

IV. わが国の終末期医療の現状と今後の対応

—「終末期医療に関する調査等検討会」報告書について—

田原 克志

(厚生労働省医政局総務課)

はじめに

終末期医療のあり方については、1987年（昭和62年）以来3回にわたって検討会が開催され、その都度、報告書が取りまとめられています。

「終末期医療に関する調査等検討会」（座長：町野朔 上智大学法学研究科教授）は、第4回目の検討会になります。一般国民、医師などを対象に終末期医療に関する意識調査を実施し、過去の意識調査の結果との対比のもとに終末期医療に対する国民の意識やその変化を把握し、本人の意思を尊重した望ましい終末期医療のあり方について検討を行い、2004年7月に報告書を取りまとめました。以下、その概略を紹介しながら、わが国の終末期医療の現状と今後の対応について述べたいと思います。

検討会報告書の概要

① 意識調査の概要

意識調査に当たっては、一般国民、医師、看護職員、介護施設職員（介護老人福祉施設の介護職員をいう。以下同じ）の計13,794人を対象として実施した。高齢化の進展に伴い、介護老人福祉施設で最期を迎える人が増えてきたため、前回の調査では対象としなかった介護施設職員を初めて対象に含めた（調査対象者の内訳は、表1を参照のこと）。

② 病名や病気の見通しに対する説明と治療方針の決定

終末期医療については、一般国民（以下、般）、医師（医）、看護職員（看）、介護施設職員（介）それぞれで、年齢によらず、どの年齢層でも関心が高い（般75～84%、医86～100%、看57～97%、介92～100%）。

■表1 「終末期医療に関する調査」回収結果（回収率は50.7%）

対象者	対象施設	調査人数（人）	回収数（人）	回収率（%）
一般国民	—	5,000(5,000)	2,581(2,422)	51.6(48.4)
医 師	計	3,147(3,104)	1,363(1,577)	43.3(50.8)
	病院	2,000(2,000)	714(1,059)	35.7(53.0)
	診療所	1,034(1,034)	425(466)	41.1(45.1)
	緩和ケア	113(70)	78(52)	69.0(74.3)
	その他・無回答	—	146	—
看護職員	計	3,647(6,059)	1,791(3,361)	49.1(55.5)
	病院	2,000(4,000)	806(2,190)	40.3(54.8)
	診療所	1,034(1,034)	347(425)	33.6(41.1)
	緩和ケア	113(525)	83(394)	73.5(75.0)
	訪問看護ステーション	500(500)	314(352)	62.8(70.4)
	その他・無回答	—	241	—
介護施設職員	介護老人福祉施設	2,000	1,253	62.7
総 計		13,794(14,163)	6,988(7,360)	50.7(52.0)

注：（ ）内は前回調査結果

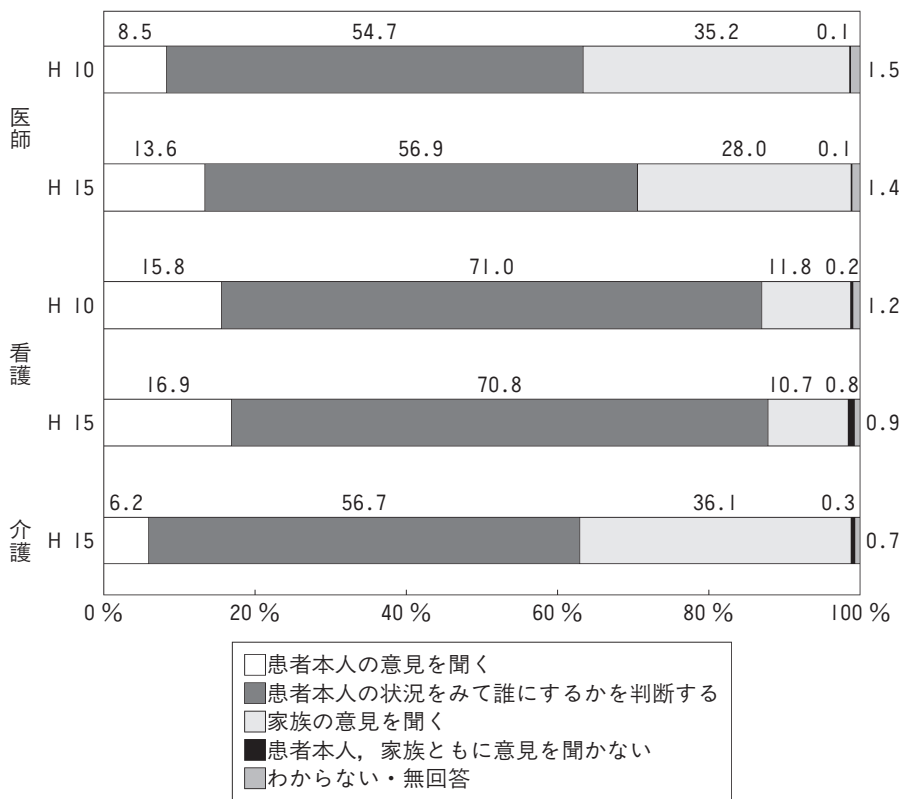
自分が治る見込みがない病気に罹患した場合に、病名や病気の見通し（治療期間、余命）について知りたいと回答した者の多くは、担当医師から直接説明を聞きたいと考えており（般92%、医98%、看98%、介96%）、医師、看護職員、介護施設職員の過半数は治療方針の決定に当たって「患者本人の意見を聞く」「患者本人の状況を見て誰にするか（意見を聞くか）を判断する」としている（医71%、看88%、介63%）（図1）。

