

人生の最終段階の療養場所の選定 における意思決定の現状調査

2022 年 2 月

一般社団法人静岡県医師会

目 次

第1章 調査の概要	1
1. 調査の背景と狙い	1
2. 実施概要	1
3. 調査内容	2
第2章 調査結果	4
1. 回答者の属性	4
2. 病名、実際の療養場所や看取りの場所	6
3. 生活環境等	13
4. 訪問看護・介護サービスの利用	16
5. 療養場所や看取りの場所の意思決定への専門職の関与	20
6. 意思決定の経過と選択結果	30
第3章 まとめ	43
1. 人生の最終段階の療養場所の意思決定に影響するファクター	43
2. 調査結果から	45

資料

アンケート調査票

第1章 調査の概要

1. 調査の背景と狙い

人生の最終段階に至った患者とその家族が療養場所を選定する際に、意思決定に影響するファクターを分析することで、療養場所の選定における地域差や、適切な意思決定支援の在り方を検討するための基礎資料とすることを目的として、本調査を実施した。

2. 実施概要

- 1) 調査名 人生の最終段階の療養場所の選定における意思決定の現状調査
- 2) 調査期間 2021年10月1日（金）～10月29日（金）
- 3) 調査対象 県内10市町（在宅医療や介護保険サービス等で特徴のある市町に、回収数確保の観点から特徴は薄いが大規模な市を追加。次表1）に位置する全ての居宅介護支援事業所において、人生の最終段階の療養生活を経て亡くなられた患者（利用者）等

居宅介護支援事業所における、2021年7～9月に、以下の①～④のいずれかに該当する患者（利用者）全員

①自宅で死亡した利用者

②病院で死亡した利用者

③施設で死亡した元利用者（施設や家族等から情報提供があった場合。「施設」には、サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームを含み、老健及び小規模多機能型事業所を除く）

④施設入所された（元）利用者（本人、家族等の希望・都合により、人生の最終段階の療養場所と決めて施設（上記③と同様）に移った者に限り、単なる施設待機者等は除く。施設入所後のケアマネジャーの変更の有無は問わない）
- 4) 調査方法 ※実際の回答は対象の患者（利用者）等を担当されたケアマネジャー
- 5) 回答状況 10市町の居宅介護支援事業所への、自記式質問票の郵送による配布・回収
配布 340 事業所、回収 251 事業所（回収率 73.8%。次表 2）。うち該当者なし 35 事業所
回収サンプル数 663 件（1 事業所あたり平均 2.6 件、最多は 1 事業所で 13 件）

表 1 調査対象市町

市町名	備考
伊東市	在宅医療提供実績:多
熱海市	在宅医療提供実績:多、療養病床:多
小山町	在宅医療提供実績:少、介護施設:多
御殿場市	在宅医療提供実績:少、療養病床:多、介護施設:多
沼津市	在宅医療提供実績:多
富士宮市	在宅医療提供実績:少
静岡市(葵区)	特徴薄／在宅医療専門診療所開設地域
島田市	在宅医療提供実績:多
菊川市	在宅医療提供実績:多
袋井市	在宅医療提供実績:多、介護施設:多

表 2 市町単位での回答状況

	配布事業所 数	回収事業所 数	回収率	回収サンプ ル数	1事業所当 たり回答者数
伊東市	35	22	62.9%	36	1.6
熱海市	21	13	61.9%	30	2.3
小山町	4	4	100.0%	7	1.8
御殿場市	14	12	85.7%	36	3.0
沼津市	60	46	76.7%	106	2.3
富士宮市	42	33	78.6%	69	2.1
静岡市	99	70	70.7%	207	3.0
島田市	30	22	73.3%	66	3.0
菊川市	16	15	93.8%	48	3.2
袋井市	19	14	73.7%	58	4.1
全体	340	251	73.8%	663	2.6

3. 調査内容

3.1. 調査項目

今回の調査スキームでは、真の調査対象である患者や家族に代わり、事業所のケアマネジャーが回答するため、代理回答者のフィルターを介したバイアス（患者や家族の真の意向・希望ではない、代理回答者の印象・所感による回答となりうる可能性）が極力生じないような質問方法・内容が必要となる。

代理回答のバイアスを避け、結果に曖昧さが生じるような、真の調査対象（患者や家族）の感覚・考え方（代理回答者が本当に把握できていたかは不明）に関する質問や、代理回答者の印象・所感や考えが加味されるような質問を避け、代理回答者が回答しやすく（回答内容に逡巡や悩みが生じない）するため、代理回答者が承った真の調査対象の意向・希望といった事実関係を端的に尋ねる設問を基本とし、次表の調査項目にて実施した（設問文や選択肢等の詳細は巻末の調査票を参照）。

表 3 アンケート調査項目

分類	問番号	項目	設問種別
属性	問 1①	所在市町	単一選択
	問 1②	介護保険事業所番号	数値回答
	問 1③	対象患者(利用者)のイニシャル	自由回答
	問 1④	担当開始時期(年・月)	数値回答
	問 1⑤	調査対象区分	単一選択
病名、療養 場所や看取 りの場所	問 2	主病名	単一選択
	問 3①	実際の療養場所	単一選択
	問 3②	実際の看取りの場所	単一選択
生活環境等	問 4	家族の有無	複数選択
	問 5①	家族の介護力(平日)	単一選択
	問 5②	家族の介護力(土日・祝日)	単一選択
	問 6	本人・家族の経済力	単一選択
サービス利 用	問 7①	訪問看護サービスの利用時期	複数選択
	問 7②	訪問介護サービスの利用時期	複数選択
専門職の関 与	問 8①	専門職の関与開始時期(死亡前 4 カ月以前)	複数選択
	問 8②	専門職の関与開始時期(死亡前 2～3 カ月)	複数選択
	問 8③	専門職の関与開始時期(死亡月と前月)	複数選択
	問 9①	各役割	複数選択
	問 9②	に 関 与	複数選択
	問 9③	した 専 門 職	複数選択
		本人・家族への意向・価値観の聞き取り 本人・家族への療養場所・看取りの場所の選択肢の提示 本人・家族への療養場所・看取りの場所のメリット・デメリット等の説明	

分類	問番号	項目	設問種別
	問 9④	家族への病状や対応方法の伝達(※本人が拒んでいない場合のみ)	複数選択
	問 9⑤	把握した希望や価値観の他職種への共有	複数選択
	問 9⑥	ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実施	複数選択
	問 9⑦	スピリチュアル・ケアの実施	複数選択
	問 9⑧	人生の最終段階の医療・療養についての説明資料の提供	複数選択
	問 9⑨	治療方針に関する本人との合意内容の文書化	複数選択
	問 9⑩	時間の経過・病状の変化・医学的評価の変更があった際の、本人の意思の再確認	複数選択
意思決定の経過と選択結果	問 10	療養場所や看取りの場所の意思決定方法	単一選択
	問 11(本人の意向)	療養場所①(死亡前 4 カ月以前)	単一選択
		療養場所②(死亡前 2～3 カ月)	単一選択
		療養場所③(死亡月と前月)	単一選択
		看取り場所④(死亡前 4 カ月以前)	単一選択
		看取り場所⑤(死亡前 2～3 カ月)	単一選択
		看取り場所⑥(死亡月と前月)	単一選択
	問 11(家族の意向)	療養場所①(死亡前 4 カ月以前)	単一選択
		療養場所②(死亡前 2～3 カ月)	単一選択
		療養場所③(死亡月と前月)	単一選択
		看取り場所④(死亡前 4 カ月以前)	単一選択
		看取り場所⑤(死亡前 2～3 カ月)	単一選択
		看取り場所⑥(死亡月と前月)	単一選択
	問 12	本人が療養場所や看取りの場所に自宅を希望した理由	複数選択
	問 13	本人が療養場所や看取りの場所に自宅以外を希望した理由	複数選択

3.2. 結果の集計

人生の最終段階の療養生活を経て亡くなられた患者（利用者）等が調査対象のため、調査結果は、回答のあった全ての患者（利用者）を一つの集団として、患者（利用者）単位での分布（単純集計に基づく構成比）を見ることで、現状を把握することが基本となる。

複数選択の設問については、選択状況の分布に加え、選択肢の選択個数別での分布も確認した。

クロス集計は、回答者の属性（主に、問 1①(所在市町)、問 2(主病名)、問 3①(実際の療養場所)）と組み合わせ、属性の違いによる結果の分布の差異の有無を確認した。

なお、次ページ以降の集計結果の図表（特に帯グラフや集計表）では、各項の割合の合計が、各項の表示桁数以下の端数計算（四捨五入）により 100%にならないものがあることに留意されたい。

第2章 調査結果

1. 回答者の属性

1.1. 所在市町[問1①]

回答者の31.2%は静岡市(葵区)、次に沼津市(16.0%)であった。

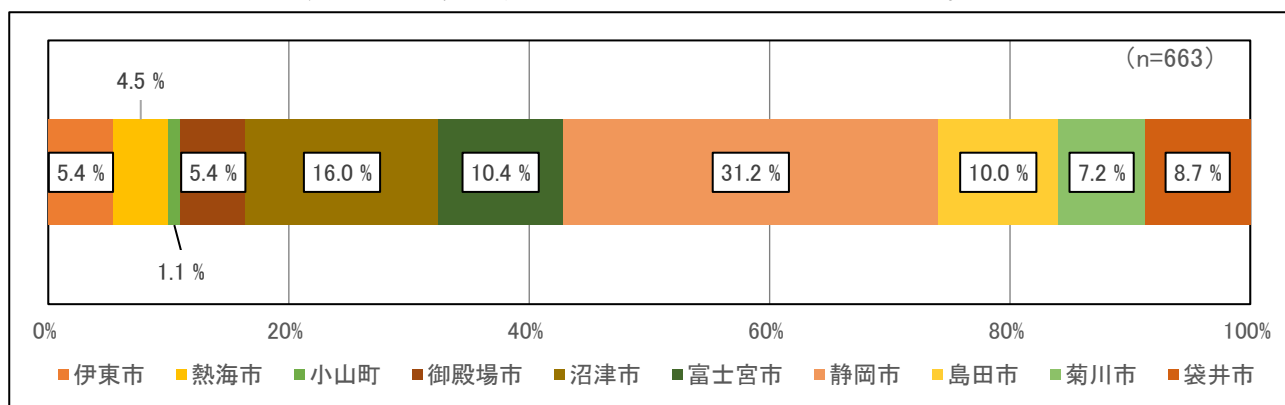


図1 所在市町

1.2. 担当開始時期[問1④]

2021年が最も多く(38.7%)、次に「2019-2020年」(29.5%)で、これらで半数以上を占めた。

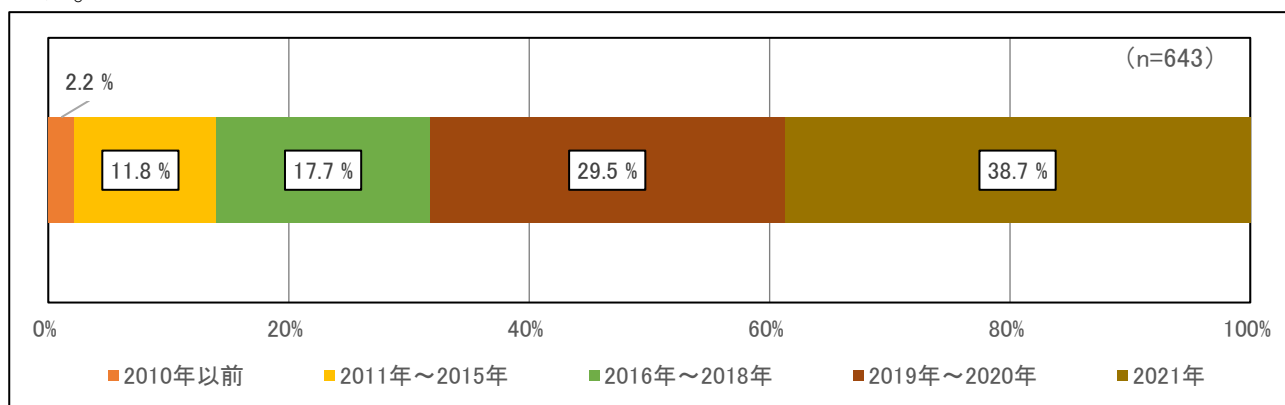


図2 担当開始時期

1.3. 調査対象区分[問1⑤]

(1) 全体

死亡時期が調査時点に近づく程多くなった。

(2) 所在市町による差異

施設に移った者は全体の11.9%であったが、熱海市・小山町・御殿場市・袋井市が全体の傾向に比べ多かった。

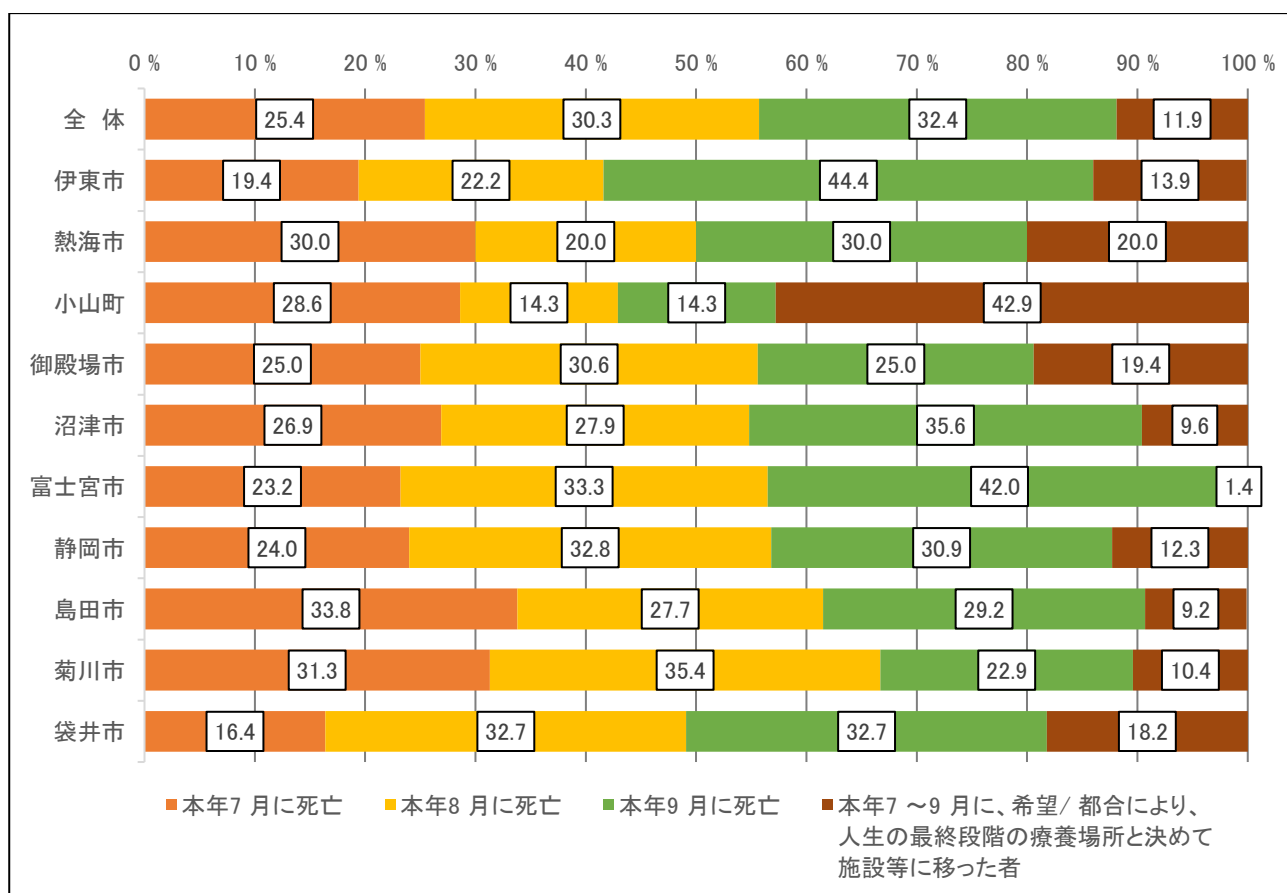


図 3 調査対象区分(所在市町による差異)

2. 病名、実際の療養場所や看取りの場所

2.1. 人生の最終段階に至った主病名[問 2]

「非がん(認知症あり)」が最も多く(36.2%)、次に「がん(認知症なし)」(26.8%)であった。

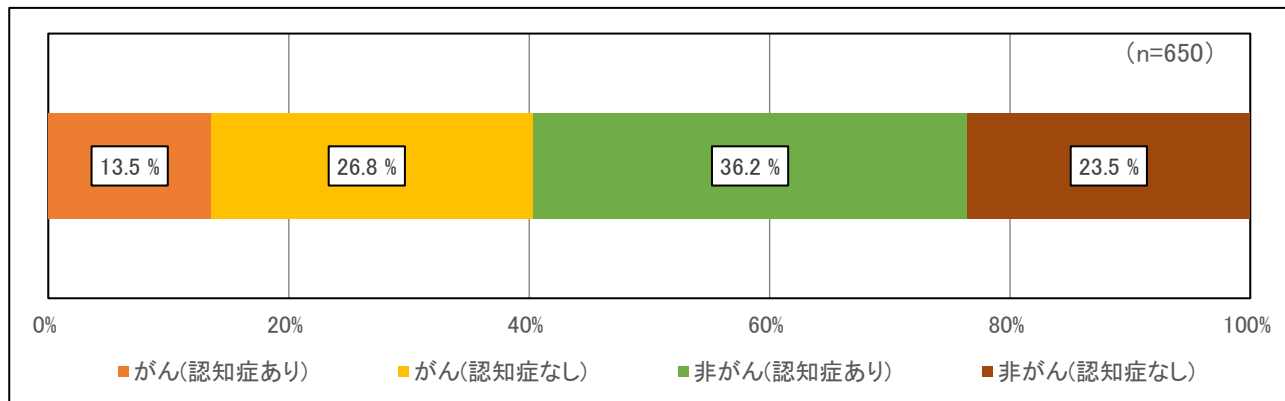


図 4 人生の最終段階に至った主病名

2.2. 実際の療養場所や看取りの場所[問 3]

(1) 全体

①実際の療養場所

自宅が 68.3%、施設が 21.5%、病院が 10.2%であった。

②実際の看取りの場所

自宅が 47.0%と療養場所に比べて大幅減(21.3 ポイント)であったのに対し、病院が 35.8%と大きく増加(25.6 ポイント)した。

自宅で療養していても最期に入院し病院にて死亡するケースが少なくないことが窺える。

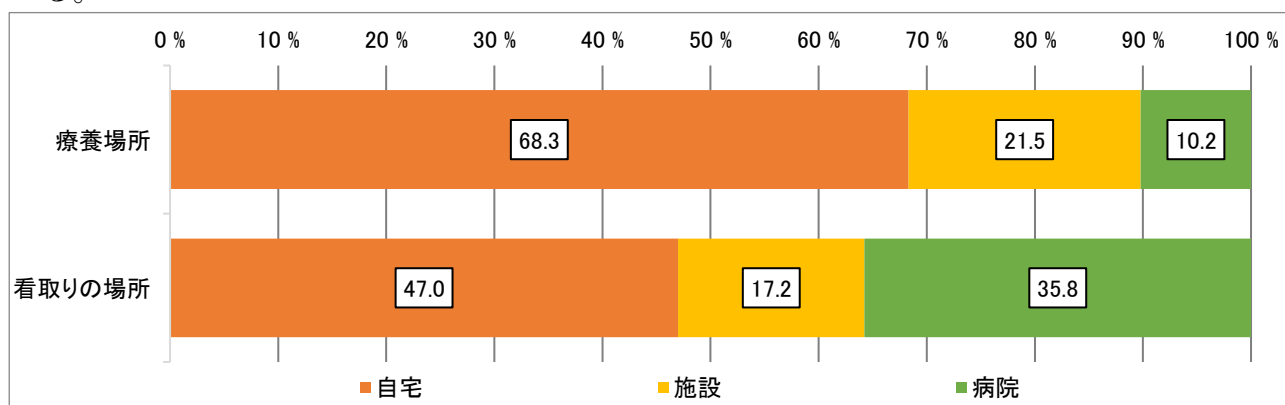


図 5 実際の療養場所や看取りの場所(療養場所 n=647・看取りの場所 n=632)

¹ 本調査において「自宅」とは、患者(利用者)本人が長年生活を送ってきた場所を指す。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームは「施設」に含める。

(2) 所属市町による差異

実際の療養場所が自宅であった者の割合が全体(68.3%)に比べて高かったのは、在宅医療提供実績が相対的に多い菊川市(75.0%)、在宅医療提供実績が相対的に少ない富士宮市(74.6%)の他、静岡市(71.8%)であった。[問 1①×問 3①]

実際の看取りの場所が自宅であった者の割合が全体(47.0%)に比べて高かったのは、在宅医療提供実績が相対的に多い島田市(60.7%)・菊川市(56.5%)・伊東市(52.8%)の他、静岡市(52.8%)、在宅医療提供実績が相対的に少ない富士宮市(50.0%)であった。[問 1①×問 3②]

自宅や施設で療養していても最期は病院となった者は、特に在宅医療提供実績が相対的に多い熱海市、在宅医療提供実績が相対的に少ない小山町・御殿場市の事業所の利用者に多かった。

表 4 実際の療養場所や看取りの場所(所属市町による差異)

上段=度数 下段=構成比		問 3① 療養場所				問 3② 看取りの場所				増減(②-①)		
		全体	自宅	施設	病院	全体	自宅	施設	病院	自宅	施設	病院
事業所の 所在市町	全体	647 100.0	442 68.3	139 21.5	66 10.2	632 100.0	297 47.0	109 17.2	226 35.8	-21.3	-4.3	25.6
	伊東市	35 100.0	24 68.6	9 25.7	2 5.7	36 100.0	19 52.8	9 25.0	8 22.2	-15.8	-0.7	16.5
	熱海市	29 100.0	18 62.1	10 34.5	1 3.4	30 100.0	8 26.7	8 26.7	14 46.7	-35.4	-7.8	43.3
	小山町	7 100.0	4 57.1	3 42.9	0 0.0	7 100.0	2 28.6	1 14.3	4 57.1	-28.5	-28.6	57.1
	御殿場市	35 100.0	21 60.0	10 28.6	4 11.4	35 100.0	8 22.9	6 17.1	21 60.0	-37.1	-11.5	48.6
	沼津市	101 100.0	60 59.4	29 28.7	12 11.9	101 100.0	40 39.6	21 20.8	40 39.6	-19.8	-7.9	27.7
	富士宮市	67 100.0	50 74.6	10 14.9	7 10.4	68 100.0	34 50.0	11 16.2	23 33.8	-24.6	1.3	23.4
	静岡市	202 100.0	145 71.8	34 16.8	23 11.4	193 100.0	102 52.8	28 14.5	63 32.6	-19.0	-2.3	21.2
	島田市	66 100.0	46 69.7	14 21.2	6 9.1	61 100.0	37 60.7	11 18.0	13 21.3	-9.0	-3.2	12.2
	菊川市	48 100.0	36 75.0	5 10.4	7 14.6	46 100.0	26 56.5	5 10.9	15 32.6	-18.5	0.5	18.0
	袋井市	57 100.0	38 66.7	15 26.3	4 7.0	55 100.0	21 38.2	9 16.4	25 45.5	-28.5	-9.9	38.5

(3) 主病名による差異

実際の療養場所・看取りの場所が自宅であった者は、いずれも主病名ががんの方が、認知症はなしの方が多かった。

実際の療養場所・看取りの場所が施設であった者は、認知症の有無で大きな差異があった。実際の看取りの場所は、認知症がなくがんの場合は自宅の割合が高いが、それ以外の3区分の場合は自宅以外（施設や病院）の割合が高く、特に非がん（認知症あり）はその割合が高かった。[問2×問3①②]

