	27.8	100.0
合計	1311	100.0	100.0	

日本		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	1 病院・診療 所	125	9.5	23.2	23.2
	2 介護老人保 健施設	22	1.7	4.1	27.3
	3 介護老人福 祉施設	100	7.6	18.6	45.8
	4 介護療養型 医療施設	9	.7	1.7	47.5
	5 グループ ホーム	22	1.7	4.1	51.6
	6 訪問看護	42	3.2	7.8	59.4
	7 居宅介護支 援	101	7.7	18.7	78.1
	8 訪問介護	50	3.8	9.3	87.4
	9 特定施設入 居者生活介護	6	.5	1.1	88.5
	10 その他	22	1.7	4.1	92.6
	11 デイサービ ス (AC)	34	2.6	6.3	98.9
	12 小規模多機 能型居宅介護 (AC)	6	.5	1.1	100.0
合計	539	41.1	100.0		
欠損値	999	9	.7		
	システム欠損 値	763	58.2		
合計	合計	772	58.9		
合計		1311	100.0		

韓国		度数	パーセント	有効パーセン ト	累積パーセン ト
有効	1 病院・診療 所	249	19.0	32.8	32.8
	2 介護老人福 祉施設	61	4.7	8.0	40.9
	3 介護老人保 健施設	181	13.8	23.9	64.8
	4 介護療養型 医療施設	232	17.7	30.6	95.4
	5 グループ ホーム	4	.3	.5	95.9
	7 訪問介護	10	.8	1.3	97.2
	8 その他	21	1.6	2.8	100.0
	合計	758	57.8	100.0	
欠損値	999	5	.4		
	システム欠損 値	548	41.8		
合計	合計	553	42.2		
合計		1311	100.0		

	q01_3 勤務先					
	1 病院・診療 所	2 介護老人保 健施設	3 介護老人福 祉施設	4 介護療養型 医療施設	5 グループ ホーム	6 訪問看護
1 日本	125	22	100	9	22	42
	23.2%	4.1%	18.6%	1.7%	4.1%	7.8%
2 韓国	249	181	61	232	4	0
	32.8%	23.9%	8.0%	30.6%	.5%	.0%
合計	374	203	161	241	26	42
	28.8%	15.7%	12.4%	18.6%	2.0%	3.2%

							合計
	7 居宅介護支 援	8 訪問介護	9 特定施設入 居者生活介護	10 その他	11 デイサービ ス (AC)	12 小規模多機 能型居宅介護 (AC)	
1 日本	101	50	6	22	34	6	539
	18.7%	9.3%	1.1%	4.1%	6.3%	1.1%	100.0%
2 韓国	10	21	0	0	0	0	758
	1.3%	2.8%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
合計	111	71	6	22	34	6	1297
	8.6%	5.5%	.5%	1.7%	2.6%	.5%	100.0%

	q01_4_1 所有資格：医師		合計
	0	1	
1 日本	508 94.1%	32 5.9%	540 100.0%
2 韓国	754 99.0%	8 1.0%	762 100.0%
合計	1262 96.9%	40 3.1%	1302 100.0%

	q01_4_2 所有資格：看護師		合計
	0	1	
1 日本	333 61.7%	207 38.3%	540 100.0%
2 韓国	501 65.7%	261 34.3%	762 100.0%
合計	834 64.1%	468 35.9%	1302 100.0%

	q01_4_3 所有資格：介護支援 専門員		合計
	0	1	
1 日本	406 75.2%	134 24.8%	540 100.0%
2 韓国	406 75.2%	134 24.8%	540 100.0%

	q01_4_4 所有資格：介護福祉 士		合計
	0	1	
1 日本	359 66.5%	181 33.5%	540 100.0%
2 韓国	359 66.5%	181 33.5%	540 100.0%

	q01_4_5 所有資格：社会福祉 士		合計
	0	1	
1 日本	514 95.2%	26 4.8%	540 100.0%
2 韓国	632 82.9%	130 17.1%	762 100.0%
合計	1146 88.0%	156 12.0%	1302 100.0%

	q01_4_6 所有資格：PT、OT		合計
	0	1	
1 日本	537 99.4%	3 .6%	540 100.0%
2 韓国	717 94.1%	45 5.9%	762 100.0%
合計	1254 96.3%	48 3.7%	1302 100.0%

	q01_4_7 所有資格：薬剤師		合計
	0	1	
1 日本	539 99.8%	1 .2%	540 100.0%
2 韓国	761 99.7%	2 .3%	763 100.0%
合計	1300 99.8%	3 .2%	1303 100.0%

	q01_4_8 所有資格：管理栄養士		合計
	0	1	
1 日本	532 98.5%	8 1.5%	540 100.0%
2 韓国	747 98.0%	15 2.0%	762 100.0%
合計	1279 98.2%	23 1.8%	1302 100.0%

	q01_4_9 所有資格：その他		合計
	0	1	
1 日本	480 89.1%	59 10.9%	539 100.0%
2 韓国	723 94.9%	39 5.1%	762 100.0%
合計	1203 92.5%	98 7.5%	1301 100.0%

	q01_4_10 所有資格：ヘル パー・療護保護士		合計
	0	1	
1 日本	484 89.6%	56 10.4%	540 100.0%
2 韓国	362 47.5%	400 52.5%	762 100.0%
合計	846 65.0%	456 35.0%	1302 100.0%

	q01_5_1 勤務形態				合計
	1 「常勤」で「専従」	2 「常勤」で「非専従」	3 「非常勤」で「専従」	4 「非常勤」で「非専従」	
1 日本	397 74.1%	31 5.8%	75 14.0%	33 6.2%	536 100.0%
2 韓国	474 63.5%	272 36.5%	0 .0%	0 .0%	746 100.0%
合計	871 67.9%	303 23.6%	75 5.9%	33 2.6%	1282 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	279.597 ^a	3	.000
尤度比	341.970	3	.000
線型と線型による連関	15.017	1	.000
有効なケースの数	1282		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 13.80 です。

	Job2 職種3分類B			合計
	1 医療職	2 相談・CM	3 介護	
1 日本	225 41.1%	132 24.1%	191 34.9%	548 100.0%
2 韓国	307 40.2%	92 12.1%	364 47.7%	763 100.0%
合計	532 40.6%	224 17.1%	555 42.3%	1311 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	39.511 ^a	2	.000
尤度比	39.287	2	.000
線型と線型による連関	7.190	1	.007
有効なケースの数	1311		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 93.63 です。

t 検定

グループ統計量

	N	平均値	標準偏差	平均値の標準 誤差	
q01_7_1 医療・介護経験年数	1 日本 2 韓国	533 728	12.6532 5.3214	9.70926 5.47266	.42055 .20283
q01_7_2 在宅支援経験年数	1 日本 2 韓国	511 754	3.6368 5.1866	4.70068 5.41770	.20795 .19730

独立サンプルの検定

	等分散性のための Levene の 検定	2 つの母平均の差の検定								
		F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両 側)	平均値の差	差の標準誤差	差の 95% 信頼 区間	
									下限	上限
q01_7_1 医療・介護経験年数	等分散を仮定 する。 等分散を仮定 しない。	193.015	.000	17.016	1259	.000	7.33181	.43088	6.48649	8.17713
q01_7_2 在宅支援経験年数	等分散を仮定 する。 等分散を仮定 しない。	.008	.931	-5.262	1263	.000	-1.54970	.29453	-2.12753	-.97188
				-5.406	1188.952	.000	-1.54970	.28665	-2.11210	-.98730

	q01_8 看取り経験の有無			合計
	1 ある	2 最近1年間はないが、過去にある	3 ない	
1 日本	236 43.3%	136 25.0%	173 31.7%	545 100.0%
2 韓国	441 57.8%	120 15.7%	202 26.5%	763 100.0%
合計	677 51.8%	256 19.6%	375 28.7%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	29.813 ^a	2	.000
尤度比	29.803	2	.000
線型と線型による連関	16.524	1	.000
有効なケースの数	1308		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 106.67 です。

t 検定

グループ統計量

	N	平均値	標準偏差	平均値の標準 誤差	
q01_8num2 最近1年間での看取り経験数	1 日本 2 韓国	228 432	5.8355 4.9120	12.29799 6.22614	.81445 .29956

独立サンプルの検定

	等分散性のための Levene の		2 つの母平均の差の検定						
	F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差	差の標準誤差	差の 95% 信頼区間	
								下限	上限
q01_8num2 最近1年間での看取り経験数	9.301	.002	1.281	658	.201	.92349	.72094	-.49214	2.33912
			1.064	289.777	.288	.92349	.86780	-.78449	2.63147

	q02_1a_1 A_1 支援場所<理想>: 自宅		合計
	0	1	
1 日本	137 25.1%	408 74.9%	545 100.0%
2 韓国	400 52.4%	363 47.6%	763 100.0%
合計	537 41.1%	771 58.9%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	97.817 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	96.692	1	.000		
尤度比	100.649	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	97.742	1	.000		
有効なケースの数	1308				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 223.75 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_2 A_1 支援場所<理想>: 介護付き住宅		合計
	0	1	
1 日本	510 93.6%	35 6.4%	545 100.0%
2 韓国	731 95.8%	32 4.2%	763 100.0%
合計	1241 94.9%	67 5.1%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	3.247 ^a	1	.072		
連続修正 ^b	2.805	1	.094		
尤度比	3.198	1	.074		
Fisher の直接法				.076	.048
線型と線型による連関	3.245	1	.072		
有効なケースの数	1308				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 27.92 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_3 A_1 支援場所<理想>: 老人ホーム (含、特養)		合計
	0	1	
1 日本	523 96.0%	22 4.0%	545 100.0%
2 韓国	663 86.9%	100 13.1%	763 100.0%
合計	1186 90.7%	122 9.3%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	30.921 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	29.857	1	.000		
尤度比	34.048	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	30.897	1	.000		
有効なケースの数	1308				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 50.83 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_4 A_1 支援場所<理想>: 療養病床 (韓: 老人病院)		合計
	0	1	
1 日本	487 89.4%	58 10.6%	545 100.0%
2 韓国	645 84.5%	118 15.5%	763 100.0%
合計	1132 86.5%	176 13.5%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	6.351 ^a	1	.012		
連続修正 ^b	5.943	1	.015		
尤度比	6.492	1	.011		
Fisher の直接法				.014	.007
線型と線型による連関	6.346	1	.012		
有効なケースの数	1308				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 73.33 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_5 A_1 支援場所<理想>: 病院・診療所		合計
	0	1	
1 日本	440 80.7%	105 19.3%	545 100.0%
2 韓国	714 93.6%	49 6.4%	763 100.0%
合計	1154 88.2%	154 11.8%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	50.490 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	49.261	1	.000		
尤度比	50.017	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	50.451	1	.000		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 64.17 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_6 A_1 支援場所<理想>: ホスпис (施設)		合計
	0	1	
1 日本	379 69.5%	166 30.5%	545 100.0%
2 韓国	404 52.9%	359 47.1%	763 100.0%
合計	783 59.9%	525 40.1%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	36.427 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	35.740	1	.000		
尤度比	36.937	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	36.399	1	.000		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 218.75 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_7 A_1 支援場所<理想>: ホスпис (在宅)		合計
	0	1	
1 日本	327 60.0%	218 40.0%	545 100.0%
2 韓国	513 67.2%	250 32.8%	763 100.0%
合計	840 64.2%	468 35.8%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	7.242 ^a	1	.007		
連続修正 ^b	6.930	1	.008		
尤度比	7.215	1	.007		
Fisher の直接法				.008	.004
線型と線型による連関	7.236	1	.007		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 195.00 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1a_8 A_1 支援場所<理想>: その他		合計
	0	1	
1 日本	538 98.9%	6 1.1%	544 100.0%
2 韓国	757 99.2%	6 .8%	763 100.0%
合計	1295 99.1%	12 .9%	1307 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.350 ^a	1	.554		
連続修正 ^b	.088	1	.766		
尤度比	.345	1	.557		
Fisher の直接法				.569	.378
線型と線型による連関	.350	1	.554		
有効なケースの数	1307				

- a. 1 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.99 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_1b A_1 支援場所<理想>: ベスト								合計
	1 自宅	2 介護付き住宅	3 老人ホーム	4 療養病床 (老人病院)	5 病院・診療所	6 ホスпис (施設)	7 ホスпис (在宅)	8 その他	
1 日本	322 59.1%	7 1.3%	7 1.3%	19 3.5%	24 4.4%	64 11.7%	100 18.3%	2 .4%	545 100.0%
2 韓国	226 29.6%	14 1.8%	40 5.2%	55 7.2%	32 4.2%	249 32.6%	146 19.1%	1 .1%	763 100.0%
合計	548 41.9%	21 1.6%	47 3.6%	74 5.7%	56 4.3%	313 23.9%	246 18.8%	3 .2%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	147.008 ^a	7	.000
尤度比	153.609	7	.000
線型と線型による連関	77.420	1	.000
有効なケースの数	1308		

a. 2 セル (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 1.25 です。

	q02_1_2 A_1 支援場所<現実>								合計
	1 自宅	2 介護付き住宅	3 老人ホーム	4 療養病床 (老人病院)	5 病院・診療所	6 ホスピス (施設)	7 ホスピス (在宅)	8 その他	
1 日本	67 12.4%	4 .7%	13 2.4%	48 8.9%	340 63.0%	48 8.9%	18 3.3%	2 .4%	540 100.0%
2 韓国	231 30.4%	14 1.8%	33 4.3%	61 8.0%	25 3.3%	294 38.6%	96 12.6%	7 .9%	761 100.0%
合計	298 22.9%	18 1.4%	46 3.5%	109 8.4%	365 28.1%	342 26.3%	114 8.8%	9 .7%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	590.498 ^a	7	.000
尤度比	656.097	7	.000
線型と線型による連関	5.852	1	.016
有効なケースの数	1301		

a. 1 セル (6.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 3.74 です。

	q02_2_1 A_2 待機：介護付き住宅				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	52 10.0%	74 14.3%	138 26.6%	254 49.0%	518 100.0%
2 韓国	184 29.8%	50 8.1%	25 4.1%	358 58.0%	617 100.0%
合計	236 20.8%	124 10.9%	163 14.4%	612 53.9%	1135 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	167.123 ^a	3	.000
尤度比	178.319	3	.000
線型と線型による連関	11.314	1	.001
有効なケースの数	1135		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 56.59 です。

	q02_2_2 A_2 待機：老人ホーム (含、特養)				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	17 3.3%	183 35.3%	162 31.2%	157 30.3%	519 100.0%
2 韓国	149 21.4%	108 15.5%	30 4.3%	409 58.8%	696 100.0%
合計	166 13.7%	291 24.0%	192 15.8%	566 46.6%	1215 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	307.993 ^a	3	.000
尤度比	330.100	3	.000
線型と線型による連関	3.418	1	.064
有効なケースの数	1215		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 70.91 です。

	q02_2_3 A_2 待機：療養病床 (韓：老人病院)				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	73 14.2%	184 35.8%	53 10.3%	204 39.7%	514 100.0%
2 韓国	251 41.8%	42 7.0%	12 2.0%	295 49.2%	600 100.0%
合計	324 29.1%	226 20.3%	65 5.8%	499 44.8%	1114 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	224.165 ^a	3	.000
尤度比	237.674	3	.000
線型と線型による連関	4.692	1	.030
有効なケースの数	1114		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 29.99 です。

	q02_2_4 A_2 待機：病院・診療所				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	274 52.6%	66 12.7%	21 4.0%	160 30.7%	521 100.0%
2 韓国	220 36.4%	37 6.1%	29 4.8%	318 52.6%	604 100.0%
合計	494 43.9%	103 9.2%	50 4.4%	478 42.5%	1125 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	61.787 ^a	3	.000
尤度比	62.569	3	.000
線型と線型による連関	52.310	1	.000
有効なケースの数	1125		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 23.16 です。

	q02_2_5 A_2待機：ホスピス（施設）				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	86 16.6%	173 33.5%	19 3.7%	239 46.2%	517 100.0%
2 韓国	151 24.8%	75 12.3%	15 2.5%	368 60.4%	609 100.0%
合計	237 21.0%	248 22.0%	34 3.0%	607 53.9%	1126 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	77.439 ^a	3	.000
尤度比	78.432	3	.000
線型と線型による連関	6.356	1	.012
有効なケースの数	1126		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 15.61 です。

	q02_2_6 A_2待機：ホスピス（在宅）				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	153 29.7%	52 10.1%	23 4.5%	288 55.8%	516 100.0%
2 韓国	147 24.7%	36 6.1%	17 2.9%	394 66.3%	594 100.0%
合計	300 27.0%	88 7.9%	40 3.6%	682 61.4%	1110 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	14.997 ^a	3	.002
尤度比	15.005	3	.002
線型と線型による連関	9.210	1	.002
有効なケースの数	1110		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 18.59 です。

t 検定

グループ統計量

	N	平均値	標準偏差	平均値の標準 誤差	
q02_2_1t A_2待機時間：介護 付き住宅	1 日本 2 韓国	36 25	3.56 3.72	4.896 4.677	.816 .935
q02_2_2t A_2待機時間：老人 ホーム（含、特養）	1 日本 2 韓国	87 56	10.43 4.21	11.428 5.056	1.225 .676
q02_2_3t A_2待機時間：療養 病床（韓：老人病院）	1 日本 2 韓国	85 21	4.88 1.67	6.961 1.592	.755 .347
q02_2_4t A_2待機時間：病 院・診療所	1 日本 2 韓国	30 16	2.200 1.313	4.3759 .7042	.7989 .1760
q02_2_5t A_2待機時間：ホス ピス（施設）	1 日本 2 韓国	70 37	2.704 2.432	3.6721 1.7879	.4389 .2939
q02_2_6t A_2待機時間：ホス ピス（在宅）	1 日本 2 韓国	24 15	1.69 2.07	1.955 2.865	.399 .740

独立サンプルの検定

	等分散性のための Levene の		2 つの母平均の差の検定						
	F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両 側)	平均値の差	差の標準誤差	差の 95% 信頼区間	
								下限	上限
q02_2_1t A_2待機時間：介護 付き住宅	.433	.513	-.131	59	.896	-.164	1.252	-2.669	2.340
			-.132	53.269	.895	-.164	1.241	-2.654	2.325
q02_2_2t A_2待機時間：老人 ホーム（含、特養）	15.977	.000	3.838	141	.000	6.226	1.622	3.019	9.432
			4.450	127.780	.000	6.226	1.399	3.457	8.994
q02_2_3t A_2待機時間：療養 病床（韓：老人病院）	7.588	.007	2.098	104	.038	3.218	1.534	.176	6.260
			3.872	103.792	.000	3.218	.831	1.570	4.866
q02_2_4t A_2待機時間：病 院・診療所	2.994	.091	.802	44	.427	.8875	1.1071	-1.3437	3.1187
			1.085	31.740	.286	.8875	.8181	-.7794	2.5544
q02_2_5t A_2待機時間：ホス ピス（施設）	2.313	.131	.423	105	.673	.2711	.6414	-1.0006	1.5429
			.513	104.488	.609	.2711	.5282	-.7763	1.3186
q02_2_6t A_2待機時間：ホス ピス（在宅）	.003	.956	-.492	37	.626	-.379	.771	-1.941	1.182
			-.451	22.189	.656	-.379	.841	-2.122	1.363

	q02_3a_1 A_3議論主導<理想 >：Aさん本人		合計
	0	1	
1 日本	81 14.8%	465 85.2%	546 100.0%
2 韓国	223 29.2%	540 70.8%	763 100.0%
合計	304 23.2%	1005 76.8%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	36.969 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	36.166	1	.000		
尤度比	38.442	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	36.940	1	.000		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 126.80 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3a_2_A_3議論主導<理想 >: 息子		合計
	0	1	
1 日本	181 33.2%	365 66.8%	546 100.0%
2 韓国	418 54.8%	345 45.2%	763 100.0%
合計	599 45.8%	710 54.2%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	60.011 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	59.142	1	.000		
尤度比	60.809	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	59.965	1	.000		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 249.85 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3a_3_A_3議論主導<理想 >: かかりつけ医		合計
	0	1	
1 日本	419 76.9%	126 23.1%	545 100.0%
2 韓国	549 72.0%	214 28.0%	763 100.0%
合計	968 74.0%	340 26.0%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	4.013 ^a	1	.045		
連続修正 ^b	3.761	1	.052		
尤度比	4.046	1	.044		
Fisher の直接法				.048	.026
線型と線型による連関	4.010	1	.045		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 141.67 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3a_4_A_3議論主導<理想 >: 専門医		合計
	0	1	
1 日本	460 84.2%	86 15.8%	546 100.0%
2 韓国	641 84.0%	122 16.0%	763 100.0%
合計	1101 84.1%	208 15.9%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.014 ^a	1	.907		
連続修正 ^b	.002	1	.968		
尤度比	.014	1	.907		
Fisher の直接法				.939	.485
線型と線型による連関	.014	1	.907		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 86.76 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3a_5_A_3議論主導<理想 >: 看護師、介護士 (日常的 にかかわる)		合計
	0	1	
1 日本	458 83.9%	88 16.1%	546 100.0%
2 韓国	623 81.7%	140 18.3%	763 100.0%
合計	1081 82.6%	228 17.4%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	1.102 ^a	1	.294		
連続修正 ^b	.952	1	.329		
尤度比	1.109	1	.292		
Fisher の直接法				.302	.165
線型と線型による連関	1.101	1	.294		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 95.10 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3a_6 A_3議論主導<理想> : SW		合計
	0	1	
1 日本	480 87.9%	66 12.1%	546 100.0%
2 韓国	719 94.2%	44 5.8%	763 100.0%
合計	1199 91.6%	110 8.4%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	16.521 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	15.710	1	.000		
尤度比	16.251	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	16.509	1	.000		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 45.88 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3a_7 A_3議論主導<理想> : その他		合計
	0	1	
1 日本	542 99.3%	4 .7%	546 100.0%
2 韓国	752 98.6%	11 1.4%	763 100.0%
合計	1294 98.9%	15 1.1%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	1.413 ^a	1	.235		
連続修正 ^b	.856	1	.355		
尤度比	1.489	1	.222		
Fisher の直接法				.298	.178
線型と線型による連関	1.412	1	.235		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 6.26 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3b A_3議論主導<理想> : ベスト							合計
	1 Aさん本人	2 息子	3 かかりつけ 医	4 専門医	5 看護師、介 護士	6 ソーシャル ワーカー	7 その他	
1 日本	376 68.9%	117 21.4%	13 2.4%	13 2.4%	11 2.0%	14 2.6%	2 .4%	546 100.0%
2 韓国	442 57.9%	131 17.2%	59 7.7%	46 6.0%	69 9.0%	11 1.4%	5 .7%	763 100.0%
合計	818 62.5%	248 18.9%	72 5.5%	59 4.5%	80 6.1%	25 1.9%	7 .5%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	63.428 ^a	6	.000
尤度比	69.888	6	.000
線型と線型による連関	30.404	1	.000
有効なケースの数	1309		