このことは、病名や病気の見通しは患者本人に説明し、治療方針を決定するに際しては、患者本人の意向を中心にすることが医療関係者の基本となっているものといえる。

また、治療方針の決定に当たって、「患者本人の意見を聞く」と回答した者（医14%、看17%、介6%）よりも、「患者本人の状況を見て誰にするか（意見を聞くか）を判断する」と回答した者が多く（医57%、看71%、介57%）、前回までの調査よりは「患者本人の意見を聞く」が若干増加している（医5%、看1%の増）（図1）。このことは、医療関係者が、患者本人の意思決定能力、家族の状況や気持ちを踏まえて、誰に説明するのが適切かを判断して説明していることをうかがわせるものである。終末期医療の現場において、患者本人に対する説明を基本におきながらも、患者本人の状況を見つつ説明する相手方を決めていく現実的な対応をとっていると考えられる。また、高齢者医療では、終末期に脳血管障害や痴呆等の疾病のため、患者にいわゆる「意思決定能力」がない場合も多く、患者本人の状況を見て誰に説明し、

担当している患者，入所者の治療方針の決定をするに当たっては，まず，「患者本人の意見を聞く」（医 14 % < 9 %，看 17 % < 16 %，介 6 %）よりも，「患者本人の状況を見て誰にするかを判断する」と回答する者（医 57 % < 55 %，看 71 % < 71 %，介 57 %）が多く，「患者本人の意見を聞く」「患者本人の状況を見て誰にするかを判断する」をあわせると，多くの者が患者本人の意見を中心としている（医 71 % < 64 %，看 88 % < 87 %，介 63 %）。

問 あなたの担当している患者・入所者が治る見込みがない病気に罹患した場合，その治療方針を決定するに当たり，まずどなたの意見を聞かれますか。（○は1つ）
問の番号 医師 6 看護 6 介護 6



〔「終末期医療に関する調査検討会」報告書より〕

図1 治療方針の決定について

意見を聞くかを決定するということが現実的であることも多い。

今後は，医療は患者が選択し参加するものであるという意識が一層進むことが考えられることから，患者，その家族と医療関係者が十分に対話を行い，信頼関係を構築し，患者自身の選択や主体性が十分に尊重されるようにすることが重要であると考えられる。