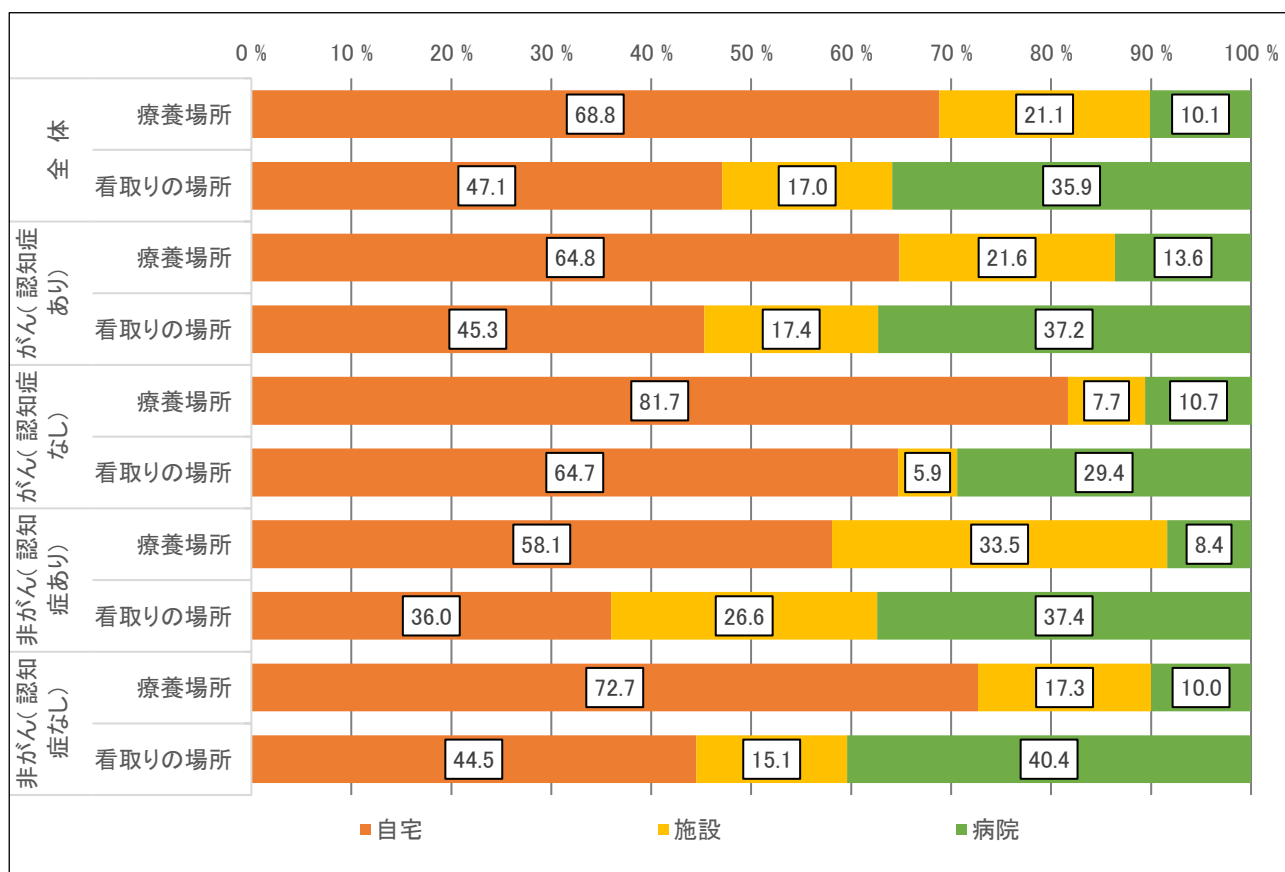


図 6 実際の療養場所や看取りの場所：主病名別(療養場所 n=634・看取りの場所 n=624)

(4) 実際の療養場所と実際の看取りの場所との差異

①療養場所と看取りの場所

療養場所と看取りの場所は同じ場合が多かった。

療養場所が自宅であった者は、看取りの場所が施設となった者はほぼなかったが、看取りの場所が病院となった者は 35.6% であった。[問 3①×問 3②]

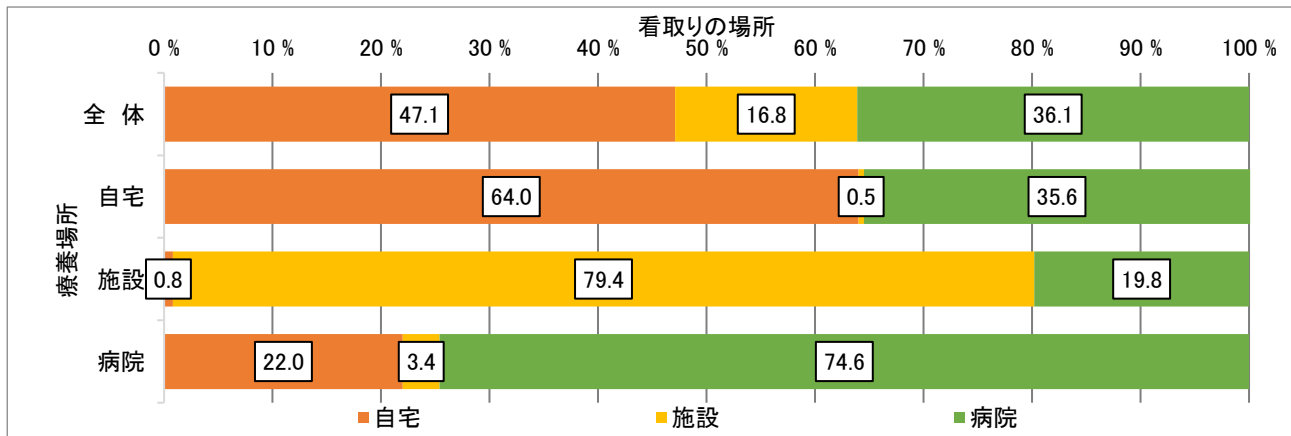


図 7 実際の療養場所と看取りの場所 (n=618)

②療養場所が自宅で看取りの場所が病院となった者の特徴

主病名が非がん、また意思決定方法が「誰にも確認できなかった」もしくは「家族に確認できた」場合が比較的多かった。[問 3①自宅×問 2×問 3②、問 3①自宅×問 10×問 3②]

表 5 療養場所が自宅であった者の看取りの場所 (主病名別・意思決定方法別)

問 3① 療養場所＝自宅		問 3② 看取りの場所			
		全体	自宅	施設	病院
人生の最終段階に至った主病名	全体	429	274	2	153
		100.0	63.9	0.5	35.7
	がん(認知症あり)	56	36	0	20
		100.0	64.3	0.0	35.7
	がん(認知症なし)	136	98	0	38
		100.0	72.1	0.0	27.9
療養場所や看取りの場所の意思決定方法	非がん(認知症あり)	130	77	1	52
		100.0	59.2	0.8	40.0
	非がん(認知症なし)	107	63	1	43
		100.0	58.9	0.9	40.2
	全体	421	272	2	147
		100.0	64.6	0.5	34.9
	本人の意思が確認できた	227	161	1	65
		100.0	70.9	0.4	28.6
	家族に確認できた	167	96	1	70
		100.0	57.5	0.6	41.9
	家族以外の代理決定者に確認できた	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0
	誰にも確認できなかった	22	11	0	11
		100.0	50.0	0.0	50.0
	家族がいなかった、家族が判断を委ねた等により医療・ケアチームにて判断	0	0	0	0
		0.0	0.0	0.0	0.0
	複数の専門家で構成される組織(倫理委員会等)の検討・助言を採用	5	4	0	1
		100.0	80.0	0.0	20.0

(5) 生活環境による実際の看取りの場所の差異

①家族²の有無

家族の有無や同居の有無によって、実際の看取りの場所が自宅であった者の割合が低下し、施設であった者の割合が高まったが、病院であった者の割合には大きな差異は見られなかった。[問 4×問 3②]

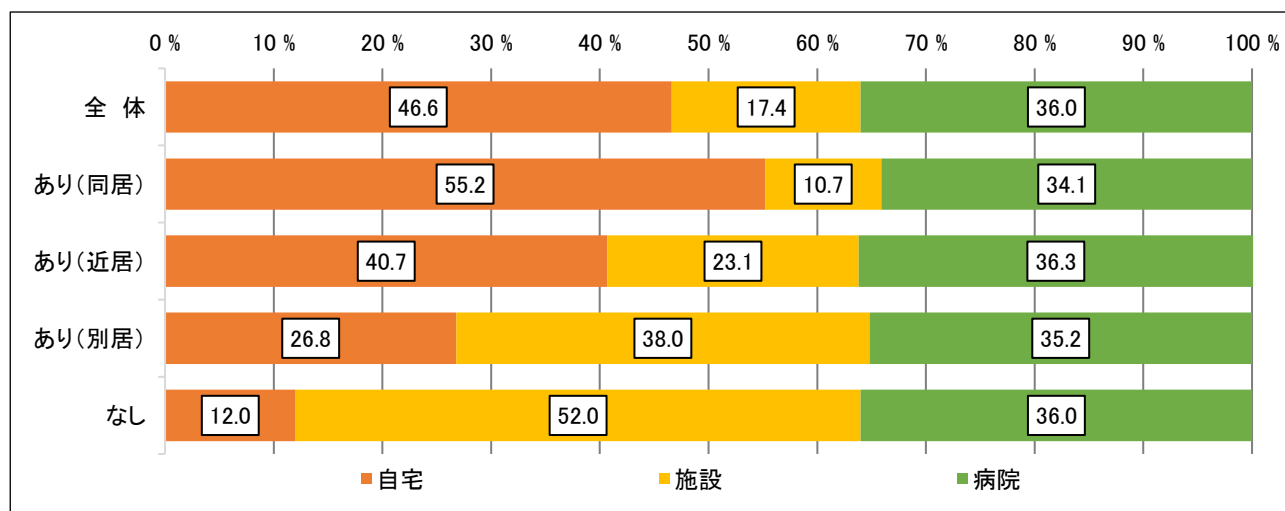


図 8 実際の看取りの場所：家族の有無別 (n=618)

² 本調査において「家族」とは、患者(利用者)本人の意思決定に影響を与えていたと見られる、同居または別居していても介護に関わった者を指す。また、「近居」とは、住居は異なるものの、日常的な往来ができる範囲(約 30 分以内)に居住していることを指す。

②家族の介護力

実際の看取りの場所が自宅であった者には、常時介護者がいた者や、平日は日中のみ介護者がいた者が多かった。[問 5×問 3②]

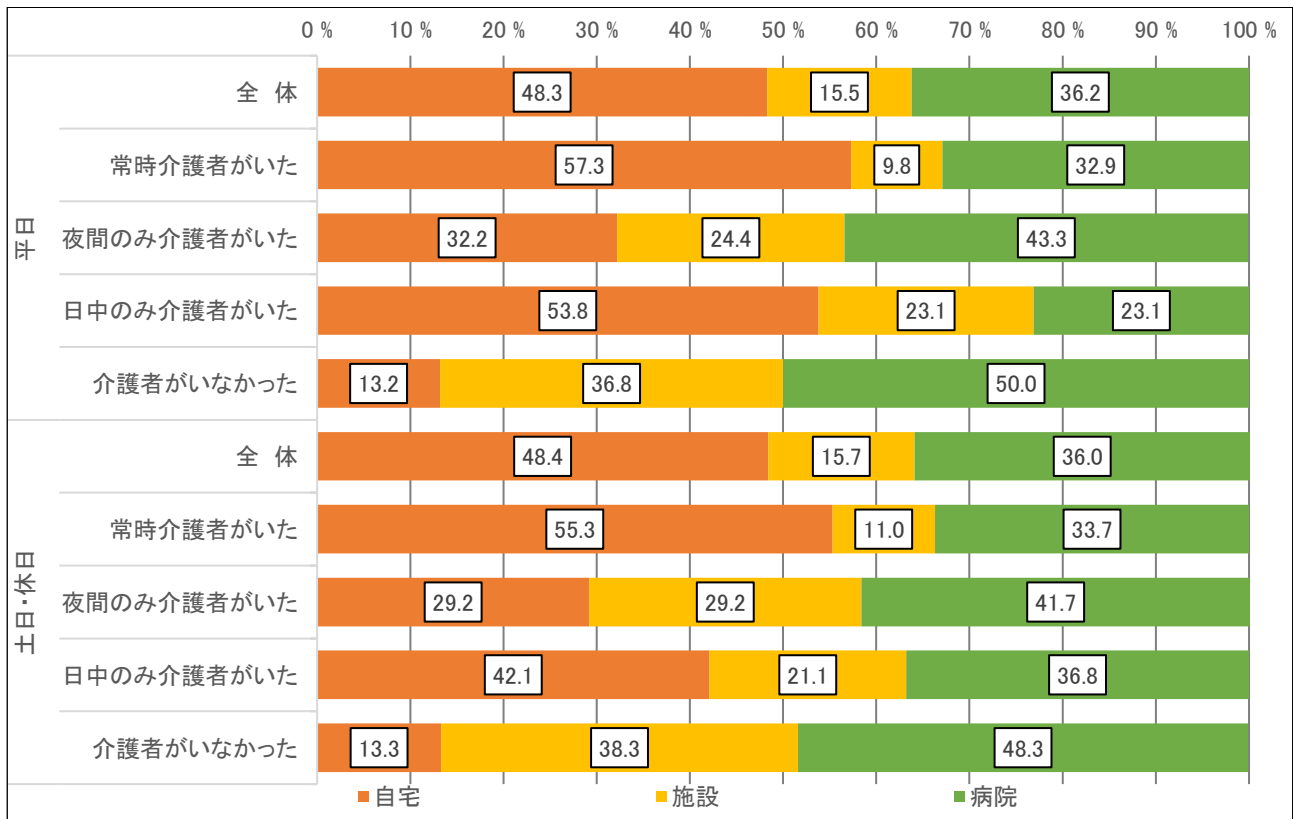


図 9 実際の看取りの場所：家族の介護力別(平日 n=588、土日・祝日 n=581)

(6) ACP 実施の有無による差異

専門職による ACP（アドバンス・ケア・プランニング）を実施していた者は約 4 割程度と比較的少なかった（問 9 参照）が、特に「往診・訪問診療医」「訪問看護師」が ACP を実施した者は、実施しなかった者に比べて、実際の療養場所・看取りの場所が自宅であった者が多かった。〔問 9 選択肢 6×問 3①②〕

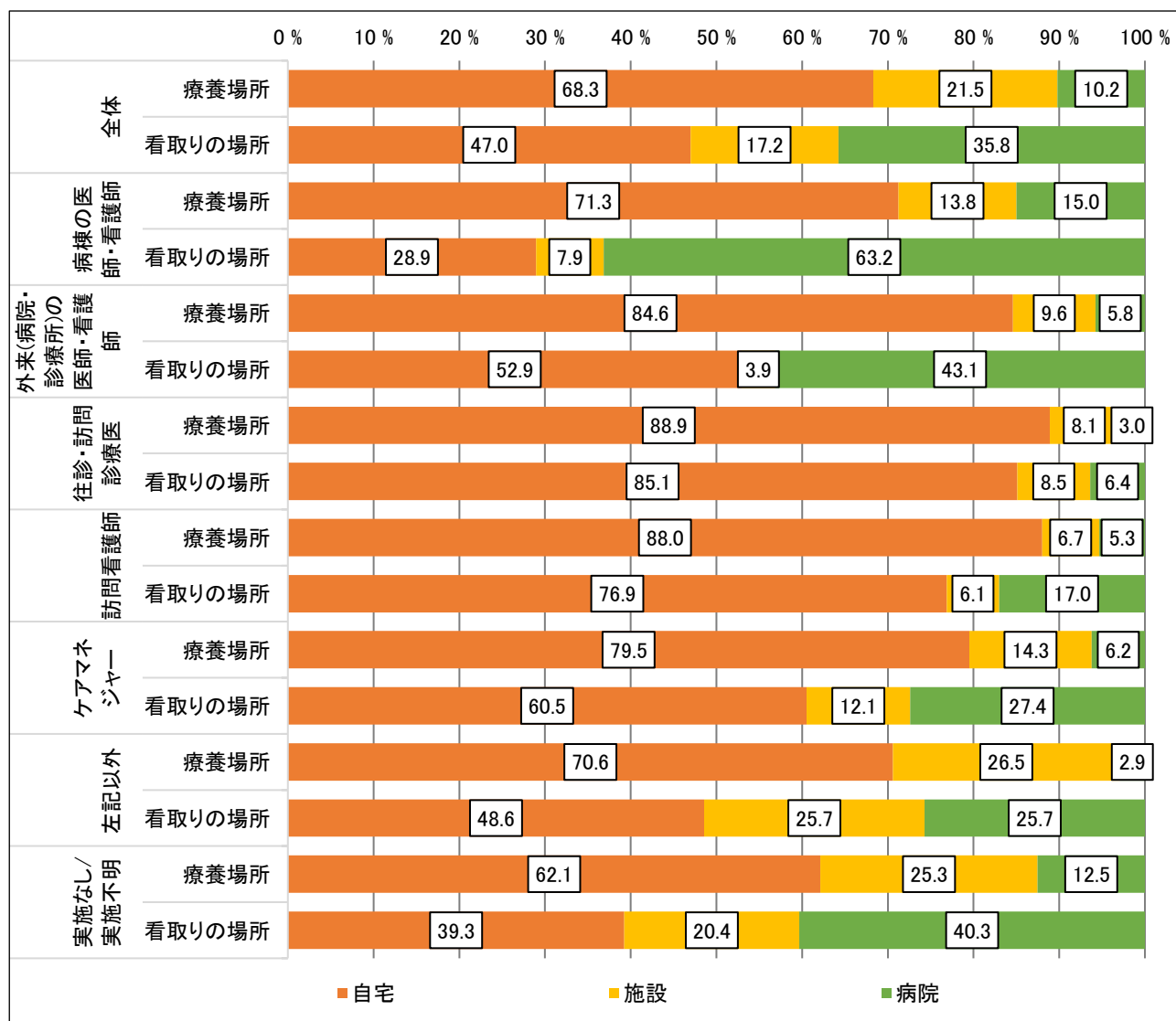


図 10 実際の療養場所や看取りの場所：ACP 実施の有無別（療養場所 n=647・看取りの場所 n=632）

3. 生活環境等

3.1. 家族の有無[問 4]

(1) 全体

家族がいなかった（選択肢「なし」の）者は 4.0%で、残る 96.0%の者には何らかの形で家族がいた。

「家族あり(同居)」の者が非常に多く、76.1%であった。

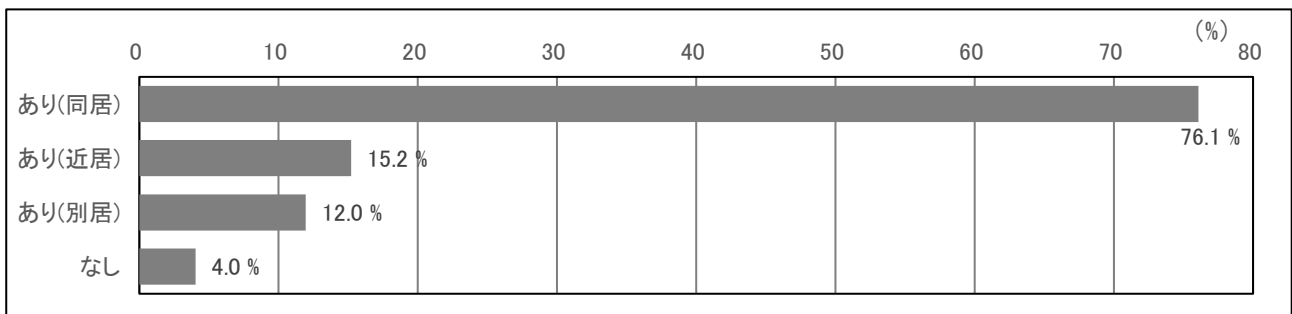


図 11 家族の有無(複数回答/n=644)

(2) 所在市町による差異

熱海市(10.0%)・沼津市(9.5%)は、家族「なし」が比較的多かった。[問 1①×問 4]

(3) 実際の療養場所による差異

実際の療養場所が自宅であった者には同居家族がいた者が多く、施設であった者にはそうでない者が多かった。[問 3①×問 4]

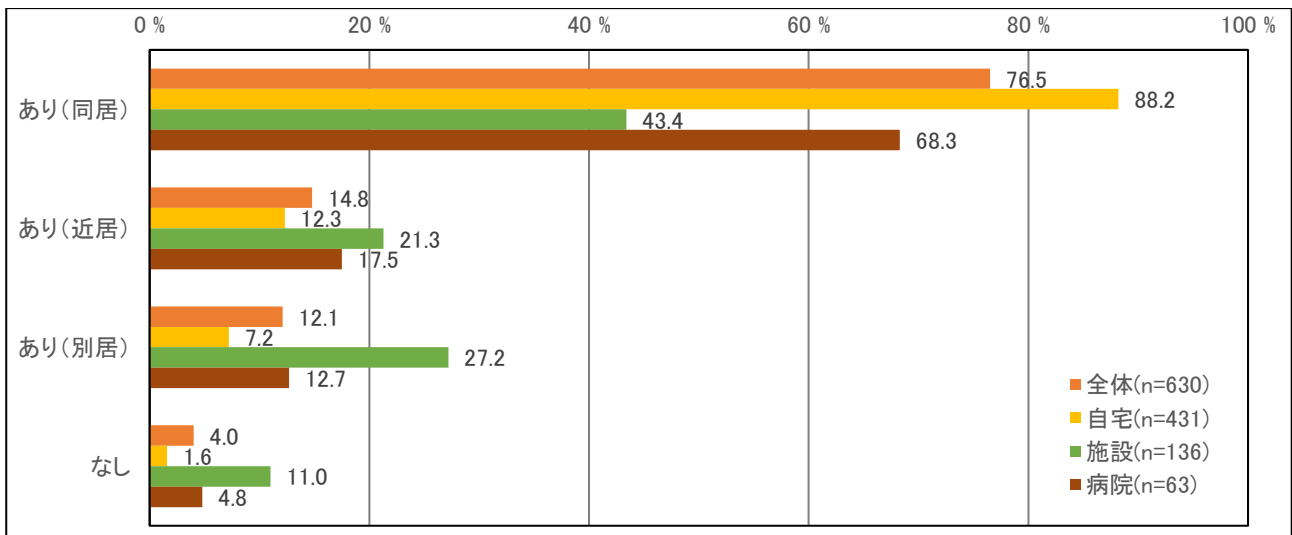


図 12 家族の有無(複数回答)

3.2. 家族の介護力[問 5]

(1) 全体

約 7 割の者には常時介護者がいた。

「常時介護者がいた」者や「日中のみ介護者がいた」者の割合は、平日よりも土日・祝日の方が高かったが、「夜間のみ介護者がいた」者の割合は、平日よりも土日・祝日の方が少なかった。