- a. 2 セル (14.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.92 です。

	q02_3_2 A_3議論主導<現実>							合計
	1 Aさん本人	2 息子	3 かかりつけ 医	4 専門医	5 看護師、介 護士	6 ソーシャル ワーカー	7 その他	
1 日本	58 10.7%	391 72.4%	31 5.7%	29 5.4%	8 1.5%	19 3.5%	4 .7%	540 100.0%
2 韓国	185 24.4%	392 51.8%	62 8.2%	29 3.8%	72 9.5%	15 2.0%	2 .3%	757 100.0%
合計	243 18.7%	783 60.4%	93 7.2%	58 4.5%	80 6.2%	34 2.6%	6 .5%	1297 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	95.411 ^a	6	.000
尤度比	103.884	6	.000
線型と線型による連関	.033	1	.856
有効なケースの数	1297		

- a. 2 セル (14.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.50 です。

	q02_4_1 A_4方針決定で重視<理想> : 息子の意向		合計
	0	1	
1 日本	348 63.9%	197 36.1%	545 100.0%
2 韓国	565 74.0%	198 26.0%	763 100.0%
合計	913 69.8%	395 30.2%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	15.681 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	15.201	1	.000		
尤度比	15.572	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	15.669	1	.000		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 164.58 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_4_2 A_4方針決定で重視く理想> : できるだけ長い時間を生きる		合計
	0	1	
1 日本	527 96.7%	18 3.3%	545 100.0%
2 韓国	735 96.3%	28 3.7%	763 100.0%
合計	1262 96.5%	46 3.5%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.126 ^a	1	.722		
連続修正 ^b	.041	1	.839		
尤度比	.127	1	.722		
Fisher の直接法				.763	.423
線型と線型による連関	.126	1	.723		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 19.17 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_4_3 A_4方針決定で重視く理想> : 本人の苦痛を取り除く		合計
	0	1	
1 日本	84 15.4%	461 84.6%	545 100.0%
2 韓国	252 33.0%	511 67.0%	763 100.0%
合計	336 25.7%	972 74.3%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	51.674 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	50.755	1	.000		
尤度比	53.975	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	51.635	1	.000		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 140.00 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_4_4 A_4方針決定で重視く理想> : 本人のこれまでの生活の継続		合計
	0	1	
1 日本	213 39.1%	332 60.9%	545 100.0%
2 韓国	388 50.9%	375 49.1%	763 100.0%
合計	601 45.9%	707 54.1%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	17.731 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	17.260	1	.000		
尤度比	17.816	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	17.718	1	.000		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 250.42 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_4_5 A_4方針決定で重視く理想> : 家族の負担を軽くする		合計
	0	1	
1 日本	322 59.1%	223 40.9%	545 100.0%
2 韓国	507 66.4%	256 33.6%	763 100.0%
合計	829 63.4%	479 36.6%	1308 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	7.431 ^a	1	.006		
連続修正 ^b	7.117	1	.008		
尤度比	7.406	1	.006		
Fisher の直接法				.007	.004
線型と線型による連関 有効なケースの数	7.426 1308	1	.006		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 199.58 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_4_6 A_4方針決定で重視<理想>: その他		合計
	0	1	
1 日本	536 98.5%	8 1.5%	544 100.0%
2 韓国	753 98.7%	10 1.3%	763 100.0%
合計	1289 98.6%	18 1.4%	1307 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.060 ^a	1	.807		
連続修正 ^b	.000	1	.997		
尤度比	.059	1	.807		
Fisher の直接法				.814	.493
線型と線型による連関 有効なケースの数	.060 1307	1	.807		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 7.49 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_4b A_4方針決定で重視<理想>: もっとも重視する方針						合計
	1 息子の意向	2 できるだけ 長い時間生きる	3 本人の苦痛 を取り除くこ と	4 本人のこれ までの生活の 継続	5 家族の負担 を軽くする	6 その他	
1 日本	34 6.3%	5 .9%	351 64.9%	138 25.5%	10 1.8%	3 .6%	541 100.0%
2 韓国	109 14.3%	14 1.8%	353 46.3%	192 25.2%	92 12.1%	3 .4%	763 100.0%
合計	143 11.0%	19 1.5%	704 54.0%	330 25.3%	102 7.8%	6 .5%	1304 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	82.973 ^a	5	.000
尤度比	92.683	5	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	.221 1304	1	.638

a. 2 セル (16.7%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.49 です。

	q02_5_1 A_5家族への説明: 余命		合計
	0	1	
1 日本	274 50.6%	268 49.4%	542 100.0%
2 韓国	678 88.9%	85 11.1%	763 100.0%
合計	952 73.0%	353 27.0%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	235.647 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	233.710	1	.000		
尤度比	239.050	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	235.467 1305	1	.000		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 146.61 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_2 A_5家族への説明: 事前指示書		合計
	0	1	
1 日本	411 75.8%	131 24.2%	542 100.0%
2 韓国	686 89.9%	77 10.1%	763 100.0%
合計	1097 84.1%	208 15.9%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	46.876 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	45.831	1	.000		
尤度比	46.253	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	46.840 1305	1	.000		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 86.39 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_3 A_5家族への説明： 代替的な治療法		合計
	0	1	
1 日本	441 81.4%	101 18.6%	542 100.0%
2 韓国	668 87.5%	95 12.5%	763 100.0%
合計	1109 85.0%	196 15.0%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	9.494 ^a	1	.002		
連続修正 ^b	9.016	1	.003		
尤度比	9.371	1	.002		
Fisher の直接法				.003	.001
線型と線型による連関	9.487	1	.002		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 81.40 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_4 A_5家族への説明： 本人が感じる苦しみ、痛み		合計
	0	1	
1 日本	186 34.3%	356 65.7%	542 100.0%
2 韓国	325 42.6%	438 57.4%	763 100.0%
合計	511 39.2%	794 60.8%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	9.114 ^a	1	.003		
連続修正 ^b	8.770	1	.003		
尤度比	9.167	1	.002		
Fisher の直接法				.003	.001
線型と線型による連関	9.107	1	.003		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 212.23 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_5 A_5家族への説明： 利用可能な医療、介護保険制度		合計
	0	1	
1 日本	119 22.0%	423 78.0%	542 100.0%
2 韓国	479 62.8%	284 37.2%	763 100.0%
合計	598 45.8%	707 54.2%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	212.725 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	211.084	1	.000		
尤度比	222.090	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	212.562	1	.000		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 248.36 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_6 A_5家族への説明： 病状に合わせた死の瞬間		合計
	0	1	
1 日本	405 74.9%	136 25.1%	541 100.0%
2 韓国	511 67.0%	252 33.0%	763 100.0%
合計	916 70.2%	388 29.8%	1304 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	9.425 ^a	1	.002		
連続修正 ^b	9.052	1	.003		
尤度比	9.531	1	.002		
Fisher の直接法				.002	.001
線型と線型による連関	9.418	1	.002		
有効なケースの数	1304				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 160.97 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_7 A_5家族への説明： 今後の経済的負担		合計
	0	1	
1 日本	305 56.3%	237 43.7%	542 100.0%
2 韓国	604 79.2%	159 20.8%	763 100.0%
合計	909 69.7%	396 30.3%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	78.541 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	77.462	1	.000		
尤度比	78.064	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	78.481	1	.000		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 164.47 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_8 A_5家族への説明：今後の家族の介護負担		合計
	0	1	
1 日本	221 40.8%	321 59.2%	542 100.0%
2 韓国	522 68.4%	241 31.6%	763 100.0%
合計	743 56.9%	562 43.1%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	98.733 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	97.609	1	.000		
尤度比	99.335	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	98.657	1	.000		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 233.41 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_9 A_5家族への説明：死後の悲嘆		合計
	0	1	
1 日本	500 92.3%	42 7.7%	542 100.0%
2 韓国	701 91.9%	62 8.1%	763 100.0%
合計	1201 92.0%	104 8.0%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.061 ^a	1	.804		
連続修正 ^b	.021	1	.886		
尤度比	.061	1	.804		
Fisher の直接法				.836	.445
線型と線型による連関	.061	1	.804		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 43.19 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_5_10 A_5家族への説明：その他		合計
	0	1	
1 日本	529 97.6%	13 2.4%	542 100.0%
2 韓国	757 99.2%	6 .8%	763 100.0%
合計	1286 98.5%	19 1.5%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	5.741 ^a	1	.017		
連続修正 ^b	4.672	1	.031		
尤度比	5.671	1	.017		
Fisher の直接法				.019	.016
線型と線型による連関	5.736	1	.017		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 7.89 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_1 A_6方針<理想>						合計
	1 抗がん剤を用いた積極的な治療	2 各種高度医療による積極的な治療	3 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療	4 痛みのコントロールのみで積極的な治療を行わない	5 とくに何もしない	6 その他	
1 日本	7 1.3%	3 .6%	11 2.0%	498 91.9%	3 .6%	20 3.7%	542 100.0%
2 韓国	73 9.6%	149 19.6%	66 8.7%	448 58.9%	3 .4%	22 2.9%	761 100.0%
合計	80 6.1%	152 11.7%	77 5.9%	946 72.6%	6 .5%	42 3.2%	1303 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	205.714 ^a	5	.000
尤度比	253.996	5	.000
線型と線型による連関	154.008	1	.000
有効なケースの数	1303		

a. 2セル(16.7%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は2.50です。

	q02_6_2a_1_A_6_2方針<理想> の選択理由：完治の可能性が ある		合計
	0	1	
1 日本	531 99.6%	2 .4%	533 100.0%
2 韓国	729 95.7%	33 4.3%	762 100.0%
合計	1260 97.3%	35 2.7%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	18.660 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	17.186	1	.000		
尤度比	23.723	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	18.646 1295	1	.000		

a. 0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は14.41です。

b. 2x2表に対してのみ計算

	q02_6_2a_2_A_6_2方針<理想> の選択理由：生存時間が延び る可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	517 97.0%	16 3.0%	533 100.0%
2 韓国	650 85.3%	112 14.7%	762 100.0%
合計	1167 90.1%	128 9.9%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	48.169 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	46.865	1	.000		
尤度比	55.474	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	48.132 1295	1	.000		

a. 0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は52.68です。

b. 2x2表に対してのみ計算

	q02_6_2a_3_A_6_2方針<理想> の選択理由：QOLの向上が期 待できる		合計
	0	1	
1 日本	340 63.8%	193 36.2%	533 100.0%
2 韓国	367 48.2%	395 51.8%	762 100.0%
合計	707 54.6%	588 45.4%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	30.897 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	30.270	1	.000		
尤度比	31.151	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	30.873 1295	1	.000		

a. 0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は242.01です。

b. 2x2表に対してのみ計算

	q02_6_2a_4_A_6_2方針<理想> の選択理由：経済的である		合計
	0	1	
1 日本	479 89.9%	54 10.1%	533 100.0%
2 韓国	702 92.1%	60 7.9%	762 100.0%
合計	1181 91.2%	114 8.8%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	1.991 ^a	1	.158		
連続修正 ^b	1.719	1	.190		
尤度比	1.969	1	.161		
Fisher の直接法				.164	.095
線型と線型による連関 有効なケースの数	1.989 1295	1	.158		

a. 0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度数は46.92です。

b. 2x2表に対してのみ計算

	q02_6_2a_5 A_6_2方針<理想> の選択理由：本人の尊厳が保 持される		合計
	0	1	
1 日本	73 13.7%	460 86.3%	533 100.0%
2 韓国	200 26.2%	562 73.8%	762 100.0%
合計	273 21.1%	1022 78.9%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	29.694 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	28.945	1	.000		
尤度比	30.909	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	29.671	1	.000		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 112.36 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_2a_6 A_6_2方針<理想> の選択理由：家族の意向に合 致する可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	375 70.4%	158 29.6%	533 100.0%
2 韓国	602 79.0%	160 21.0%	762 100.0%
合計	977 75.4%	318 24.6%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	12.655 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	12.193	1	.000		
尤度比	12.531	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	12.646	1	.000		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 130.88 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_2a_7 A_6_2方針<理想> の選択理由：国や施設のガイ ドラインで決まっている		合計
	0	1	
1 日本	528 99.1%	5 .9%	533 100.0%
2 韓国	754 99.0%	8 1.0%	762 100.0%
合計	1282 99.0%	13 1.0%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.039 ^a	1	.843		
連続修正 ^b	.000	1	1.000		
尤度比	.040	1	.842		
Fisher の直接法				1.000	.540
線型と線型による連関	.039	1	.843		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 5.35 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_2a_8 A_6_2方針<理想> の選択理由：その他		合計
	0	1	
1 日本	516 96.8%	17 3.2%	533 100.0%
2 韓国	741 97.2%	21 2.8%	762 100.0%
合計	1257 97.1%	38 2.9%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.207 ^a	1	.649		
連続修正 ^b	.083	1	.774		
尤度比	.205	1	.650		
Fisher の直接法				.738	.384
線型と線型による連関	.207	1	.649		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 15.64 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_2b A_6_2方針<理想>のもっとも重視する理由								合計
	1 完治の可能性 がある	2 生存時間が 延びる可能性 が高い	3 QOLの向上が 期待できる	4 経済的である	5 本人の尊厳 が保持される	6 家族の意向 に合致する可 能性が高い	7 国や施設の が「ドライン」で決 まっている	8 その他	
1 日本	21 .4%	9 1.7%	110 20.6%	11 2.1%	365 68.5%	31 5.8%	0 .0%	5 .9%	533 100.0%
2 韓国	21 2.8%	66 8.7%	207 27.2%	21 2.8%	380 49.9%	52 6.8%	2 .3%	13 1.7%	762 100.0%
合計	23 1.8%	75 5.8%	317 24.5%	32 2.5%	745 57.5%	83 6.4%	2 .2%	18 1.4%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	64.515 ^a	7	.000
尤度比	71.989	7	.000
線型と線型による連関	32.257	1	.000
有効なケースの数	1295		

a. 2セル (12.5%) は期待度数が5未満です。最小期待度は.82です。

	q02_7_1 A_7方針<現実>						合計
	1 抗がん剤を 用いた積極的 な治療	2 各種高度医 療による積極 的な治療	3 漢方薬治療 等の代替医療 による積極的 な治療	4 痛みのコン トロールのみ で積極的な治 療を行わない	5 とくに何も しない	6 その他	
1 日本	29 5.4%	7 1.3%	9 1.7%	471 87.5%	7 1.3%	15 2.8%	538 100.0%
2 韓国	101 13.3%	109 14.3%	60 7.9%	465 61.0%	12 1.6%	15 2.0%	762 100.0%
合計	130 10.0%	116 8.9%	69 5.3%	936 72.0%	19 1.5%	30 2.3%	1300 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	133.998 ^a	5	.000
尤度比	154.949	5	.000
線型と線型による連関	86.151	1	.000
有効なケースの数	1300		

a. 0セル (.0%) は期待度数が5未満です。最小期待度は7.86です。

	q02_7_2_1 A_7_2方針<現実> の選択理由：完治の可能性が ある		合計
	0	1	
1 日本	521 99.6%	2 .4%	523 100.0%
2 韓国	719 94.6%	41 5.4%	760 100.0%
合計	1240 96.6%	43 3.4%	1283 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	24.029 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	22.506	1	.000		
尤度比	31.153	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	24.010	1	.000		
有効なケースの数	1283				

a. 0セル (.0%) は期待度数が5未満です。最小期待度は17.53です。

b. 2x2表に対してのみ計算

	q02_7_2_2 A_7_2方針<現実> の選択理由：生存時間が延び る可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	491 93.9%	32 6.1%	523 100.0%
2 韓国	620 81.6%	140 18.4%	760 100.0%
合計	1111 86.6%	172 13.4%	1283 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	40.391 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	39.338	1	.000		
尤度比	44.152	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	40.360	1	.000		
有効なケースの数	1283				

a. 0セル (.0%) は期待度数が5未満です。最小期待度は70.11です。

b. 2x2表に対してのみ計算

	q02_7_2_3 A_7_2方針<現実> の選択理由：QOLの向上が期 待できる		合計
	0	1	
1 日本	365 69.9%	157 30.1%	522 100.0%
2 韓国	412 54.2%	348 45.8%	760 100.0%
合計	777 60.6%	505 39.4%	1282 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	32.001 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	31.347	1	.000		
尤度比	32.472	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	31.976	1	.000		
有効なケースの数	1282				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 205.62 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_7_2_4 A_7_2方針<現実> の選択理由：経済的である		合計
	0	1	
1 日本	457 87.7%	64 12.3%	521 100.0%
2 韓国	678 89.2%	82 10.8%	760 100.0%
合計	1135 88.6%	146 11.4%	1281 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.684 ^a	1	.408		
連続修正 ^b	.544	1	.461		
尤度比	.679	1	.410		
Fisher の直接法				.421	.230
線型と線型による連関	.683	1	.408		
有効なケースの数	1281				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 59.38 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_7_2_5 A_7_2方針<現実> の選択理由：本人の尊厳が保 持される		合計
	0	1	
1 日本	129 24.7%	394 75.3%	523 100.0%
2 韓国	246 32.4%	514 67.6%	760 100.0%
合計	375 29.2%	908 70.8%	1283 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	8.887 ^a	1	.003		
連続修正 ^b	8.518	1	.004		
尤度比	8.994	1	.003		
Fisher の直接法				.003	.002
線型と線型による連関	8.880	1	.003		
有効なケースの数	1283				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 152.86 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_7_2_6 A_7_2方針<現実> の選択理由：家族の意向に合 致する可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	338 64.6%	185 35.4%	523 100.0%
2 韓国	545 71.7%	215 28.3%	760 100.0%
合計	883 68.8%	400 31.2%	1283 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	7.244 ^a	1	.007		
連続修正 ^b	6.918	1	.009		
尤度比	7.201	1	.007		
Fisher の直接法				.008	.004
線型と線型による連関	7.239	1	.007		
有効なケースの数	1283				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 163.06 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_7_2_7 A_7_2方針<現実> の選択理由：国や施設のガイ ドラインで決まっている		合計
	0	1	
1 日本	514 98.3%	9 1.7%	523 100.0%
2 韓国	751 98.8%	9 1.2%	760 100.0%
合計	1265 98.6%	18 1.4%	1283 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.645 ^a	1	.422		
連続修正 ^b	.315	1	.574		
尤度比	.634	1	.426		
Fisher の直接法				.473	.284
線型と線型による連関	.644	1	.422		
有効なケースの数	1283				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 7.34 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_7_2_8 A_7_2方針<現実> の選択理由：その他		合計
	0	1	
1 日本	502 96.0%	21 4.0%	523 100.0%
2 韓国	734 96.6%	26 3.4%	760 100.0%
合計	1236 96.3%	47 3.7%	1283 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.310 ^a	1	.578		
連続修正 ^b	.164	1	.685		
尤度比	.307	1	.579		
Fisher の直接法				.651	.340
線型と線型による連関	.310	1	.578		
有効なケースの数	1283				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 19.16 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_7_2b A_7_2方針<現実>のもっとも重視する理由								合計
	1 完治の可能性がある	2 生存時間が延びる可能性が高い	3 QOLの向上が期待できる	4 経済的である	5 本人の尊厳が保持される	6 家族の意向に合致する可能性が高い	7 国や施設がガイドラインで決まっている	8 その他	
1 日本	0 .0%	22 4.2%	91 17.5%	18 3.5%	304 58.3%	73 14.0%	5 1.0%	8 1.5%	521 100.0%
2 韓国	24 3.2%	76 10.0%	180 23.7%	34 4.5%	343 45.1%	89 11.7%	2 .3%	12 1.6%	760 100.0%
合計	24 1.9%	98 7.7%	271 21.2%	52 4.1%	647 50.5%	162 12.6%	7 .5%	20 1.6%	1281 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	51.112 ^a	7	.000
尤度比	60.749	7	.000
線型と線型による連関	37.397	1	.000
有効なケースの数	1281		

- a. 2 セル (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 2.85 です。

	q02_8a A_8死への方針							合計
	1 病院での治療の継続	2 病院での緩和ケアへの移行	3 介護施設での治療の継続	4 介護施設での緩和ケアへの移行	5 自宅での治療の継続	6 自宅での緩和ケアへの移行	7 その他	
1 日本	8 1.5%	119 21.9%	2 .4%	22 4.0%	39 7.2%	350 64.3%	4 .7%	544 100.0%
2 韓国	118 15.5%	189 24.8%	50 6.6%	210 27.5%	40 5.2%	148 19.4%	8 1.0%	763 100.0%
合計	126 9.6%	308 23.6%	52 4.0%	232 17.8%	79 6.0%	498 38.1%	12 .9%	1307 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	365.440 ^a	6	.000
尤度比	411.237	6	.000
線型と線型による連関	189.382	1	.000
有効なケースの数	1307		

- a. 1 セル (7.1%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.99 です。

	q02_8_2b_1 A_8_2死への方針 の選択理由：完治の可能性が ある		合計
	0	1	
1 日本	533 99.6%	2 .4%	535 100.0%
2 韓国	723 95.0%	38 5.0%	761 100.0%
合計	1256 96.9%	40 3.1%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	22.413 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	20.895	1	.000		
尤度比	28.811	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	22.396	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 16.51 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_2 A_8_2死への方針 の選択理由：生存時間が延び る可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	513 95.9%	22 4.1%	535 100.0%
2 韓国	653 85.8%	108 14.2%	761 100.0%
合計	1166 90.0%	130 10.0%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	35.367 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	34.259	1	.000		
尤度比	39.243	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	35.340 1296	1	.000		