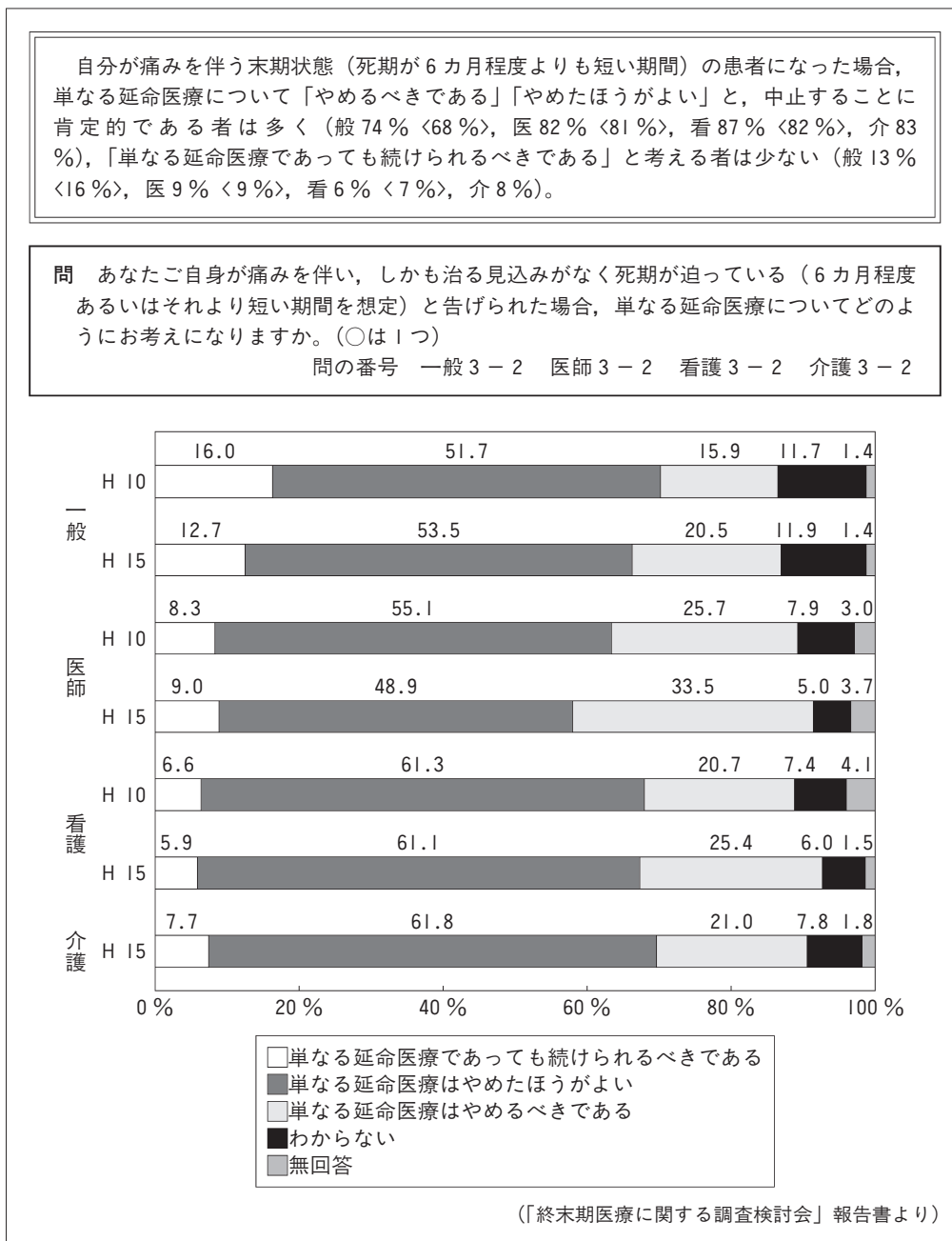


図2 末期状態の延命医療について

③ 終末期医療の在り方

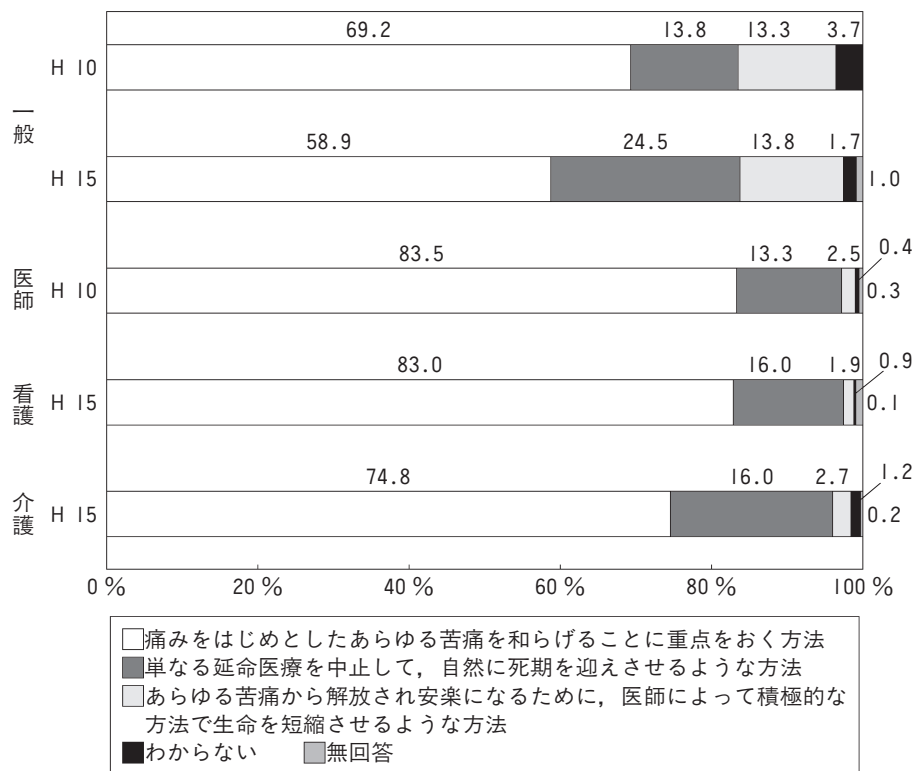
自分が痛みを伴う末期状態（死期が6カ月程度よりも短い期間）の患者になった場合には、単なる延命医療をやめることに肯定的である者も多く（般74%、医82%、看87%、介83%）（図2）、その多くは、単なる延命医療を中止するときに、「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」（緩和医療）を選択