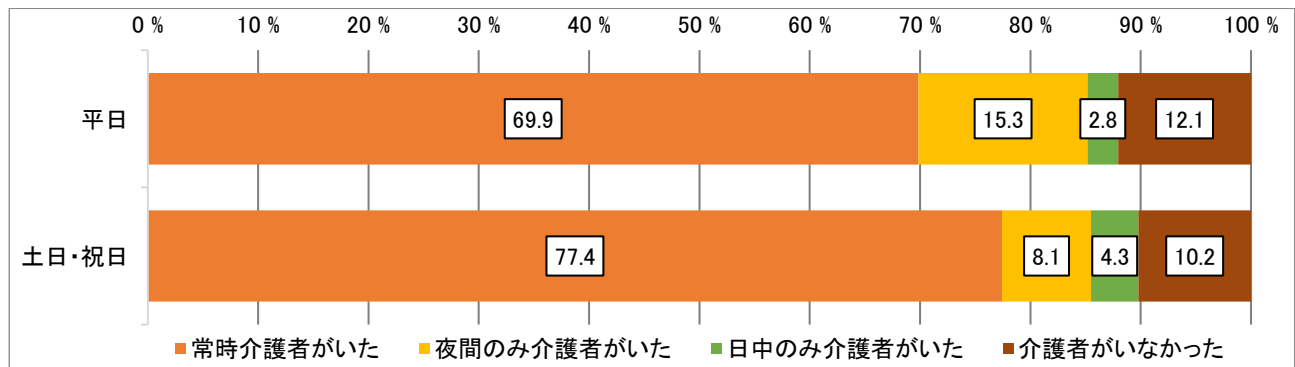


図 13 家族の介護力

(2) 所在市町による差異

富士宮市（在宅医療提供実績が相対的に少ない）、菊川市・袋井市（在宅医療提供実績が相対的に多い）では、常時介護者がいた者の割合が比較的高かった。[問 1①×問 5]

(3) 実際の療養場所による差異

療養場所が自宅であった者には常時介護者がいた者が多く、施設であった者にはそうでない者が多かった。[問 3①×問 5]

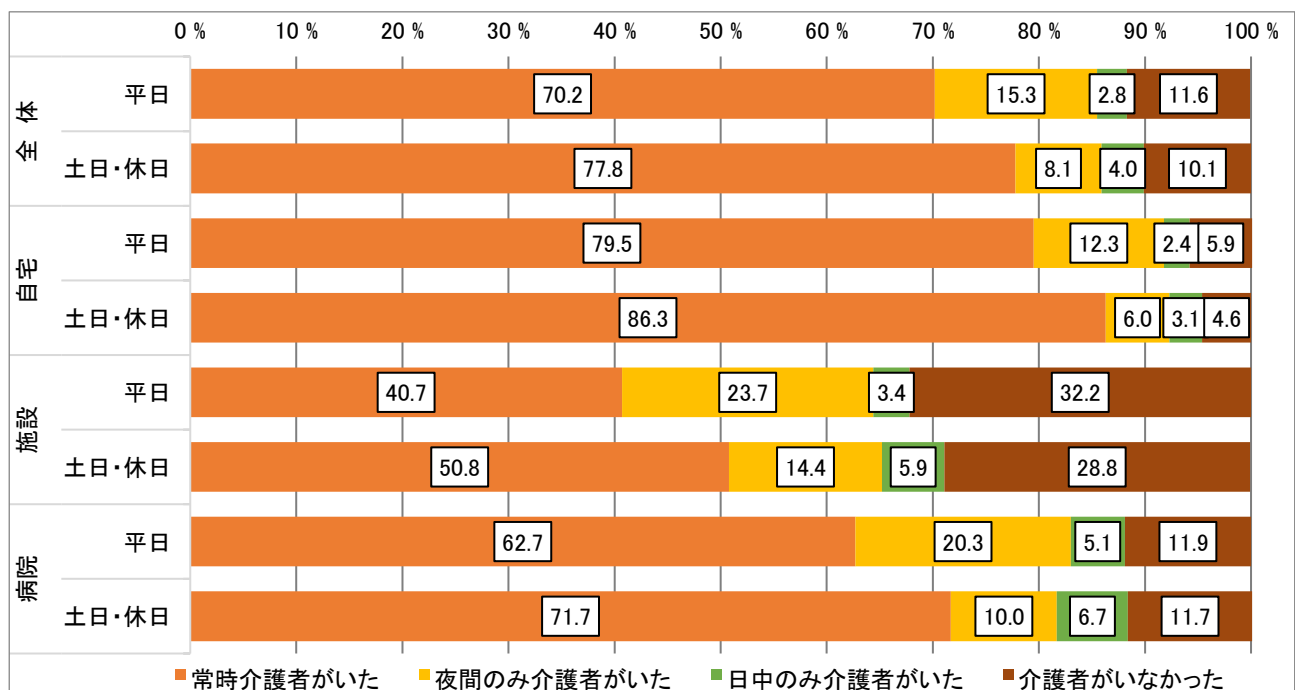


図 14 家族の介護力：実際の療養場所別（n=630）

3.3. 本人・家族の経済力[問 6]

「本人の収入・財産で、医療や介護を十分に受けられる」者が 68.5%、医療や介護のサービス利用を制限せざるを得ない経済力だった者は 9.1%であった。

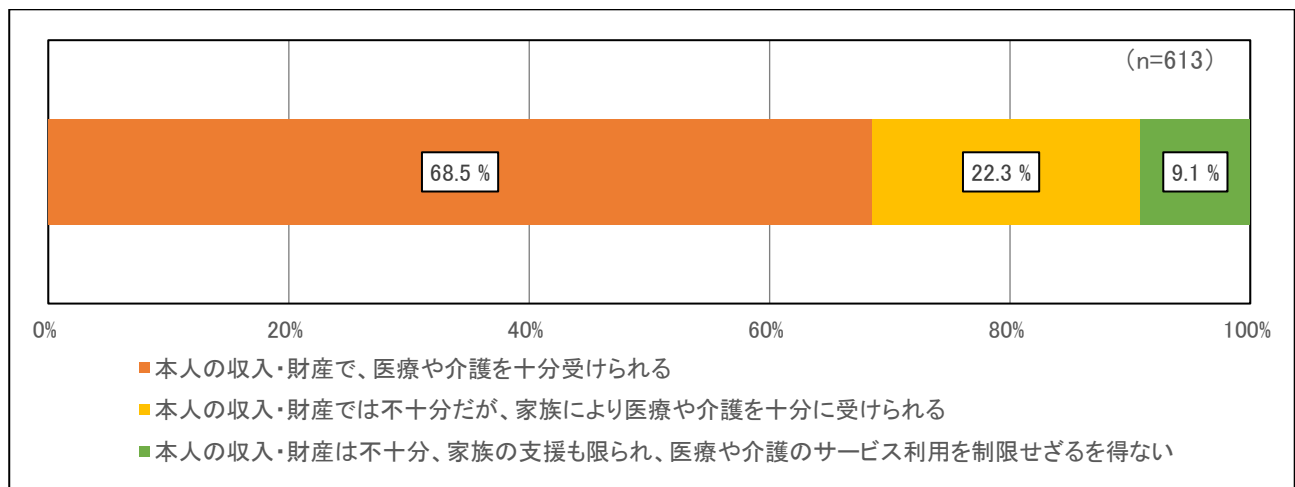


図 15 本人・家族の経済力

4. 訪問看護・介護サービスの利用

4.1. サービスの利用状況[問 7]

(1) 全体

訪問看護サービスは 63.0%の者が利用していた。利用者の中では「死亡月・その前月」の利用が最も多かった(29.0%)。

訪問介護サービスは 40.8%の者が利用していた。利用者の中では「死亡前 7 カ月以前」の利用が最も多かった(19.8%)

いずれのサービスでも、利用できなかった者は3%前後であった。

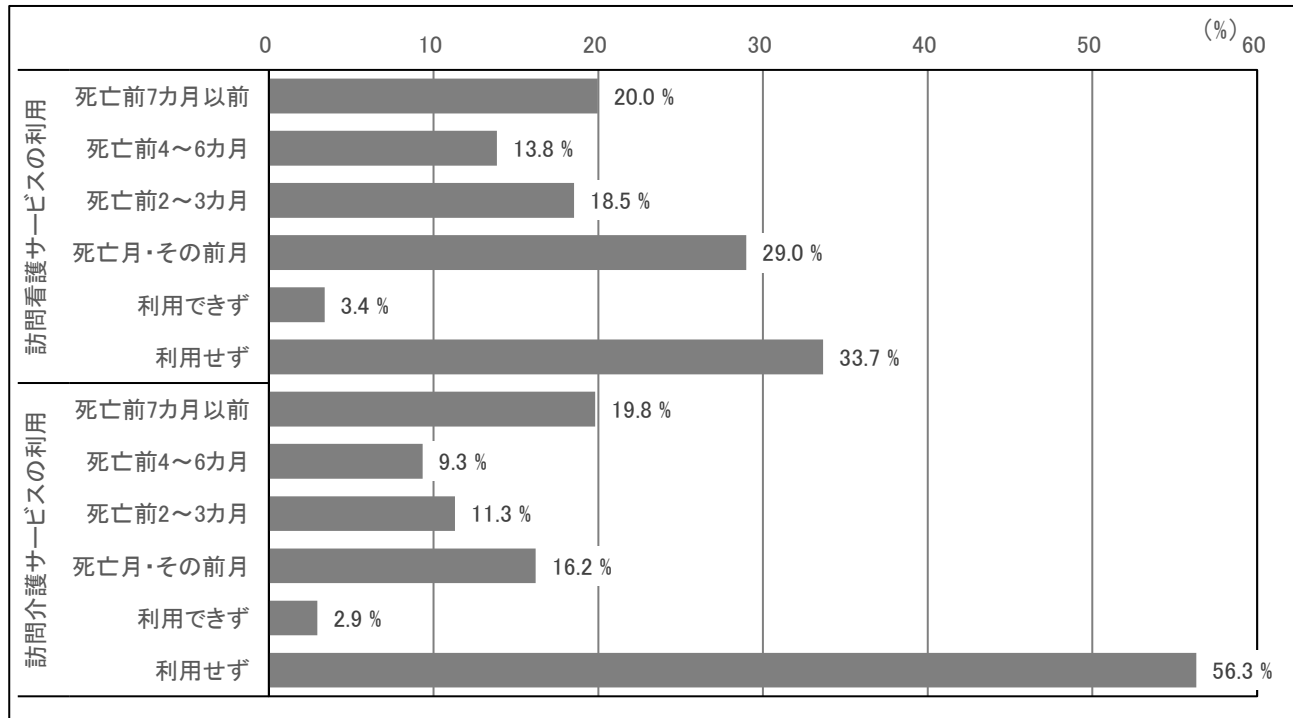


図 16 サービス利用時期(複数回答/訪問看護 n=621・訪問介護 n=611)

(2) 所在市町による差異

訪問看護サービスの利用は、在宅医療提供実績が相対的に多い伊東市や菊川市の他、静岡市が比較的多く、在宅医療提供実績が相対的に少ない御殿場市・富士宮市が比較的少なかった。

訪問介護サービスの利用は、在宅医療提供実績が相対的に多い伊東市や在宅医療提供実績が相対的に少ない小山町が比較的多く、在宅医療提供実績が相対的に少ない富士宮市・在宅医療提供実績が相対的に多い菊川市が比較的少なかった。[問 1①×問 7]

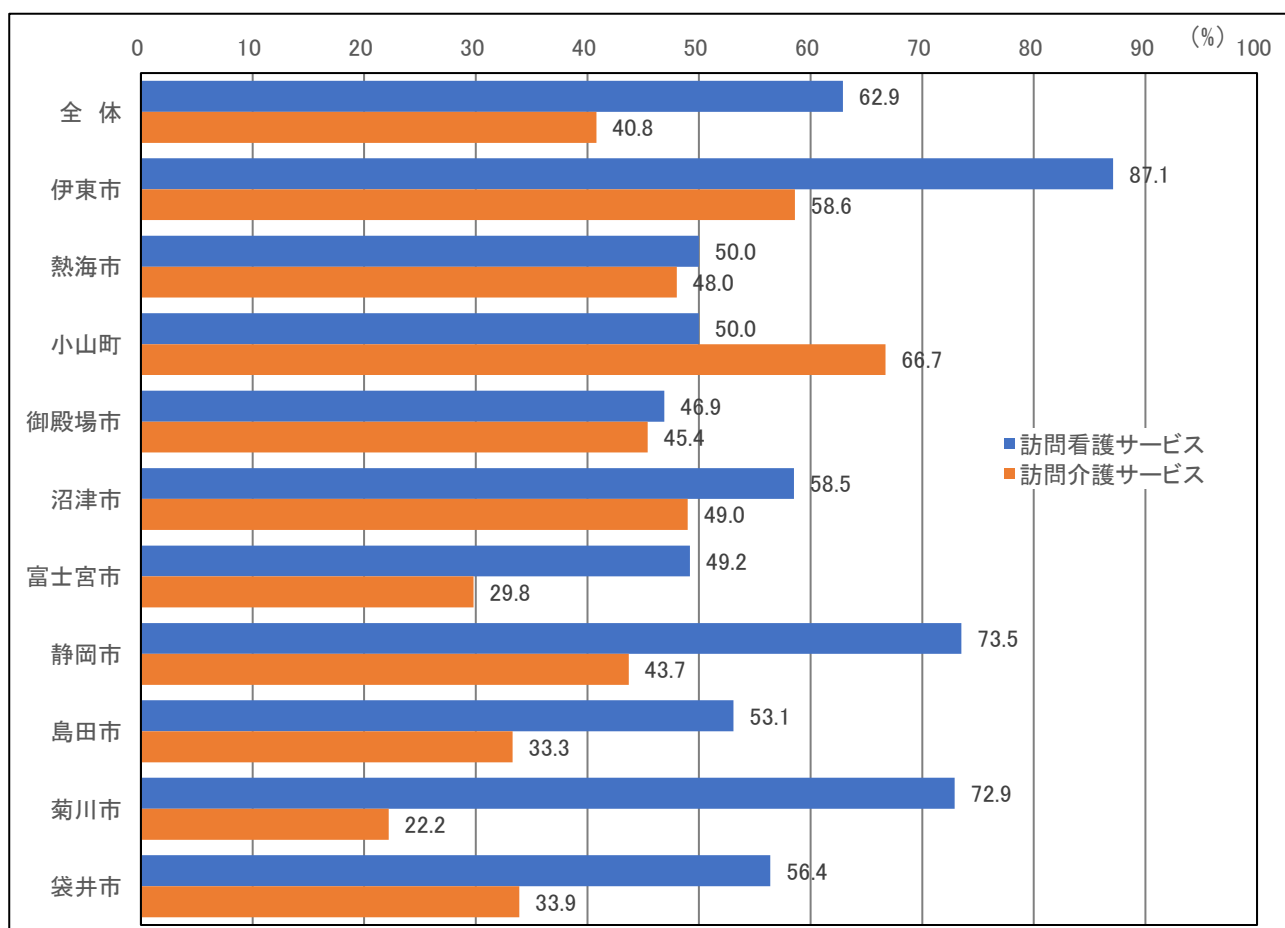


図 17 サービス利用者の割合(訪問看護 n=621・訪問介護 n=611)

(3) 主病名や実際の療養場所による差異

訪問看護サービスの利用は、主病名ががんであった者や、実際の療養場所が自宅であった者が比較的多かった。

訪問介護サービスの利用は、実際の療養場所が自宅であった者よりも施設であった者の方が比較的多かった³。[問 2×問 7、問 3①×問 7]

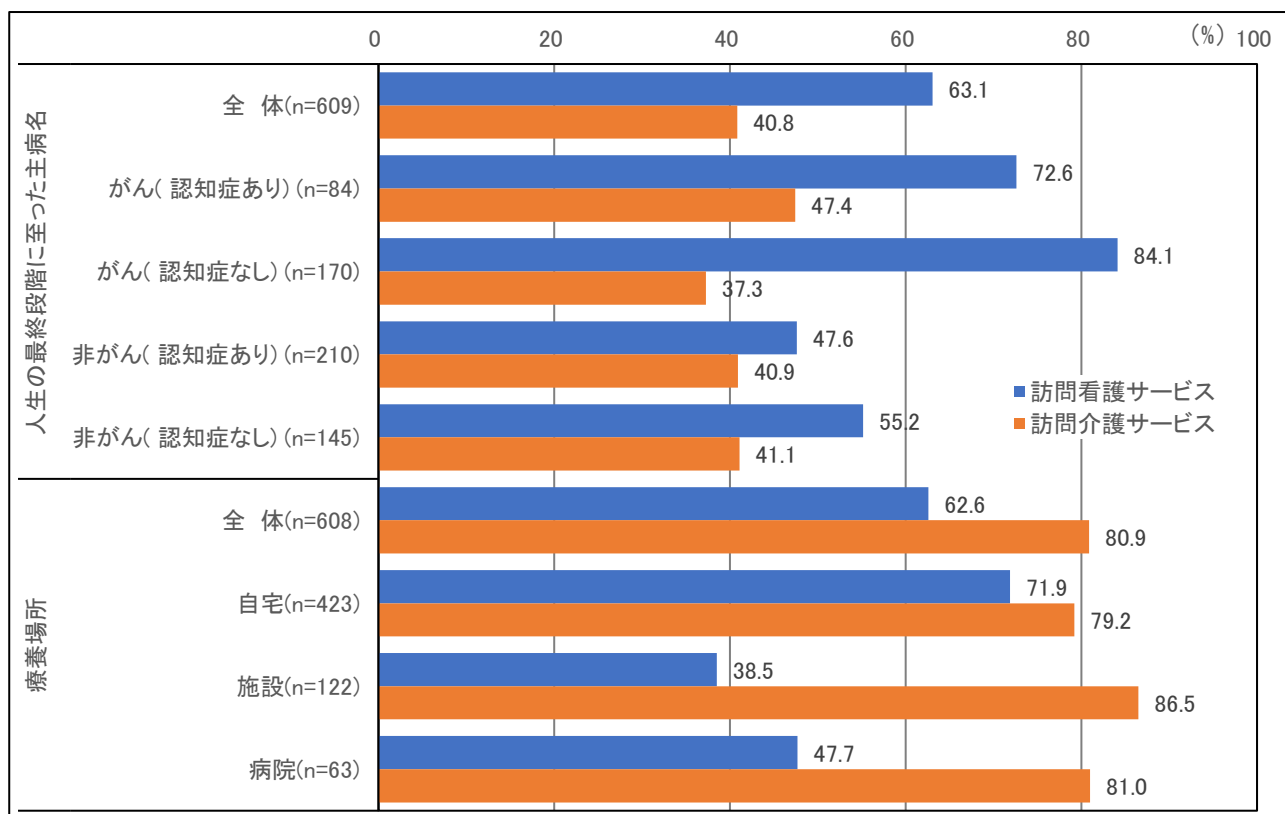


図 18 サービス利用者の割合：主病名別・療養場所別

³ 本調査ではサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームを「施設」に含めていることに起因すると考えられる。

(4) 家族の介護力による差異

訪問看護サービスの利用では、「夜間のみ介護者がいた」者だけでなく「介護者がいなかった」者も、利用している割合が他よりも低く、家族の介護力との補完性はあまり見られなかった。

一方、訪問介護サービスの利用では、「常時介護者がいた」者は利用している割合が他よりも低く、「介護者がいなかった」者は利用している割合が他よりも高かったことから、家族の介護力との補完性が見られた。[問 5①②×問 7]

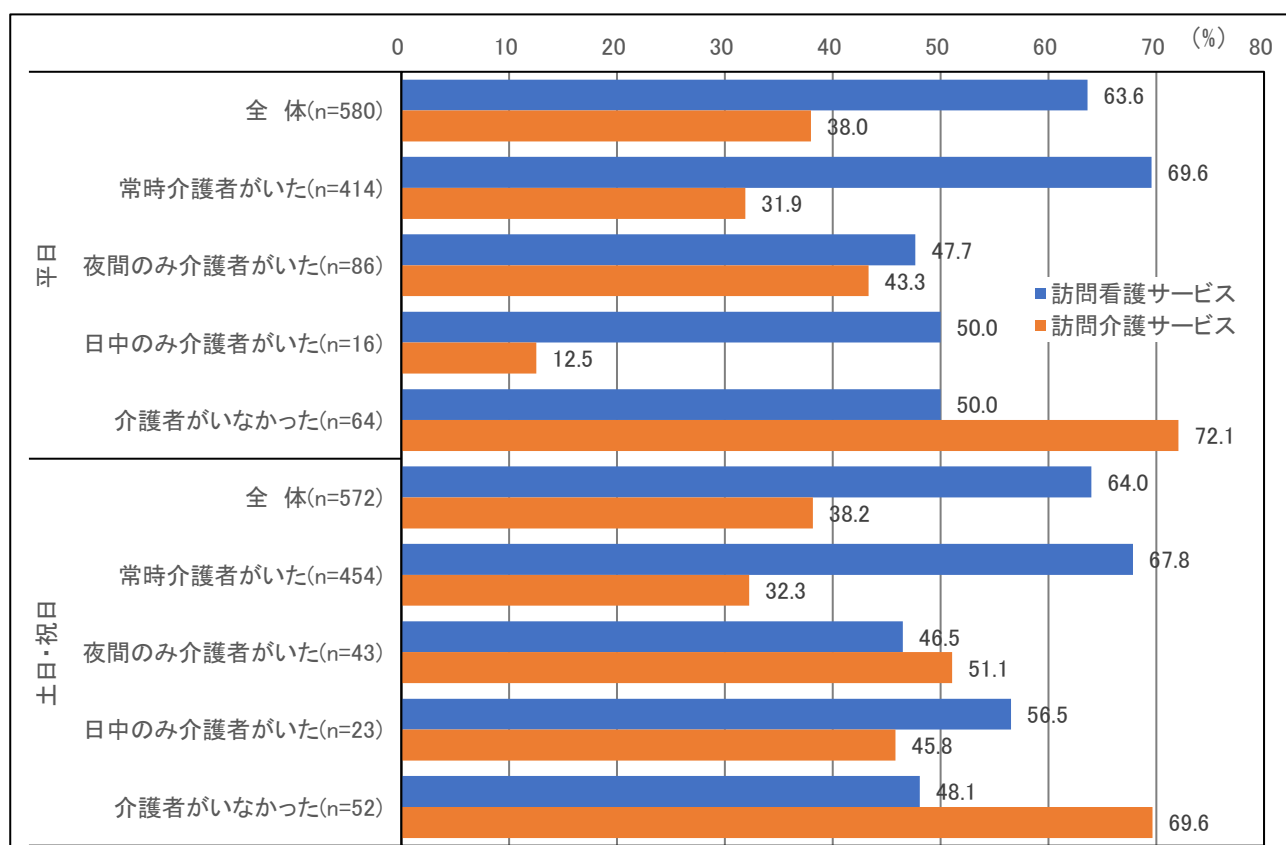


図 19 サービス利用者の割合：家族の介護力別

5. 療養場所や看取りの場所の意思決定への専門職の関与

5.1. 専門職の関与・開始時期[問 8]

(1) 全体

①関与の有無・時期

「死亡前 4 カ月以前」では専門職が関与していた者の割合は 56.1%であったが、「死亡前 2～3 カ月」では 69.8%、「死亡月・その前月」では 90.3%と、死亡月に近づくに連れて専門職が関与していた者の割合が増加した。