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 53.67 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_3 A_8_2死への方針 の選択理由：QOLの向上が期 待できる		合計
	0	1	
1 日本	371 69.3%	164 30.7%	535 100.0%
2 韓国	372 48.9%	389 51.1%	761 100.0%
合計	743 57.3%	553 42.7%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	53.772 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	52.939	1	.000		
尤度比	54.644	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	53.731 1296	1	.000		

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 228.28 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_4 A_8_2死への方針 の選択理由：経済的である		合計
	0	1	
1 日本	471 88.0%	64 12.0%	535 100.0%
2 韓国	701 92.1%	60 7.9%	761 100.0%
合計	1172 90.4%	124 9.6%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	6.039 ^a	1	.014		
連続修正 ^b	5.577	1	.018		
尤度比	5.947	1	.015		
Fisher の直接法				.016	.009
線型と線型による連関 有効なケースの数	6.034 1296	1	.014		

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 51.19 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_5 A_8_2死への方針 の選択理由：本人の尊厳が保 持される		合計
	0	1	
1 日本	69 12.9%	466 87.1%	535 100.0%
2 韓国	245 32.2%	516 67.8%	761 100.0%
合計	314 24.2%	982 75.8%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	63.723 ^a	1	.001		
連続修正 ^b	62.676	1	.000		
尤度比	67.535	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関 有効なケースの数	63.674 1296	1	.000		

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 129.62 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_6 A_8_2死への方針 の選択理由：家族の意向に合 致する可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	371 69.3%	164 30.7%	535 100.0%
2 韓国	590 77.5%	171 22.5%	761 100.0%
合計	961 74.2%	335 25.8%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	10.977 ^a	1	.001		
連続修正 ^b	10.554	1	.001		
尤度比	10.882	1	.001		
Fisher の直接法				.001	.001
線型と線型による連関	10.968	1	.001		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 138.29 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_7 A_8_2死への方針 の選択理由：国や施設のガイ ドラインで決まっている		合計
	0	1	
1 日本	531 99.3%	4 .7%	535 100.0%
2 韓国	745 97.9%	16 2.1%	761 100.0%
合計	1276 98.5%	20 1.5%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	3.795 ^a	1	.051		
連続修正 ^b	2.956	1	.086		
尤度比	4.158	1	.041		
Fisher の直接法				.066	.039
線型と線型による連関	3.792	1	.051		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 8.26 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8_2b_8 A_8_2死への方針 の選択理由：その他		合計
	0	1	
1 日本	523 97.8%	12 2.2%	535 100.0%
2 韓国	744 97.8%	17 2.2%	761 100.0%
合計	1267 97.8%	29 2.2%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.000 ^a	1	.991		
連続修正 ^b	.000	1	1.000		
尤度比	.000	1	.991		
Fisher の直接法				1.000	.567
線型と線型による連関	.000	1	.991		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 11.97 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_8b A_8_2死への方針のもっとも重視する理由								合計
	1 完治の可能 性がある	2 生存時間が 延びる可能性 が高い	3 QOLの向上が 期待できる	4 経済的であ る	5 本人の尊厳 が保持される	6 家族の意向 に合致する可 能性が高い	7 国や施設の ガイドラインで決 まっている	8 その他	
1 日本	1 .2%	6 1.1%	62 11.6%	14 2.6%	388 72.8%	58 10.9%	1 .2%	3 .6%	533 100.0%
2 韓国	22 2.9%	58 7.6%	220 28.9%	19 2.5%	362 47.6%	66 8.7%	7 .9%	7 .9%	761 100.0%
合計	23 1.8%	64 4.9%	282 21.8%	33 2.6%	750 58.0%	124 9.6%	8 .6%	10 .8%	1294 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	121.833 ^a	7	.000
尤度比	134.919	7	.000
線型と線型による連関	85.743	1	.000
有効なケースの数	1294		

- a. 3 セル (18.8%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 3.30 です。

	q02_1_gap Aさん：場所GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	107 19.9%	430 80.1%	537 100.0%
2 韓国	504 66.2%	257 33.8%	761 100.0%
合計	611 47.1%	687 52.9%	1298 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	270.930 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	269.074	1	.000		
尤度比	285.306	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	270.721	1	.000		
有効なケースの数	1298				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 252.78 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_3_gap Aさん：主導権者 GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	156 28.9%	383 71.1%	539 100.0%
2 韓国	352 46.5%	405 53.5%	757 100.0%
合計	508 39.2%	788 60.8%	1296 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	40.719 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	39.985	1	.000		
尤度比	41.389	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	40.687	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 211.27 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_gap Aさん：方針GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	459 85.6%	77 14.4%	536 100.0%
2 韓国	562 73.9%	198 26.1%	760 100.0%
合計	1021 78.8%	275 21.2%	1296 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	25.682 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	24.988	1	.000		
尤度比	26.604	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	25.662	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 113.73 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q02_6_2gap Aさん：方針の理 由GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	383 73.9%	135 26.1%	518 100.0%
2 韓国	476 62.7%	283 37.3%	759 100.0%
合計	859 67.3%	418 32.7%	1277 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	17.616 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	17.110	1	.000		
尤度比	17.888	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	17.602	1	.000		
有効なケースの数	1277				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 169.56 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_1_B_1終末期判断		合計
	1 終末期であ る	2 終末期でな い	
1 日本	201 38.1%	327 61.9%	528 100.0%
2 韓国	352 46.4%	407 53.6%	759 100.0%
合計	553 43.0%	734 57.0%	1287 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	8.772 ^a	1	.003		
連続修正 ^b	8.436	1	.004		
尤度比	8.809	1	.003		
Fisher の直接法				.003	.002
線型と線型による連関	8.765	1	.003		
有効なケースの数	1287				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 226.87 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_2a_1_B_2支援場所<理想 >：自宅		合計
	0	1	
1 日本	104 19.0%	442 81.0%	546 100.0%
2 韓国	487 63.8%	276 36.2%	763 100.0%
合計	591 45.1%	718 54.9%	1309 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	257.692 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	255.887	1	.000		
尤度比	271.984	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	257.495	1	.000		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 246.51 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_2a_2 B_2 支援場所<理想 >: 介護付き住宅		合計
	0	1	
1 日本	456	89	545
	83.7%	16.3%	100.0%
2 韓国	722	41	763
	94.6%	5.4%	100.0%
合計	1178	130	1308
	90.1%	9.9%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	42.639 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	41.423	1	.000		
尤度比	42.232	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	42.606	1	.000		
有効なケースの数	1308				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 54.17 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_2a_3 B_2 支援場所<理想 >: 老人ホーム (含、特養)		合計
	0	1	
1 日本	416	130	546
	76.2%	23.8%	100.0%
2 韓国	554	209	763
	72.6%	27.4%	100.0%
合計	970	339	1309
	74.1%	25.9%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	2.128 ^a	1	.145		
連続修正 ^b	1.946	1	.163		
尤度比	2.140	1	.143		
Fisher の直接法				.159	.081
線型と線型による連関	2.127	1	.145		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 141.40 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_2a_4 B_2 支援場所<理想 >: 療養病床		合計
	0	1	
1 日本	419	127	546
	76.7%	23.3%	100.0%
2 韓国	556	207	763
	72.9%	27.1%	100.0%
合計	975	334	1309
	74.5%	25.5%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	2.508 ^a	1	.113		
連続修正 ^b	2.308	1	.129		
尤度比	2.523	1	.112		
Fisher の直接法				.123	.064
線型と線型による連関	2.506	1	.113		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 139.32 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_2a_5 B_2 支援場所<理想 >: 病院・診療所		合計
	0	1	
1 日本	447	99	546
	81.9%	18.1%	100.0%
2 韓国	661	102	763
	86.6%	13.4%	100.0%
合計	1108	201	1309
	84.6%	15.4%	100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	5.556 ^a	1	.018		
連続修正 ^b	5.196	1	.023		
尤度比	5.498	1	.019		
Fisher の直接法				.020	.012
線型と線型による連関	5.552	1	.018		
有効なケースの数	1309				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 83.84 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_2a_6 B_2支援場所<理想>:ホスピス(施設)		合計
	0	1	
1 日本	493 90.3%	53 9.7%	546 100.0%
2 韓国	460 60.3%	303 39.7%	763 100.0%
合計	953 72.8%	356 27.2%	1309 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	144.708 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	143.197	1	.000		
尤度比	158.946	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	144.597	1	.000		
有効なケースの数	1309				

- a. 0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度は148.49です。
b. 2x2表に対してのみ計算

	q03_2a_7 B_2支援場所<理想>:ホスピス(在宅)		合計
	0	1	
1 日本	464 85.0%	82 15.0%	546 100.0%
2 韓国	596 78.1%	167 21.9%	763 100.0%
合計	1060 81.0%	249 19.0%	1309 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	9.748 ^a	1	.002		
連続修正 ^b	9.308	1	.002		
尤度比	9.948	1	.002		
Fisher の直接法				.002	.001
線型と線型による連関	9.741	1	.002		
有効なケースの数	1309				

- a. 0セル(.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度は103.86です。
b. 2x2表に対してのみ計算

	q03_2a_8 B_2支援場所<理想>:その他		合計
	0	1	
1 日本	544 99.6%	2 .4%	546 100.0%
2 韓国	759 99.5%	4 .5%	763 100.0%
合計	1303 99.5%	6 .5%	1309 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	.174 ^a	1	.677		
連続修正 ^b	.000	1	.998		
尤度比	.178	1	.673		
Fisher の直接法				1.000	.509
線型と線型による連関	.174	1	.677		
有効なケースの数	1309				

- a. 2セル(50.0%)は期待度数が5未満です。最小期待度は2.50です。
b. 2x2表に対してのみ計算

	q03_2b B_2支援場所<理想>:ベスト								合計
	1 自宅	2 介護付き住宅	3 老人ホーム	4 療養病床(老人病院)	5 病院・診療所	6 ホスピス(施設)	7 ホスピス(在宅)	8 その他	
1 日本	361 66.1%	32 5.9%	49 9.0%	34 6.2%	18 3.3%	19 3.5%	31 5.7%	2 .4%	546 100.0%
2 韓国	181 23.7%	18 2.4%	111 14.5%	112 14.7%	43 5.6%	211 27.7%	86 11.3%	1 .1%	763 100.0%
合計	542 41.4%	50 3.8%	160 12.2%	146 11.2%	61 4.7%	230 17.6%	117 8.9%	3 .2%	1309 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	298.332 ^a	7	.000
尤度比	322.850	7	.000
線型と線型による連関	241.907	1	.000
有効なケースの数	1309		

- a. 2セル(12.5%)は期待度数が5未満です。最小期待度は1.25です。

	q03_2_2 B_2支援場所<現実>								合計
	1 自宅	2 介護付き住宅	3 老人ホーム	4 療養病床(老人病院)	5 病院・診療所	6 ホスピス(施設)	7 ホスピス(在宅)	8 その他	
1 日本	136 25.1%	10 1.8%	66 12.2%	93 17.2%	213 39.3%	13 2.4%	9 1.7%	2 .4%	542 100.0%
2 韓国	191 25.0%	10 1.3%	70 9.2%	142 18.6%	49 6.4%	223 29.2%	76 10.0%	2 .3%	763 100.0%
合計	327 25.1%	20 1.5%	136 10.4%	235 18.0%	262 20.1%	236 18.1%	85 6.5%	4 .3%	1305 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	334.073 ^a	7	.000
尤度比	379.733	7	.000
線型と線型による連関	19.563	1	.000
有効なケースの数	1305		

a. 2セル (12.5%) は期待度数が 5未満です。最小期待度は 1.66です。

	q03_3_1 B_3待機：介護付き住宅				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	64 12.6%	103 20.3%	81 15.9%	260 51.2%	508 100.0%
2 韓国	137 22.4%	40 6.5%	34 5.6%	401 65.5%	612 100.0%
合計	201 17.9%	143 12.8%	115 10.3%	661 59.0%	1120 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	94.713 ^a	3	.000
尤度比	96.281	3	.000
線型と線型による連関	1.408	1	.235
有効なケースの数	1120		

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5未満です。最小期待度は 52.16です。

	q03_3_2 B_3待機：老人ホーム (含、特養)				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	32 6.2%	241 46.8%	72 14.0%	170 33.0%	515 100.0%
2 韓国	174 24.0%	108 14.9%	17 2.3%	426 58.8%	725 100.0%
合計	206 16.6%	349 28.1%	89 7.2%	596 48.1%	1240 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	264.540 ^a	3	.000
尤度比	274.093	3	.000
線型と線型による連関	10.407	1	.001
有効なケースの数	1240		

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5未満です。最小期待度は 36.96です。

	q03_3_3 B_3待機：療養病床				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	70 13.6%	235 45.8%	20 3.9%	188 36.6%	513 100.0%
2 韓国	270 43.4%	46 7.4%	11 1.8%	295 47.4%	622 100.0%
合計	340 30.0%	281 24.8%	31 2.7%	483 42.6%	1135 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	263.043 ^a	3	.000
尤度比	280.696	3	.000
線型と線型による連関	1.770	1	.183
有効なケースの数	1135		

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5未満です。最小期待度は 14.01です。

	q03_3_4 B_3待機：病院・診療所				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	210 41.0%	80 15.6%	48 9.4%	174 34.0%	512 100.0%
2 韓国	236 37.2%	48 7.6%	22 3.5%	328 51.7%	634 100.0%
合計	446 38.9%	128 11.2%	70 6.1%	502 43.8%	1146 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	54.041 ^a	3	.000
尤度比	54.495	3	.000
線型と線型による連関	16.586	1	.000
有効なケースの数	1146		

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5未満です。最小期待度は 31.27です。

	q03_3_5 B_3待機：ホスピス (施設)				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	27 5.3%	90 17.6%	118 23.1%	276 54.0%	511 100.0%
2 韓国	147 23.7%	74 11.9%	18 2.9%	382 61.5%	621 100.0%
合計	174 15.4%	164 14.5%	136 12.0%	658 58.1%	1132 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	165.802 ^a	3	.000
尤度比	181.263	3	.000
線型と線型による連関	11.756	1	.001
有効なケースの数	1132		

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5未満です。最小期待度は 61.39です。

	q03_3_6 B_3待機：ホスピス（在宅）				合計
	1 待機なし	2 待機あり	3 利用不可	4 わからない	
1 日本	84 16.5%	41 8.1%	84 16.5%	300 58.9%	509 100.0%
2 韓国	139 22.6%	36 5.9%	22 3.6%	418 68.0%	615 100.0%
合計	223 19.8%	77 6.9%	106 9.4%	718 63.9%	1124 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	60.085 ^a	3	.000
尤度比	62.182	3	.000
線型と線型による連関	.018	1	.894
有効なケースの数	1124		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 34.87 です。

t 検定

グループ統計量

	N	平均値	標準偏差	平均値の標準 誤差
q03_3_1t B_3待機時間：介護 付き住宅	1 日本 2 韓国	46 14	3.761 1.464	4.4817 .6344
q03_3_2t B_3待機時間：老人 ホーム（含、特養）	1 日本 2 韓国	100 49	8.855 3.092	9.0147 4.5708
q03_3_3t B_3待機時間：療養 病床	1 日本 2 韓国	103 17	3.932 2.000	5.3248 1.6583
q03_3_4t B_3待機時間：病 院・診療所	1 日本 2 韓国	27 20	1.722 2.150	1.8622 2.6462
q03_3_5t B_3待機時間：ホス ピス（施設）	1 日本 2 韓国	34 34	2.897 2.206	4.5240 1.7369
q03_3_6t B_3待機時間：ホス ピス（在宅）	1 日本 2 韓国	18 15	2.944 1.533	5.7622 .9904

独立サンプルの検定

	等分散性のための Levene の	2 つの母平均の差の検定								
		F 値	有意確率	t 値	自由度	有意確率 (両側)	平均値の差	差の標準誤差	差の 95% 信頼区間	
									下限	上限
q03_3_1t B_3待機時間：介護 付き住宅	等分散を仮定する。 等分散を仮定しない。	7.779	.007	1.900	58	.062	2.2966	1.2084	-.1224	4.7155
q03_3_2t B_3待機時間：老人 ホーム（含、特養）	等分散を仮定する。 等分散を仮定しない。	17.110	.000	4.213	147	.000	5.7632	1.3681	3.0595	8.4668
q03_3_3t B_3待機時間：療養 病床	等分散を仮定する。 等分散を仮定しない。	2.832	.095	1.480	118	.142	1.9320	1.3058	-.6539	4.5179
q03_3_4t B_3待機時間：病 院・診療所	等分散を仮定する。 等分散を仮定しない。	.148	.702	-.651	45	.518	-.4278	.6571	-1.7512	.8956
q03_3_5t B_3待機時間：ホス ピス（施設）	等分散を仮定する。 等分散を仮定しない。	4.200	.044	.832	66	.409	.6912	.8311	-.9681	2.3505
q03_3_6t B_3待機時間：ホス ピス（在宅）	等分散を仮定する。 等分散を仮定しない。	3.609	.067	.935	31	.357	1.4111	1.5098	-1.6682	4.4904

	q03_4a_1 B_4議論主導<理想 >：Bさん本人		合計
	0	1	
1 日本	365 67.8%	173 32.2%	538 100.0%
2 韓国	467 61.2%	296 38.8%	763 100.0%
合計	832 64.0%	469 36.0%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	6.031 ^a	1	.014		
連続修正 ^b	5.746	1	.017		
尤度比	6.066	1	.014		
Fisher の直接法				.016	.008
線型と線型による連関	6.026	1	.014		
有効なケースの数	1301				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 193.94 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4a_2 B_4議論主導<理想 >：Bさんの妻		合計
	0	1	
1 日本	47 8.7%	491 91.3%	538 100.0%
2 韓国	228 29.9%	535 70.1%	763 100.0%
合計	275 21.1%	1026 78.9%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	84.637 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	83.373	1	.000		
尤度比	92.481	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	84.572	1	.000		
有効なケースの数	1301				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 113.72 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4a_3 B_4議論主導<理想 > : かかりつけ医		合計
	0	1	
1 日本	368 68.4%	170 31.6%	538 100.0%
2 韓国	483 63.3%	280 36.7%	763 100.0%
合計	851 65.4%	450 34.6%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	3.625 ^a	1	.057		
連続修正 ^b	3.404	1	.065		
尤度比	3.643	1	.056		
Fisher の直接法				.058	.032
線型と線型による連関	3.623	1	.057		
有効なケースの数	1301				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 186.09 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4a_4 B_4議論主導<理想 > : 専門医		合計
	0	1	
1 日本	450 83.6%	88 16.4%	538 100.0%
2 韓国	620 81.3%	143 18.7%	763 100.0%
合計	1070 82.2%	231 17.8%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	1.229 ^a	1	.268		
連続修正 ^b	1.071	1	.301		
尤度比	1.237	1	.266		
Fisher の直接法				.302	.150
線型と線型による連関	1.228	1	.268		
有効なケースの数	1301				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 95.52 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4a_5 B_4議論主導<理想 > : 看護師、介護士 (日常的 にかかわる)		合計
	0	1	
1 日本	408 76.0%	129 24.0%	537 100.0%
2 韓国	631 82.7%	132 17.3%	763 100.0%
合計	1039 79.9%	261 20.1%	1300 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	8.876 ^a	1	.003		
連続修正 ^b	8.462	1	.004		
尤度比	8.782	1	.003		
Fisher の直接法				.003	.002
線型と線型による連関	8.869	1	.003		
有効なケースの数	1300				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 107.81 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4a_6 B_4議論主導<理想 > : ソーシャルワーカー		合計
	0	1	
1 日本	419 77.9%	119 22.1%	538 100.0%
2 韓国	716 93.8%	47 6.2%	763 100.0%
合計	1135 87.2%	166 12.8%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	72.193 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	70.766	1	.000		
尤度比	71.811	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	72.137	1	.000		
有効なケースの数	1301				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 68.65 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4a_7 B_4議論主導<理想>: その他		合計
	0	1	
1 日本	527 98.0%	11 2.0%	538 100.0%
2 韓国	752 98.6%	11 1.4%	763 100.0%
合計	1279 98.3%	22 1.7%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.690 ^a	1	.406		
連続修正 ^b	.375	1	.540		
尤度比	.680	1	.410		
Fisher の直接法				.513	.268
線型と線型による連関	.689	1	.406		
有効なケースの数	1301				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 9.10 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4b B_4議論主導<理想>: ベスト							合計
	1 Bさん本人	2 Bさんの妻	3 かかりつけ 医	4 専門医	5 看護師、介 護士	6 ソーシャル ワーカー	7 その他	
1 日本	51 9.6%	406 76.0%	17 3.2%	14 2.6%	21 3.9%	25 4.7%	0 .0%	534 100.0%
2 韓国	187 24.5%	376 49.3%	85 11.1%	48 6.3%	51 6.7%	11 1.4%	5 .7%	763 100.0%
合計	238 18.4%	782 60.3%	102 7.9%	62 4.8%	72 5.6%	36 2.8%	5 .4%	1297 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	129.389 ^a	6	.000
尤度比	137.738	6	.000
線型と線型による連関	.027	1	.871
有効なケースの数	1297		

a. 2 セル (14.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.06 です。

	q03_4_2 B_4議論主導<現実>							合計
	1 Bさん本人	2 Bさんの妻	3 かかりつけ 医	4 専門医	5 看護師、介 護士	6 ソーシャル ワーカー	7 その他	
1 日本	17 3.2%	333 61.9%	70 13.0%	38 7.1%	27 5.0%	48 8.9%	5 .9%	538 100.0%
2 韓国	113 14.8%	470 61.7%	77 10.1%	38 5.0%	52 6.8%	9 1.2%	3 .4%	762 100.0%
合計	130 10.0%	803 61.8%	147 11.3%	76 5.8%	79 6.1%	57 4.4%	8 .6%	1300 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	93.885 ^a	6	.000
尤度比	102.260	6	.000
線型と線型による連関	43.956	1	.000
有効なケースの数	1300		

a. 2 セル (14.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 3.31 です。

	q03_5_1 B_5方針決定で重視<理想>: 妻の意向		合計
	0	1	
1 日本	82 15.1%	460 84.9%	542 100.0%
2 韓国	343 45.0%	420 55.0%	763 100.0%
合計	425 32.6%	880 67.4%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	128.358 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	127.004	1	.000		
尤度比	136.496	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	128.260	1	.000		
有効なケースの数	1305				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 176.51 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5_2 B_5方針決定で重視<理想>: 近親者の意向		合計
	0	1	
1 日本	447 82.5%	95 17.5%	542 100.0%
2 韓国	713 93.4%	50 6.6%	763 100.0%
合計	1160 88.9%	145 11.1%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	38.644 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	37.541	1	.000		
尤度比	38.134	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	38.615	1	.000		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 60.22 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5_3 B.5方針決定で重視く 理想> : できるだけ長い時間 を生きる		合計
	0	1	
1 日本	469 86.5%	73 13.5%	542 100.0%
2 韓国	732 95.9%	31 4.1%	763 100.0%
合計	1201 92.0%	104 8.0%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	38.225 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	36.953	1	.000		
尤度比	37.911	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	38.195	1	.000		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 43.19 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5_4 B.5方針決定で重視く 理想> : 本人の苦痛を取り除 く		合計
	0	1	
1 日本	283 52.3%	258 47.7%	541 100.0%
2 韓国	317 41.5%	446 58.5%	763 100.0%
合計	600 46.0%	704 54.0%	1304 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	14.765 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	14.335	1	.000		
尤度比	14.767	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	14.753	1	.000		
有効なケースの数	1304				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 248.93 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5_5 B.5方針決定で重視く 理想> : 本人のこれまでの生 活の継続		合計
	0	1	
1 日本	318 58.8%	223 41.2%	541 100.0%
2 韓国	483 63.3%	280 36.7%	763 100.0%
合計	801 61.4%	503 38.6%	1304 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	2.733 ^a	1	.098		
連続修正 ^b	2.545	1	.111		
尤度比	2.727	1	.099		
Fisher の直接法				.106	.055
線型と線型による連関	2.731	1	.098		
有効なケースの数	1304				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 208.68 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5_6 B.5方針決定で重視く 理想> : 家族の負担を軽くす る		合計
	0	1	
1 日本	179 33.0%	363 67.0%	542 100.0%
2 韓国	579 75.9%	184 24.1%	763 100.0%
合計	758 58.1%	547 41.9%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	239.088 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	237.331	1	.000		
尤度比	244.229	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	238.905	1	.000		
有効なケースの数	1305				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 227.18 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5_7 B_5方針決定で重視<理想>: その他		合計
	0	1	
1 日本	537 99.1%	5 .9%	542 100.0%
2 韓国	757 99.2%	6 .8%	763 100.0%
合計	1294 99.2%	11 .8%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.070 ^a	1	.791		
連続修正 ^b	.000	1	1.000		
尤度比	.070	1	.792		
Fisher の直接法				.770	.510
線型と線型による連関	.070	1	.791		
有効なケースの数	1305				