自分が痛みを伴う末期状態の患者（死期が6カ月程度よりも短い期間）になった場合に単なる延命医療を中止することに肯定的である者の多くは、延命医療を中止するときに「痛みをはじめとしたあらゆる苦痛を和らげることに重点をおく方法」を選択し（般59% <70%〉, 医84%, 看83%, 介75%）, 「あらゆる苦痛から解放され安楽になるために、医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」を選択する者は少ない（般14% <13%〉, 医3%, 看2%, 介3%）。

（単なる延命医療は「やめたほうがよい」「やめるべきである」と回答した者に対する質問）

問 単なる延命医療を中止するとき、具体的にはどのような方法が考えられますか。お考えに近いものをお選びください。（○は1つ）

問の番号 一般3-2補問1 医師3-2補問 看護3-2補問 介護3-2補問



（「終末期医療に関する調査検討会」報告書より）

図3 延命医療を中止する方法について

し（般59%、医84%、看83%、介75%）, 「あらゆる苦痛から解放され安楽になるために医師によって積極的な方法で生命を短縮させるような方法」（積極的安楽死）を選択する者は少ない（般14%、医3%、看2%、介3%）（図3）。痛みを伴う末期状態となった場合、一般国民は単なる延命医療をやめることには肯定的であるが、その場合でも積極的な方法で生命を短縮させる行為は許容できないというのが、一般

国民の間でほぼ一致していると考えられる。

④ リビング・ウィル

リビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の考え方に「賛成する」に回答した者は過半数となっており〔般 59 %（48 %）、医 75 %（70 %）、看 75 %（68 %）、介 76 %。（ ）内は前回調査結果，以下同じ〕，書面で自分の意思を明示しておくというリビング・ウィルの考え方が国民の間に受け入れられつつあると考えられる。

（図 4）

また，書面にする必要はないが，「患者の意思を尊重するという考え方には賛成する」者を含めると，治る見込みがなく，死期が近いときの治療方針に関し，国民の多くは，患者本人の意思を尊重することに賛成している（般 84 %，医 88 %，看 89 %，介 87 %）（図 4）。

しかしながら，書面による本人の意思表示という方法について，「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」とする国民は，半数を下回っている（般 37 %，医 48 %，看 44 %，介 38 %）（図 5）。

今回の調査の結果をみるかぎりでは，現状においてはリビング・ウィルを法制化することに，国民の多数の賛成は得られていないとしても，リビング・ウィルという考え方には多数の国民が賛成していることがうかがわれる。よってなんらかの形で自己の終末期医療について意思を表明した場合，その人の意向は尊重されることが重要であり，このような考え方が社会の大きな流れになって医療現場に定着していくことが大切である。

⑤ 患者の意思の確認

患者の意思をどのように確認するかについては，さまざまな場合に対応した，具体的方法を考える必要がある。書面による方法は患者の意思を確認する一つの方法ではあるが，事前の意思表示の形式は一つに絞らず，書面を含めてさまざまな形式があってよいと考えられる。また，患者の意思は状況に応じて変化するため，意思確認は何回も繰り返し行うことが適切である。