②関与した専門職

いずれの時期もケアマネジャーが最も多かった。また死亡前 3 か月以降はケアマネジャーの次に訪問看護師、往診・訪問診療医が多くなった。

「死亡前 2～3 カ月」までは 1 職種に関与が 3 割超と最も多かったが、いずれの時期も複数の専門職に関与した者が 6～7 割を占めた。

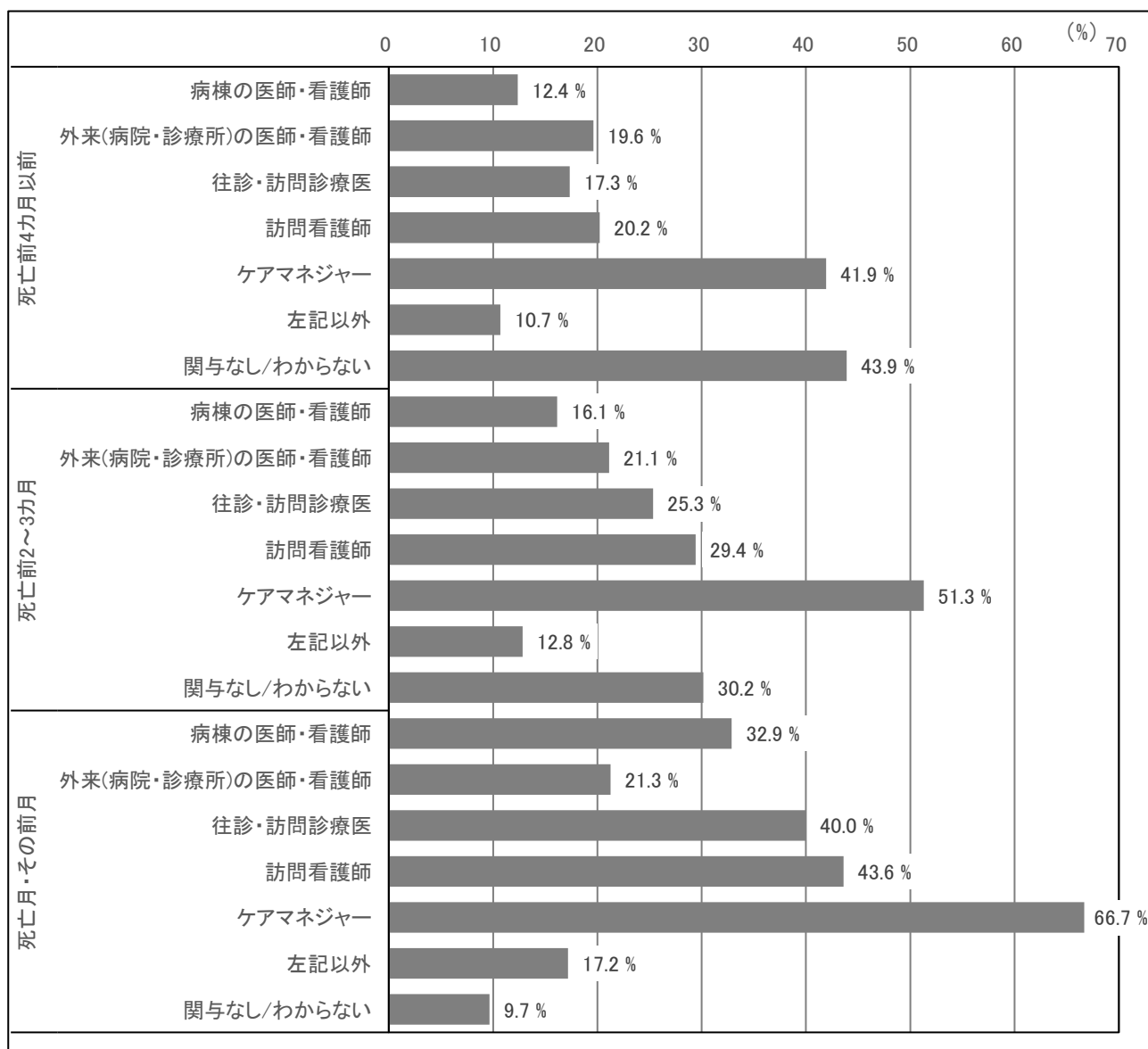


図 20 意思決定への専門職の関与開始時期(複数回答/n=683)

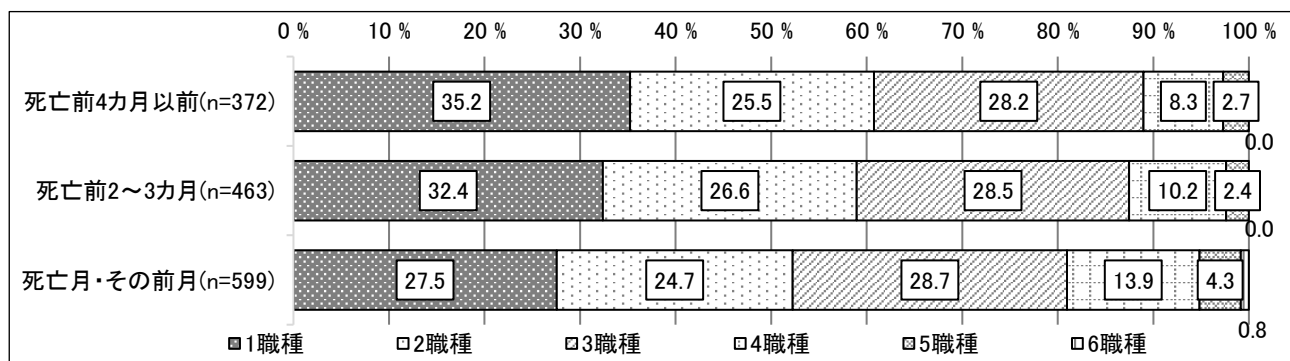


図 21 意思決定へ関与した専門職の数

(2) 属性による差異

① 所在市町

静岡市・島田市でケアマネジャー、訪問看護師、往診・訪問診療医が関与していた割合が比較的高かった。[問 1①×問 8]

死亡月における往診・訪問診療医や訪問看護師の関与を見ると、在宅医療提供実績が相対的に多い伊東市・島田市・菊川市の他に静岡市が比較的高く、在宅医療提供実績が相対的に少ない小山町・御殿場市は低かった。但し、在宅医療提供実績が相対的に多い熱海市・沼津市・袋井市でも全体並みかそれ以下、在宅医療提供実績が相対的に少ない富士宮市でも全体並みであった他、熱海市・小山町・御殿場市は往診・訪問診療医と訪問看護師とで大きく傾向が異なった。

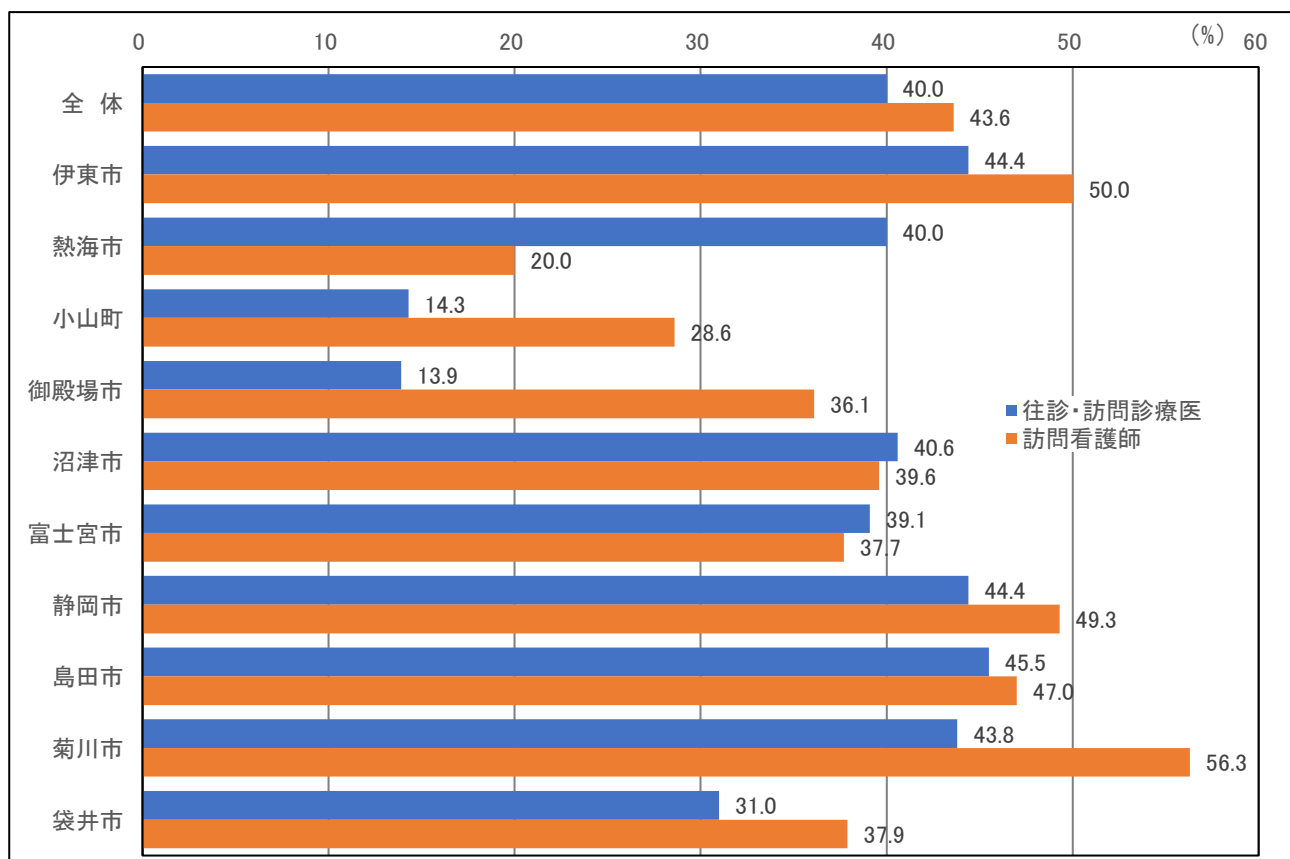


図 22 死亡月に往診・訪問診療医や訪問看護師が意思決定へ関与した者の割合（所在市町別）

②主病名

主病名ががんであった者は、非がんであった者に比べて、医師・看護師が関与していた割合が高かった。ケアマネジャーはがん・非がんでの関与の差が医師・看護師ほど大きくはなかった。[問2×問8]

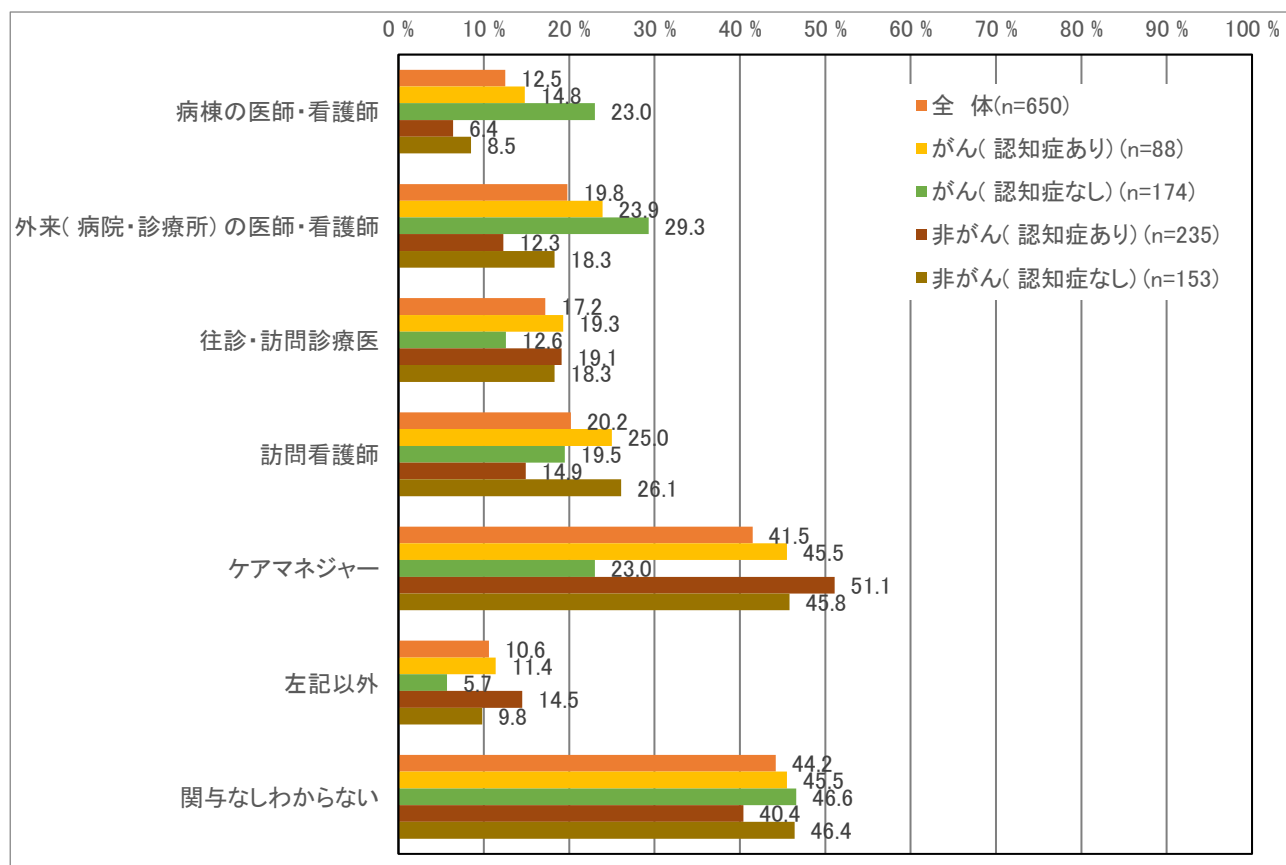


図 23 意思決定への専門職の関与開始時期[死亡前4カ月以前]：主病名別(複数回答)

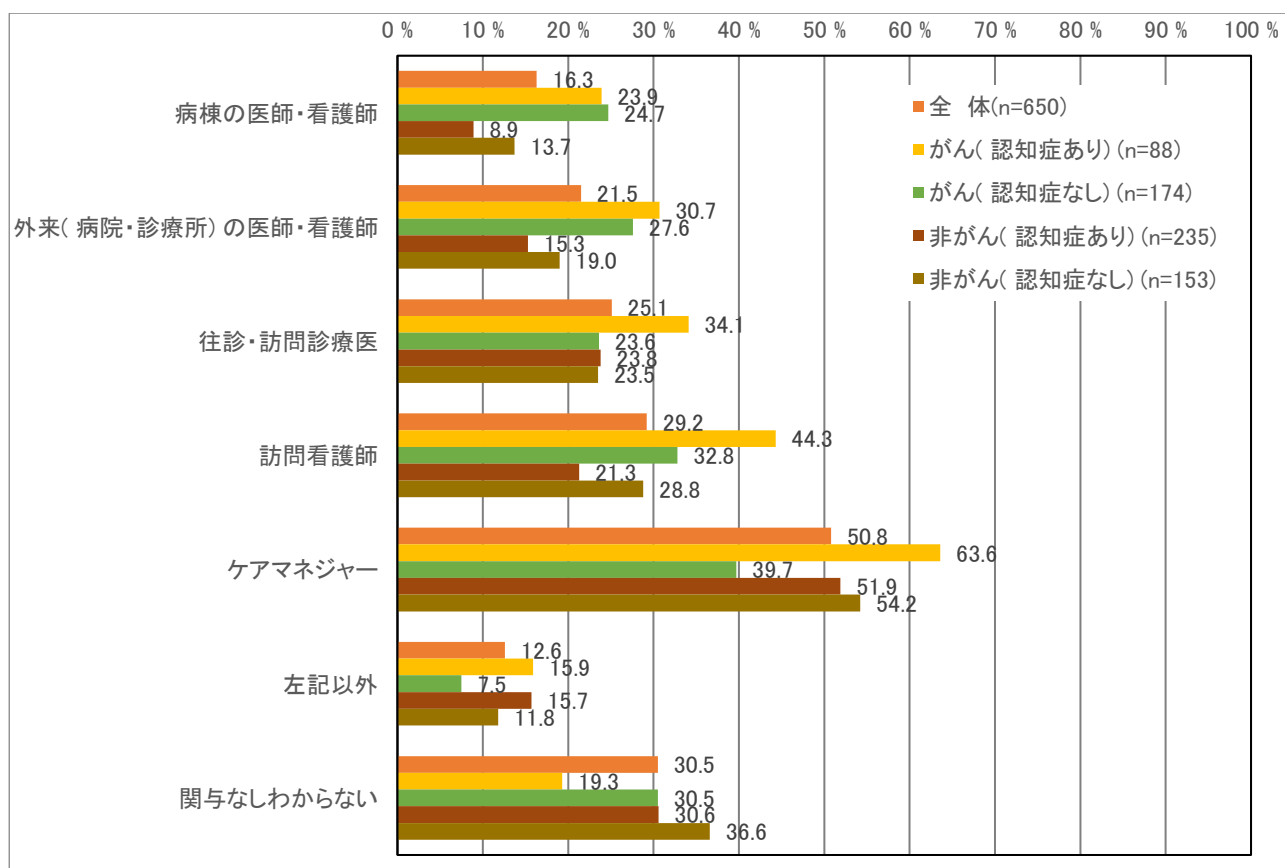


図 24 意思決定への専門職の関与開始時期[死亡前 2～3 カ月]：主病名別(複数回答)

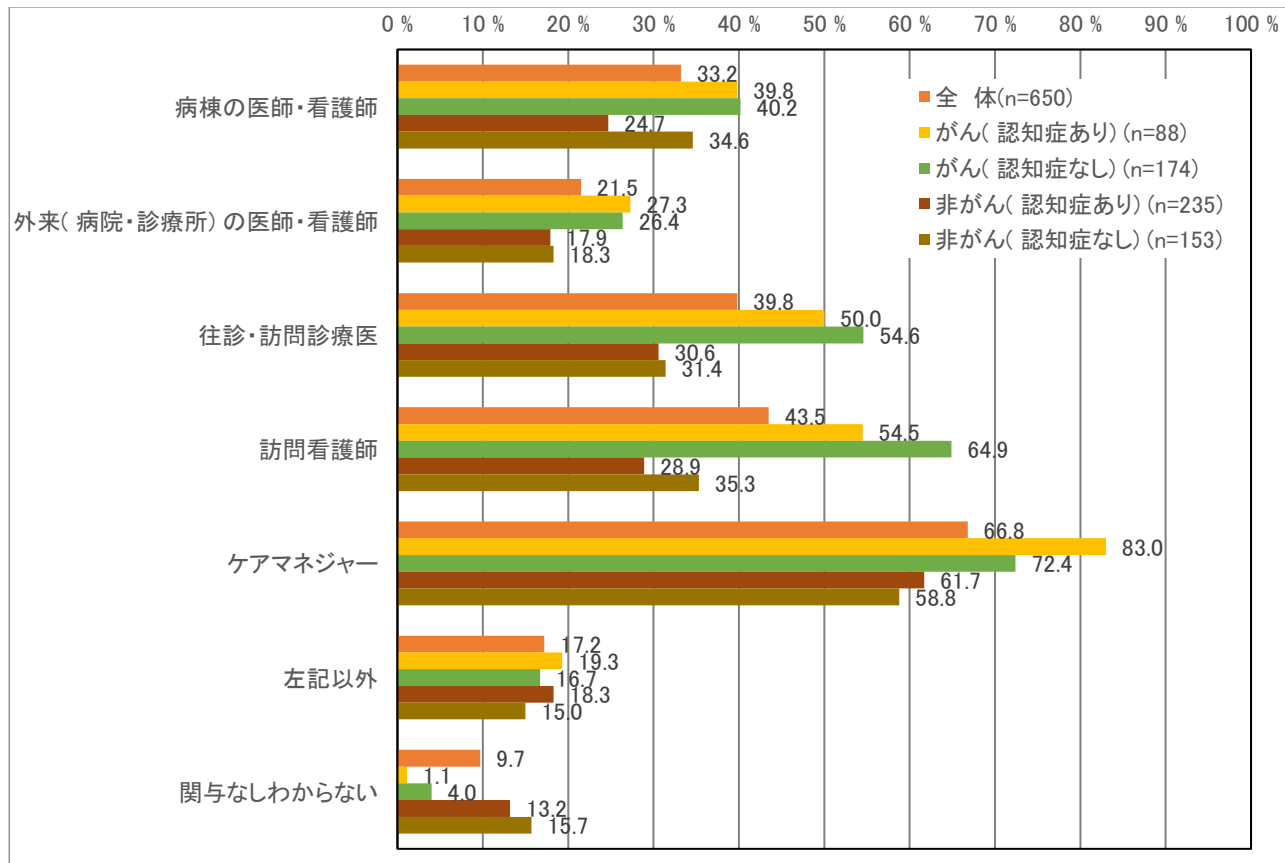


図 25 意思決定への専門職の関与開始時期[死亡月と前月]：主病名別(複数回答)

③実際の療養場所

実際の療養場所が自宅であった者の場合、死亡月が近づくに連れ、ケアマネジャー、訪問看護師、往診・訪問診療医が関与していた割合が比較的高かったのに対し、実際の療養場所が施設や病院であった者はその割合が比較的低かった。[問 3①×問 8]

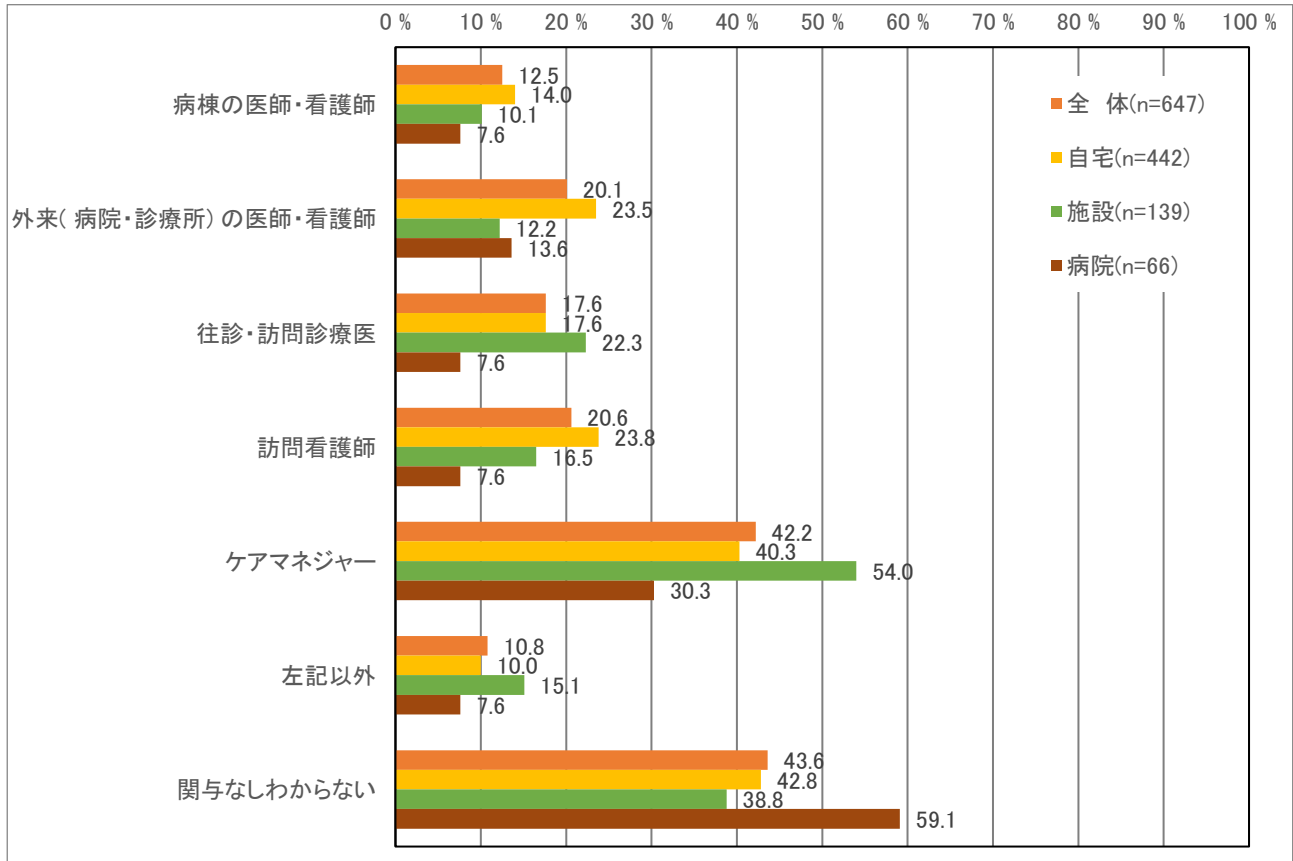


図 26 意思決定への専門職の関与開始時期[死亡前 4 カ月以前]：実際の療養場所別(複数回答)