- a. 1 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 4.57 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_5b B_5方針決定でもっとも重視<理想>							合計
	1 Bさんの妻の意向	2 Bさんの近親者の意向	3 できるだけ長い時間生きる	4 本人の苦痛を取り除くこと	5 本人のこれまでの生活の継続	6 家族の負担を軽くする	7 その他	
1 日本	278 51.5%	12 2.2%	8 1.5%	77 14.3%	57 10.6%	107 19.8%	1 .2%	540 100.0%
2 韓国	279 36.6%	22 2.9%	12 1.6%	291 38.2%	98 12.9%	59 7.7%	1 .1%	762 100.0%
合計	557 42.8%	34 2.6%	20 1.5%	368 28.3%	155 11.9%	166 12.7%	2 .2%	1302 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	118.506 ^a	6	.000
尤度比	123.437	6	.000
線型と線型による連関	3.862	1	.049
有効なケースの数	1302		

- a. 2 セル (14.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .83 です。

	q03_6_1 B_6家族への説明: 余命		合計
	0	1	
1 日本	379 70.3%	160 29.7%	539 100.0%
2 韓国	658 86.9%	99 13.1%	757 100.0%
合計	1037 80.0%	259 20.0%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	54.297 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	53.263	1	.000		
尤度比	53.655	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	54.255	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 107.72 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_2 B_6家族への説明: 事前指示書		合計
	0	1	
1 日本	453 84.0%	86 16.0%	539 100.0%
2 韓国	687 90.8%	70 9.2%	757 100.0%
合計	1140 88.0%	156 12.0%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	13.381 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	12.755	1	.000		
尤度比	13.174	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	13.371	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 64.88 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_3 B_6家族への説明： 代替的な治療法		合計
	0	1	
1 日本	434 80.5%	105 19.5%	539 100.0%
2 韓国	652 86.1%	105 13.9%	757 100.0%
合計	1086 83.8%	210 16.2%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	7.297 ^a	1	.007		
連続修正 ^b	6.890	1	.009		
尤度比	7.215	1	.007		
Fisher の直接法				.007	.004
線型と線型による連関	7.292	1	.007		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 87.34 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_4 B_6家族への説明： 本人が感じる苦しみ、痛み		合計
	0	1	
1 日本	326 60.5%	213 39.5%	539 100.0%
2 韓国	561 74.1%	196 25.9%	757 100.0%
合計	887 68.4%	409 31.6%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	27.063 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	26.436	1	.000		
尤度比	26.872	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	27.042	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 170.10 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_5 B_6家族への説明： 利用可能な医療、介護保険制 度		合計
	0	1	
1 日本	88 16.3%	451 83.7%	539 100.0%
2 韓国	589 77.8%	168 22.2%	757 100.0%
合計	677 52.2%	619 47.8%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	476.965 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	474.504	1	.000		
尤度比	512.864	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	476.597	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 257.44 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_6 B_6家族への説明： 病状に合わせた死の瞬間		合計
	0	1	
1 日本	454 84.2%	85 15.8%	539 100.0%
2 韓国	438 57.9%	319 42.1%	757 100.0%
合計	892 68.8%	404 31.2%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	102.039 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	100.814	1	.000		
尤度比	107.805	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	101.960	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 168.02 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_7 B_6家族への説明： 今後の経済的負担		合計
	0	1	
1 日本	305 56.6%	234 43.4%	539 100.0%
2 韓国	625 82.6%	132 17.4%	757 100.0%
合計	930 71.8%	366 28.2%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	104.830 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	103.552	1	.000		
尤度比	104.352	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	104.749	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 152.22 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_8 B_6 家族への説明： 今後の家族の介護負担		合計
	0	1	
1 日本	96 17.8%	443 82.2%	539 100.0%
2 韓国	431 56.9%	326 43.1%	757 100.0%
合計	527 40.7%	769 59.3%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	199.733 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	198.115	1	.000		
尤度比	211.313	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	199.579	1	.000		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 219.18 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_9 B_6 家族への説明： 死後の悲嘆		合計
	0	1	
1 日本	496 92.0%	43 8.0%	539 100.0%
2 韓国	704 93.0%	53 7.0%	757 100.0%
合計	1200 92.6%	96 7.4%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.438 ^a	1	.508		
連続修正 ^b	.307	1	.580		
尤度比	.435	1	.510		
Fisher の直接法				.520	.289
線型と線型による連関	.437	1	.508		
有効なケースの数	1296				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 39.93 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_6_10 B_6 家族への説明： その他		合計
	0	1	
1 日本	535 99.3%	4 .7%	539 100.0%
2 韓国	751 99.2%	6 .8%	757 100.0%
合計	1286 99.2%	10 .8%	1296 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.010 ^a	1	.918		
連続修正 ^b	.000	1	1.000		
尤度比	.011	1	.918		
Fisher の直接法				1.000	.593
線型と線型による連関	.010	1	.918		
有効なケースの数	1296				

- a. 1 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 4.16 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_1 B_7 方針<理想>						合計
	1 人工栄養補給の実施	2 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療	3 嚥下訓練等の実施	4 現状を維持し、積極的な治療を行わない	5 とくに何もしない	6 その他	
1 日本	286 53.1%	6 1.1%	85 15.8%	137 25.4%	5 .9%	20 3.7%	539 100.0%
2 韓国	396 52.0%	33 4.3%	86 11.3%	233 30.6%	5 .7%	9 1.2%	762 100.0%
合計	682 52.4%	39 3.0%	171 13.1%	370 28.4%	10 .8%	29 2.2%	1301 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	28.123 ^a	5	.000
尤度比	29.465	5	.000
線型と線型による連関	.237	1	.627
有効なケースの数	1301		

- a. 1 セル (8.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 4.14 です。

	q03_7_1an B_7方針<理想>: 経管の種類			合計
	0	1 胃瘻	2 経鼻経管	
1 日本	3 1.3%	211 88.3%	25 10.5%	239 100.0%
2 韓国	3 1.3%	211 88.3%	25 10.5%	239 100.0%
合計				

	値
Pearson のカイ 2 乗	. ^a
有効なケースの数	239

a. country 国名 が一定のため統計量は計算されません。

	q03_7_2a_1 B_7.2方針<理想> の選択理由: 完治の可能性が ある		合計
	0	1	
1 日本	506 95.3%	25 4.7%	531 100.0%
2 韓国	729 95.7%	33 4.3%	762 100.0%
合計	1235 95.5%	58 4.5%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.104 ^a	1	.747		
連続修正 ^b	.035	1	.852		
尤度比	.104	1	.748		
Fisher の直接法				.785	.424
線型と線型による連関	.104	1	.747		
有効なケースの数	1293				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 23.82 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_2 B_7.2方針<理想> の選択理由: 生存時間が延び る可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	314 59.1%	217 40.9%	531 100.0%
2 韓国	488 64.0%	274 36.0%	762 100.0%
合計	802 62.0%	491 38.0%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	3.201 ^a	1	.074		
連続修正 ^b	2.996	1	.083		
尤度比	3.193	1	.074		
Fisher の直接法				.081	.042
線型と線型による連関	3.198	1	.074		
有効なケースの数	1293				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 201.64 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_3 B_7.2方針<理想> の選択理由: QOLの向上が期 待できる		合計
	0	1	
1 日本	406 76.5%	125 23.5%	531 100.0%
2 韓国	436 57.2%	326 42.8%	762 100.0%
合計	842 65.1%	451 34.9%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	51.009 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	50.165	1	.000		
尤度比	52.388	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	50.969	1	.000		
有効なケースの数	1293				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 185.21 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_4 B_7.2方針<理想> の選択理由: 経済的である		合計
	0	1	
1 日本	499 94.0%	32 6.0%	531 100.0%
2 韓国	729 95.7%	33 4.3%	762 100.0%
合計	1228 95.0%	65 5.0%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	1.885 ^a	1	.170		
連続修正 ^b	1.546	1	.214		
尤度比	1.857	1	.173		
Fisher の直接法				.196	.107
線型と線型による連関	1.883	1	.170		
有効なケースの数	1293				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 26.69 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_5 B_7_2方針<理想> の選択理由：本人の尊厳が保 持される		合計
	0	1	
1 日本	327 61.6%	204 38.4%	531 100.0%
2 韓国	300 39.4%	462 60.6%	762 100.0%
合計	627 48.5%	666 51.5%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	61.812 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	60.926	1	.000		
尤度比	62.281	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	61.765	1	.000		
有効なケースの数	1293				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 257.49 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_6 B_7_2方針<理想> の選択理由：家族の意向に合 致する可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	214 40.3%	317 59.7%	531 100.0%
2 韓国	564 74.0%	198 26.0%	762 100.0%
合計	778 60.2%	515 39.8%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	148.420 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	147.017	1	.000		
尤度比	149.505	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	148.305	1	.000		
有効なケースの数	1293				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 211.50 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_7 B_7_2方針<理想> の選択理由：国や施設のガイ ドラインで決まっている		合計
	0	1	
1 日本	530 99.8%	1 .2%	531 100.0%
2 韓国	752 98.7%	10 1.3%	762 100.0%
合計	1282 99.1%	11 .9%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	4.687 ^a	1	.030		
連続修正 ^b	3.449	1	.063		
尤度比	5.693	1	.017		
Fisher の直接法				.032	.025
線型と線型による連関	4.684	1	.030		
有効なケースの数	1293				

- a. 1 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.52 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2a_8 B_7_2方針<理想> の選択理由：その他		合計
	0	1	
1 日本	502 94.5%	29 5.5%	531 100.0%
2 韓国	738 96.9%	24 3.1%	762 100.0%
合計	1240 95.9%	53 4.1%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	4.254 ^a	1	.039		
連続修正 ^b	3.687	1	.055		
尤度比	4.172	1	.041		
Fisher の直接法				.046	.028
線型と線型による連関	4.251	1	.039		
有効なケースの数	1293				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 21.77 です。
 b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2b B_7_2方針<理想>のもっとも重視する理由								合計
	1 完治の可能性が高い	2 生存時間が延びる可能性が高い	3 QOLの向上が期待できる	4 経済的である	5 本人の尊厳が保持される	6 家族の意向に合致する可能性が高い	7 国や施設が「ドライ」で決まっている	8 その他	
1 日本	14 2.7%	105 20.2%	63 12.1%	7 1.3%	128 24.7%	190 36.6%	0 .0%	12 2.3%	519 100.0%
2 韓国	20 2.6%	196 25.7%	161 21.1%	10 1.3%	282 37.0%	76 10.0%	6 .8%	11 1.4%	762 100.0%
合計	34 2.7%	301 23.5%	224 17.5%	17 1.3%	410 32.0%	266 20.8%	6 .5%	23 1.8%	1281 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	143.798 ^a	7	.000
尤度比	145.650	7	.000
線型と線型による連関	41.701	1	.000
有効なケースの数	1281		

a. 2 セル (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.43 です。

	q03_8_1 B_8方針<現実>						合計
	1 人工栄養補給の実施	2 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療	3 嚥下訓練等の実施	4 現状を維持し、積極的な治療等を行わない	5 とくに何もしない	6 その他	
1 日本	404 75.9%	4 .8%	24 4.5%	88 16.5%	6 1.1%	6 1.1%	532 100.0%
2 韓国	444 58.4%	21 2.8%	62 8.2%	226 29.7%	2 .3%	5 .7%	760 100.0%
合計	848 65.6%	25 1.9%	86 6.7%	314 24.3%	8 .6%	11 .9%	1292 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	54.438 ^a	5	.000
尤度比	56.454	5	.000
線型と線型による連関	30.801	1	.000
有効なケースの数	1292		

a. 3 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 3.29 です。

	q03_8_1an B_8方針<現実>: 経管の種類			合計
	0	1 胃瘻	2 経鼻経管	
1 日本	3 1.0%	246 85.4%	39 13.5%	288 100.0%
2 韓国	0 .0%	43 60.6%	28 39.4%	71 100.0%
合計	3 .8%	289 80.5%	67 18.7%	359 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	25.575 ^a	2	.000
尤度比	22.884	2	.000
線型と線型による連関	25.252	1	.000
有効なケースの数	359		

a. 2 セル (33.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は .59 です。

	q03_8_2_1 B_8_2方針<現実>の選択理由: 完治の可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	498 96.7%	17 3.3%	515 100.0%
2 韓国	739 97.2%	21 2.8%	760 100.0%
合計	1237 97.0%	38 3.0%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.307 ^a	1	.579		
連続修正 ^b	.149	1	.699		
尤度比	.304	1	.581		
Fisher の直接法				.616	.347
線型と線型による連関	.307	1	.580		
有効なケースの数	1275				

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 15.35 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2_2 B_8_2方針<現実>の選択理由: 生存時間が延びる可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	240 46.6%	275 53.4%	515 100.0%
2 韓国	420 55.3%	340 44.7%	760 100.0%
合計	660 51.8%	615 48.2%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	9.223 ^a	1	.002		
連続修正 ^b	8.879	1	.003		
尤度比	9.229	1	.002		
Fisher の直接法				.002	.001
線型と線型による連関	9.216	1	.002		
有効なケースの数	1275				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 248.41 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2_3 B_8_2方針<現実> の選択理由：QOLの向上が期待できる		合計
	0	1	
1 日本	426 82.7%	89 17.3%	515 100.0%
2 韓国	465 61.2%	295 38.8%	760 100.0%
合計	891 69.9%	384 30.1%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	67.636 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	66.617	1	.000		
尤度比	70.871	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	67.583	1	.000		
有効なケースの数	1275				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 155.11 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2_4 B_8_2方針<現実> の選択理由：経済的である		合計
	0	1	
1 日本	487 94.6%	28 5.4%	515 100.0%
2 韓国	715 94.1%	45 5.9%	760 100.0%
合計	1202 94.3%	73 5.7%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.133 ^a	1	.715		
連続修正 ^b	.059	1	.809		
尤度比	.134	1	.714		
Fisher の直接法				.806	.407
線型と線型による連関	.133	1	.715		
有効なケースの数	1275				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 29.49 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2_5 B_8_2方針<現実> の選択理由：本人の尊厳が保持される		合計
	0	1	
1 日本	369 71.7%	146 28.3%	515 100.0%
2 韓国	298 39.2%	462 60.8%	760 100.0%
合計	667 52.3%	608 47.7%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	129.498 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	128.201	1	.000		
尤度比	132.769	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	129.396	1	.000		
有効なケースの数	1275				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 245.58 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2_6 B_8_2方針<現実>の選択理由：家族の意向に合致する可能性が高い			合計
	0	1	6	
1 日本	197 38.3%	316 61.4%	2 .4%	515 100.0%
2 韓国	542 71.3%	218 28.7%	0 .0%	760 100.0%
合計	739 58.0%	534 41.9%	2 .2%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	139.105 ^a	2	.000
尤度比	140.979	2	.000
線型と線型による連関	128.761	1	.000
有効なケースの数	1275		

- a. 2 セル (33.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は .81 です。

	q03_8_2_7 B_8_2方針<現実> の選択理由：国や施設のガイドラインで決まっている		合計
	0	1	
1 日本	506 98.3%	9 1.7%	515 100.0%
2 韓国	748 98.4%	12 1.6%	760 100.0%
合計	1254 98.4%	21 1.6%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.054 ^a	1	.816		
連続修正 ^b	.000	1	.994		
尤度比	.054	1	.817		
Fisher の直接法				.826	.491
線型と線型による連関	.054	1	.817		
有効なケースの数	1275				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 8.48 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2_8 B_8_2方針<現実> の選択理由：その他		合計
	0	1	
1 日本	493 95.7%	22 4.3%	515 100.0%
2 韓国	748 98.4%	12 1.6%	760 100.0%
合計	1241 97.3%	34 2.7%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	8.577 ^a	1	.003		
連続修正 ^b	7.571	1	.006		
尤度比	8.385	1	.004		
Fisher の直接法				.004	.003
線型と線型による連関	8.570	1	.003		
有効なケースの数	1275				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 13.73 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_8_2b B_8_2方針<現実>のもっとも重視する理由								合計
	1 完治の可能性 がある	2 生存時間が 延びる可能性 が高い	3 QOLの向上が 期待できる	4 経済的である	5 本人の尊厳 が保持される	6 家族の意向 に合致する可 能性が高い	7 国や施設の ガイドラインで決 まっている	8 その他	
1 日本	9 1.7%	167 32.4%	36 7.0%	6 1.2%	84 16.3%	201 39.0%	4 .8%	8 1.6%	515 100.0%
2 韓国	9 1.2%	245 32.2%	136 17.9%	18 2.4%	267 35.1%	76 10.0%	1 .1%	8 1.1%	760 100.0%
合計	18 1.4%	412 32.3%	172 13.5%	24 1.9%	351 27.5%	277 21.7%	5 .4%	16 1.3%	1275 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	192.556 ^a	7	.000
尤度比	196.434	7	.000
線型と線型による連関	28.297	1	.000
有効なケースの数	1275		

- a. 2 セル (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.02 です。

	q03_9a B_9死への方針							合計
	1 病院での治 療の継続	2 病院での緩和 ケアへの移行	3 介護施設で の療養の継続	4 介護施設で の緩和ケアへの 移行	5 自宅での治 療の継続	6 自宅での緩和 ケアへの移行	7 その他	
1 日本	35 6.5%	45 8.4%	52 9.7%	50 9.3%	165 30.8%	183 34.2%	5 .9%	535 100.0%
2 韓国	129 16.9%	217 28.5%	68 8.9%	198 26.0%	32 4.2%	115 15.1%	3 .4%	762 100.0%
合計	164 12.6%	262 20.2%	120 9.3%	248 19.1%	197 15.2%	298 23.0%	8 .6%	1297 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ 2 乗	333.546 ^a	6	.000
尤度比	351.322	6	.000
線型と線型による連関	189.854	1	.000
有効なケースの数	1297		

