

在宅医療において、医師が死因として「老衰」と診断する思考過程に関する探索

公益財団法人 在宅医療助成
勇美記念財団による研究助成
完了報告書

助成対象年度：2013 年度前期

申請者：今永光彦

提出年月日：2014 年 9 月 1 日

1. 背景と目的

わが国の高齢者は急速に増加しており、「本格的な超高齢社会」となっている¹⁾。近年、在宅医療が推進されているが、今後、超高齢者に特徴的な死因の1つである「老衰」の重要性は在宅医療においても増すと考えられる。筆者らは、人口動態統計を利用して「老衰死」に関する記述疫学的検討を行い、戦後から減少傾向にあった老衰死亡者数が、今後は増加することを明らかにした²⁾。今後、臨床医が死因としての「老衰」に遭遇する機会は、病院に限らず自宅・施設においても増えることが予測される。さらに、我が国の報告^{3) 4)}では、老衰死亡率が高い地域では有意に在宅死亡率が高くなるとされており、死因としての「老衰」は、今後、在宅死を考えるうえでも、重要な概念であると考えられる。

ここで問題となるのは、死因として「老衰」と診断する際の医師の思考過程が不明なことである。これまでの死因としての「老衰」に関する議論として、剖検や死因の再検討を行えば、他にも死因となりえる病態が認められるのを根拠に、死因としての「老衰」に否定的な意見がある^{5) 6)}。一方で、「加齢による衰弱」である“老衰現象”を認める以上、それに伴う肺炎などがあっても、死因としては「老衰」を認めざるを得ないのではないかという主張もある^{7) 8)}。臨床的には、「今や治療可能なこともある悪性腫瘍など、治癒が可能な病態であったのにも関わらず、適切な診断・治療が行われずに死因として“老衰”と診断されている可能性」や、「死因として“老衰”と診断されるべきであったのにも関わらず、過剰な検査・治療が行われ、病死と診断されている可能性」が危惧される。

以上の死因としての「老衰」に関する諸問題は、どのような思考過程で死因としての「老衰」を診断すればよいかについて、医師自身に迷いや葛藤があるという臨床的な問題がまずあるのではないかとと思われる。そもそも、在宅医療において、医師が死因として「老衰」と診断する思考過程は不明な現状である。今後、老衰死亡者数が増加するなかで、医療者は勿論、市民も含めて死因としての「老衰」という概念を広めていく必要があるが、まず医師が死因としての「老衰」をどのような思考過程で診断しているのかを明らかにする必要がある。これが明らかになれば、医師が在宅で、死因としての「老衰」を診断するプロセスに関して仮説形成がなされ、この領域の検討を行ううえでの基盤となる。

そこで今回、我々は、在宅医療において、医師が死因として「老衰」と診断する思考過程に関する探索を行った。仮説形成することが目的であるため、質的研究手法が適しており、データ収集方法としてフォーカスグループ・インタビューを行った。

2. 方法

①対象

在宅医療において、死亡診断書の直接死因に「老衰」と記載したことのある医師を対象として、フォーカスグループ・インタビューを行った。研究者がコンタクトをとれたAクリニックの医師3名とB病院医師1名の計4名(1回目)、Cクリニックの医師4名(2回目)、D医師会の医師5名(3回目)を対象とし、計3回のフォーカスグループ・インタビュー

ューを、2014年3月～7月に行った。

対象者の選定に関しては、以下の考えのもとに行った。まず、グループ診療で在宅医療を行っているAクリニックとB病院の医師で1回目のフォーカスグループ・インタビューを行った。1回目のフォーカスグループ・インタビューを分析した結果から、主治医制で在宅医療を行っている医師の場合は、結果に違いが生じるのかという疑問が生じたため、主治医制で在宅医療を行っているCクリニックで2回目のフォーカスグループ・インタビューを行った。1・2回目の分析結果から、医師としての経験年数により結果に違いが生じるのかという疑問が生じたため、より経験年数の高い医師がリクルートできたD医師会の医師を対象とした。また、先行研究により、老衰死亡率には地域差があることが報告されているため^{2) 9)}、関東農村部、関東都市部、関西都市部と地域性が異なるように、それぞれのフォーカスグループを選出した。

②フォーカスグループ・インタビュー

フォーカスグループ・インタビューは、同一の研究者1名がインタビュアーを行った。インタビューの空間的構造として、カンファレンスルーム・会議室といったプライバシーが保たれ、議論に集中できる場で実施した。時間的構造としては、対象者の負担を考慮し、約30～40分で行った。インタビューにより得られた内容は、すべてICレコーダー及び筆記により記録した。

インタビューは、あらかじめ作成された面接ガイドに基づく半構造化面接で行い、「在宅医療において、死亡診断書の直接死因に、“老衰”と記載するにあたって、最初、抵抗感があったか」、「“老衰”という病名をつけるにあたって、困ったことや失敗したことなどあったか、それらに対してどのように対処したか」、「在宅医療において、どのようなときに死亡診断書の直接死因に“老衰”と記載しているか」の3つを主題とした。なお、フォーカスグループ・インタビューに先立ち、在宅医療において、死亡診断書の直接死因に「老衰」と記載したことのある医師1名に予備インタビューを行い、面接ガイドの調整を行った。