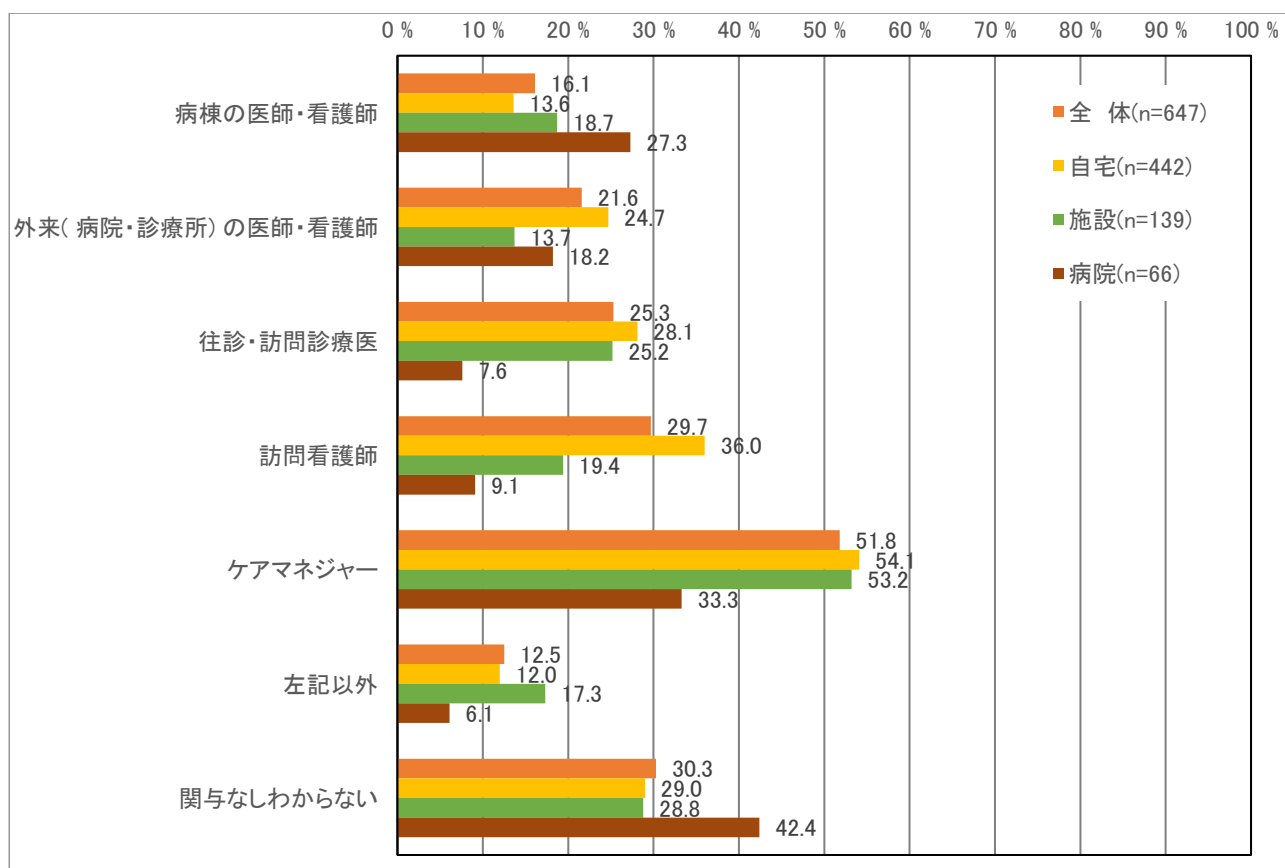


図 27 意思決定への専門職の関与開始時期[死亡前2～3カ月]：実際の療養場所別(複数回答)

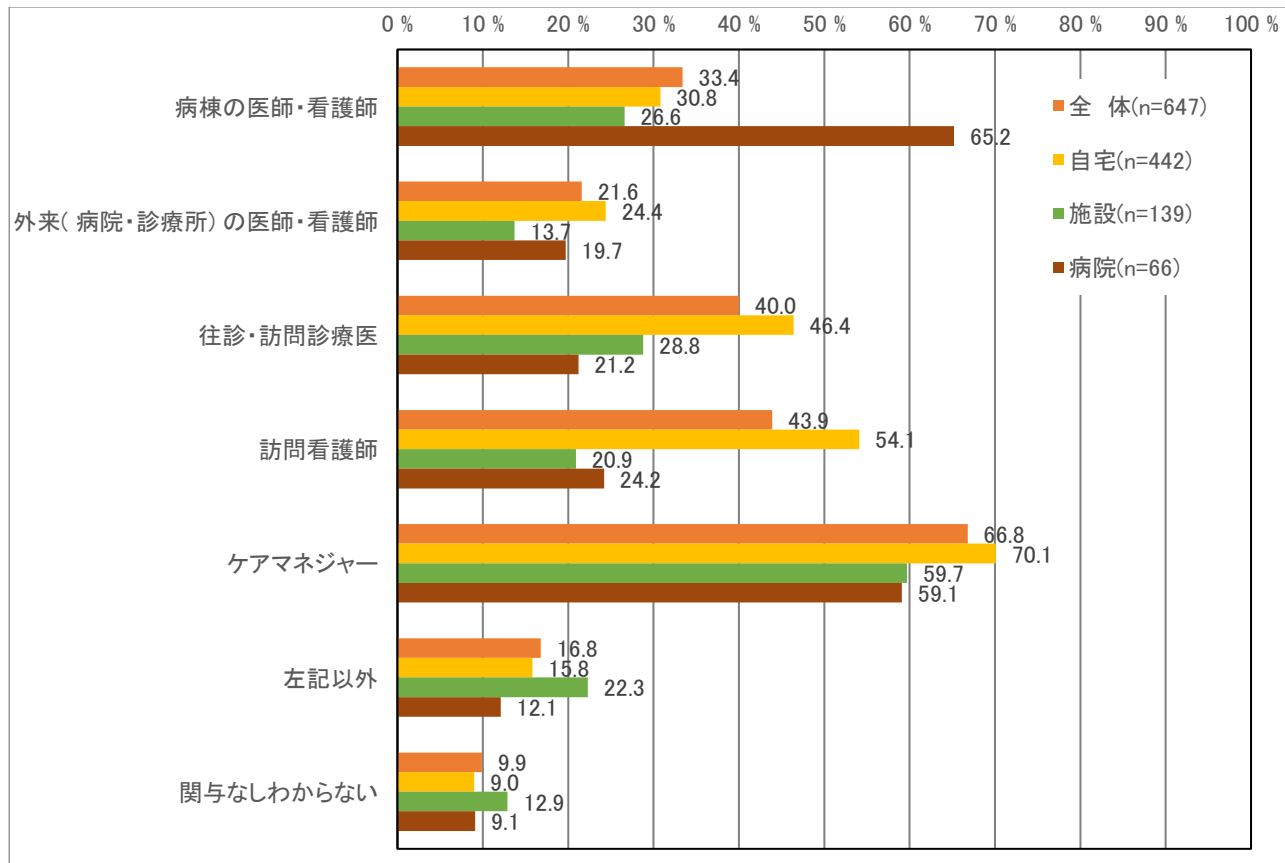


図 28 意思決定への専門職の関与開始時期[死亡月と前月]：実際の療養場所別(複数回答)

5.2. 関与した専門職の役割[問 9]

(1) 全体

①専門職が果たした役割

「本人・家族への意向・価値観の聞き取り」が最も多く(91.4%)実施されていた。「本人・家族への療養場所・看取りの場所の選択肢の提示」「本人・家族への療養場所・看取りの場所のメリット・デメリット等の説明」「家族への病状や対応方法の伝達(※本人が拒んでいない場合のみ)」「把握した希望や価値観の他職種への共有」も8割以上の利用者(患者)で実施されていた。

一方、最も実施されていなかったのは「スピリチュアル・ケアの実施」(29.1%)、次に「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実施」(40.9%)であった。

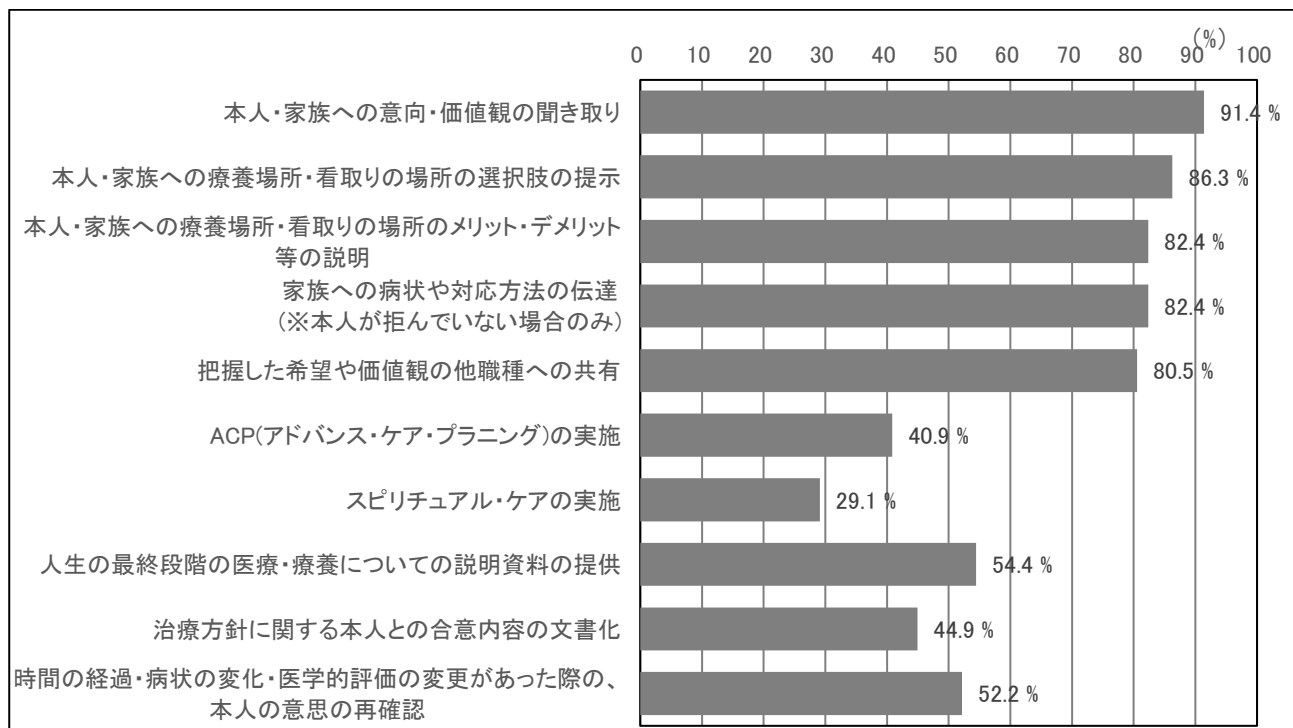


図 29 療養場所や看取りの場所の意思決定に関与した専門職が果たした役割(複数回答/n=663)

②関与した専門職

10 項目中 5 項目の役割でケアマネジャーの関与が最も多かった。比較的实施率の低い役割のうち、スピリチュアル・ケアや本人の意思の再確認では訪問看護師、説明資料の提供や合意内容の文書化では往診・訪問診療医の関与が最も多かった。

表 6 療養場所や看取りの場所の意思決定に関与した専門職の役割

役割 \ 職種	全体	病棟の医師・看護師	外来(病院・診療所)の医師・看護師	往診・訪問診療医	訪問看護師	ケアマネジャー	左記以外	実施なし / 実施不明
本人・家族への意向・価値観の聞き取り	663 100.0	213 32.1	133 20.1	219 33.0	273 41.2	525 79.2	89 13.4	57 8.6
本人・家族への療養場所・看取りの場所の選択肢の提示	663 100.0	216 32.6	124 18.7	178 26.8	208 31.4	426 64.3	72 10.9	91 13.7
本人・家族への療養場所・看取りの場所のメリット・デメリット等の説明	663 100.0	187 28.2	99 14.9	170 25.6	212 32.0	375 56.6	66 10.0	117 17.6
家族への病状や対応方法の伝達(※本人が拒んでいない場合のみ)	663 100.0	207 31.2	129 19.5	214 32.3	263 39.7	261 39.4	61 9.2	117 17.6
把握した希望や価値観の他職種への共有	663 100.0	115 17.3	76 11.5	141 21.3	242 36.5	478 72.1	109 16.4	129 19.5
ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実施	663 100.0	81 12.2	53 8.0	100 15.1	153 23.1	166 25.0	35 5.3	392 59.1
スピリチュアル・ケアの実施	663 100.0	49 7.4	23 3.5	68 10.3	120 18.1	85 12.8	23 3.5	470 70.9
人生の最終段階の医療・療養についての説明資料の提供	663 100.0	113 17.0	47 7.1	158 23.8	148 22.3	102 15.4	30 4.5	302 45.6
治療方針に関する本人との合意内容の文書化	663 100.0	117 17.6	48 7.2	132 19.9	87 13.1	63 9.5	31 4.7	365 55.1
時間の経過・病状の変化・医学的評価の変更があった際の、本人の意思の再確認	663 100.0	104 15.7	47 7.1	165 24.9	166 25.0	153 23.1	43 6.5	317 47.8

(2) 主病名による差異

がんであった者は、非がんであった者に比べて、多くの役割において実施されている割合が高かった。[問2×問9]

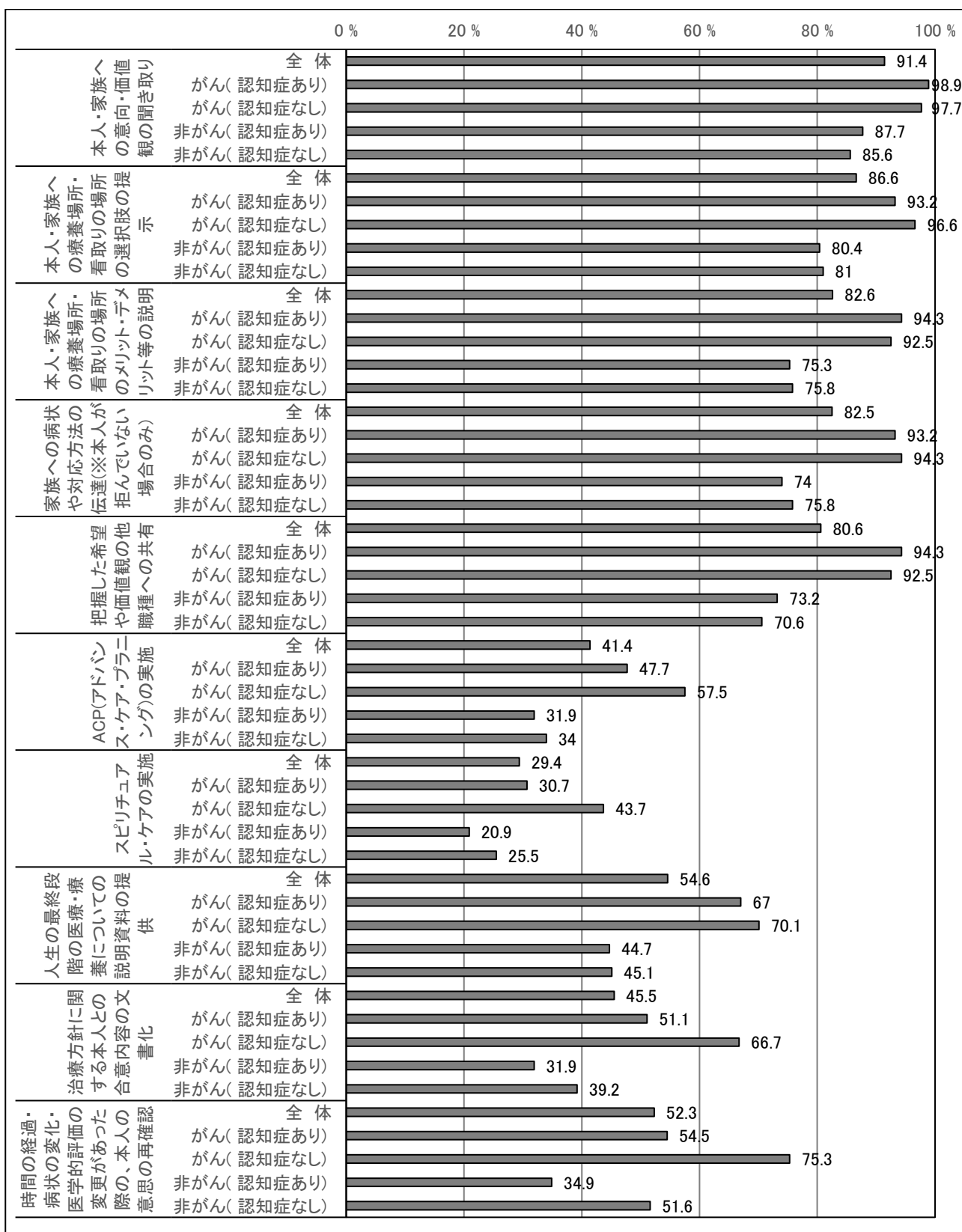


図 30 専門職が果たした役割：主病名別(複数回答/n=650)

(3) 実際の療養場所による差異

実際の療養場所や看取りの場所が自宅であった者は、施設や病院であった者に比べて、多くの役割において実施されている割合が高かった。[問 3①×問 9]

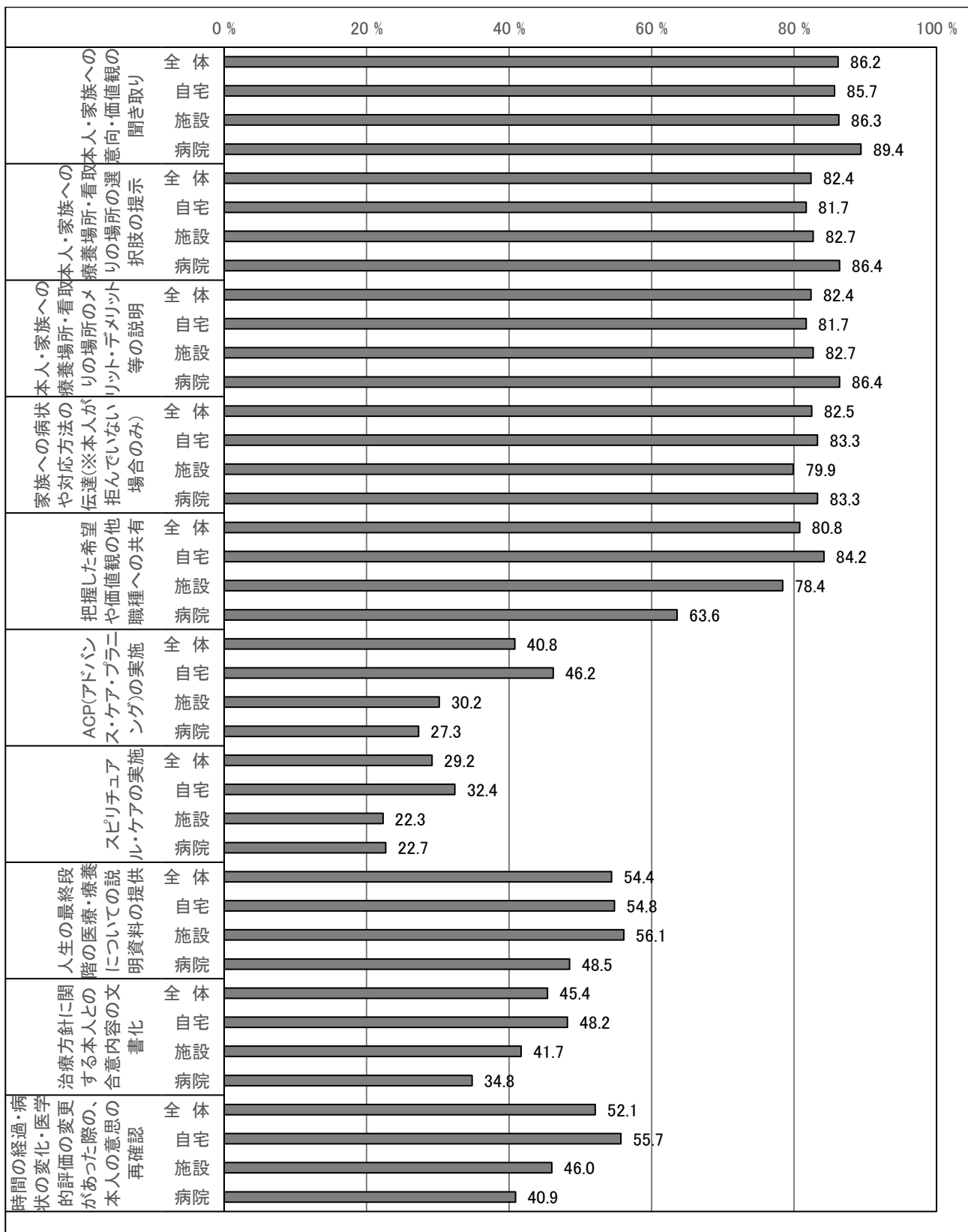


図 31 専門職が果たした役割：実際の療養場所別(複数回答/n=647)

6. 意思決定の経過と選択結果

6.1. 療養場所や看取りの場所の意思決定方法[問 10]

(1) 全体

「家族に確認できた」者(46.7%)と「(本人の意思が) 確認できた」者(46.2%)とに大きく二分された。

「誰にも確認できなかった」者は5.0%であった。

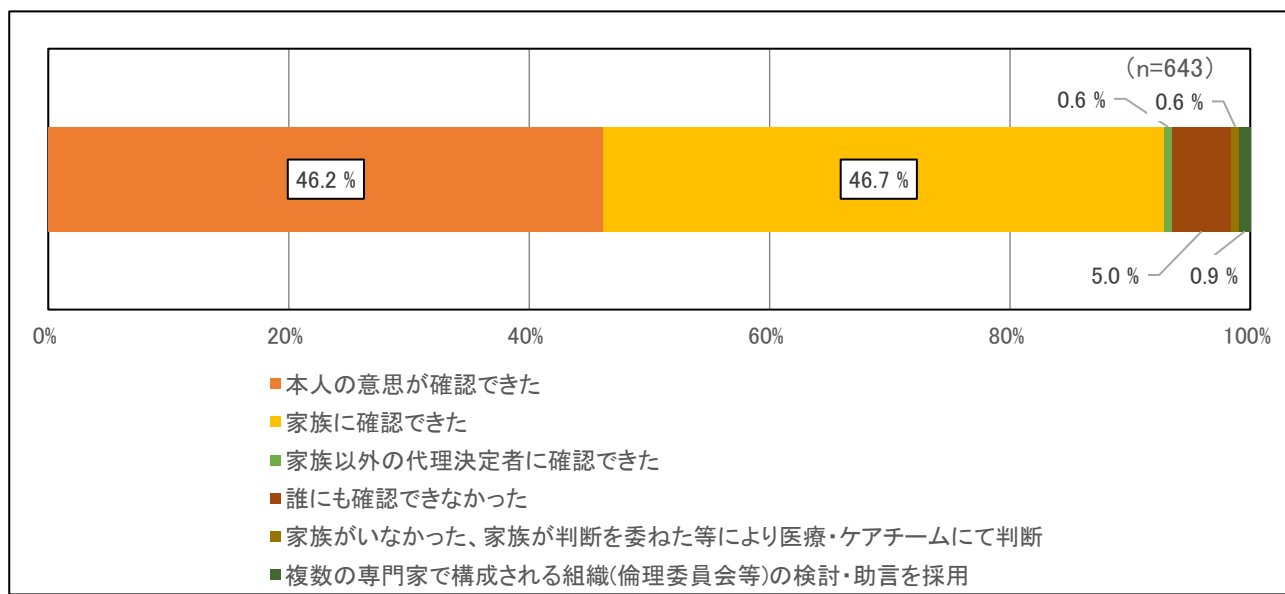


図 32 療養場所や看取りの場所の意思決定方法

(2) 主病名による差異

本人に確認できたか、家族に確認できたかは、認知症の有無が大きかった。がん・非がんにかかわらず、認知症がない場合は本人に確認できた割合の方が高く、認知症がある場合は家族に確認できた割合の方が高かった。[問 2×問 10]