- a. 2 セル (14.3%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 3.30 です。

	q03_9_2b_1 B_9_2死への方針 の選択理由：完治の可能性が ある		合計
	0	1	
1 日本	523 98.3%	9 1.7%	532 100.0%
2 韓国	750 98.3%	13 1.7%	763 100.0%
合計	1273 98.3%	22 1.7%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.000 ^a	1	.987		
連続修正 ^b	.000	1	1.000		
尤度比	.000	1	.987		
Fisher の直接法				1.000	.585
線型と線型による連関	.000	1	.987		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 9.04 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_2 B_9_2死への方針 の選択理由：生存時間が延び る可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	421 79.1%	111 20.9%	532 100.0%
2 韓国	573 75.1%	190 24.9%	763 100.0%
合計	994 76.8%	301 23.2%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	2.863 ^a	1	.091		
連続修正 ^b	2.642	1	.104		
尤度比	2.887	1	.089		
Fisher の直接法				.095	.052
線型と線型による連関	2.861	1	.091		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 123.65 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_3 B_9_2死への方針 の選択理由：QOLの向上が期 待できる		合計
	0	1	
1 日本	443 83.3%	89 16.7%	532 100.0%
2 韓国	405 53.1%	358 46.9%	763 100.0%
合計	848 65.5%	447 34.5%	1295 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	126.401 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	125.069	1	.000		
尤度比	133.702	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	126.303	1	.000		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 183.63 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_4 B_9_2死への方針 の選択理由：経済的である		合計
	0	1	
1 日本	498 94.0%	32 6.0%	530 100.0%
2 韓国	697 91.3%	66 8.7%	763 100.0%
合計	1195 92.4%	98 7.6%	1293 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	3.047 ^a	1	.081		
連続修正 ^b	2.685	1	.101		
尤度比	3.121	1	.077		
Fisher の直接法				.088	.049
線型と線型による連関	3.045	1	.081		
有効なケースの数	1293				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 40.17 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_5 B_9_2死への方針 の選択理由：本人の尊厳が保 持される		合計
	0	1	
1 日本	270 50.8%	262 49.2%	532 100.0%
2 韓国	242 31.7%	521 68.3%	763 100.0%
合計	512 39.5%	783 60.5%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	47.509 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	46.716	1	.000		
尤度比	47.412	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	47.473	1	.000		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 210.34 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_6 B_9_2死への方針 の選択理由：家族の意向に合 致する可能性が高い		合計
	0	1	
1 日本	154 28.9%	378 71.1%	532 100.0%
2 韓国	518 67.9%	245 32.1%	763 100.0%
合計	672 51.9%	623 48.1%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	190.413 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	188.857	1	.000		
尤度比	195.345	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	190.266	1	.000		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 255.94 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_7 B_9_2死への方針 の選択理由：国や施設のガイ ドラインで決まっている		合計
	0	1	
1 日本	530 99.6%	2 .4%	532 100.0%
2 韓国	753 98.7%	10 1.3%	763 100.0%
合計	1283 99.1%	12 .9%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	2.983 ^a	1	.084		
連続修正 ^b	2.052	1	.152		
尤度比	3.353	1	.067		
Fisher の直接法				.138	.072
線型と線型による連関	2.980	1	.084		
有効なケースの数	1295				

- a. 1 セル (25.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 4.93 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9_2b_8 B_9_2死への方針 の選択理由：その他		合計
	0	1	
1 日本	514 96.6%	18 3.4%	532 100.0%
2 韓国	754 98.8%	9 1.2%	763 100.0%
合計	1268 97.9%	27 2.1%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ2乗	7.458 ^a	1	.006		
連続修正 ^b	6.417	1	.011		
尤度比	7.332	1	.007		
Fisher の直接法				.009	.006
線型と線型による連関	7.452	1	.006		
有効なケースの数	1295				

- a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度数は 11.09 です。
b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_9b B_9_2死への方針のもっとも重視する理由								合計
	1 完治の可 能性がある	2 生存時間 が延びる可 能性が高い	3 QOLの向上 が期待でき る	4 経済的であ る	5 本人の尊厳 が保持され る	6 家族の意向 に合致する可 能性が高い	7 国や施設の ガイドライン で決まってい る	8 その他	
1 日本	7 1.3%	45 8.5%	30 5.6%	2 .4%	154 28.9%	282 53.0%	1 .2%	11 2.1%	532 100.0%
2 韓国	6 .8%	125 16.4%	158 20.7%	11 1.4%	346 45.3%	111 14.5%	4 .5%	2 .3%	763 100.0%
合計	13 1.0%	170 13.1%	188 14.5%	13 1.0%	500 38.6%	393 30.3%	5 .4%	13 1.0%	1295 100.0%

カイ2乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)
Pearson のカイ2乗	254.148 ^a	7	.000
尤度比	261.653	7	.000
線型と線型による連関	132.117	1	.000
有効なケースの数	1295		

a. 2セル (12.5%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 2.05 です。

	q03_2_gap Bさん：場所GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	199 36.7%	343 63.3%	542 100.0%
2 韓国	441 57.8%	322 42.2%	763 100.0%
合計	640 49.0%	665 51.0%	1305 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	56.360 ^a	1	.000		
連続修正 ^b	55.519	1	.000		
尤度比	56.878	1	.000		
Fisher の直接法				.000	.000
線型と線型による連関	56.317	1	.000		
有効なケースの数	1305				

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 265.81 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_4_gap Bさん：主導権者 GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	331 62.6%	198 37.4%	529 100.0%
2 韓国	510 66.9%	252 33.1%	762 100.0%
合計	841 65.1%	450 34.9%	1291 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	2.612 ^a	1	.106		
連続修正 ^b	2.423	1	.120		
尤度比	2.604	1	.107		
Fisher の直接法				.109	.060
線型と線型による連関	2.610	1	.106		
有効なケースの数	1291				

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 184.39 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_gap Bさん：方針GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	362 68.2%	169 31.8%	531 100.0%
2 韓国	564 74.2%	196 25.8%	760 100.0%
合計	926 71.7%	365 28.3%	1291 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	5.618 ^a	1	.018		
連続修正 ^b	5.325	1	.021		
尤度比	5.584	1	.018		
Fisher の直接法				.020	.011
線型と線型による連関	5.614	1	.018		
有効なケースの数	1291				

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 150.13 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q03_7_2gap Bさん：方針の理 由GAP		合計
	0 no gap	1 gap	
1 日本	304 61.0%	194 39.0%	498 100.0%
2 韓国	471 62.1%	288 37.9%	759 100.0%
合計	775 61.7%	482 38.3%	1257 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率 (両側)	正確有意確率 (両側)	正確有意確率 (片側)
Pearson のカイ 2 乗	.130 ^a	1	.718		
連続修正 ^b	.091	1	.763		
尤度比	.130	1	.718		
Fisher の直接法				.722	.381
線型と線型による連関	.130	1	.718		
有効なケースの数	1257				

a. 0セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 190.96 です。

b. 2x2 表に対してのみ計算

	q04_1new 死について考える頻度(逆転)						合計
	1 考えないよ うにしている	2 考えること がない	3 あまり考え ない	4 どちらとも 言えない	5 ときどき考 える	6 よく考える	
1 日本	12 2.2%	15 2.8%	56 10.3%	25 4.6%	304 56.1%	130 24.0%	542 100.0%
2 韓国	21 2.8%	42 5.5%	143 18.8%	20 2.6%	445 58.4%	91 11.9%	762 100.0%
合計	33 2.5%	57 4.4%	199 15.3%	45 3.5%	749 57.4%	221 16.9%	1304 100.0%

	q04_2new 死への不安(逆転)					合計
	1 感じない	2 あまり感じない	3 どちらとも言えない	4 やや感じる	5 感じる	
1 日本	36 6.7%	136 25.2%	91 16.9%	187 34.6%	90 16.7%	540 100.0%
2 韓国	87 11.5%	252 33.4%	39 5.2%	274 36.3%	103 13.6%	755 100.0%
合計	123 9.5%	388 30.0%	130 10.0%	461 35.6%	193 14.9%	1295 100.0%

ノンパラメトリック検定
記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q04_1new 死について考える頻度(逆転)	1304	4.60	1.205	1	6
q04_2new 死への不安(逆転)	1295	3.16	1.267	1	5
country 国名	1311	1.58	.493	1	2

Mann-Whitney 検定
順位

	N	平均ランク	順位和
q04_1new 死について考える頻度(逆転)	1 日本 2 韓国 合計	542 762 1304	720.17 604.37 460530.00
q04_2new 死への不安(逆転)	1 日本 2 韓国 合計	540 755 1295	683.05 622.93 470312.50

検定統計量^a

	q04_1new 死について考える頻度(逆転)	q04_2new 死への不安(逆転)
Mann-Whitney の U	169827.000	184922.500
Wilcoxon の W	460530.000	470312.500
Z	-6.111	-2.969
漸近有意確率(両側)	.000	.003

a. グループ化変数: country 国名

	q04_3a 看護師死生観尺度: A) 死は人生の完結である					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	68 12.5%	31 5.7%	136 25.1%	109 20.1%	198 36.5%	542 100.0%
2 韓国	52 6.8%	62 8.1%	156 20.4%	163 21.4%	330 43.3%	763 100.0%
合計	120 9.2%	93 7.1%	292 22.4%	272 20.8%	528 40.5%	1305 100.0%

	q04_3b_new 看護師死生観尺度: B) 脳死後は、臓器移植をしたい(反転)					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	124 22.9%	110 20.3%	175 32.3%	34 6.3%	99 18.3%	542 100.0%
2 韓国	243 31.8%	209 27.4%	143 18.7%	62 8.1%	106 13.9%	763 100.0%
合計	367 28.1%	319 24.4%	318 24.4%	96 7.4%	205 15.7%	1305 100.0%

	q04_3c 看護師死生観尺度: C) 世の中には「霊」や「たたり」があると思う					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	133 24.5%	66 12.2%	149 27.4%	124 22.8%	71 13.1%	543 100.0%
2 韓国	100 13.1%	57 7.5%	143 18.8%	187 24.5%	275 36.1%	762 100.0%
合計	233 17.9%	123 9.4%	292 22.4%	311 23.8%	346 26.5%	1305 100.0%

	q04_3d 看護師死生観尺度: D) 自分の望む死を迎えるために準備する必要がある					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	18 3.3%	13 2.4%	81 14.9%	151 27.8%	280 51.6%	543 100.0%
2 韓国	14 1.8%	13 1.7%	45 5.9%	203 26.6%	488 64.0%	763 100.0%
合計	32 2.5%	26 2.0%	126 9.6%	354 27.1%	768 58.8%	1306 100.0%

	q04_3e 看護師死生観尺度: E) 死について考えることは人を成長させる					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	17 3.1%	11 2.0%	158 29.1%	140 25.8%	217 40.0%	543 100.0%
2 韓国	36 4.7%	34 4.5%	95 12.5%	261 34.2%	337 44.2%	763 100.0%
合計	53 4.1%	45 3.4%	253 19.4%	401 30.7%	554 42.4%	1306 100.0%

	q04_3f 看護師死生観尺度: F) たとえ献体のためでも、遺体に傷つけない					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	109 20.1%	74 13.6%	221 40.7%	67 12.3%	72 13.3%	543 100.0%
2 韓国	133 17.4%	81 10.6%	144 18.9%	161 21.1%	244 32.0%	763 100.0%
合計	242 18.5%	155 11.9%	365 27.9%	228 17.5%	316 24.2%	1306 100.0%

		q04_3g 看護師死生観尺度：G) 死について学ぶこと・教育は必要である					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	11 2.0%	9 1.7%	56 10.3%	131 24.1%	336 61.9%	543 100.0%
2	韓国	30 3.9%	31 4.1%	82 10.7%	244 32.0%	376 49.3%	763 100.0%
合計		41 3.1%	40 3.1%	138 10.6%	375 28.7%	712 54.5%	1306 100.0%

		q04_3h_new 看護師死生観尺度：H) 死は怖くない（反転）					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	56 10.3%	52 9.6%	187 34.4%	84 15.5%	164 30.2%	543 100.0%
2	韓国	151 19.8%	167 21.9%	182 23.9%	175 23.0%	86 11.3%	761 100.0%
合計		207 15.9%	219 16.8%	369 28.3%	259 19.9%	250 19.2%	1304 100.0%

		q04_3i 看護師死生観尺度：I) 人は死後、また生まれ変わると思う					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	137 25.2%	43 7.9%	219 40.3%	65 12.0%	79 14.5%	543 100.0%
2	韓国	199 26.2%	90 11.8%	222 29.2%	142 18.7%	107 14.1%	760 100.0%
合計		336 25.8%	133 10.2%	441 33.8%	207 15.9%	186 14.3%	1303 100.0%

		q04_3j 看護師死生観尺度：J) 死後の世界はあると思う					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	107 19.7%	36 6.6%	231 42.5%	81 14.9%	88 16.2%	543 100.0%
2	韓国	133 17.4%	71 9.3%	205 26.9%	154 20.2%	200 26.2%	763 100.0%
合計		240 18.4%	107 8.2%	436 33.4%	235 18.0%	288 22.1%	1306 100.0%

		q04_3k 看護師死生観尺度：K) 意識が戻らない植物状態でも生きていることは大切である					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	147 27.1%	94 17.3%	210 38.7%	55 10.1%	37 6.8%	543 100.0%
2	韓国	302 39.7%	165 21.7%	136 17.9%	86 11.3%	71 9.3%	760 100.0%
合計		449 34.5%	259 19.9%	346 26.6%	141 10.8%	108 8.3%	1303 100.0%

		q04_3l 看護師死生観尺度：L) たとえ脳死状態でも生き続けることは大切である					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	160 29.5%	101 18.6%	217 40.0%	43 7.9%	22 4.1%	543 100.0%
2	韓国	343 45.0%	185 24.2%	140 18.3%	46 6.0%	49 6.4%	763 100.0%
合計		503 38.5%	286 21.9%	357 27.3%	89 6.8%	71 5.4%	1306 100.0%

		q04_3m 看護師死生観尺度：M) 自分が死ぬことを考えると、不安になる					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	76 14.0%	61 11.2%	135 24.9%	161 29.7%	110 20.3%	543 100.0%
2	韓国	122 16.0%	135 17.7%	205 26.9%	191 25.1%	109 14.3%	762 100.0%
合計		198 15.2%	196 15.0%	340 26.1%	352 27.0%	219 16.8%	1305 100.0%

		q04_3n 看護師死生観尺度：N) 死はすべての終わりである					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	126 23.2%	82 15.1%	160 29.5%	67 12.3%	108 19.9%	543 100.0%
2	韓国	101 13.3%	133 17.5%	149 19.6%	147 19.3%	232 30.4%	762 100.0%
合計		227 17.4%	215 16.5%	309 23.7%	214 16.4%	340 26.1%	1305 100.0%

		q04_3o 看護師死生観尺度：O) 死とはこの世の苦しみから解放されることだ					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	159 29.3%	71 13.1%	194 35.7%	68 12.5%	51 9.4%	543 100.0%
2	韓国	111 14.6%	129 16.9%	204 26.8%	135 17.7%	183 24.0%	762 100.0%
合計		270 20.7%	200 15.3%	398 30.5%	203 15.6%	234 17.9%	1305 100.0%

		q04_3p 看護師死生観尺度：P) 死は存在が無くなることである					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	181 33.4%	90 16.6%	134 24.7%	56 10.3%	81 14.9%	543 100.0%
2	韓国	92 12.1%	105 13.8%	163 21.4%	196 25.8%	205 26.9%	761 100.0%
合計		273 21.0%	195 15.0%	297 22.8%	252 19.3%	286 21.9%	1303 100.0%

		q04_3q 看護師死生観尺度：Q) 死を考えると、生を見直す機会になる					合計
		1	2	3	4	5	
1	日本	14 2.6%	7 1.3%	77 14.2%	151 27.9%	293 54.1%	542 100.0%
2	韓国	32 4.2%	47 6.2%	122 16.0%	252 33.1%	309 40.6%	762 100.0%
合計		46 3.5%	54 4.1%	199 15.3%	403 30.9%	602 46.2%	1304 100.0%

	q04_3r 看護師死生観尺度：R) 終末期（余命約6か月）にある身近な人の家族と接することは、生と死を考える機会になる					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	12 2.2%	7 1.3%	48 8.8%	146 26.9%	330 60.8%	543 100.0%
2 韓国	17 2.2%	35 4.6%	101 13.2%	274 35.9%	336 44.0%	763 100.0%
合計	29 2.2%	42 3.2%	149 11.4%	420 32.2%	666 51.0%	1306 100.0%

	q04_3s 看護師死生観尺度：S) たとえ死亡原因を調べる病理解剖のためでも、遺体に傷をつけたくない					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	139 25.6%	90 16.6%	199 36.6%	62 11.4%	53 9.8%	543 100.0%
2 韓国	90 11.8%	69 9.1%	124 16.3%	151 19.8%	328 43.0%	762 100.0%
合計	229 17.5%	159 12.2%	323 24.8%	213 16.3%	381 29.2%	1305 100.0%

	q04_3t 看護師死生観尺度：T) 死ぬまでの過程を考えると不安になる					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	74 13.7%	59 10.9%	145 26.8%	169 31.2%	95 17.5%	542 100.0%
2 韓国	107 14.0%	131 17.2%	180 23.6%	212 27.8%	133 17.4%	763 100.0%
合計	181 13.9%	190 14.6%	325 24.9%	381 29.2%	228 17.5%	1305 100.0%

	q04_u 看護師死生観尺度：U) 死後のことを考えると不安になる					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	150 27.6%	84 15.5%	148 27.3%	98 18.0%	63 11.6%	543 100.0%
2 韓国	190 24.9%	149 19.5%	192 25.2%	144 18.9%	88 11.5%	763 100.0%
合計	340 26.0%	233 17.8%	340 26.0%	242 18.5%	151 11.6%	1306 100.0%

	q04_3v 看護師死生観尺度：V) 意識が戻らない植物状態でも治療することは大切である					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	145 26.7%	84 15.5%	225 41.4%	57 10.5%	32 5.9%	543 100.0%
2 韓国	287 37.6%	158 20.7%	142 18.6%	104 13.6%	72 9.4%	763 100.0%
合計	432 33.1%	242 18.5%	367 28.1%	161 12.3%	104 8.0%	1306 100.0%

	q04_3w 看護師死生観尺度：W) たとえ子供が幼くても（幼稚園児や小学校低学年）身近な人の死を体験させることは大切だ					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	25 4.6%	20 3.7%	163 30.0%	143 26.3%	192 35.4%	543 100.0%
2 韓国	183 24.0%	151 19.8%	190 24.9%	126 16.5%	112 14.7%	762 100.0%
合計	208 15.9%	171 13.1%	353 27.0%	269 20.6%	304 23.3%	1305 100.0%

	q04_3x 看護師死生観尺度：X) 意思疎通ができなくても、生きていることは大切である					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	49 9.0%	35 6.4%	209 38.5%	106 19.5%	144 26.5%	543 100.0%
2 韓国	186 24.5%	128 16.8%	170 22.4%	138 18.2%	138 18.2%	760 100.0%
合計	235 18.0%	163 12.5%	379 29.1%	244 18.7%	282 21.6%	1303 100.0%

	q04_3y 看護師死生観尺度：Y) 死んでも魂は残ると思う					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	82 15.1%	29 5.3%	194 35.7%	110 20.3%	128 23.6%	543 100.0%
2 韓国	127 16.7%	86 11.3%	196 25.8%	152 20.0%	200 26.3%	761 100.0%
合計	209 16.0%	115 8.8%	390 29.9%	262 20.1%	328 25.2%	1304 100.0%

ノンパラメトリック検定

記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q04_3a 看護師死生観尺度：A) 死は人生の完結である	1305	3.76	1.298	1	5
q04_3b_new 看護師死生観尺度：B) 脳死後は、臓器移植をしたい（反転）	1305	2.58	1.377	1	5
q04_3c 看護師死生観尺度：C) 世の中には「霊」や「たたり」があると思う	1305	3.32	1.417	1	5
q04_3d 看護師死生観尺度：D) 自分の望む死を迎えるために準備する必要がある	1306	4.38	.918	1	5
q04_3e 看護師死生観尺度：E) 死について考えることは人を成長させる	1306	4.04	1.058	1	5
q04_3f 看護師死生観尺度：F) たとえ献体のためでも、遺体に傷つけない	1306	3.17	1.405	1	5
q04_3g 看護師死生観尺度：G) 死について学ぶこと・教育は必要である	1306	4.28	.988	1	5
q04_3h_new 看護師死生観尺度：H) 死は怖くない（反転）	1304	3.10	1.327	1	5
q04_3i 看護師死生観尺度：I) 人は死後、また生まれ変わると思う	1303	2.83	1.355	1	5
q04_3j 看護師死生観尺度：J) 死後の世界はあると思う	1306	3.17	1.361	1	5
q04_3k 看護師死生観尺度：K) 意識が戻らない植物状態でも生きていることは大切である	1303	2.39	1.281	1	5
q04_3l 看護師死生観尺度：L) たとえ脳死状態でも生き続けることは大切である	1306	2.19	1.177	1	5
q04_3m 看護師死生観尺度：M) 自分が死ぬことを考えると、不安になる	1305	3.15	1.295	1	5
q04_3n 看護師死生観尺度：N) 死はすべての終わりである	1305	3.17	1.428	1	5
q04_3o 看護師死生観尺度：O) 死とはこの世の苦しみから解放されることだ	1305	2.95	1.361	1	5
q04_3p 看護師死生観尺度：P) 死は存在が無くなることである	1303	3.06	1.434	1	5
q04_3q 看護師死生観尺度：Q) 死を考えることは、生を見直す機会になる	1304	4.12	1.041	1	5
q04_3r 看護師死生観尺度：R) 終末期（余命約6か月）にある身近な人の家族と接することは、生と死を考える機会になる	1306	4.26	.940	1	5
q04_3s 看護師死生観尺度：S) たとえ死亡原因を調べる病理解剖のためでも、遺体に傷をつけない	1305	3.27	1.443	1	5
q04_3t 看護師死生観尺度：T) 死ぬまでの過程を考えると不安になる	1305	3.22	1.282	1	5
q04_u 看護師死生観尺度：U) 死後のことを考えると不安になる	1306	2.72	1.338	1	5
q04_3v 看護師死生観尺度：V) 意識が戻らない植物状態でも治療することは大切である	1306	2.44	1.278	1	5
q04_3w 看護師死生観尺度：W) たとえ子供が幼くても（幼稚園児や小学校低学年）身近な人の死を体験させることは大切だ	1305	3.22	1.363	1	5
q04_3x 看護師死生観尺度：X) 意思疎通ができなくても、生きていることは大切である	1303	3.13	1.372	1	5
q04_3y 看護師死生観尺度：Y) 死んでも魂は残ると思う	1304	3.30	1.360	1	5
country 国名	1311	1.58	.493	1	2