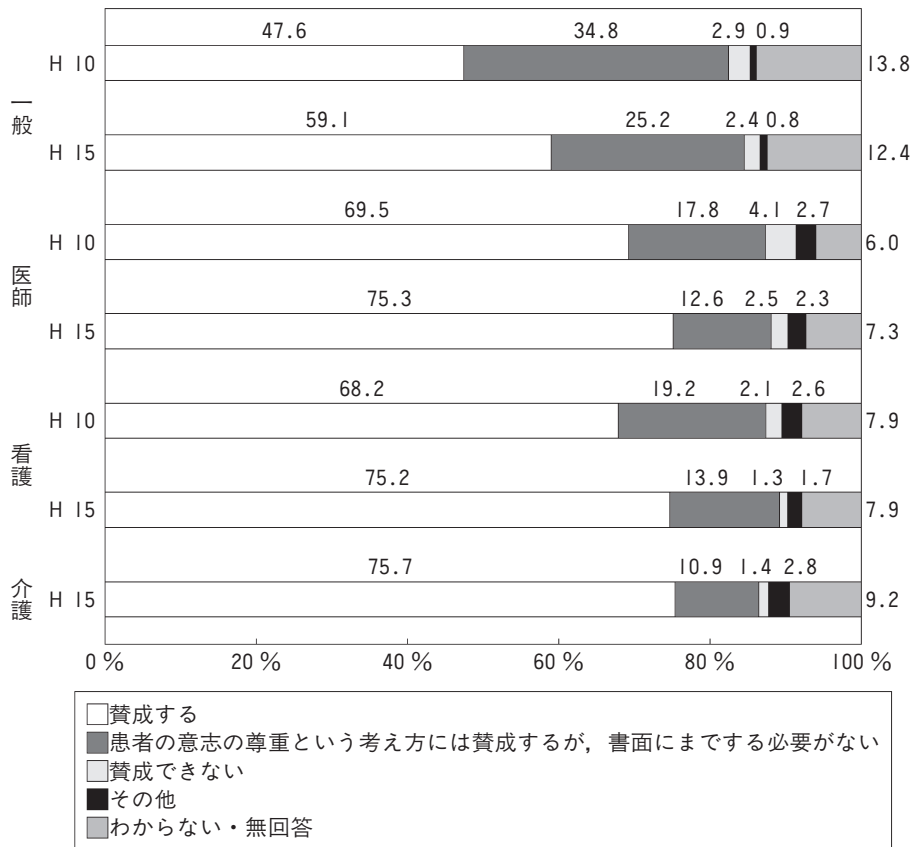
事前に患者本人の意思が確認できない場合，患者本人の代わりに，家族や後見人が治療方針などを決定する（代理人による意思表示）という考え方には，過半数の者が「それでよい」，または「そうせざるをえない」と回答しており，肯定的である（般 57 %，医 67 %，看 62 %，介 60 %）（図 6）。

また，医師などの医療関係者と患者との間に日頃から信頼関係が構築されていることが，終末期において，患者の意思に沿った医療の基本となる。したがって，医療関係者は患者との信頼関係を築く努力をすべきである。

リビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の考え方について、「賛成する」という意見は、前回調査時点よりも増加して過半数となっており（般 59% <48%）、医 75% <70%）、看 75% <68%）、介 76%）、「患者の意見の尊重という考え方には賛成するが、書面にまでする必要がない」と回答した者（般 25% <35%）、医 13% <18%）、看 14% <19%）、介 11%）も含めると、死期が近いときの治療方針に関し、国民の多くは患者本人の意思を尊重することに賛成している（般 84% <83%）、医 88% <88%）、看 89% <87%）、介 87%）。

問 「治る見込みがなく、死期が近いときには単なる延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、がんの末期などで実際にそのような状態になり、本人の意思を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定する」（リビング・ウィル）という考え方について、あなたはどのようにお考えですか。（○は1つ）