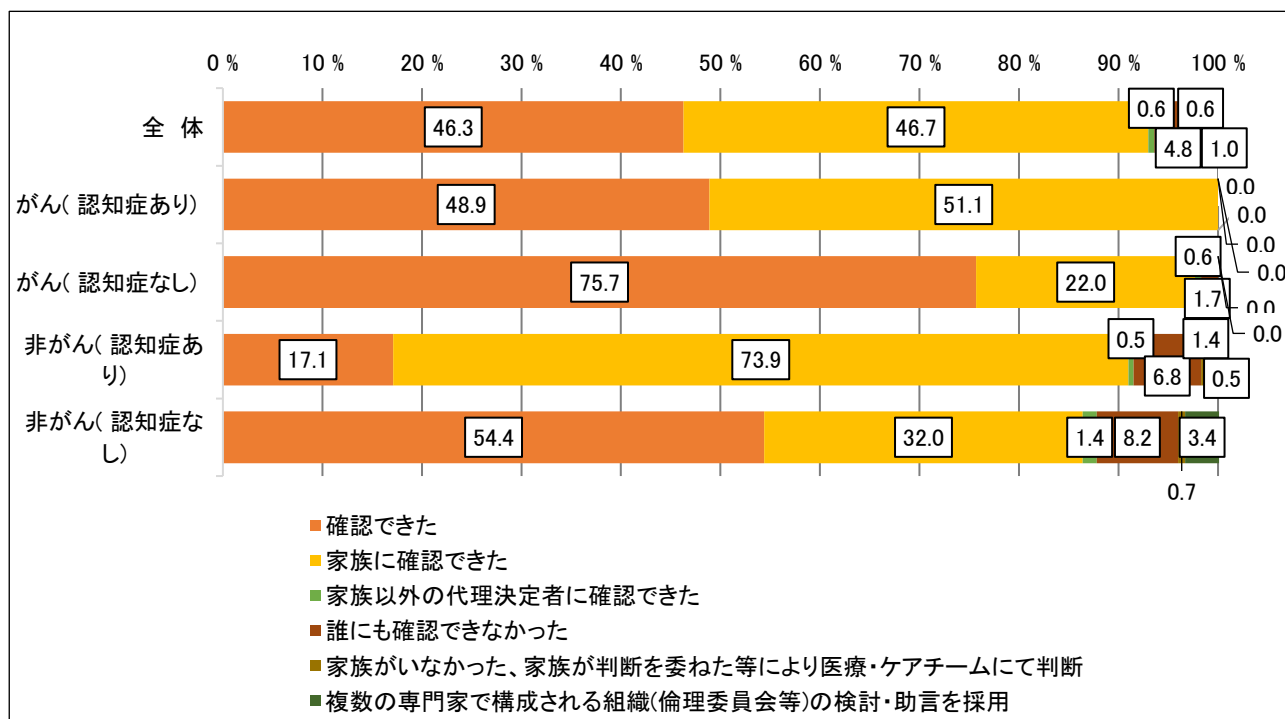


図 33 療養場所や看取りの場所の意思決定方法：主病名別

(3) 実際の療養場所や看取りの場所による差異

実際の療養場所や看取りの場所が自宅であった者は、本人の意思が確認できた割合が高く、施設や病院であった者は家族に確認できた割合が高かった。[問 3①×問 10、問 3②×問 10]

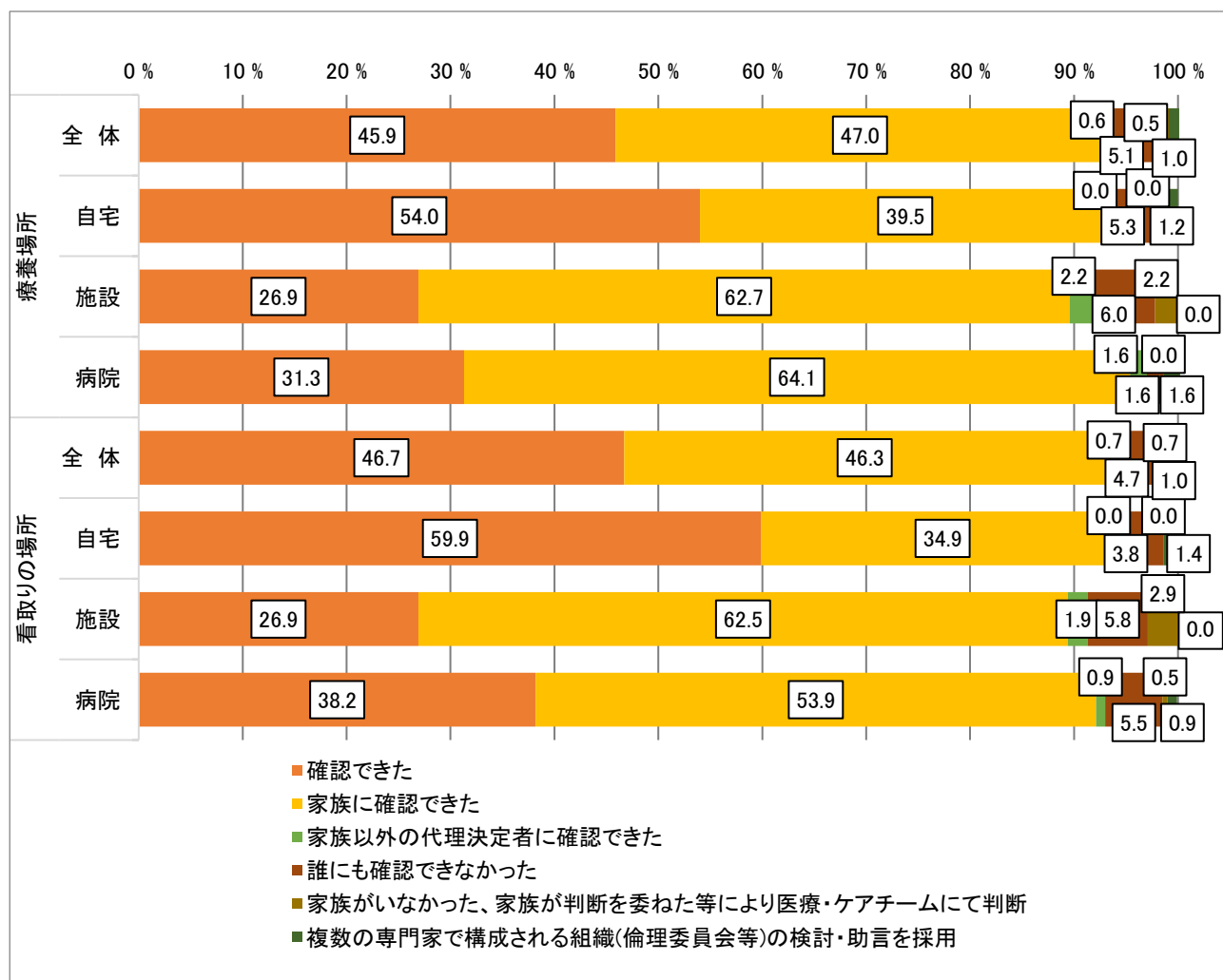


図 34 療養場所や看取りの場所の意思決定方法：療養場所や看取りの場所別

6.2. 本人の意向[問 11]

(1) 全体

①療養場所

半数程度は自宅を希望しており、未確認/不明は3割程度であった。

死期が近づくに連れて自宅を希望する割合が減少(57.7%→48.7%)し、病院を希望する割合が増加(2.9%→9.5%)した。

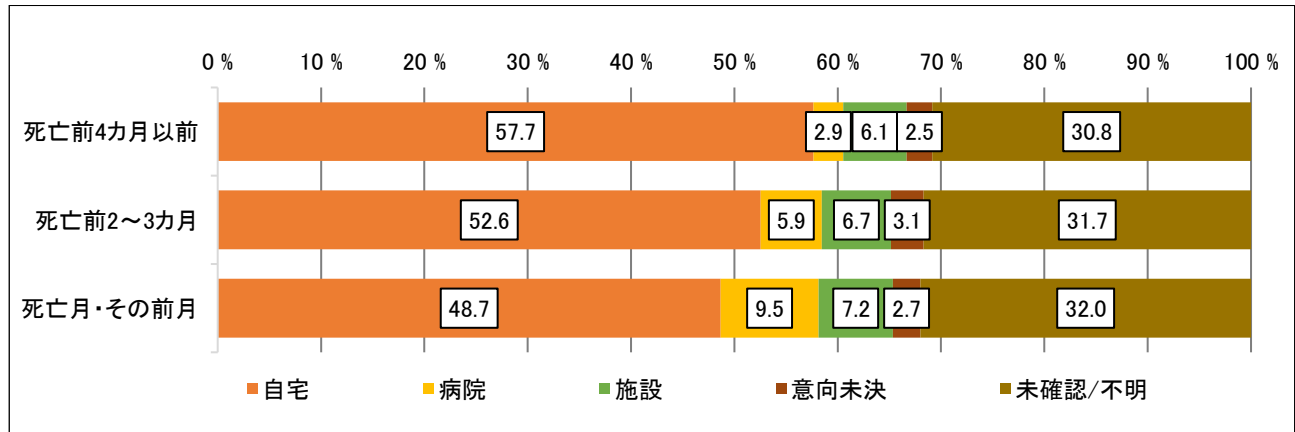


図 35 本人の希望する療養場所

②看取りの場所

半数弱は自宅を希望しており、未確認/不明が4割弱であった。

死亡前2か月以前はあまり傾向に変化はないが、死亡月・その前月に自宅を希望する割合が微減(46.2%→43.4%)し、病院を希望する割合が急増(6.9%→11.4%)した。

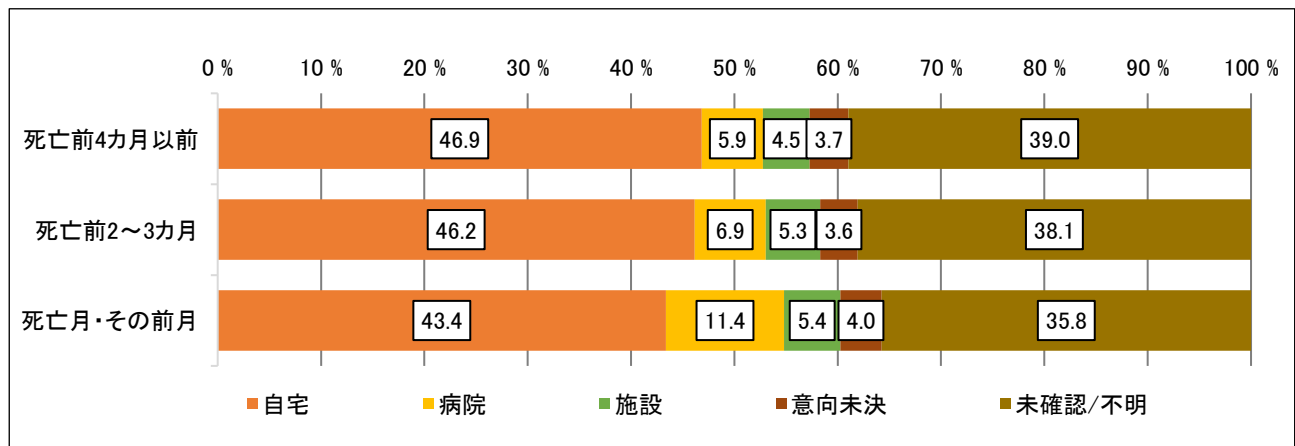


図 36 本人の希望する看取りの場所

(2) 未確認/不明な者の特徴

未確認/不明が多かったのは、主病名における認知症ありの者、実際の療養場所や看取りの場所が施設や病院の者であった。[問 2×問 11、問 3①×問 11、問 3②×問 11]

(3) 実際の療養場所・看取りの場所との比較

実際の療養場所・看取りの場所が自宅であった者は、本人の意向も確認できている範囲ではほぼ自宅であり、概ね意向が満たされていると言える。

一方、施設や病院であった者は、本人の意向と一致するケースも少なくないが、特に病院であった者は、本人の意向としては自宅を希望していた割合が比較的高く、必ずしも意向に沿っていなかった。[問2×問11、問3①×問11、問3②×問11]

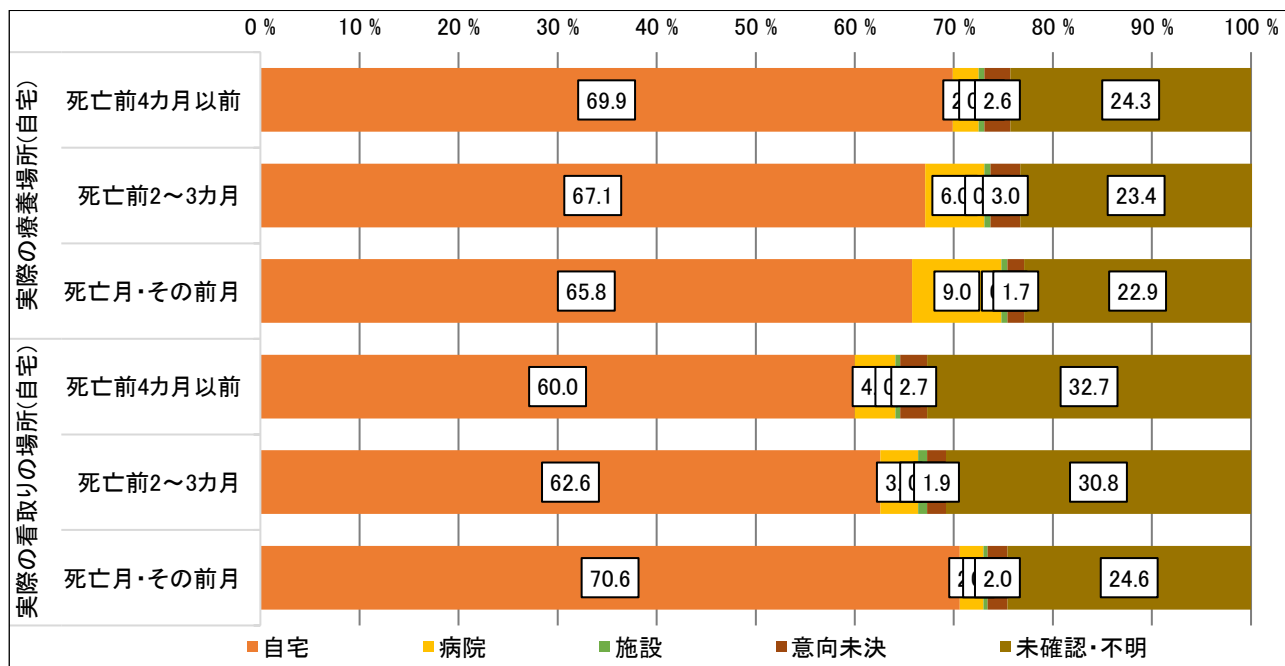


図 37 実際の療養場所・看取りの場所が自宅であった者の、療養場所や看取りの場所の意向

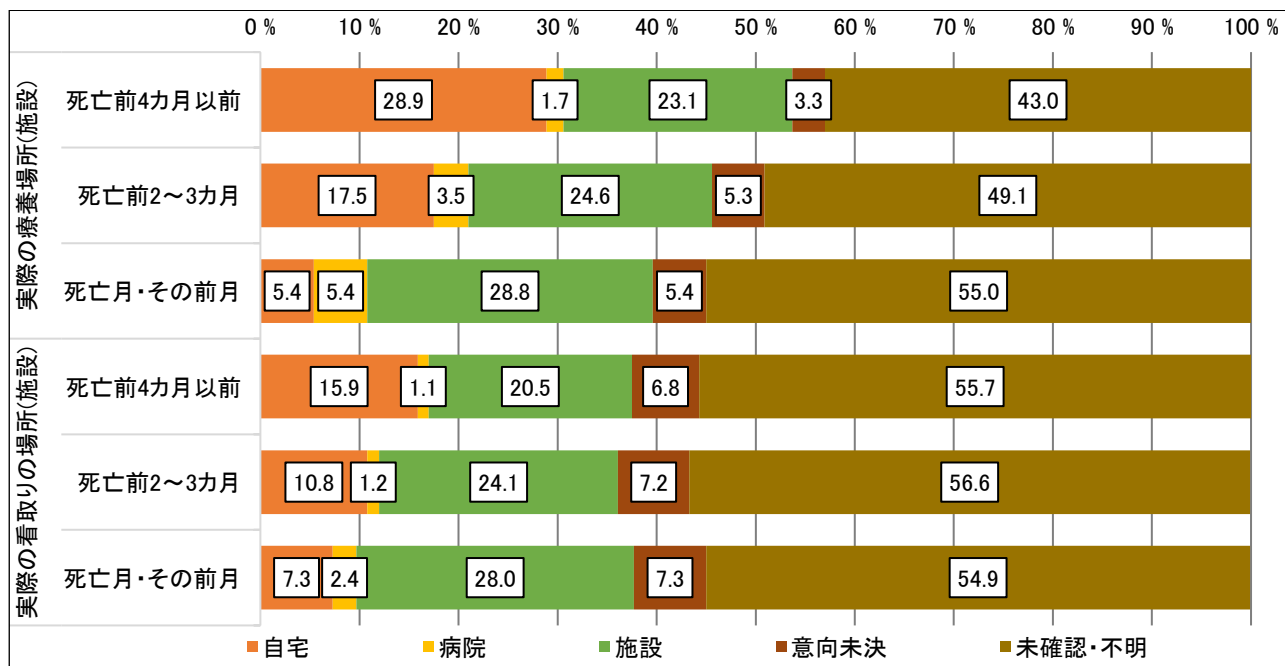


図 38 実際の療養場所・看取りの場所が施設であった者の、療養場所や看取りの場所の意向

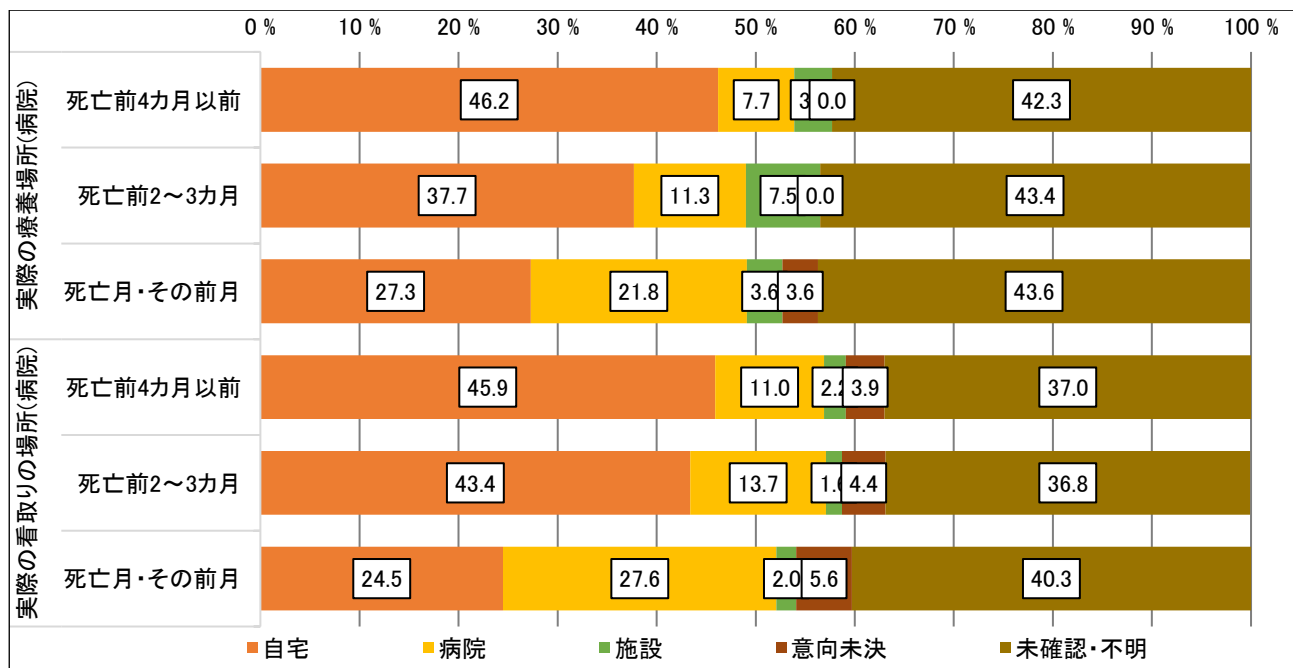


図 39 実際の療養場所・看取りの場所が病院であった者の、療養場所や看取りの場所の意向

6.3. 家族の意向[問 11]