Mann-Whitney 検定

順位		N	平均ランク	順位和
q04_3a 看護師死生観尺度：A) 死は人生の完結である	1 日本	542	616.83	334323.50
	2 韓国	763	678.69	517841.50
	合計	1305		
q04_3b_new 看護師死生観尺 度：B) 脳死後は、臓器移植を したい（反転）	1 日本	542	707.81	383630.50
	2 韓国	763	614.07	468534.50
	合計	1305		
q04_3c 看護師死生観尺度：C) 世の中には「霊」や「たた り」があると思う	1 日本	543	534.08	290007.00
	2 韓国	762	737.74	562158.00
	合計	1305		
q04_3d 看護師死生観尺度：D) 自分の望む死を迎えるために 準備する必要がある	1 日本	543	595.98	323616.50
	2 韓国	763	694.44	529854.50
	合計	1306		
q04_3e 看護師死生観尺度：E) 死について考えることは人を 成長させる	1 日本	543	621.60	337526.50
	2 韓国	763	676.21	515944.50
	合計	1306		
q04_3f 看護師死生観尺度：F) たとえ献体のためでも、遺体 に傷つけない	1 日本	543	564.50	306521.00
	2 韓国	763	716.84	546950.00
	合計	1306		
q04_3g 看護師死生観尺度：G) 死について学ぶこと・教育は 必要である	1 日本	543	703.31	381897.50
	2 韓国	763	618.05	471573.50
	合計	1306		
q04_3h_new 看護師死生観尺 度：H) 死は怖くない（反転）	1 日本	543	750.83	407703.00
	2 韓国	761	582.34	443157.00
	合計	1304		
q04_3i 看護師死生観尺度：I) 人は死後、また生まれ変わ ると思う	1 日本	543	650.21	353063.00
	2 韓国	760	653.28	496493.00
	合計	1303		
q04_3j 看護師死生観尺度：J) 死後の世界はあると思う	1 日本	543	606.61	329389.00
	2 韓国	763	686.87	524082.00
	合計	1306		
q04_3k 看護師死生観尺度：K) 意識が戻らない植物状態でも 生きていることは大切である	1 日本	543	701.15	380722.50
	2 韓国	760	616.89	468833.50
	合計	1303		
q04_3l 看護師死生観尺度：L) たとえ脳死状態でも生き続け ることは大切である	1 日本	543	727.16	394847.50
	2 韓国	763	601.08	458623.50
	合計	1306		
q04_3m 看護師死生観尺度：M) 自分が死ぬことを考えると、 不安になる	1 日本	543	699.83	380006.50
	2 韓国	762	619.63	472158.50
	合計	1305		
q04_3n 看護師死生観尺度：N) 死はすべての終わりである	1 日本	543	584.73	317507.50
	2 韓国	762	701.65	534657.50
	合計	1305		
q04_3o 看護師死生観尺度：O) 死とはこの世の苦しみから解 放されることだ	1 日本	543	560.42	304306.50
	2 韓国	762	718.97	547858.50
	合計	1305		
q04_3p 看護師死生観尺度：P) 死は存在が無くなることであ る	1 日本	542	525.44	284789.50
	2 韓国	761	742.14	564766.50
	合計	1303		
q04_3q 看護師死生観尺度：Q) 死を考えることは、生を見直 す機会になる	1 日本	542	712.03	385920.00
	2 韓国	762	610.16	464940.00
	合計	1304		
q04_3r 看護師死生観尺度：R) 終末期（余命約6か月）にある 身近な人の家族と接すること は、生と死を考える機会にな る	1 日本	543	721.27	391649.50
	2 韓国	763	605.27	461821.50
	合計	1306		
q04_3s 看護師死生観尺度：S) たとえ死亡原因を調べる病理 解剖のためでも、遺体に傷を つけたくない	1 日本	543	484.45	263056.00
	2 韓国	762	773.11	589109.00
	合計	1305		
q04_3t 看護師死生観尺度：T) 死ぬまでの過程を考えると不 安になる	1 日本	542	670.80	363573.00
	2 韓国	763	640.36	488592.00
	合計	1305		
q04_u 看護師死生観尺度：U) 死後のことを考えると不安に なる	1 日本	543	649.97	352935.00
	2 韓国	763	656.01	500536.00
	合計	1306		
q04_3v 看護師死生観尺度：V) 意識が戻らない植物状態でも 治療することは大切である	1 日本	543	690.67	375034.50
	2 韓国	763	627.05	478436.50
	合計	1306		
q04_3w 看護師死生観尺度：W) たとえ子供が幼くても（幼稚 園児や小学校低学年）身近な 人の死を体験させることは大 切だ	1 日本	543	818.74	444573.50
	2 韓国	762	534.90	407591.50
	合計	1305		
q04_3x 看護師死生観尺度：X) 意思疎通ができなくても、生 きていることは大切である	1 日本	543	741.28	402516.00
	2 韓国	760	588.21	447040.00
	合計	1303		
q04_3y 看護師死生観尺度：Y) 死んでも魂は残ると思う	1 日本	543	655.85	356125.00
	2 韓国	761	650.11	494735.00
	合計	1304		

検定統計量*

	q04_3a 看護師 死生観尺度: A) 死は人生の 完結である	q04_3b_new 看護師死生観 尺度: B) 脳死 後は、臓器移 植をしたい (反転)	q04_3c 看護師 死生観尺度: C) 世の中には 「霊」や「た たり」がある と思う	q04_3d 看護師 死生観尺度: D) 自分の望む 死を迎えるた めに準備する 必要がある	q04_3e 看護師 死生観尺度: E) 死について 考えることは 人を成長させ る	q04_3f 看護師 死生観尺度: F) たとえ敵体 のためでも、 遺体に傷つけ たくない	q04_3g 看護師 死生観尺度: G) 死について 学ぶこと・教 育は必要であ る	q04_3h_new 看 護師死生観尺 度: H) 死は怖 くない(反 転)	q04_3i 看護師 死生観尺度: I) 人は死後、 また生まれ変 わると思う	q04_3j 看護師 死生観尺度: J) 死後の世界 はあると思う
Mann-Whitney の U	187170.500	177068.500	142311.000	175920.500	189830.500	158825.000	180107.500	153216.000	205367.000	181693.000
Wilcoxon の W	334323.500	468534.500	290007.000	323616.500	337526.500	306521.000	471573.500	443157.000	353063.000	329389.000
Z	-3.059	-4.556	-9.872	-5.279	-2.738	-7.379	-4.465	-8.156	-.150	-3.910
漸近有意確率 (両側)	.002	.000	.000	.000	.006	.000	.000	.000	.881	.000

	q04_3k 看護師 死生観尺度: K) 意識が戻ら ない植物状態 でも生きてい ることは大切 である	q04_3l 看護 師死生観尺 度: L) たとえ 脳死状態でも 生き続けるこ とは大切であ る	q04_3m 看護 師死生観尺 度: M) 自分が 死ぬことを考 え、不安にな る
Mann-Whitney の U	179653.500	167157.500	181455.500
Wilcoxon の W	468833.500	458623.500	472158.500
Z	-4.131	-6.237	-3.885
漸近有意確率 (両側)	.000	.000	.000

a. グループ化変数: country 国名

検定統計量*

	q04_3n 看護師 死生観尺度: N) 死はすべて の終わりであ る	q04_3o 看護 師死生観尺 度: O) 死とは この世の苦し みから解放さ れることだ	q04_3p 看護 師死生観尺 度: P) 死は存在 がなくなるこ とである	q04_3q 看護 師死生観尺 度: Q) 死を考 えることは、 生を、生を 見直す機会に なる	q04_3r 看護 師死生観尺 度: R) 終末期 (余命約6か 月)にある身 近な人の家 族と接する ことは、生 と死を考 える機会に なる	q04_3s 看護 師死生観尺 度: S) たとえ 死亡原因を 調べるため でも、遺体 に傷をつけ たくない	q04_3t 看護 師死生観尺 度: T) 死ぬま での過程を 考えると不 安になる	q04_u 看護 師死生観尺 度: U) 死後の ことを考 えると不 安になる	q04_3v 看護 師死生観尺 度: V) 意識が 戻らない植 物状態でも 治療する ことは大切 である	q04_3w 看護 師死生観尺 度: W) たとえ 子供が幼く ても(幼稚園 児や小学校 低学年)身 近な人の 死を体験 させること は大切だ
Mann-Whitney の U	169811.500	156610.500	137636.500	174237.000	170355.500	115360.000	197126.000	205239.000	186970.500	116888.500
Wilcoxon の W	317507.500	304306.500	284789.500	464940.000	461821.500	263056.000	488592.000	352935.000	478436.500	407591.500
Z	-5.653	-7.688	-10.469	-5.166	-6.004	-14.005	-1.476	-.292	-3.111	-13.741
漸近有意確率 (両側)	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.140	.770	.002	.000

	q04_3x 看護 師死生観尺 度: X) 意思疎 通ができな くても、生 きているこ とは大切 である	q04_3y 看護 師死生観尺 度: Y) 死んで も魂は残 ると思う
Mann-Whitney の U	157860.000	204794.000
Wilcoxon の W	447040.000	494735.000
Z	-7.424	-2.279
漸近有意確率 (両側)	.000	.780

a. グループ化変数: country 国名

	q04_4a 理想の死: A) 何も準備していないうちの急な死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	236 44.4%	62 11.7%	151 28.4%	43 8.1%	39 7.3%	531 100.0%
2 韓国	260 34.6%	180 24.0%	152 20.2%	78 10.4%	81 10.8%	751 100.0%
合計	496 38.7%	242 18.9%	303 23.6%	121 9.4%	120 9.4%	1282 100.0%

	q04_4b 理想の死: B) 苦痛・恐怖の少ない死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	8 1.5%	4 .7%	36 6.7%	94 17.6%	392 73.4%	534 100.0%
2 韓国	23 3.0%	39 5.1%	94 12.4%	198 26.1%	404 53.3%	758 100.0%
合計	31 2.4%	43 3.3%	130 10.1%	292 22.6%	796 61.6%	1292 100.0%

	q04_4c 理想の死: C) お金をできるだけかけて治療したうえで死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	258 48.5%	95 17.9%	164 30.8%	6 1.1%	9 1.7%	532 100.0%
2 韓国	226 30.1%	213 28.3%	195 25.9%	78 10.4%	40 5.3%	752 100.0%
合計	484 37.7%	308 24.0%	359 28.0%	84 6.5%	49 3.8%	1284 100.0%

	q04_4d 理想の死: D) 死ぬ準備を整えた後の死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	28 5.3%	17 3.2%	104 19.5%	127 23.8%	257 48.2%	533 100.0%
2 韓国	32 4.2%	27 3.6%	111 14.7%	196 26.0%	388 51.5%	754 100.0%
合計	60 4.7%	44 3.4%	215 16.7%	323 25.1%	645 50.1%	1287 100.0%

	q04_4e 理想の死: E) 家族に囲まれて死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	14 2.6%	2 .4%	93 17.5%	107 20.1%	316 59.4%	532 100.0%
2 韓国	18 2.4%	24 3.2%	106 14.0%	203 26.9%	405 53.6%	756 100.0%
合計	32 2.5%	26 2.0%	199 15.5%	310 24.1%	721 56.0%	1288 100.0%

	q04_4f 理想の死：F) 親しい人に囲まれての死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	40 7.5%	15 2.8%	134 25.2%	109 20.5%	234 44.0%	533 100.0%
2 韓国	49 6.5%	60 8.0%	152 20.2%	226 30.1%	265 35.2%	752 100.0%
合計	89 6.9%	75 5.8%	286 22.3%	335 26.1%	499 38.9%	1284 100.0%

	q04_4g 理想の死：G) 誰にも知られない、ひっそりとした死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	287 53.8%	76 14.3%	124 23.3%	24 4.5%	22 4.1%	533 100.0%
2 韓国	341 45.2%	154 20.4%	123 16.3%	72 9.5%	64 8.5%	754 100.0%
合計	628 48.8%	230 17.9%	247 19.2%	96 7.5%	86 6.7%	1287 100.0%

	q04_4h 理想の死：H) 長い闘病生活のない死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	32 6.0%	8 1.5%	65 12.2%	91 17.1%	335 63.1%	531 100.0%
2 韓国	56 7.4%	25 3.3%	97 12.8%	155 20.5%	424 56.0%	757 100.0%
合計	88 6.8%	33 2.6%	162 12.6%	246 19.1%	759 58.9%	1288 100.0%

	q04_4i 理想の死：I) 家族や親しい人に迷惑をかけない死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	10 1.9%	5 .9%	35 6.6%	100 18.8%	383 71.9%	533 100.0%
2 韓国	28 3.7%	28 3.7%	94 12.4%	162 21.4%	446 58.8%	758 100.0%
合計	38 2.9%	33 2.6%	129 10.0%	262 20.3%	829 64.2%	1291 100.0%

	q04_4j 理想の死：J) 最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	140 26.3%	71 13.3%	253 47.5%	45 8.4%	24 4.5%	533 100.0%
2 韓国	128 17.0%	126 16.7%	235 31.1%	164 21.7%	102 13.5%	755 100.0%
合計	268 20.8%	197 15.3%	488 37.9%	209 16.2%	126 9.8%	1288 100.0%

	q04_4k 理想の死：K) 自分で最期を決めることのできる死（尊厳死など）					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	23 4.3%	15 2.8%	88 16.5%	111 20.8%	296 55.5%	533 100.0%
2 韓国	25 3.3%	17 2.2%	110 14.5%	210 27.7%	395 52.2%	757 100.0%
合計	48 3.7%	32 2.5%	198 15.3%	321 24.9%	691 53.6%	1290 100.0%

	q04_4l 理想の死：L) 生前に遺書を残したうえでの死					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	24 4.5%	9 1.7%	180 33.8%	116 21.8%	204 38.3%	533 100.0%
2 韓国	25 3.3%	28 3.7%	145 19.2%	232 30.7%	326 43.1%	756 100.0%
合計	49 3.8%	37 2.9%	325 25.2%	348 27.0%	530 41.1%	1289 100.0%

ノンパラメトリック検定

記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q04_4a 理想の死：A) 何も準備していないうちの急な死	1282	2.32	1.320	1	5
q04_4b 理想の死：B) 苦痛・恐怖の少ない死	1292	4.38	.961	1	5
q04_4c 理想の死：C) お金をできるだけかけて治療したうえでの死	1284	2.15	1.114	1	5
q04_4d 理想の死：D) 死ぬ準備を整えた後の死	1287	4.13	1.100	1	5
q04_4e 理想の死：E) 家族に囲まれての死	1288	4.29	.967	1	5
q04_4f 理想の死：F) 親しい人に囲まれての死	1284	3.84	1.202	1	5
q04_4g 理想の死：G) 誰にも知られない、ひっそりとした死	1287	2.05	1.256	1	5
q04_4h 理想の死：H) 長い闘病生活のない死	1288	4.21	1.179	1	5
q04_4i 理想の死：I) 家族や親しい人に迷惑をかけない死	1291	4.40	.974	1	5
q04_4j 理想の死：J) 最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死	1288	2.79	1.223	1	5
q04_4k 理想の死：K) 自分で最期を決めることのできる死（尊厳死など）	1290	4.22	1.037	1	5
q04_4l 理想の死：L) 生前に遺書を残したうえでの死	1289	3.99	1.059	1	5
country 国名	1311	1.58	.493	1	2

Mann-Whitney 検定
順位

	N	平均ランク	順位和
q04_4a 理想の死：A) 何も準備していないうちの急な死	1 日本 2 韓国 合計	531 751 1282	614.66 660.48 496018.50
q04_4b 理想の死：B) 苦痛・恐怖の少ない死	1 日本 2 韓国 合計	534 758 1292	728.38 588.82 446325.00
q04_4c 理想の死：C) お金をできるだけかけて治療したうえで死	1 日本 2 韓国 合計	532 752 1284	566.04 696.59 301131.50
q04_4d 理想の死：D) 死ぬ準備を整えた後の死	1 日本 2 韓国 合計	533 754 1287	625.51 657.07 495431.50
q04_4e 理想の死：E) 家族に囲まれての死	1 日本 2 韓国 合計	532 756 1288	662.41 631.90 352401.50
q04_4f 理想の死：F) 親しい人に囲まれての死	1 日本 2 韓国 合計	532 752 1284	666.28 625.68 354462.00
q04_4g 理想の死：G) 誰にも知られない、ひっそりとした死	1 日本 2 韓国 合計	533 754 1287	607.13 670.07 323598.50
q04_4h 理想の死：H) 長い闘病生活のない死	1 日本 2 韓国 合計	531 757 1288	672.19 625.08 356933.00
q04_4i 理想の死：I) 家族や親しい人に迷惑をかけない死	1 日本 2 韓国 合計	533 758 1291	702.20 606.48 374271.00
q04_4j 理想の死：J) 最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死	1 日本 2 韓国 合計	533 755 1288	565.50 700.27 301412.50
q04_4k 理想の死：K) 自分で最期を決めることのできる死（尊厳死など）	1 日本 2 韓国 合計	533 757 1290	648.74 643.22 345776.00
q04_4l 理想の死：L) 生前に遺書を残したうえでの死	1 日本 2 韓国 合計	533 756 1289	605.91 672.56 322948.00

検定統計量^a

	q04_4a 理想の死：A) 何も準備していないうちの急な死	q04_4b 理想の死：B) 苦痛・恐怖の少ない死	q04_4c 理想の死：C) お金をできるだけかけて治療したうえでの死	q04_4d 理想の死：D) 死ぬ準備を整えた後の死	q04_4e 理想の死：E) 家族に囲まれての死	q04_4f 理想の死：F) 親しい人に囲まれての死	q04_4g 理想の死：G) 誰にも知られない、ひっそりとした死	q04_4h 理想の死：H) 長い闘病生活のない死	q04_4i 理想の死：I) 家族や親しい人に迷惑をかけない死	q04_4j 理想の死：J) 最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死
Mann-Whitney の U	185138.500	158664.000	159353.500	191085.500	191568.500	187380.000	181287.500	186280.000	172054.000	159101.500
Wilcoxon の W	326384.500	446325.000	301131.500	333396.500	477714.500	470508.000	323598.500	473183.000	459715.000	301412.500
Z	-2.275	-7.627	-6.513	-1.624	-1.614	-2.024	-3.208	-2.524	-5.331	-6.649
漸近有意確率（両側）	.023	.000	.000	.104	.107	.043	.001	.012	.000	.000
	q04_4k 理想の死：K) 自分で最期を決めることのできる死（尊厳死など）	q04_4l 理想の死：L) 生前に遺書を残したうえでの死								
Mann-Whitney の U	200016.000	180637.000								
Wilcoxon の W	486919.000	322948.000								
Z	-.288	-3.347								
漸近有意確率（両側）	.774	.001								

a. グループ化変数: country 国名

	q04_5 自身の最期の場所希望									合計
	1 自宅	2 介護付き住宅	3 特別養護老人ホーム	4 老人ホーム（有料）	5 グループホーム	6 療養病床（老人病院）	7 病院・診療所	8 ホスピス（施設）	9 その他	
1 日本	333 62.8%	12 2.3%	9 1.7%	6 1.1%	1 .2%	11 2.1%	53 10.0%	62 11.7%	43 8.1%	530 100.0%
2 韓国	379 50.5%	28 3.7%	33 4.4%	12 1.6%	53 7.1%	43 5.7%	192 25.6%	11 1.5%	0 .0%	751 100.0%
合計	712 55.6%	40 3.1%	42 3.3%	18 1.4%	54 4.2%	54 4.2%	245 19.1%	73 5.7%	43 3.4%	1281 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率（両側）
Pearson のカイ 2 乗	220.036 ^a	8	.000
尤度比	255.700	8	.000
線型と線型による連関	.434	1	.510
有効なケースの数	1281		

a. 0 セル (.0%) は期待度数が 5 未満です。最小期待度は 7.45 です。

	q05_1a 理想の看取り：A) 事前に死に近く本人と治療等の希望について話合った上での看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	6 1.1%	5 .9%	53 10.0%	103 19.5%	362 68.4%	529 100.0%
2 韓国	18 2.4%	23 3.0%	112 14.8%	232 30.6%	373 49.2%	758 100.0%
合計	24 1.9%	28 2.2%	165 12.8%	335 26.0%	735 57.1%	1287 100.0%

	q05_1b 理想の看取り：B)可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	25 4.7%	17 3.2%	151 28.5%	141 26.7%	195 36.9%	529 100.0%
2 韓国	18 2.4%	25 3.3%	86 11.4%	257 34.0%	369 48.9%	755 100.0%
合計	43 3.3%	42 3.3%	237 18.5%	398 31.0%	564 43.9%	1284 100.0%

	q05_1c 理想の看取り：C)死にゆく本人が信仰する宗教のないし文化的な儀礼に合う看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	39 7.4%	22 4.2%	175 33.1%	129 24.4%	163 30.9%	528 100.0%
2 韓国	157 20.8%	95 12.6%	191 25.3%	160 21.2%	152 20.1%	755 100.0%
合計	196 15.3%	117 9.1%	366 28.5%	289 22.5%	315 24.6%	1283 100.0%

	q05_1d 理想の看取り：D)死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	6 1.1%	11 2.1%	112 21.2%	131 24.8%	269 50.9%	529 100.0%
2 韓国	25 3.3%	15 2.0%	73 9.7%	215 28.4%	428 56.6%	756 100.0%
合計	31 2.4%	26 2.0%	185 14.4%	346 26.9%	697 54.2%	1285 100.0%

	q05_1e 理想の看取り：E)家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	9 1.7%	6 1.1%	61 11.6%	120 22.7%	332 62.9%	528 100.0%
2 韓国	23 3.0%	17 2.2%	78 10.3%	194 25.7%	444 58.7%	756 100.0%
合計	32 2.5%	23 1.8%	139 10.8%	314 24.5%	776 60.4%	1284 100.0%

	q05_1f 理想の看取り：F)できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえで看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	76 14.4%	48 9.1%	261 49.3%	73 13.8%	71 13.4%	529 100.0%
2 韓国	105 13.8%	88 11.6%	218 28.7%	175 23.0%	174 22.9%	760 100.0%
合計	181 14.0%	136 10.6%	479 37.2%	248 19.2%	245 19.0%	1289 100.0%

	q05_1g 理想の看取り：G)死にゆく本人の自宅での看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	13 2.5%	13 2.5%	168 31.8%	118 22.3%	217 41.0%	529 100.0%
2 韓国	61 8.1%	56 7.4%	147 19.5%	177 23.5%	312 41.4%	753 100.0%
合計	74 5.8%	69 5.4%	315 24.6%	295 23.0%	529 41.3%	1282 100.0%

	q05_1h 理想の看取り：H)できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	64 12.1%	69 13.1%	238 45.1%	94 17.8%	63 11.9%	528 100.0%
2 韓国	245 32.5%	154 20.4%	219 29.0%	65 8.6%	72 9.5%	755 100.0%
合計	309 24.1%	223 17.4%	457 35.6%	159 12.4%	135 10.5%	1283 100.0%

	q05_1i 理想の看取り：I)本人の闘病が短い、短期間での看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	17 3.2%	16 3.0%	199 37.6%	131 24.8%	166 31.4%	529 100.0%
2 韓国	25 3.3%	28 3.7%	127 16.8%	202 26.7%	374 49.5%	756 100.0%
合計	42 3.3%	44 3.4%	326 25.4%	333 25.9%	540 42.0%	1285 100.0%

	q05_1j 理想の看取り：J)たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り					合計
	1	2	3	4	5	
1 日本	59 11.2%	56 10.6%	223 42.2%	83 15.7%	107 20.3%	528 100.0%
2 韓国	164 21.7%	147 19.4%	163 21.6%	124 16.4%	158 20.9%	756 100.0%
合計	223 17.4%	203 15.8%	386 30.1%	207 16.1%	265 20.6%	1284 100.0%