問の番号 一般 11-1 医師 14-1 看護 14-1 介護 14-1



（「終末期医療に関する調査検討会」報告書より）

図4 リビング・ウィルについて

⑥ 医療現場の悩み

終末期において、延命のための医療行為を開始しないこと（医療の不開始）や、行

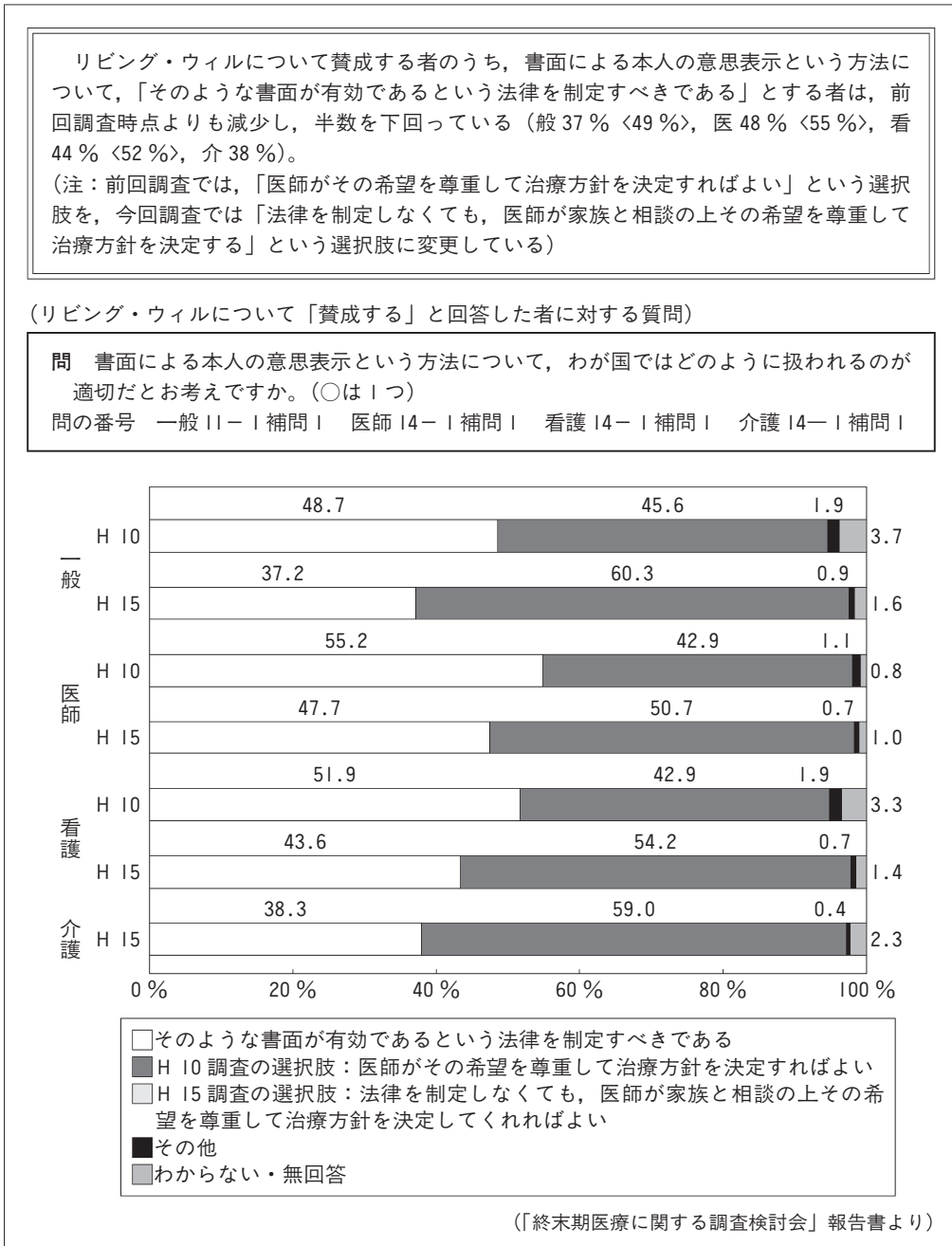


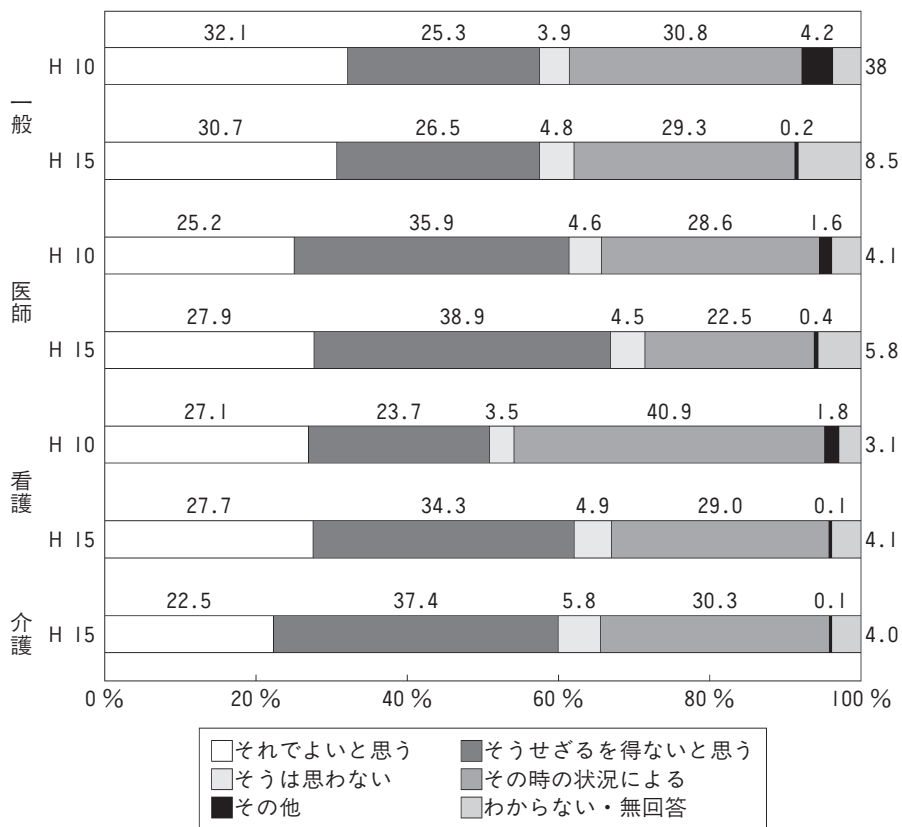
図5 リビング・ウィルの法制化について

っている延命のための医療行為を中止すること（医療の中止）に関してどのような手順を踏むべきか、医師をはじめ医療関係者が悩むことは多く、判断基準が明らかでない。患者の意思を踏まえた個々の医療行為の是非は医療サイドの判断ではあるが、延命のための医療行為を開始しないこと（医療の不開始）や、行っている延命のための医療行為を中止すること（医療の中止）に関して、どういう手順を踏んで決定するの