(1) 全体

①療養場所

未確認/不明が最も多く(4割程度)、次に自宅(3割程度)となった。

死期が近づくに連れて自宅を希望する割合が減少(36.7%→32.9%)し、病院を希望する割合が増加(4.4%→12.5%)した。

病院や施設を希望する割合が総じて本人の意向よりも多かった。

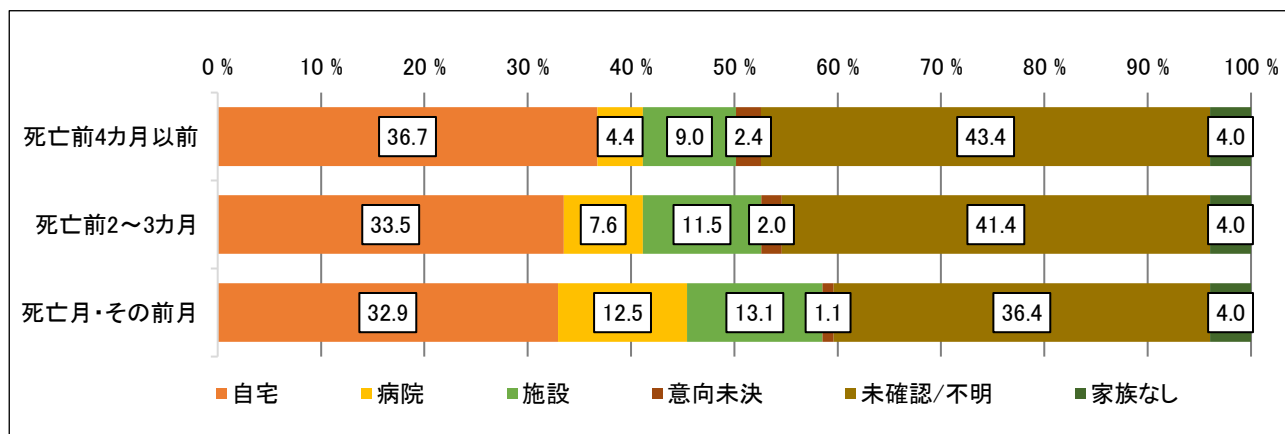


図 40 家族の希望する療養場所

②看取りの場所

未確認/不明が最も多く(4割程度)、次に自宅(3割程度)となった。

死亡前2か月以前はあまり傾向に変化はないが、死亡月・その前月に病院を希望する割合が急増(9.2%→16.6%)した。

病院や施設を希望する割合が総じて本人の意向よりも多かった。

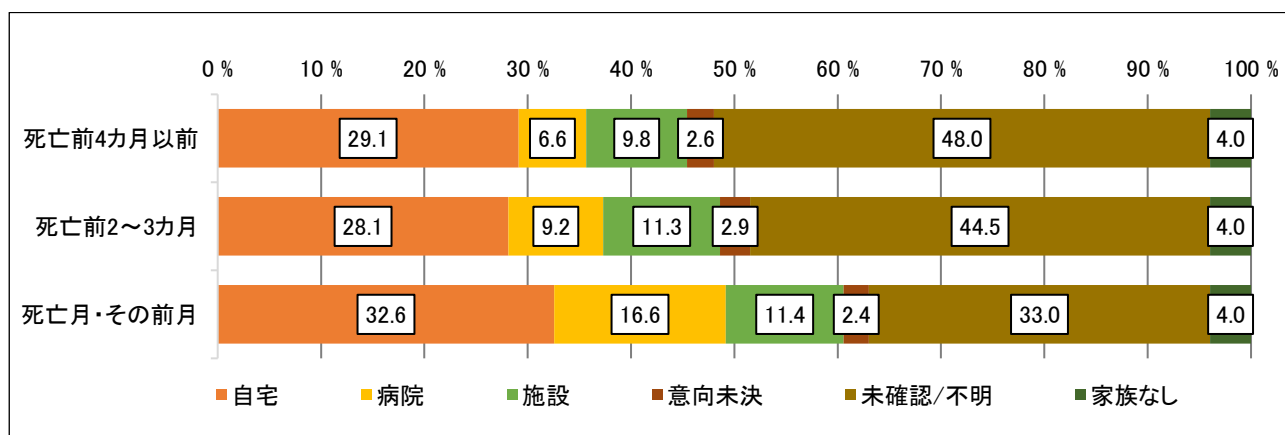


図 41 家族の希望する看取りの場所

(2) 本人の意向と家族の意向

本人の意向と家族の意向との“合致率”は6～7割であった。[問 11 本人×問 11 家族]

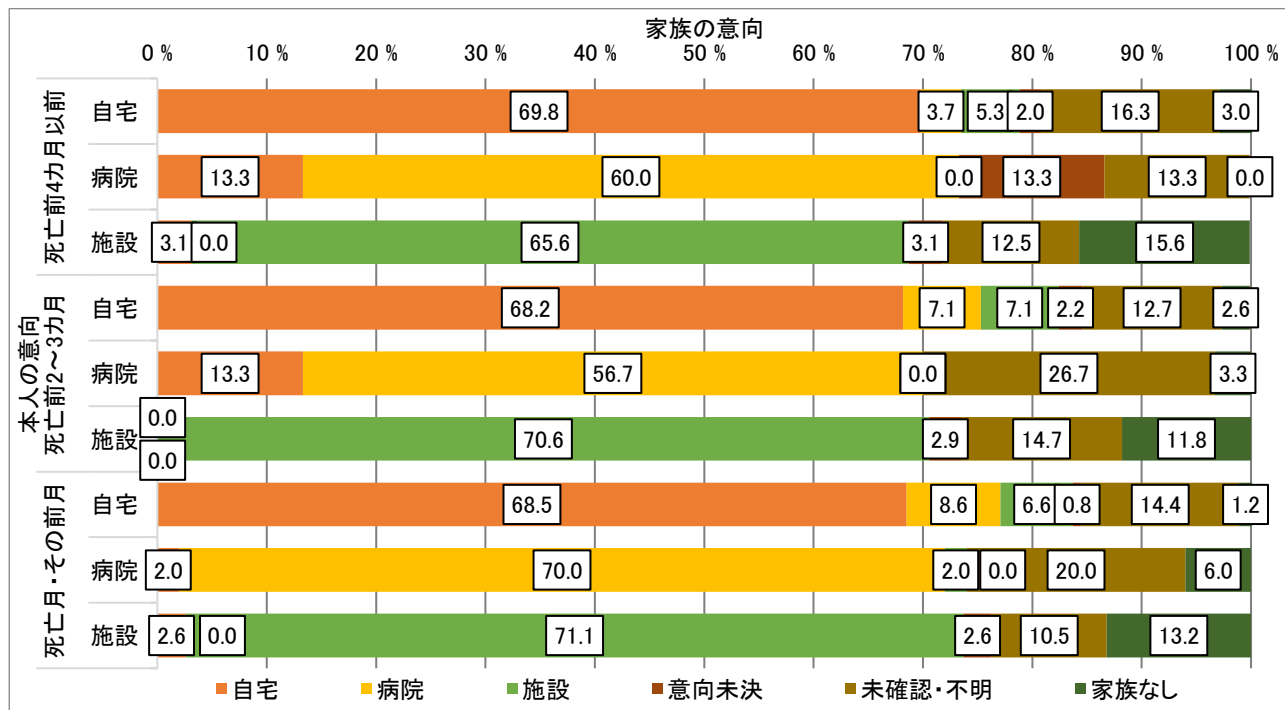


図 42 本人の意向と家族の意向[療養場所]

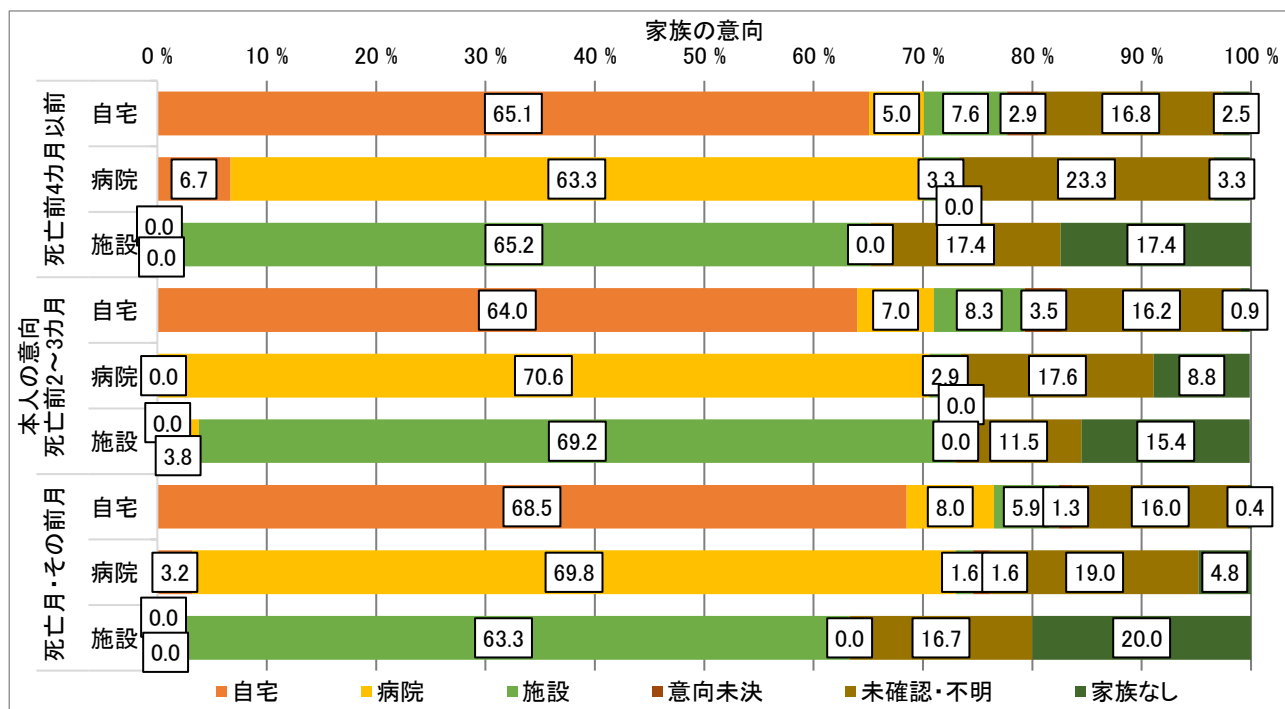


図 43 本人の意向と家族の意向[看取りの場所]

(3) 実際の療養場所・看取りの場所との比較

実際の療養場所・看取りの場所が施設であった者の場合、特に家族の施設意向が反映されていた。死亡月に近づくに連れ、家族が施設を希望する割合が高くなり、死亡月では療養場所としては 46.0%、看取りの場所としては 44.0%に達した。[問 3①×問 11、問 3②×問 11]

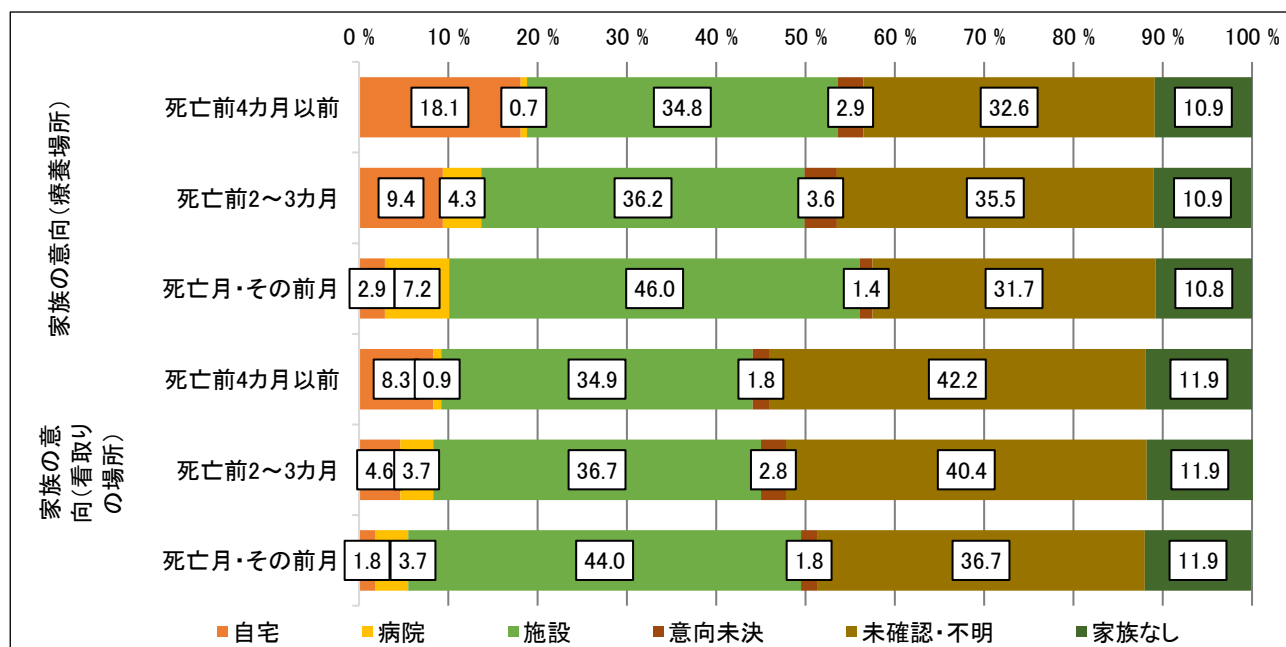


図 44 家族の意向：実際の療養場所・看取りの場所が施設であった者の場合

6.4. 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅を希望した理由[問 12]

(1) 全体

「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」が最も多く(75.5%)、次に「最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから」(52.0%)であった。

「訪問してくれるかかりつけの医師がいるから」「訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから」「症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから」「症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから」という自宅での療養・看取りをサポートする体制を理由とする者は1~2割程度であった。

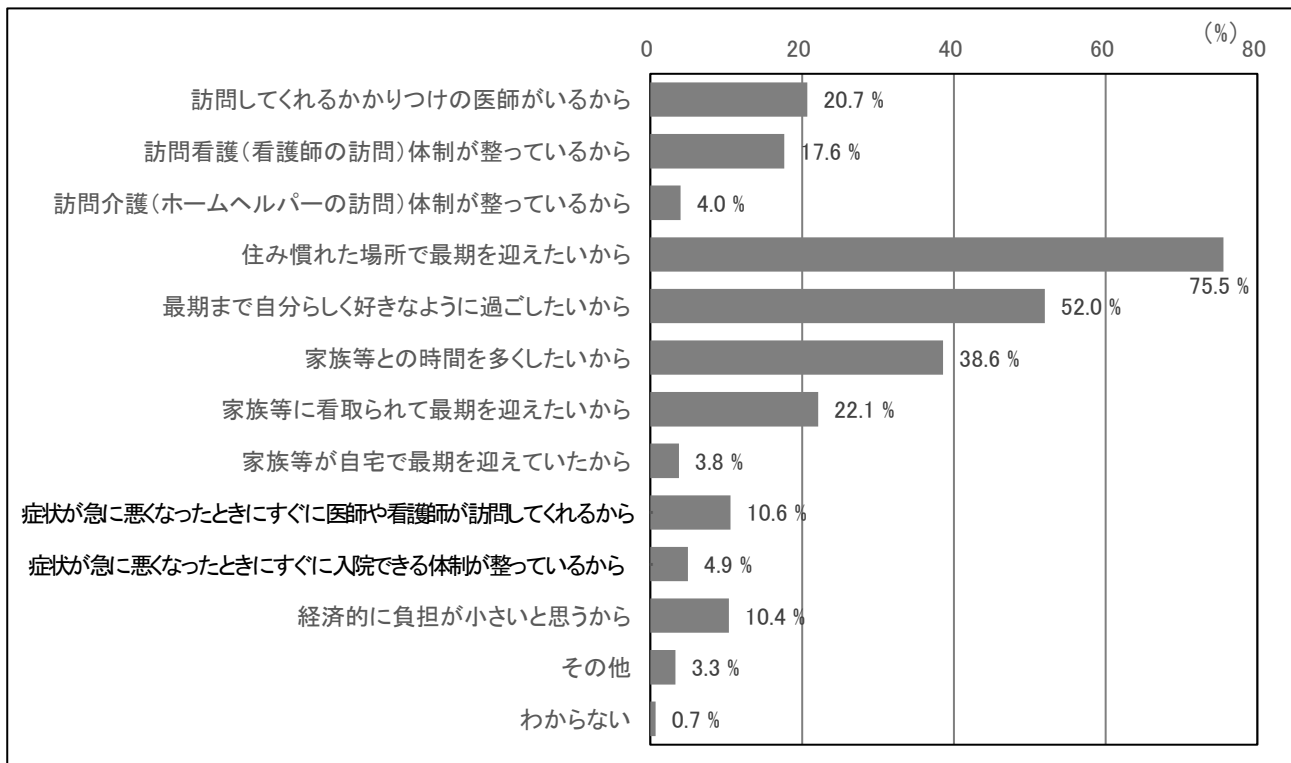


図 45 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅を希望した理由(複数回答/n=425)

(2) 所在市町による差異

「訪問してくれるかかりつけの医師がいるから」「訪問看護(看護師の訪問)体制が整っているから」が比較的多かったのは在宅医療提供実績の相対的に多い伊東市や袋井市の他に静岡市、「症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから」が比較的多かったのは在宅医療提供実績の相対的に多い菊川市、「症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから」が比較的多かったのは在宅医療提供実績の相対的に少ない御殿場市であった。[問 1①×問 12]

(3) 主病名による差異

がんであった者は、非がんであった者に比べ、「訪問してくれるかかりつけの医師がいるから」等の、自宅での療養・看取りをサポートする体制を理由とする割合が高かった。[問 2×問 12]

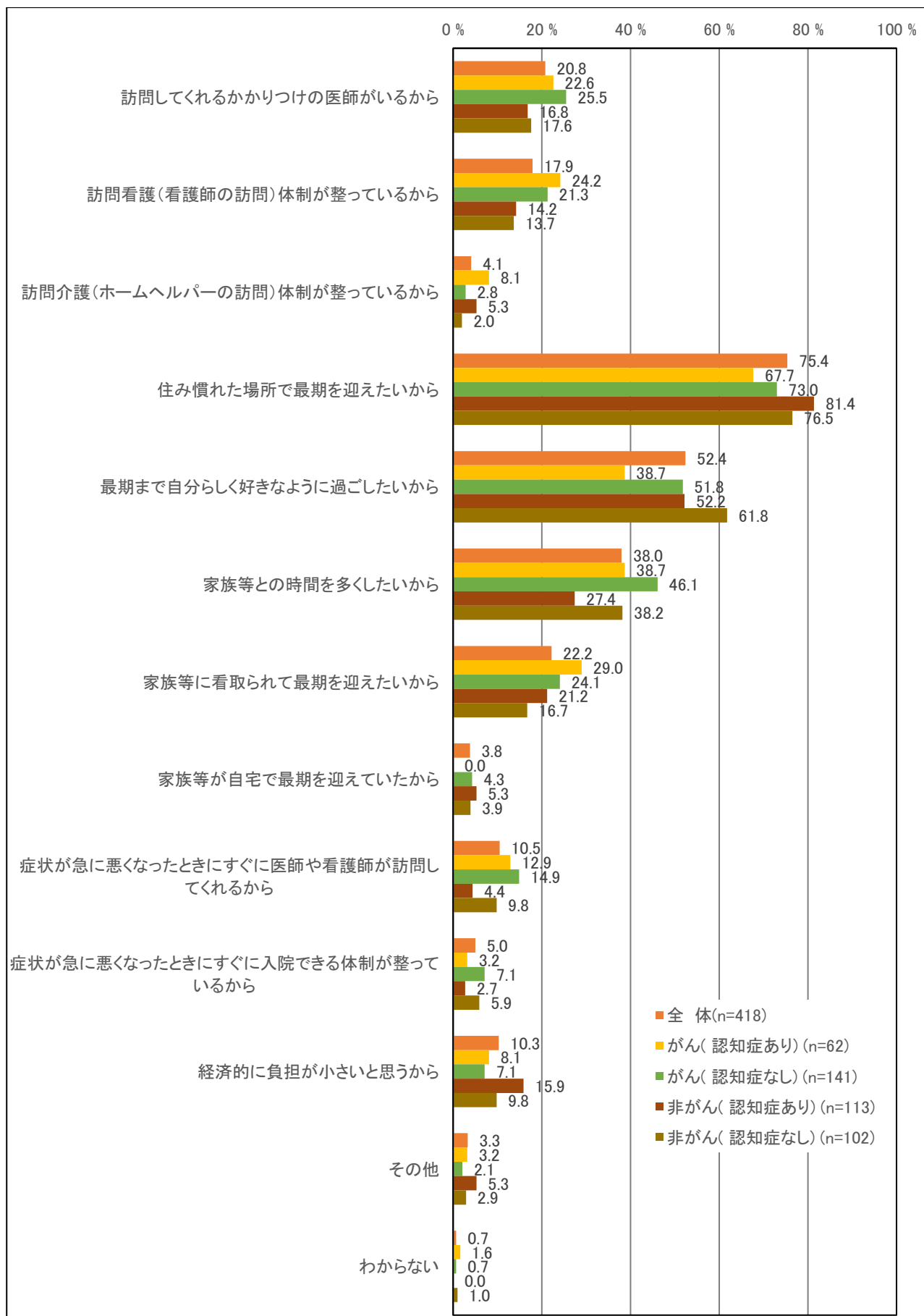


図 46 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅を希望した理由：主病名別(複数回答/n=418)

6.5. 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅以外を希望した理由[問 13]

(1) 全体

「わからない」が最も多かった(63.2%)。

明確な理由を選択した少数(60 人)の中では、「介護してくれる家族等に負担がかかるから」が 22.7%で最も多く、「介護してくれる家族等がないから」と「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから」が 15.3%と続いた。

「訪問してくれるかかりつけの医師がないから」「訪問看護(看護師の訪問)体制が整っていないから」「訪問介護(ホームヘルパーの訪問)体制が整っていないから」という自宅での療養・看取りをサポートする体制の不備を理由とする者はごく僅かであった。

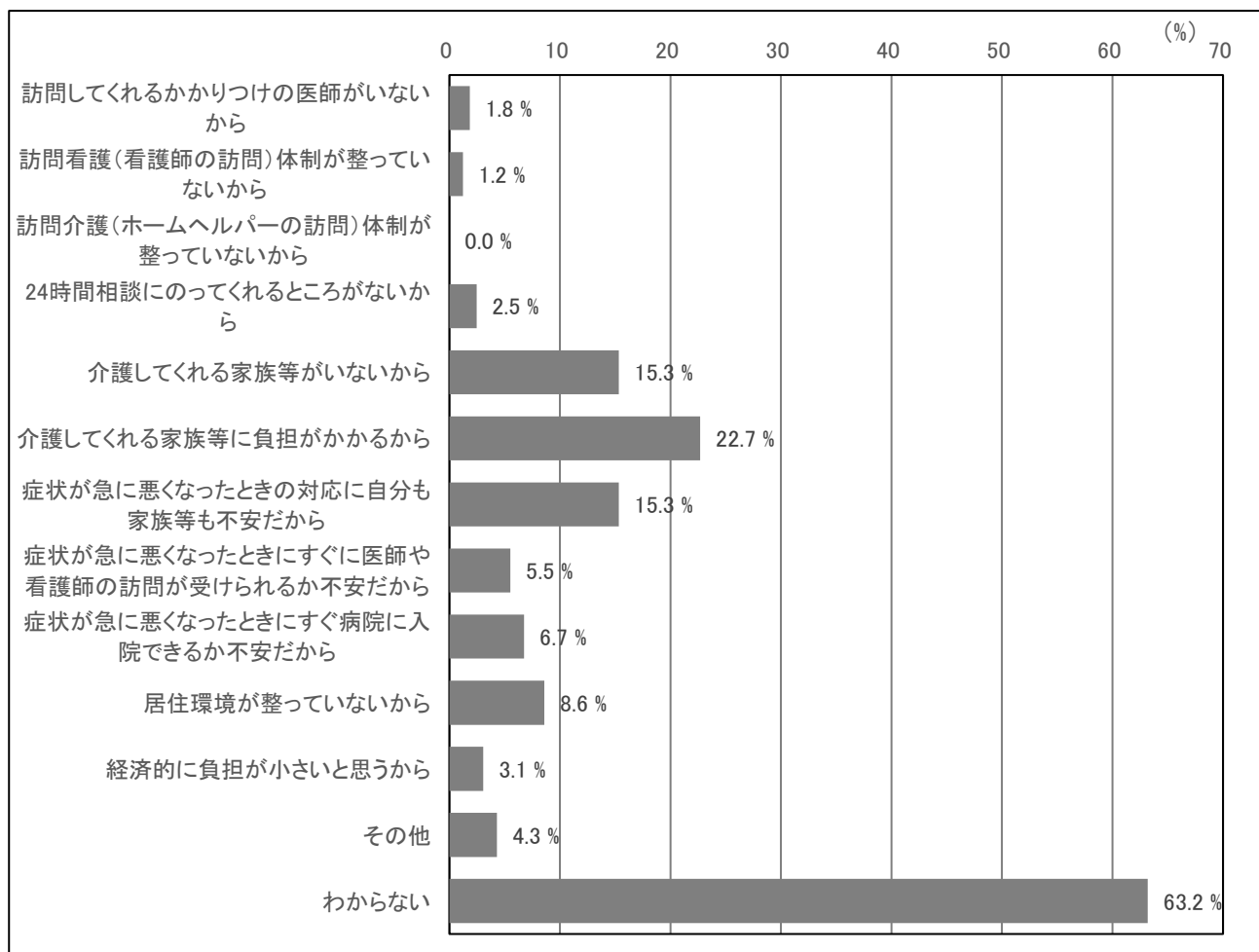


図 47 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅以外を希望した理由(複数回答/n=163)