ノンパラメトリック検定

記述統計量

	N	平均値	標準偏差	最小値	最大値
q05_1a 理想の看取り：A)事前に死に近く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り	1287	4.34	.915	1	5
q05_1b 理想の看取り：B)可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り	1284	4.09	1.024	1	5
q05_1c 理想の看取り：C)死にゆく本人が信仰する宗教のないし文化的な儀礼に合う看取り	1283	3.32	1.345	1	5
q05_1d 理想の看取り：D)死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	1285	4.29	.951	1	5
q05_1e 理想の看取り：E)家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	1284	4.39	.928	1	5
q05_1f 理想の看取り：F)できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえでの看取り	1289	3.19	1.260	1	5
q05_1g 理想の看取り：G)死にゆく本人の自宅での看取り	1282	3.89	1.175	1	5
q05_1h 理想の看取り：H)できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り	1283	2.68	1.257	1	5
q05_1i 理想の看取り：I)本人の闘病が短い、短期間での看取り	1285	4.00	1.052	1	5
q05_1j 理想の看取り：J)たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り	1284	3.07	1.355	1	5
country 国名	1311	1.58	.493	1	2

Mann-Whitney 検定

順位

	N	平均ランク	順位和
q05_1a 理想の看取り：A)事前に死に近く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り	1 日本	529	718.56
	2 韓国	758	591.97
	合計	1287	380117.50
q05_1b 理想の看取り：B)可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り	1 日本	529	569.89
	2 韓国	755	693.38
	合計	1284	301469.50
q05_1c 理想の看取り：C)死にゆく本人が信仰する宗教のないし文化的な儀礼に合う看取り	1 日本	528	731.39
	2 韓国	755	579.49
	合計	1283	386173.00
q05_1d 理想の看取り：D)死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	1 日本	529	612.23
	2 韓国	756	664.53
	合計	1285	502386.00
q05_1e 理想の看取り：E)家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	1 日本	528	658.82
	2 韓国	756	631.10
	合計	1284	347855.50
q05_1f 理想の看取り：F)できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえでの看取り	1 日本	529	594.18
	2 韓国	760	680.37
	合計	1289	314322.50
q05_1g 理想の看取り：G)死にゆく本人の自宅での看取り	1 日本	529	651.96
	2 韓国	753	634.15
	合計	1282	344886.50
q05_1h 理想の看取り：H)できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り	1 日本	528	752.24
	2 韓国	755	564.91
	合計	1283	397181.00
q05_1i 理想の看取り：I)本人の闘病が短い、短期間での看取り	1 日本	529	558.54
	2 韓国	756	702.10
	合計	1285	295470.00
q05_1j 理想の看取り：J)たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り	1 日本	528	686.08
	2 韓国	756	612.07
	合計	1284	362248.50

検定統計量*

	q05_1a 理想の看取り：A)事前に死に近く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り	q05_1b 理想の看取り：B)可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り	q05_1c 理想の看取り：C)死にゆく本人が信仰する宗教のないし文化的な儀礼に合う看取り	q05_1d 理想の看取り：D)死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	q05_1e 理想の看取り：E)家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	q05_1f 理想の看取り：F)できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえでの看取り	q05_1g 理想の看取り：G)死にゆく本人の自宅での看取り	q05_1h 理想の看取り：H)できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り	q05_1i 理想の看取り：I)本人の闘病が短い、短期間での看取り	q05_1j 理想の看取り：J)たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り
Mann-Whitney の U	161049.500	161284.500	152123.000	183684.000	190968.500	174137.500	193635.500	141115.000	155285.000	176575.500
Wilcoxon の W	448710.500	301469.500	437513.000	323869.000	477114.500	314322.500	477516.500	426505.000	295470.000	462721.500
Z	-6.747	-6.265	-7.429	-2.749	-1.508	-4.239	-.893	-9.229	-7.226	-3.609
漸近有意確率 (両側)	.000	.000	.000	.006	.131	.000	.372	.000	.000	.000

a. グループ化変数: country 国名

	q05_2 理想の着取場所									合計
	1 自宅	2 介護付き住宅	3 特別養護老人ホーム	4 老人ホーム(有料)	5 グループホーム	6 療養病床(老人病院)	7 病院・診療所	8 ホスピス(施設)	9 その他	
1 日本	351 66.6%	6 1.1%	4 .8%	1 .2%	1 .2%	5 .9%	81 15.4%	49 9.3%	29 5.5%	527 100.0%
2 韓国	404 53.5%	40 5.3%	19 2.5%	9 1.2%	52 6.9%	37 4.9%	180 23.8%	14 1.9%	0 .0%	755 100.0%
合計	755 58.9%	46 3.6%	23 1.8%	10 .8%	53 4.1%	42 3.3%	261 20.4%	63 4.9%	29 2.3%	1282 100.0%

カイ 2 乗検定

	値	自由度	漸近有意確率(両側)
Pearson のカイ 2 乗	169.292 ^a	8	.000
尤度比	199.515	8	.000
線型と線型による連関	.543	1	.461
有効なケースの数	1282		

a. 1 セル (5.6%) は期待度数が 5 未満です。最小期待数は 4.11 です。

8-3 施設票集計表

	q1_1 事業所の種類								
	1 病院・診療所	2 介護老人福祉施設	3 介護老人保健施設	4 介護療養型医療施設	5 グループホーム	6 訪問看護	7 訪問介護	8 居宅介護支援	9 特定施設入居者生活介護
1 中央区	6 21.4%	2 7.1%	0 .0%	1 3.6%	0 .0%	3 10.7%	1 3.6%	14 50.0%	1 3.6%
2 守山市	7 15.9%	6 13.6%	1 2.3%	0 .0%	1 2.3%	3 6.8%	7 15.9%	9 20.5%	0 .0%
3 ソウル	3 18.8%	4 25.0%	0 .0%	7 43.8%	1 6.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%
4 光州	2 16.7%	2 16.7%	0 .0%	6 50.0%	0 .0%	0 .0%	2 16.7%	0 .0%	0 .0%
合計	18 18.0%	14 14.0%	1 1.0%	14 14.0%	2 2.0%	6 6.0%	10 10.0%	23 23.0%	1 1.0%

	10 その他	合計
1 中央区	0 .0%	28 100.0%
2 守山市	10 22.7%	44 100.0%
3 ソウル	1 6.3%	16 100.0%
4 光州	0 .0%	12 100.0%
合計	11 11.0%	100 100.0%

	q1_1j 事業所の種類（日本のみ）								
	1 病院・診療所	2 介護老人福祉施設	3 介護老人保健施設	4 介護療養型医療施設	5 グループホーム	6 訪問看護	7 訪問介護	8 居宅介護支援	9 特定施設入居者生活介護
1 中央区	6 21.4%	2 7.1%	0 .0%	1 3.6%	0 .0%	3 10.7%	1 3.6%	14 50.0%	1 3.6%
2 守山市	7 15.9%	6 13.6%	1 2.3%	0 .0%	1 2.3%	3 6.8%	7 15.9%	9 20.5%	0 .0%
合計	13 18.1%	8 11.1%	1 1.4%	1 1.4%	1 1.4%	6 8.3%	8 11.1%	23 31.9%	1 1.4%

	10 その他	合計
1 中央区	0 .0%	28 100.0%
2 守山市	10 22.7%	44 100.0%
合計	10 13.9%	72 100.0%

	q1_1k 事業所の種類（韓国のみ）						合計
	1 病院・診療所	2 介護老人福祉施設	4 介護療養型医療施設	5 グループホーム	7 訪問介護	8 居宅介護支援	
3 ソウル	3 18.8%	4 25.0%	7 43.8%	1 6.3%	0 .0%	1 6.3%	16 100.0%
4 光州	2 16.7%	2 16.7%	6 50.0%	0 .0%	2 16.7%	0 .0%	12 100.0%
合計	5 17.9%	6 21.4%	13 46.4%	1 3.6%	2 7.1%	1 3.6%	28 100.0%

	q1_2 法人格								合計
	1 医療法人	2 社会福祉法人	3 財団法人	4 社団法人	5 株式会社	6 有限会社	7 NPO	8 その他	
1 中央区	4 14.8%	2 7.4%	1 3.7%	1 3.7%	12 44.4%	4 14.8%	0 .0%	3 11.1%	27 100.0%
2 守山市	10 23.3%	11 25.6%	0 .0%	0 .0%	3 7.0%	7 16.3%	9 20.9%	3 7.0%	43 100.0%
3 ソウル	2 12.5%	10 62.5%	1 6.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	3 18.8%	16 100.0%
4 光州	2 16.7%	8 66.7%	1 8.3%	1 8.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	12 100.0%
合計	18 18.4%	31 31.6%	3 3.1%	2 2.0%	15 15.3%	11 11.2%	9 9.2%	9 9.2%	98 100.0%

	q1_3_1 法人内事業所：病院・診療所		合計
	0	1	
1 中央区	21	5	26

	80.8%	19.2%	100.0%
2 守山市	39	5	44
	88.6%	11.4%	100.0%
3 ソウル	13	3	16
	81.3%	18.8%	100.0%
4 光州	8	4	12
	66.7%	33.3%	100.0%
合計	81	17	98
	82.7%	17.3%	100.0%

	q1_3_2 法人内事業所：介護老人福祉施設		合計
	0	1	
1 中央区	25	1	26
	96.2%	3.8%	100.0%
2 守山市	38	6	44
	86.4%	13.6%	100.0%
3 ソウル	14	2	16
	87.5%	12.5%	100.0%
4 光州	9	3	12
	75.0%	25.0%	100.0%
合計	86	12	98
	87.8%	12.2%	100.0%

	q1_3_3 法人内事業所：介護老人保健施設		合計
	0	1	
1 中央区	26	0	26
	100.0%	.0%	100.0%
2 守山市	43	1	44
	97.7%	2.3%	100.0%
合計	69	1	70
	98.6%	1.4%	100.0%

	q1_3_4 法人内事業所：介護療養型医療施設		合計
	0	1	
1 中央区	26	0	26
	100.0%	.0%	100.0%
2 守山市	44	0	44
	100.0%	.0%	100.0%
3 ソウル	13	3	16
	81.3%	18.8%	100.0%
4 光州	6	6	12
	50.0%	50.0%	100.0%
合計	89	9	98
	90.8%	9.2%	100.0%

	q1_3_5 法人内事業所：グループホーム		合計
	0	1	
1 中央区	25	1	26
	96.2%	3.8%	100.0%
2 守山市	35	9	44
	79.5%	20.5%	100.0%
3 ソウル	15	1	16
	93.8%	6.3%	100.0%
4 光州	12	0	12
	100.0%	.0%	100.0%
合計	87	11	98
	88.8%	11.2%	100.0%

	q1_3_6 法人内事業所：訪問看護		合計
	0	1	
1 中央区	23	3	26
	88.5%	11.5%	100.0%
2 守山市	32	12	44
	72.7%	27.3%	100.0%
3 ソウル	16	0	16
	100.0%	.0%	100.0%
4 光州	8	4	12
	66.7%	33.3%	100.0%
合計	79	19	98
	80.6%	19.4%	100.0%

	q1_3_7 法人内事業所：訪問介護		合計
	0	1	
1 中央区	19 73.1%	7 26.9%	26 100.0%
2 守山市	32 72.7%	12 27.3%	44 100.0%
3 ソウル	15 93.8%	1 6.3%	16 100.0%
4 光州	10 83.3%	2 16.7%	12 100.0%
合計	76 77.6%	22 22.4%	98 100.0%

	q1_3_8 法人内事業所：居宅介護支援		合計
	0	1	
1 中央区	18 69.2%	8 30.8%	26 100.0%
2 守山市	19 43.2%	25 56.8%	44 100.0%
合計	37 52.9%	33 47.1%	70 100.0%

	q1_3_9 法人内事業所：特定施設入居者生活介護		合計
	0	1	
1 中央区	26 100.0%	0 .0%	26 100.0%
2 守山市	43 97.7%	1 2.3%	44 100.0%
合計	69 98.6%	1 1.4%	70 100.0%

	q1_3_10 法人内事業所：デイサービス		合計
	0	1	
1 中央区	23 88.5%	3 11.5%	26 100.0%
2 守山市	22 50.0%	22 50.0%	44 100.0%
3 ソウル	11 68.8%	5 31.3%	16 100.0%
4 光州	11 91.7%	1 8.3%	12 100.0%
合計	67 68.4%	31 31.6%	98 100.0%

	q1_3_11 法人内事業所：その他		合計
	0	1	
1 中央区	24 92.3%	2 7.7%	26 100.0%
2 守山市	34 77.3%	10 22.7%	44 100.0%
3 ソウル	10 62.5%	6 37.5%	16 100.0%
4 光州	11 91.7%	1 8.3%	12 100.0%
合計	79 80.6%	19 19.4%	98 100.0%

		q2_1A_1 入院・入居者：総数	q2_1A_2 入院・入居者：経管栄養施術者数	q2_1A_2ratio 入院・入居者：経管栄養施術者数の割合	q2_1A_3 入院・入居者：認知症	q2_1A_3ratio 入院・入居者：認知症の割合	q2_1A_4 入院・入居者：喀たん吸引	q2_1A_4ratio 入院・入居者：喀たん吸引の割合	q2_1B_1 通院・在宅者：総数
1 中央区	平均値	52.79	8.50	.1338	14.50	.4127	8.86	.2613	920.45
	度数	14	14	9	14	9	14	9	20
	標準偏差	127.896	17.073	.22744	24.374	.42745	22.201	.33274	3669.165
2 守山市	平均値	33.14	3.67	.0740	8.40	.2356	3.47	.0916	103.27
	度数	14	15	13	15	13	15	13	30
	標準偏差	44.749	7.575	.09058	15.910	.31151	9.899	.12567	164.803
3 ソウル	平均値	143.69	14.38	.0907	56.13	.3913	8.81	.0750	24.40
	度数	16	16	16	16	16	16	16	5
	標準偏差	87.958	27.045	.10630	46.428	.16951	13.664	.11626	19.295
4 光州	平均値	135.20	15.60	.1614	22.30	.2675	6.00	.0772	37.33
	度数	10	10	10	10	10	10	10	3
	標準偏差	194.784	23.950	.31003	11.490	.13884	5.676	.09498	16.166
合計	平均値	89.89	10.18	.1090	26.36	.3273	6.85	.1149	374.84
	度数	54	55	48	55	48	55	48	58
	標準偏差	124.944	20.174	.18456	34.944	.27316	14.380	.18444	2159.047
		q2_1B_1new 通院・在宅者：総数(外れ値除外)	q2_1B_2 通院・在宅者：経管栄養施術者数	q2_1B_2new 通院・在宅者：経管栄養施術者数(外れ値除外)	q2_1B_2ratio 通院・在宅者：経管栄養施術者数の割合	q2_1B_3 通院・在宅者：認知症	q2_1B_3new 通院・在宅者：認知症(外れ値除外)	q2_1B_3ratio 通院・在宅者：認知症の割合	q2_1B_4 通院・在宅者：喀たん吸引
1 中央区	平均値	101.4211	4.00	2.0476	.0532	6.67	6.6667	.1271	4.55
	度数	19	22	21	20	21	21	20	22
	標準偏差	221.80129	9.391	2.13251	.07991	12.338	12.33829	.17687	13.430
2 守山市	平均値	103.2667	1.93	1.9333	.0369	6.03	6.0333	.1161	1.65
	度数	30	30	30	29	30	30	29	31
	標準偏差	164.80332	2.900	2.89986	.06897	8.143	8.14305	.14262	2.259
3 ソウル	平均値	24.4000	13.20	13.2000	.8000	11.20	11.2000	.9930	9.60
	度数	5	5	5	5	5	5	5	5
	標準偏差	19.29508	21.382	21.38224	.83666	10.826	10.82589	1.17118	12.260
4 光州	平均値	37.3333	2.67	2.6667	.0571	5.33	5.3333	.1269	.50
	度数	3	3	3	3	3	3	3	2
	標準偏差	16.16581	2.517	2.51661	.05053	5.774	5.77350	.09334	.707
合計	平均値	92.2632	3.67	2.9661	.1106	6.66	6.6610	.1975	3.33
	度数	57	60	59	57	59	59	57	60
	標準偏差	174.87164	8.721	6.88568	.31814	9.846	9.84642	.42549	9.090
		q2_1B_4new 通院・在宅者：喀たん吸引(外れ値除外)	q2_1B_4ratio 通院・在宅者：喀たん吸引の割合	q2_2A_1 総死亡者数	q2_2A_1new 総死亡者数(外れ値除外)	q2_2A_2 在宅での死亡者数	q2_2A_2ratio 在宅での死亡者数の割合		
1 中央区	平均値	1.7143	.0512	24.96	12.3333	3.88	.3797		
	度数	21	20	25	24	25	23		
	標準偏差	2.05287	.08801	65.314	17.09733	6.340	.39528		
2 守山市	平均値	1.6452	.0440	10.51	10.5122	2.61	.4914		
	度数	31	30	41	41	41	32		
	標準偏差	2.25903	.07817	20.516	20.51600	3.801	.41197		
3 ソウル	平均値	9.6000	1.3160	28.00	28.0000	.29	.0571		
	度数	5	5	14	14	14	14		
	標準偏差	12.25969	2.10221	49.846	49.84592	1.069	.21381		
4 光州	平均値	.5000	.0250	19.25	19.2500	.67	.1167		
	度数	2	2	12	12	12	12		
	標準偏差	.70711	.03536	31.978	31.97762	1.303	.24802		
合計	平均値	2.3051	.1574	18.24	14.8352	2.35	.3291		
	度数	59	57	92	91	92	81		
	標準偏差	4.41882	.67296	42.927	28.02470	4.361	.39447		

	q2_3_1 退院・退所支援：日常的な情報交換			合計
	1 基本的に 行っていない	2 しばしば 行っている	3 よく行っ ている	
1 中央区	2 8.0%	11 44.0%	12 48.0%	25 100.0%
2 守山市	4 10.0%	20 50.0%	16 40.0%	40 100.0%
3 ソウル	0 .0%	7 43.8%	9 56.3%	16 100.0%
4 光州	0 .0%	2 16.7%	10 83.3%	12 100.0%
合計	6 6.5%	40 43.0%	47 50.5%	93 100.0%

	q2_3_2 退院・退所支援：合同カンファレンス			合計
	1 基本的に 行っていない	2 しばしば 行っている	3 よく行っ ている	
1 中央区	4 16.0%	9 36.0%	12 48.0%	25 100.0%
2 守山市	4 10.0%	13 32.5%	23 57.5%	40 100.0%
3 ソウル	3 23.1%	6 46.2%	4 30.8%	13 100.0%
4 光州	2 20.0%	2 20.0%	6 60.0%	10 100.0%
合計	13 14.8%	30 34.1%	45 51.1%	88 100.0%

	q2_3_3 退院・退所支援：合同勉強会			合計
	1 基本的に 行っていない	2 しばしば 行っている	3 よく行っ ている	
1 中央区	14 56.0%	8 32.0%	3 12.0%	25 100.0%
2 守山市	16 42.1%	19 50.0%	3 7.9%	38 100.0%
3 ソウル	5 41.7%	3 25.0%	4 33.3%	12 100.0%
4 光州	4 40.0%	4 40.0%	2 20.0%	10 100.0%
合計	39 45.9%	34 40.0%	12 14.1%	85 100.0%

	q2_4 24時間対応体制		合計
	1 とっている	2 とっていな い	
1 中央区	17 73.9%	6 26.1%	23 100.0%
2 守山市	16 45.7%	19 54.3%	35 100.0%
3 ソウル	6 42.9%	8 57.1%	14 100.0%
4 光州	7 63.6%	4 36.4%	11 100.0%
合計	46 55.4%	37 44.6%	83 100.0%

	q2_5 在宅看取り希望への対応			合計
	1 積極的に対 応している	2 どちらか という、積 極的に対応 していない	3 対応してい ない	
1 中央区	17 70.8%	6 25.0%	1 4.2%	24 100.0%
2 守山市	23 62.2%	6 16.2%	8 21.6%	37 100.0%
3 ソウル	6 40.0%	6 40.0%	3 20.0%	15 100.0%
4 光州	5 41.7%	4 33.3%	3 25.0%	12 100.0%
合計	51 58.0%	22 25.0%	15 17.0%	88 100.0%

	q2_6_1 ガイドライン：医療行 為介護行為のガイドライン		合計
	0	1	
1 中央区	20 80.0%	5 20.0%	25 100.0%
2 守山市	36 87.8%	5 12.2%	41 100.0%
3 ソウル	6 37.5%	10 62.5%	16 100.0%
4 光州	5 41.7%	7 58.3%	12 100.0%
合計	67 71.3%	27 28.7%	94 100.0%

	q2_6_2 ガイドライン：告知や 情報提供のガイドライン		合計
	0	1	
1 中央区	23 92.0%	2 8.0%	25 100.0%
2 守山市	37 90.2%	4 9.8%	41 100.0%
3 ソウル	15 93.8%	1 6.3%	16 100.0%
4 光州	10 83.3%	2 16.7%	12 100.0%
合計	85 90.4%	9 9.6%	94 100.0%

	q2_6_3 ガイドライン：その他 のガイドライン		合計
	0	1	
1 中央区	24 96.0%	1 4.0%	25 100.0%
2 守山市	39 95.1%	2 4.9%	41 100.0%
3 ソウル	15 93.8%	1 6.3%	16 100.0%
4 光州	11 91.7%	1 8.3%	12 100.0%
合計	89 94.7%	5 5.3%	94 100.0%

	q2_6_4 ガイドライン：とくに 作成していない		合計
	0	1	
1 中央区	8 32.0%	17 68.0%	25 100.0%
2 守山市	8 19.5%	33 80.5%	41 100.0%
3 ソウル	12 75.0%	4 25.0%	16 100.0%
4 光州	10 83.3%	2 16.7%	12 100.0%
合計	38 40.4%	56 59.6%	94 100.0%