事前に患者本人の意思が確認できなかった場合、家族や後見人が、患者本人の意思の代わりとして治療方針などを決定する（代理人による意思表示）という考えについては、過半数が「それでよいと思う」「そうせざるを得ないと思う」と肯定的である（般 57% <57%）、医 67% <61%）、看 62% <51%）、介 60%）。代理として意思表示をする人としては、配偶者を適当とする者が過半数を占める（般 63%、医 73%、看 66%、介 63%）。

問 事前に本人の意思の確認ができなかった患者の場合、「家族や後見人が延命医療を拒否したら、それを本人の意思の代わりとして治療方針などを決定すればよい」（代理人による意思表示）という考え方についてどう思いますか。（○は1つ）

問の番号 一般 11-3 医師 14-3 看護 14-3 介護 14-3



〔「終末期医療に関する調査検討会」報告書より〕

図6 患者本人以外による意思確認について

が妥当なのか、どのような行為が合法なのか判断基準が明らかでなく、医師が悩む場面は多い。

他方では、患者本人の意思と家族のそれとが一致しているかが問題になることもある。自分が痛みを伴う末期状態の患者になった場合に「単なる延命医療はやめるべきである」という回答（般 21%、医 34%、看 25%、介 21%）に比べ、自分の患者ま

たは家族がそのような患者になった場合に「単なる延命医療はやめるべきである」という回答（般12%，医19%，看13%，介11%）の方が少なくなっている。

この調査結果では、患者本人は、早く苦痛から解放してほしいが、家族は単なる延命医療の継続を選択する傾向があるということを示しており、患者本人の意思と家族のそれとが必ずしも一致しないことが医療現場での葛藤を生み出していると考えられる。また、高齢者医療では家族の意向が中心となり、患者本人の意思が二次的なものとなっているという指摘がある。

終末期における望ましい医療の内容は、医師の裁量にかかわるので、基本的には、専門学会、医療機関、医師会等が協力してガイドラインを作成し、その普及を図っていくことが考えられなければならない。また、医療の不開始・中止の是非の決定についても同様である。その際、国はこれらの動きに対して必要な支援を図っていくべきである。

終末期医療に対する社会的コンセンサスは今後ますます重要な課題となっていく。医療の不開始・中止、特に患者本人の意思・家族の意向の確認方法について、医療関係者や国は、国民の理解を得る努力を重ねていかなければならない。また、それとともに法律家・生命倫理の研究者など有識者も交えた上での国民的議論が十分に尽くされ、適切な結論を得ていく必要がある。

⑦ 末期状態における療養場所

自分が痛みを伴う末期状態（死期が6カ月程度よりも短い期間）の患者になった場合、多くの一般国民は、自宅療養をした後で必要になった場合には緩和ケア病棟または医療機関に入院する（般48%）、あるいはなるべく早く緩和ケア病棟または医療機関に入院することを希望している（般33%）。一方、自宅で最期まで過ごしたいという人は少ない（般11%）（図7）。

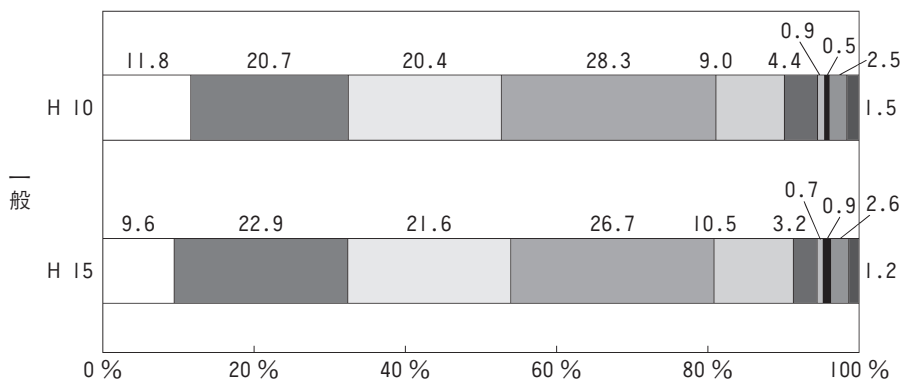
がんの末期で痛みを伴った患者の療養に当たっては、最後の1、2カ月に患者の苦痛が強くなり、患者、家族への負担が増すことが多いことから、最期まで自分らしい生活をできるよう、早い時期から、心のケアを含めた必要な医療や介護を適切に行うシステムを構築することが望ましい。