(2) 主病名による差異

がんであった者は、非がんであった者に比べ、「症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから」「症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから」「症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから」といった、症状が急に悪くなった場合への不安を理由とする割合が高かった。[問 2×問 13]

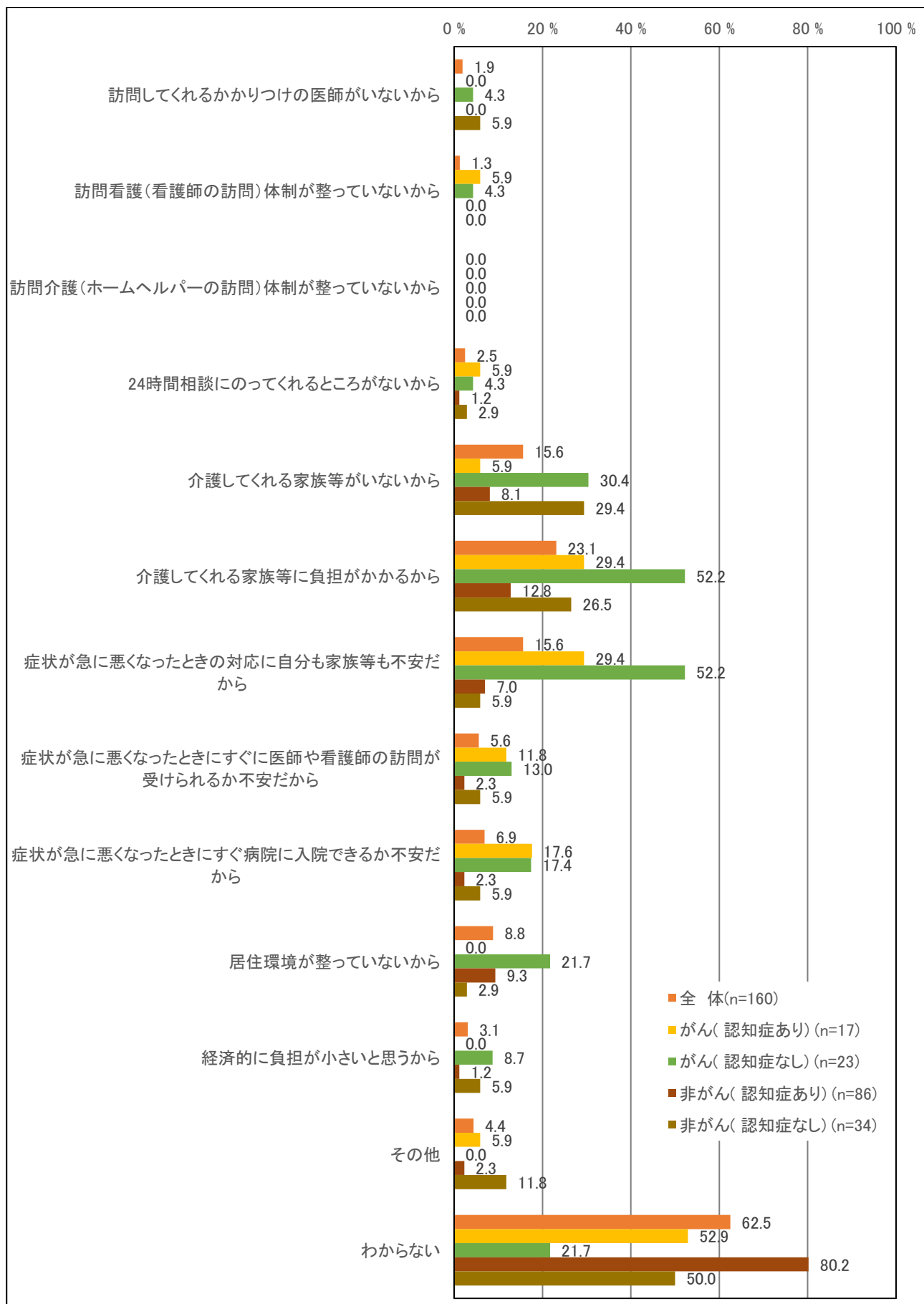


図 48 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅以外を希望した理由(複数回答/n=163)

第3章 まとめ

1. 人生の最終段階の療養場所の意思決定に影響するファクター

本調査は、人生の最終段階に至った患者とその家族が療養場所を選定する際に、意思決定に影響するファクターを明らかにすることを主たる目的として、人生の最終段階の療養生活を経て亡くなられた患者（利用者）等を対象とし、当該患者を担当されたケアマネジャーへアンケート調査を実施した。

アンケート調査結果から、人生の最終段階の療養場所の意思決定に影響するファクターとして、特に、人生の最終段階に至った主病名、家族の介護力が影響していることが窺えた。

1.1. 在宅療養・看取りを可能にする要件

主病名ががんで認知症がなく、常時もしくは平日の日中に介護者がいた者は、自宅での療養を希望する本人の意向が確認でき、その意向を比較的实现できていた。

主病名において認知症がある場合、本人の意向が不明となり、家族を介した本人の意向把握、もしくは家族の意向の確認となるためか、実際の療養場所や看取りの場所が施設や病院であった者は、家族に確認できた割合が高かった。

「訪問してくれるかかりつけの医師がいるから」等在宅療養・看取りを支援する体制の有無は、主病名ががんだった者にとっては、療養場所や看取りの場所に自宅を希望する場合に比較的考慮する点のようだが、全般的には「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」等本人の明確な希望・意向が大きな理由であったため、主たるファクターではなかった。

1.2. 本調査ではあまり明確にならなかった要件

(1) 家族の有無

家族がいなかった者は4.0%とごく僅かであったこと、家族がいる中でも家族の介護力の違いがクロス集計において差異が見られたことから、家族の有無による差異は明確になりづらく、療養場所や看取りの場所の選定にあまり影響していなかった。

(2) 本人・家族の経済力

医療や介護のサービス利用を制限せざるを得ない経済力であった者は9.1%で、残りの9割以上は経済力によるサービス利用制限のない者であったことから、本人・家族の経済力による差異は明確になりづらく、療養場所や看取りの場所の選定にあまり影響していなかった。

(3) 訪問系サービスの利用

実際の療養場所や看取りの場所が自宅であった者が、必ずしも訪問看護・訪問介護サービスを利用しておらず、また利用できていないこともなかったことから、サービス利用が療養場所や看取りの場所の選定の要件には必ずしもなっていなかった。

家族の介護力との補完性は、訪問介護サービスについては見られたが、訪問看護サービスについては見られなかったことから、療養場所や看取りの場所の選定にサービス利用が

直接つながっておらず、家族の介護力が弱い場合に関係してくるようである。

(4) 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅以外を希望した理由

本人の意向で自宅以外のみを選択していた者が回答対象であったことから、そもそも数が非常に限られており、明確な理由を選択されたのは僅か 60 人と少なく、大多数は「わからない」という回答になった。そのため、明確な差異が見えづらくなった。

但し、数は少ない中で、介護の体制・家族の負担や急変時の対応への不安が主たる理由に挙げたことは、意思決定において社会資源が全く勘案されない訳ではないと言える。

1.3. 今後さらなる分析が望まれる点

(1) 家族の有無

本調査では家族がいなかった者は 4.0%とごく僅かであったが、この 4.0%が県内において一般的な割合であるのか、今回の調査対象や回答者が結果的に偏っていたのか、等の確認が必要である。

仮に、今回の値が一般的な値であった場合でも、将来的に、単身・独居の高齢者の増加が見込まれることから、今回の調査では明確にならなかったが、家族の有無が療養場所や看取りの場所の選定に影響するようになるのかの調査が、近い将来には改めて必要になると考えられる。

(2) 本人・家族の経済力

(1)と同様、本人・家族の経済力についても、9割が問題ないという今回の結果が一般的な割合であるのか、今回の調査対象や回答者が結果的に偏っていたのか、等の確認が必要である。

仮に、今回の値が一般的な値であった場合でも、将来的に、非正規雇用等により老後に向けた資産形成ができず年金も不足する高齢者の増加が懸念されていること、また(1)に示したように単身・独居の高齢者の増加も考慮すると、今回の調査では明確にならなかったが、本人・家族の経済力の有無が療養場所や看取りの場所の選定に影響するようになるのかの調査が、近い将来には改めて必要になると考えられる。

(3) 地域資源

自宅で療養していても最期は入院して病院で亡くなる方が少なくないことが窺えるが、今後 2040 年に向けてさらに死亡者数が増加することが見込まれる中、これを全て病院で受け入れることは難しいと考えられる。患者の意思決定を実現できるよう、多様な看取り場所の選択肢を提示できる地域の体制づくりが求められる。

自宅での看取りの障害となっているのは、訪問看護・訪問介護といった地域資源の問題なのか、それとも提供される在宅医療やケアマネジメントの質が関係しているのか、その要因をさらに分析していくことが望まれる。

2. 調査結果から

本調査は、療養場所の選定における地域差や、適切な意思決定支援の在り方を検討するための基礎資料とすることから、それぞれの検討における観点を以下に整理する。

2.1. 療養場所の選定における地域差

(1) 調査設計段階の前提

①地域差に対する考え

本調査では、在宅医療や介護保険サービス等で特徴のある市町（在宅医療の提供実績の多い/少ない市町、療養病床や介護施設等の社会資源の多い市町）に、回収数確保の観点から特徴は薄いが大規模な市を追加し、調査対象の10市町を抽出した。

これは、実績や資源の地域差が、療養場所の選定に影響するのではないかという調査設計段階での仮説に基づくものであった。

②調査対象抽出における制約

10市町の抽出において、以下のような制約が生じたことから、調査結果における地域差が明確に表れづらい可能性があった。

- ✓ 回収数確保の観点から特徴は薄いが大規模な市を追加したこと
- ✓ 在宅医療の提供実績の多少を優先して抽出したため、実績と社会資源の多少が必ずしも一致しておらず（実績が少ない市町で療養病床や介護施設が多く、訪問系サービスは少なめであるが、実績の多い市町では必ずしも社会資源が多い訳ではない）、実績が多い&社会資源が多い市町や、実績が少ない&社会資源が少ない市町が抽出できなかったこと

(2) 調査結果からわかったこと

上記(1)②の制約や、それも含めた以下の結果から、地域差というのはあくまで結果としての差異でしかなく、患者（利用者）が居住する地域（市町）は療養場所の選定に影響する主なファクターではなかった。

①主なファクターは主病名や家族の介護力

主病名や家族の介護力とのクロス集計においては比較的明確な傾向が表れたことから、療養場所の選定に影響する主なファクターは主病名や家族の介護力であること

②調査対象抽出における制約

全ての設問について事業所の所在市町(10市町)とのクロス集計を実施し、地域差の有無を確認したところ、在宅療養が進んでいる（実際の療養場所や看取りの場所が自宅であった者が多かった、等）市町は在宅医療の提供実績が多いといった関係性が部分的にしか成立せず、実績が少ない市町でも在宅療養が進んでいた。

よって、所在市町とのクロス集計結果はあくまで他の要素による結果としての分布でしかなく、例えば「主病名ががんで家族の介護力が高い事例が多かった市町で在宅療養が進んでいる」と考えるのが自然である。

(3) 今後の検討における留意点

以上を踏まえ、単に市町や地域で分割して傾向を見る（市町や地域に起因した分析を行う）というような、いきなり地域差を見るのは適切ではない。

地域を見る前に、まずは、家族や家族の介護力の有無等における需要側の状況における差があり、その上で、需要が多い地域における供給側の状況（社会資源の多寡）が重なり、地域差というのが生じてくる、と考えていく必要がある。

2.2. 適切な意思決定支援の在り方

1 より、人生の最終段階の療養場所の意思決定に影響するファクターとして、特に、人生の最終段階に至った主病名、家族の介護力が影響していることが窺えた。

これを踏まえ、本人の在宅療養・看取りの希望を叶える支援の在り方として、特に、以下の点に留意する必要がある。

(1) 非がん・認知症の者への支援

主病名ががんで認知症がなかった者は、自宅での療養を希望する本人の意向が確認でき、その意向を比較的实现できていたが、認知症の者は本人の意向が不明となり、家族の意向で、家族の介護負担や介護力等から施設や病院となりやすい。

また、がんであった者は医療従事者による様々な支援が比較的受けられており、在宅療養を希望した者は訪問看護サービスを利用する等、医療サービスが繋がっているようであったが、非がんであった者はそのような切れ目ない医療的な支援が相対的に受けられていないように窺えた。

以上から、がんで認知症がなかった者には更に、非がんや認知症の者には特に、「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」等の多くの患者本人の希望・意向を明確化でき、その実現を支援することが求められる。

(2) 家族の介護力が弱い者への支援

常時もしくは平日の日中に介護者がいた者は、自宅での療養を希望する本人の意向が確認でき、その意向を比較的实现できており、家族の介護力が弱い者でも、実際の療養場所が自宅であった者は、訪問介護サービスの利用により補完していた。

一方で、介護の体制・家族の負担や急変時の対応への不安が、療養場所や看取りの場所で自宅以外を希望した主たる理由に挙がった。また、療養場所や看取りの場所が自宅以外であった者は、専門職による意思決定の支援が比較的少なかった。

以上から、家族の介護力が弱い者に、「住み慣れた場所で最期を迎えたいから」等の多くの患者本人の希望・意向を明確化でき、それが実現できるよう、専門職による意思決定の支援、訪問系サービスへ繋ぐ等による介護力の補完等、本人や家族等への支援が求められる。

(3) 専門職による意思決定支援の強化

意思決定支援において実施した役割のうち、「本人・家族への意向・価値観の聞き取り」「本人・家族への療養場所・看取りの場所の選択肢の提示」「本人・家族への療養場所・看取りの場所のメリット・デメリット等の説明」等比較的基本的なものは8割以上の利用者

(患者)で実施されていたが、「スピリチュアル・ケアの実施」「ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実施」は比較的实施率が低かった。比較的实施率の低かった役割は、訪問看護師や往診・訪問診療医での実施が最も多かった。

専門職による意思決定支援は、(1)(2)では比較的实施できていない対象者への実施という観点での強化が必要だが、加えて本項では、実施率の低い役割の実施という観点からの強化が必要となっている。

資料：アンケート調査票

人生の最終段階の療養場所の選定における意思決定の現状調査

問1 回答する患者(利用者)の、識別用の属性

①貴事業所の所在市町 【番号に1つ〇】	1. 伊東市 2. 熱海市 3. 小山町 4. 御殿場市 5. 沼津市 6. 富士宮市 7. 静岡市 8. 島田市 9. 菊川市 10. 袋井市									
②貴事業所の介護保 険事業所番号	2	2								
③対象患者(利用者) のイニシャル	さん									
④貴事業所が、この方 の担当となった時期	西暦		年				月			
⑤調査対象区分 【番号に1つ〇】	1. 本年7月に死亡 2. 本年8月に死亡 3. 本年9月に死亡 4. 本年7～9月に、希望/都合により、人生の最終段階の療養場所と決めて施設等に移った者									

問2 人生の最終段階に至った主病名 (番号に1つだけ○)

1. がん(認知症あり) 2. がん(認知症なし) 3. 非がん(認知症あり) 4. 非がん(認知症なし)

問3 実際の療養場所および看取りの場所 (①②それぞれ、1～3の番号に1つだけ○)

※「自宅」とは、患者(利用者)本人が長年生活を送ってきた場所を指します。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームは「施設」に含めます。

①療養場所	1. 自宅	2. 施設	3. 病院
②看取りの場所	1. 自宅	2. 施設	3. 病院

問4 家族の有無(該当する番号を全て○)

※「家族」とは、患者(利用者)本人の意思決定に影響を与えていたと見られる、同居または別居していても介護に関わった者を指します。

※「近居」とは、住居は異なるものの、日常的な往来ができる範囲(約 30 分以内)に居住していることを指します。

1. あり（同居）	2. あり（近居）	3. あり（別居）	4. なし
-----------	-----------	-----------	-------

問5 家族の介護力 (①②それぞれ、1～4の最も近い番号に1つだけ○)

※「家族」とは、患者(利用者)本人の意思決定に影響を与えていたと見られる、同居または別居していても介護に関わった者を指します。

①平日	1. 常時介護者がいた	2. 夜間のみ介護者がいた
	3. 日中のみ介護者がいた	4. 介護者がいなかった
②土日・祝日	1. 常時介護者がいた	2. 夜間のみ介護者がいた
	3. 日中のみ介護者がいた	4. 介護者がいなかった

問6 本人・家族の経済力 (最も近い番号に1つだけ○)

※「家族」とは、患者(利用者)本人の意思決定に影響を与えていたと見られる、同居または別居していても介護に関わった者を指します。

1. 本人の収入・財産で、医療や介護を十分受けられる経済力だった
2. 本人の収入・財産では不十分だが、家族により、医療や介護を十分に受けられる経済力だった
3. 本人の収入・財産は不十分、家族の支援も限られ、医療や介護のサービス利用を制限せざるを得ない経済力だった

問7 訪問看護・訪問介護サービスを利用した時期 (①②それぞれ、1～6の該当する番号を全て○)

※わかりにくいので、本人の死亡月をnに代入してお考え下さい(例:9月死亡ならn=9、3カ月前は9-3=6月)。

	利用していた期間の番号(1～4)全て、もしくは5か6に○					
	死亡前7カ月以前 (n-7月～)	死亡前4～6カ月 (n-4月～n-6月)	死亡前2～3カ月 (n-2月・n-3月)	死亡月(n月) その前月(n-1月)	利用でき ず	利用せず
①訪問看護サ ービスの利用	1	2	3	4	5	6
②訪問介護サ ービスの利用	1	2	3	4	5	6

問8 療養場所や看取りの場所の意思決定に関与した専門職の関与開始時期 (①～③それぞれの時期について、1～7の関与した専門職の番号に全て○)

※わかりにくいので、本人の死亡月をnに代入してお考え下さい(例:9月死亡ならn=9、3カ月前は9-3=6月)。

時期	関与した 専門職	関与した専門職の番号(1～6)に全て、もしくは7に○					
		病棟の医師・ 看護師	外来(病完・診 療所の医師・ 看護師	往診・訪問 診療医	訪問看護師	ケアマネ ジャー	左記以外
①死亡前4カ月以前 (n-4月～)		1	2	3	4	5	6
②死亡前2～3カ月 (n-2月・n-3月)		1	2	3	4	5	6
③死亡月(n月) と前月(n-1月)		1	2	3	4	5	6

問9 療養場所や看取りの場所の意思決定に関与した専門職の役割 (①～⑩それぞれの役割について、1～7の関与した専門職の番号に全て○)

役割	関与した 専門職	関与した専門職の番号(1～6)に全て、もしくは7に○					
		病棟の医師・ 看護師	外来(病完・診 療所の医師・ 看護師	往診・訪問 診療医	訪問看護師	ケアマネ ジャー	左記以外
①本人・家族への意向・価値観の聞き取り		1	2	3	4	5	6
②本人・家族への療養場所・看取りの場所の選択肢の提示		1	2	3	4	5	6
③本人・家族への療養場所・看取りの場所のメリット・デメリット等の説明		1	2	3	4	5	6
④家族への病状や対応方法の伝達(※本人が拒んでいない場合のみ)		1	2	3	4	5	6
⑤把握した希望や価値観の他職種への共有		1	2	3	4	5	6
⑥ACP(アドバンス・ケア・プランニング)の実施		1	2	3	4	5	6
⑦スピリチュアル・ケアの実施		1	2	3	4	5	6
⑧人生の最終段階の医療・療養についての説明資料の提供		1	2	3	4	5	6
⑨治療方針に関する本人との合意内容の文書化		1	2	3	4	5	6
⑩時間の経過・病状の変化・医学的評価の変更があった際の、本人の意思の再確認		1	2	3	4	5	6

問 10 療養場所や看取りの場所の意思決定方法 (1～6 の最も近い番号に1つだけ○)

		本人の意思	(推定される)本人の意思
番号に1つ○	1	確認できた	
	2	確認できなかった	家族に確認できた
	3		家族以外の代理決定者に確認できた
	4		誰にも確認できなかった
	5		家族がいなかった、家族が判断を委ねた等により医療・ケアチームにて判断
	6		上記以外の、以下のような場合に、複数の専門家で構成される組織(倫理委員会等)の検討・助言を採用 ● 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合 ● 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合 ● 家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合

問 11 療養場所や看取りの場所に関する本人や家族の意向 (①～⑥それぞれの時期で、希望していた場所の番号に、1つずつ○)

※「家族」とは、患者(利用者)本人の意思決定に影響を与えていたと見られる、同居または別居していても介護に関わった者を指します。

※「自宅」とは、患者(利用者)本人が長年生活を送ってきた場所を指します。サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームは「施設」に含めます。

※わかりにくいので、本人の死亡月を n に代入してお考え下さい(例:9 月死亡なら n=9、3 カ月前は 9-3=6 月)。

※患者(利用者)本人の担当となる以前の時期の回答は、選択肢5「未確認・不明」に○してください。

		本人の意向(1～5 の番号に1つ○)					家族の意向(1～6 の番号に1つ○)					
		自宅	病院	施設	意向未決	未確認不明	自宅	病院	施設	意向未決	未確認不明	家族なし
療養場所	①死亡前 4 カ月以前(n-4 月～)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
	②死亡前 2～3 カ月(n-2 月・n-3 月)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
	③死亡月(n 月)と前月(n-1 月)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
看取りの場所	④死亡前 4 カ月以前(n-4 月～)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
	⑤死亡前 2～3 カ月(n-2 月・n-3 月)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6
	⑥死亡月(n 月)と前月(n-1 月)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6

①～⑥のいずれかで1つでも「1」に○が付いた場合

問 12 へ

①～⑥で1つも「1」に○が付かなかった場合

問 13 へ

問 12 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅を希望した主な理由（最も重視した3つまで番号に○）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいるから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っているから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っているから
4. 住み慣れた場所で最期を迎えたいから
5. 最期まで自分らしく好きなように過ごしたいから
6. 家族等との時間を多くしたいから
7. 家族等に看取られて最期を迎えたいから
8. 家族等が自宅で最期を迎えていたから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師が訪問してくれるから
10. 症状が急に悪くなったときにすぐに入院できる体制が整っているから
11. 経済的に負担が小さいと思うから
12. その他
13. わからない

問 13 本人が、療養場所や看取りの場所に自宅以外を希望した理由（最も重視した3つまで番号に○）

1. 訪問してくれるかかりつけの医師がいないから
2. 訪問看護（看護師の訪問）体制が整っていないから
3. 訪問介護（ホームヘルパーの訪問）体制が整っていないから
4. 24 時間相談にのってくれるところがないから
5. 介護してくれる家族等がいないから
6. 介護してくれる家族等に負担がかかるから
7. 症状が急に悪くなったときの対応に自分も家族等も不安だから
8. 症状が急に悪くなったときにすぐに医師や看護師の訪問が受けられるか不安だから
9. 症状が急に悪くなったときにすぐ病院に入院できるか不安だから
10. 居住環境が整っていないから
11. 経済的に負担が小さいと思うから
12. その他
13. わからない

**質問は以上です。ご協力頂き、誠にありがとうございました。
ご記入頂いた調査票は、返信用封筒(切手不要)に入れ、
10月15日（金）までに郵便ポストに投函して下さい。**