9. 調査票

終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：

国際長寿センター

問1. あなたご自身のことをおうかがいします。

(1) あなたの性別

1 男性

2 女性

(2) あなたの生年、および満年齢（2011年8月31日現在）

年 歳

(3) あなたの現在の勤務先（ひとつに○）

- 1 病院・診療所 5 グループホーム 9 特定施設入居者生活介護
2 介護老人保健施設 6 訪問看護 10 その他（ ）
3 介護老人福祉施設 7 居宅介護支援
4 介護療養型医療施設 8 訪問介護

(4) あなたの所有・登録している資格（複数回答可）

- 1 医師 6 理学療法士、作業療法士（いずれか、または双方）
2 看護師（含、准看護師） 7 薬剤師
3 介護支援専門員 8 管理栄養士（含む、栄養士）
4 介護福祉士 9 その他（ ）
5 社会福祉士

(5) 現在の勤務先での勤務形態

- 1 「常勤」で「専従」として勤務 3 「非常勤」で「専従」として勤務
2 「常勤」で「非専従」として勤務 4 「非常勤」で「非専従」として勤務

(6) 現在の職場での職種（複数行っている場合は、もっとも重視されているもの）

- 1 医師 3 支援相談員・生活相談員 5 介護職員
2 看護職員 4 ケアマネージャー 6 その他（ ）

(7) 医療・介護分野における実務経験年数、および在宅支援を主とした医療・介護の実務経験年数

医療・介護全般 年 うち、在宅支援の医療・介護 年

(8) 最近1年間で、職場（訪問診療・訪問看護・訪問介護の場合は在宅を含む）での、患者・利用者の臨終立ち会い経験（看取り経験）の有無。ある方はおおよその回数もお答え下さい

- 1 ある …… 最近1年間でおよそ 回程度
2 最近1年間はないが、過去にある 3 これまで1度もない

【ケース1について】

Aさん(女性、85歳)。現在入院中の末期がんの患者(余命1ヶ月)で、日々の痛みのコントロールに薬品が必要。本人の意識は一部はっきりしていないが、言葉による意思疎通は可能であり、記憶力も日常生活を送るのには問題がないレベルである。ただし、すでに足腰に影響が出ており、日々の排泄等に介助が必要となっている。家族については、すでに夫は死去しており、車で15分程の近隣に息子夫婦が住んでいるものの二人とも働いており平日に時間的余裕は少ない。また本人は金銭的にも豊かではなく、年金を主たる生計手段としており、自宅のトイレや段差などの改修も単独の資金で行うことは難しい。本人は夫との思い出がある自宅での最期を希望しているものの、「無理を言うてはいけないね」と話している。

問2. ケース1を読んで以下の設問に回答をお願いします。

(1) Aさんのケースにおいて、終末をどこで迎えることができるように支援することがふさわしいと思いますか。また、そのうち「もっともふさわしいと思うもの」をお答えください(複数回答可)

- | | |
|----------------------|------------|
| 1 自宅 | 5 病院・診療所 |
| 2 介護付き住宅 | 6 ホスピス(施設) |
| 3 老人ホーム(特養、ケア付き有料など) | 7 ホスピス(在宅) |
| 4 療養病床 | 8 その他() |

➤ 選択したうち、もっともふさわしいと思う場所の番号(1つ)

(1-2) あなたのこれまでの経験を踏まえ、Aさんのケースの場合、実際にはどこで終末を迎えることになると思いますか? (ひとつに〇)

- | | |
|----------------------|------------|
| 1 自宅 | 5 病院・診療所 |
| 2 介護付き住宅 | 6 ホスピス(施設) |
| 3 老人ホーム(特養、ケア付き有料など) | 7 ホスピス(在宅) |
| 4 療養病床 | 8 その他() |

(2) Aさんのケースにおいて、実際に以下、i~viの6つの施設や病院を利用する場合、入所や入院までに待機する必要がありますか? このケースでは制度的に利用できないか、施設自体が存在しないので利用できないですか? わかる範囲内で構いませんので、ご自身の経験を踏まえて、おおよその目安をお答え下さい。 判断に困るようでしたら、4の「わからない」をお答え下さい。

i. 介護付き住宅	ii. 老人ホーム	iii. 療養病床
1 待機なし	1 待機なし	1 待機なし
2 待機あり(ヶ月程度)	2 待機あり(ヶ月程度)	2 待機あり(ヶ月程度)
3 利用不可	3 利用不可	3 利用不可
4 わからない	4 わからない	4 わからない
vi. 病院・診療所	v. ホスピス(施設)	vi. ホスピス(在宅)
1 待機なし	1 待機なし	1 待機なし
2 待機あり(ヶ月程度)	2 待機あり(ヶ月程度)	2 待機あり(ヶ月程度)
3 利用不可	3 利用不可	3 利用不可
4 わからない	4 わからない	4 わからない

(3) Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことがふさわしいと思いますか？ また、そのうち「もっともふさわしいと思う方」をお答えください（複数回答可）

- 1 Aさん本人 4 専門医 6 ソーシャルワーカー
2 息子 5 日常的にケアに関わる 7 その他()
3 かかりつけ医 看護師、介護士

➤ 選択したうち、もっともふさわしいと思う方の番号（1つ）

(3-2) これまでの経験を踏まえ、Aさんのケースの場合、実際には今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことになると思いますか？（ひとつに〇）

- 1 Aさん本人 4 専門医 6 ソーシャルワーカー
2 息子 5 日常的にケアに関わる 7 その他()
3 かかりつけ医 看護師、介護士

(4) Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定する際に、Aさん自身の意向を踏まえた上で、重視するべきと考える点はどれですか？ また、そのうち「もっとも重視するべきと考える方針」をお答えください（複数回答可）

- 1 息子の意向 4 本人のこれまでの生活の継続
2 できるだけ長い時間生きる 5 家族の負担を軽くする
3 本人の苦痛を取り除くこと 6 その他()

➤ 選択したうち、もっとも重視するべきと考える方針の番号（1つ）

(5) Aさんのケースにおいて、基本的な医学的知見（病状、予後など）以外に、何をご家族（息子夫婦）に説明しますか？（複数回答可）

- 1 余命について 6 病状に合わせた死の瞬間の様子について
2 事前指示書（リビング・ウィル）について 7 今後の経済的負担について
3 代替的な治療法について 8 今後の家族の介護負担について
4 本人が感じる苦しみ、痛みについて 9 死後の悲嘆などについて
5 利用可能な医療、介護制度について 10 その他()

(6) Aさんのケースへの対応の基本方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。専門職としての判断をお答え下さい。（ひとつに〇）

- 1 抗がん剤を用いた積極的な治療
2 各種高度医療による積極的な治療
3 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
4 痛みのコントロールのみで積極的な治療を行わない
5 とくに何もしない
6 その他()

(6-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか。その理由と、そのうち「もっとも重視する理由」をお答えください (複数回答可)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1 完治の可能性がある | 5 本人の尊厳が保持される |
| 2 生存時間が延びる可能性が高い | 6 家族の意向に合致する可能性が高い |
| 3 QOL の向上が期待できる | 7 国や施設のがドライブで決まっている |
| 4 経済的である | 8 その他 () |

➤ 選択したうち、もっとも重視する理由の番号 (1つ)

(7) それでは、Aさんのケースへの対応の基本方針として、実際には、どのような選択をすることになると考えますか。これまでの経験も踏まえて、お答え下さい。

(ひとつに〇)

- 1 抗がん剤を用いた積極的な治療
- 2 各種高度医療による積極的な治療
- 3 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- 4 痛みのコントロールのみで積極的な治療を行わない
- 5 とくに何もしない
- 6 その他 ()

(7-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか。その理由と、そのうち「もっとも重視する理由」をお答えください (複数回答可)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1 完治の可能性がある | 5 本人の尊厳が保持される |
| 2 生存時間が延びる可能性が高い | 6 家族の意向に合致する可能性が高い |
| 3 QOL の向上が期待できる | 7 国や施設のがドライブで決まっている |
| 4 経済的である | 8 その他 () |

➤ 選択したうち、もっとも重視する理由の番号 (1つ)

(8) Aさんのケースの来るべき死に向けた方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。専門職としての判断をお答え下さい。

(ひとつに〇)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 病院での治療の継続 | 5 自宅での治療の継続 |
| 2 病院での緩和ケアへの移行 | 6 自宅での緩和ケアへの移行 |
| 3 介護施設での治療の継続 | 7 その他 () |
| 4 介護施設での緩和ケアへの移行 | |

(8-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか? (複数回答可)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1 完治の可能性がある | 5 本人の尊厳が保持される |
| 2 生存時間が延びる可能性が高い | 6 家族の意向に合致する可能性が高い |
| 3 QOL の向上が期待できる | 7 国や施設のがドライブで決まっている |
| 4 経済的である | 8 その他 () |

➤ 選択したうち、もっとも重視する方針の番号 (1つ)

(3) Bさんのケースにおいて、実際に以下、i~viの6つの施設や病院を利用する場合、入所や入院までに待機する必要がありますか？ このケースでは制度的に利用できないか、施設自体が存在しないので利用できないですか？ わかる範囲内で構いませんので、ご自身の経験を踏まえて、おおよその目安をお答え下さい。判断に困るようでしたら、4の「わからない」をお答え下さい。

i. 介護付き住宅	ii. 老人ホーム	iii. 療養病床
1 待機なし	1 待機なし	1 待機なし
2 待機あり (ヶ月程度)	2 待機あり (ヶ月程度)	2 待機あり (ヶ月程度)
3 利用不可	3 利用不可	3 利用不可
4 わからない	4 わからない	4 わからない
vi. 病院・診療所	v. ホスピス(施設)	vi. ホスピス(在宅)
1 待機なし	1 待機なし	1 待機なし
2 待機あり (ヶ月程度)	2 待機あり (ヶ月程度)	2 待機あり (ヶ月程度)
3 利用不可	3 利用不可	3 利用不可
4 わからない	4 わからない	4 わからない

(4) Bさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことがふさわしいと思いますか？ また、そのうち「もっともふさわしいと思う方」をお答えください (複数回答可)

- 1 Bさん本人 4 専門医 6 ソーシャルワーカー
 2 Bさんの妻 5 日常的にケアに関わる 7 その他 ()
 3 かかりつけ医 看護師、介護士

➤ 選択したうち、もっともふさわしいと思う方の番号(1つ)

(4-2) これまでの経験を踏まえ、Bさんのケースの場合、実際には今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことになると思いますか？ (ひとつに○)

- 1 Bさん本人 4 専門医 6 ソーシャルワーカー
 2 Bさんの妻 5 日常的にケアに関わる 7 その他 ()
 3 かかりつけ医 看護師、介護士

(5) Bさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定する際に、Bさん自身の意向を踏まえた上で、重視するべきと考える点はどれですか？ また、そのうち「もっとも重視するべきと考える方針」をお答えください(複数回答可)

- 1 Bさんの妻の意向 5 本人のこれまでの生活の継続
 2 Bさんの近親者の意向 6 家族の負担を軽くする
 3 できるだけ長い時間生きる 7 その他 ()
 4 本人の苦痛を取り除くこと

➤ 選択したうち、もっとも重視するべきと考える方針の番号(1つ)

(6) Bさんのケースにおいて、基本的な医学的知見(病状、予後など)以外に、何をご家族(Bさんの妻)に説明しますか? (複数回答可)

- 1 余命について
- 2 事前指示書(リビング・ウィル)について
- 3 代替的な治療法について
- 4 本人が感じる苦しみ、痛みについて
- 5 利用可能な医療、介護制度について
- 6 病状に合わせた死の瞬間の様子について
- 7 今後の経済的負担について
- 8 今後の家族の介護負担について
- 9 死後の悲嘆などについて
- 10 その他()

(7) Bさんのケースへの対応の基本方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。専門職としての判断をお答え下さい。(ひとつに〇)

- 1 人工栄養補給の実施→(1の場合どちらを重視しますか 胃瘻・経鼻経管)
- 2 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- 3 嚥下訓練等(リハビリテーション)の実施
- 4 現状を維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない
- 5 とくに何もしない
- 6 その他()

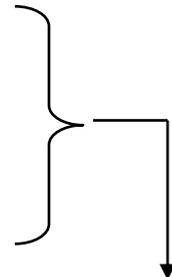
(7-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか。その理由と、そのうち「もっとも重視する理由」をお答えください (複数回答可)

- 1 完治の可能性がある
- 2 生存時間が延びる可能性が高い
- 3 QOLの向上が期待できる
- 4 経済的である
- 5 本人の尊厳が保持される
- 6 家族の意向に合致する可能性が高い
- 7 国や施設がガイドラインで決まっている
- 8 その他()

➤ 選択したうち、もっとも重視する理由の番号(1つ)

(8) それでは、Bさんのケースへの対応の基本方針として、実際には、どのような選択をすることになると考えますか。これまでの経験も踏まえて、お答え下さい。(ひとつに〇)

- 1 人工栄養補給の実施→(1の場合どちらを重視しますか 胃瘻・経鼻経管)
- 2 漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療
- 3 嚥下訓練等(リハビリテーション)の実施
- 4 現状を維持(少量の点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない
- 5 とくに何もしない
- 6 その他()



(2~6を選んだ方に)口腔での栄養摂取ができない場合、栄養状態の悪化によるさらなる病状の悪化が懸念されます。その場合、どのような対応をとられることが多いか、簡単にお答えください。

(8-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか。その理由と、そのうち「もっとも重視する理由」をお答えください (複数回答可)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1 完治の可能性がある | 5 本人の尊厳が保持される |
| 2 生存時間が延びる可能性が高い | 6 家族の意向に合致する可能性が高い |
| 3 QOL の向上が期待できる | 7 国や施設のがドライブで決まっている |
| 4 経済的である | 8 その他 () |

➤ 選択したうち、もっとも重視する理由の番号 (1つ)

(9) Bさんのケースの来るべき死に向けた方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。専門職としての判断をお答え下さい。

(ひとつに〇)

- | | |
|------------------|----------------|
| 1 病院での治療の継続 | 5 自宅での治療の継続 |
| 2 病院での緩和ケアへの移行 | 6 自宅での緩和ケアへの移行 |
| 3 介護施設での治療の継続 | 7 その他 () |
| 4 介護施設での緩和ケアへの移行 | |

(9-補問) 上記の方針を選択する理由はなぜですか? その理由と、そのうち「もっとも重視する理由」をお答えください (複数回答可)

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1 完治の可能性がある | 5 本人の尊厳が保持される |
| 2 生存時間が延びる可能性が高い | 6 家族の意向に合致する可能性が高い |
| 3 QOL の向上が期待できる | 7 国や施設のがドライブで決まっている |
| 4 経済的である | 8 その他 () |

➤ 選択したうち、もっとも重視する方針の番号 (1つ)

問4. あなたの死や看取りについての考え方についてお伺いします。

(1)あなたは、ふだん死について考えることがどの程度ありますか？(ひとつに○)

- | | |
|-------------|---------------|
| 1 よく考える | 4 あまり考えない |
| 2 とくとき考える | 5 考えることがない |
| 3 どちらとも言えない | 6 考えないようにしている |

(2)あなたは、ふだん死への不安・恐れを感じることはありませんか？(ひとつに○)

- | | |
|-------------|-----------|
| 1 感じる | 4 あまり感じない |
| 2 やや感じる | 5 感じない |
| 3 どちらとも言えない | |

(3)以下のA~Yのそれぞれの項目について、あなたはどのように考えますか。

(それぞれひとつに○)

	そう 思う	やや そう 思う	どちら とも言え ない	やや そう 思わない	そう 思わない
A) 死は人生の完結である	5	4	3	2	1
B) 脳死後は、臓器移植をしたい	5	4	3	2	1
C) 世の中には「霊」や「たたり」があると思う	5	4	3	2	1
D) 自分の望む死を迎えるために準備する必要がある	5	4	3	2	1
E) 死について考えることは人を成長させる	5	4	3	2	1
F) たとえ献体のためでも、遺体に傷つけない	5	4	3	2	1
G) 死について学ぶこと・教育は必要である	5	4	3	2	1
H) 死は怖くない	5	4	3	2	1
I) 人は死後、また生まれ変わると思う	5	4	3	2	1
J) 死後の世界はあると思う	5	4	3	2	1
K) 意識が戻らない植物状態でも生きていることは大切である	5	4	3	2	1
L) たとえ脳死状態でも生き続けることは大切である	5	4	3	2	1
M) 自分が死ぬことを考えると、不安になる	5	4	3	2	1
N) 死はすべての終わりである	5	4	3	2	1
O) 死はこの世の苦しみから解放されることだ	5	4	3	2	1
P) 死は存在が無くなることである	5	4	3	2	1
Q) 死を考えることは、生を見直す機会になる	5	4	3	2	1
R) 終末期(余命約6か月)にある身近な人の家族と接することは、生と死を考える機会になる	5	4	3	2	1
S) たとえ死亡原因を調べる病理解剖のためでも、遺体に傷をつけない	5	4	3	2	1
T) 死ぬまでの過程を考えると不安になる	5	4	3	2	1
U) 死後のことを考えると不安になる	5	4	3	2	1
V) 意識が戻らない植物状態でも治療することは大切である	5	4	3	2	1
W) たとえ子供が幼くても(幼稚園児や小学校低学年)身近な人の死を体験させることは大切だ	5	4	3	2	1
X) 意思疎通ができなくても、生きていることは大切である	5	4	3	2	1
Y) 死んでも魂は残ると思う	5	4	3	2	1

(3) 以下の項目それぞれについて、あなた自身が望む「理想の死」を考えたとき、
どのように思いますか？ A~L それぞれの項目でもっとも当てはまる番号に
ひとつ〇をつけて下さい。

	そう 思う	やや そう 思う	どちら とも言えな い	やや そう 思わない	そう 思わない
A) 何も準備していないうちの急な死	5	4	3	2	1
B) 苦痛・恐怖の少ない死	5	4	3	2	1
C) お金をできるだけかけて治療したうえでの死	5	4	3	2	1
D) 死ぬ準備を整えた後での死	5	4	3	2	1
E) 家族に囲まれての死	5	4	3	2	1
F) 親しい人に囲まれての死	5	4	3	2	1
G) 誰にも知られない、ひっそりとした死	5	4	3	2	1
H) 長い闘病生活のない死	5	4	3	2	1
I) 家族や親しい人に迷惑をかけない死	5	4	3	2	1
J) 最新の医療技術の恩恵を受けたうえでの死	5	4	3	2	1
K) 自分で最期を決めることのできる死（尊厳死など）	5	4	3	2	1
L) 生前に遺書を残したうえでの死	5	4	3	2	1

(4) いずれ訪れるあなたの死において、あなた自身は最期の時間をどこで迎えたい
ですか？

(ひとつに〇)

- | | |
|-------------------|-----------------------------|
| 1 自宅 | 6 療養病床 |
| 2 介護付き住宅 | 7 病院・診療所 |
| 3 特別養護老人ホーム | 8 ホスピス（施設） |
| 4 老人ホーム（ケア付き有料など） | 9 その他（ ） |
| 5 グループホーム | |

問5. あなたが考える配偶者や近親者への「理想の看取り」についてお伺いします。

(1) 以下の項目それぞれについて、あなた自身の配偶者や近親者（親、子ども）への「理想の看取り」を考えたときどのように思いますか？ A～J のそれぞれの項目でもっとも当てはまる番号にひとつ〇をつけて下さい。

なお、配偶者がいらっしゃる場合には配偶者について、いらっしゃらない場合には近親者についてお答えください。

	そう 思う	やや そう 思う	どちら とも言え ない	やや そう 思わない	そう 思わない
A) 事前に死に逝く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り	5	4	3	2	1
B) 可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り	5	4	3	2	1
C) 死にゆく本人が信仰する宗教的ないし文化的な儀礼に合う看取り	5	4	3	2	1
D) 死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	5	4	3	2	1
E) 家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	5	4	3	2	1
F) できるだけ死にゆく本人に最新の医療技術を受けてもらったうえで看取り	5	4	3	2	1
G) 死にゆく本人の自宅での看取り	5	4	3	2	1
H) できるだけ死にゆく本人のために時間やお金をかけての看取り	5	4	3	2	1
I) 本人の闘病が短い、短期間での看取り	5	4	3	2	1
J) たゞ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り	5	4	3	2	1

(2) あなた自身はどこで近親者を看取りたいですか？ (ひとつに〇)

- | | |
|-------------------|------------|
| 1 自宅 | 6 療養病床 |
| 2 介護付き住宅 | 7 病院・診療所 |
| 3 特別養護老人ホーム | 8 ホスピス（施設） |
| 4 老人ホーム（ケア付き有料など） | 9 その他（ ） |
| 5 グループホーム | |

以上でアンケートは終了となります。ご協力ありがとうございました。

本調査の結果は、学術的な分析を行ったうえで、中央区および国に報告いたします。何かありましたら、下記にご自由にお書きください。

平成 23 年度
理想の看取りと死に関する国際比較研究
報告書

平成 24 年 3 月

一般財団法人 長寿社会開発センター
国際長寿センター

〒105-8446 東京都港区虎ノ門 3-8-21

虎ノ門 33 森ビル

Tel.03-5470-6767 Fax.03-5470-6768

禁無断転載