今後は、患者が自分の状況に合わせて病院、ホスピス・緩和ケア病棟、自宅での在宅療養といったさまざまな体制を選択することを可能とするために、在宅医療・介護、病院、ホスピス・緩和ケア病棟が相互に補完しあって連携するという包括的な保健・医療・福祉サービス提供体制の整備が必要である。また、がんの末期のように、患者の苦痛がひどく、複雑で困難な状況にある場合は、必要に応じて緩和ケア専門家のコンサルテーションを受けられるシステム（たとえば、緩和ケア専門外来）の整備も必要である。

自分が痛みを伴う末期状態（死期が6カ月程度より短い期間）の患者となった場合に、一般国民が希望する療養の場所については、「自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい」が最も多く（般27%）、次に「なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい」（般23%）、「自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい」（般22%）、「自宅で最期まで療養したい」（般11%）の順となっている。

問 あなたご自身が痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っている（6カ月程度あるいはそれより短い期間を想定）場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。（○は1つ）

問の番号 一般4-1



- なるべく早く今まで通った（または現在入院中の）医療期間に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟（終末期における症状を和らげることを目的とした病棟）に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関（がんセンターなど）で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

〔「終末期医療に関する調査検討会」報告書より〕

図7 終末期における療養の場所について

大切なのは、生活する人の視点で、安心できる医療や介護の提供体制をどのように作っていくかであり、この方向での終末期医療体制の整備が、今強く求められている。

⑧ がん疼痛治療法とその説明

「WHO方式がん疼痛治療法」について、内容を知っている医師，看護職員の割合は、前回調査に比べて減少しており〔医43%（46%），看20%（22%）〕，介護施設

職員の69%が、そのような治療法があることを知らないという状況である。

緩和ケア病棟においては、「WHO方式がん疼痛治療法」について、内容を知っている医師、看護職員の割合（医92%、看88%）は、その他の病院、診療所等（医41%、看17%）に比べて多く、モルヒネの有効性と副作用について患者にわかりやすく具体的に説明することができる医師、看護職員の割合（医97%、看76%）も、その他の病院、診療所等（医40%、看17%）に比べて多くなっている。

がん性疼痛治療をはじめとする緩和ケアは、単に緩和ケア病棟に勤務する医師、看護師だけが提供するものではなく、がん医療のあらゆる領域で必要とされている。その他の病院や在宅医療で働く医師、看護師を対象に、たとえば『がん緩和ケアに関するマニュアル』（厚生労働省・日本医師会監修）を活用して、WHO方式がん疼痛治療法や「モルヒネの使用」に関する知識と技術を普及させる必要がある。

今後、WHO方式がん疼痛治療法を普及するに当たっては、従来行われてきた講習会だけでなく、医師、看護師が知識や技術を実践に結びつけられるような地域ごとのセミナーや症例検討会などきめ細かな研修が必要と考える。

さらに、在宅患者に対するWHO方式がん疼痛治療法の普及を図るためには、麻薬等の関連法規を遵守しつつ、運搬、管理、使用、廃棄方法等の取扱い方法を医療現場に周知していくことが必要である。

⑨ 終末期医療体制の充実について

適切な終末期医療の普及のために今後充実していかなければならない点として、医師、看護職員、介護施設職員は、共通して、①「在宅終末期医療が行える体制づくり」、②「緩和ケア病棟の設置と拡充」、③「患者、家族への相談体制の充実」、④「医師・看護師等医療従事者や、介護施設職員に対する、卒前・卒後教育や生涯研修の充実」、を挙げており、これらの施策を進めていくことが必要である。

⑩ おわりに

本検討会ではおもに、痛みを伴うがんの末期患者や、治る見込みのない持続的植物状態の患者を想定していたが、今後は、がん以外に高齢になって身体が衰弱して、長期に療養生活を送った後に亡くなる人も想定した終末期医療のあり方も併せ考えて議論、検討していくことが必要である。

本報告書に盛り込まれた内容が、終末期医療に対する一般国民や医療関係者の理解を深め、終末期医療に対する社会的コンセンサスが得られるよう国民的議論を喚起させるとともに、終末期における医療提供体制の充実に寄与することを強く期待する。

■ 今後の対応

本報告書においては、「患者の意思の確認」「末期状態における療養場所」「がん疼痛治療法とその説明」に関しても、意識調査結果を踏まえた議論が展開されています。詳細については、厚生労働省のホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8a.html>）を御覧いただければと思います。

本報告書を踏まえ、厚生労働省においては、望ましい終末期医療のガイドラインの作成に係る研究に対して、厚生労働科学研究費補助金で支援することとしています。