③倫理的配慮

本研究は国立病院機構東埼玉病院倫理委員会の承認を経て実施した。また、対象者に対して、研究へのリクルートの時点で、メールにて説明書を送付し、不明な点があれば、研究者がメールもしくは電話などで質問をうけ、説明を行った。会場においても、研究者が説明書に基づいて研究内容を再度説明し、同意文書への署名により同意を得た。その際に、インタビュー内容の音声録音、匿名での発言内容の公表についても同意を得た。

④分析

分析は、録音したインタビュー内容のテープおこしにより得た口述記録を、筆記した記録と比較した上で、匿名化された逐語録を作成し、分析用テキストとした。つぎに、大谷尚によるSCAT (A Qualitative Data Analysis Method by Four-Step Coding: Easy Startable and Small Scale Data-Applicable Process of Theorization)¹⁰⁾を参考に分析を実施した。手順は、フォーカスグループ・インタビューそれぞれに対して、以下の手順で

行った。1) 2名の研究者 (T.I, T.T) が協議して分析用テキストから注目すべき重要な語句を抽出し、分析用データとした。2) この語句を端的に言い換えるデータ外の語句を同じ2名の研究者で記入した。3) 前項を説明するための概念・語句・文字列を同じ2名の研究者で記入した。4) 以上にもとづいて、テーマ・構成概念を同じ2名の研究者で記入した。5) 次のステップとして、同じ2名の研究者で検討し、テーマ・構成概念を繋いでストーリー・ライン及び理論記述の構築を行った。6) 最後に、それぞれのフォーカスグループ・インタビューのストーリー・ライン及び理論記述をもとに、2名の研究者で協議し、合意形成した内容を最終的な分析結果とした。

さらに、分析結果の妥当性を検証するために、対象者全員に最終的な分析結果を送付し、メンバーチェック（対象者に結果が納得できるものであるかを確認する）を行った。

3. 結果

我々は、「在宅医療において、医師が死因として“老衰”と診断する思考過程」に関して、「“老衰”と考えられる臨床像」、「“老衰”と診断することに対する葛藤や不安」、「他医師の考えが影響」、「家族との関わりを重視」の4つを描出した。そしてそれぞれ4、3、3、3つのカテゴリーに分類された。それぞれのカテゴリーにおける、対象者の代表的な発言を表1に示す（インタビューからの引用は「」で囲み記述し、意味が分かりやすくなるように研究者が追記した部分は[]で囲んだ）。

第1に、医師は、「“老衰”と考えられる臨床像」をそれぞれもっていた。80～85歳以上というような「年齢的な目安」をもちながら、「患者との継続的な関わり」のなかで、「緩徐な状態低下」をきたしており、「他に致死的な病気の診断がついていない」患者を老衰と考えていた。

第2に、医師は、「“老衰”と診断することに対する葛藤や不安」を抱えていた。具体的には、患者にとって病気の診断をつけることに意義が少ないと感じながらも「病気の診断を積極的に行わないことへの葛藤」や「病気の見逃しに対する不安」を抱えていた。また、死亡診断書の「発症から死亡までの期間」の記入や、最終的な段階で生じた誤嚥性肺炎も含めて老衰の経過としてよいかなど「“老衰”の定義の曖昧さからの迷い」を感じていた。

第3に、“老衰”と診断するにあたっては、「他医師の考えが影響」していた。カンファレンス・勉強会・上級医との会話などで、「他医師からの“老衰”という概念の提示」があることにより、抵抗感少なく“老衰”と診断していた。また、「他医師の“老衰”という診断に対する同意」が“老衰”と診断することに対する後押しとなっていた。「他医師の“老衰”という診断に対する否定感」を感じることもあり、“老衰”と診断することを躊躇させていた。

第4に、医師は、「家族との関わりを重視」していた。まず、「前提条件としての家族の納得・理解」を得るために、経過中に“老衰”の経過であることを家族と共有し、死亡時に“老衰”を死因とすることを家族に確認していた。また、経過中や死亡時の家族の言葉

や雰囲気から汲み取った「家族の“老衰”への肯定感を尊重」して、“老衰”と診断していた。「死亡後の家族の自責感を考慮」してもおり、死亡後の家族の感情も考えたうえで“老衰”と診断していた。

以上より、「在宅医療において、医師が死因として“老衰”と診断する思考過程」に関して、「医師は“老衰”と考えられる臨床像をもちながらも、“老衰”と診断することに対して葛藤や不安を抱えており、そのような中で、他医師の考えの影響を受けながら、家族との関わりを重視して、診断を行っている」という仮説を生成した。

また、分析結果の妥当性を検証するために行ったメンバーチェックングでは、13名中7名の対象者から返信を得たが、すべて結果を支持する内容であった。

4. 考察

今回、「在宅医療において、医師が死因として“老衰”と診断する思考過程」について探索し、4つの概念が明らかになった。

第1に、医師は、「“老衰”と考えられる臨床像」をそれぞれもっていた。2010年人口動態統計¹¹⁾から計算すると、老衰死亡者の88.5%が85歳以上で占められており、本研究で示された80～85歳以上という「年齢的な目安」は実際の死亡統計とも概ね合致すると思われ、“老衰”と考えられる臨床像の1つの重要な要件と思われる。「患者との継続的な関わり」に関しては、在宅医は終末期と判断する際に、「点ではない」判断をしているとの報告もあり¹²⁾、超高齢者の終末期像の1つである“老衰”においても、判断を行う上では、ある1点ではなく、継続的な関わりがあることは重要な要素と考えられる。特に、次に示す「緩徐な状態低下」を判断するうえでは、継続性があることで判断がより行いやすくなると考えられる。その「緩徐な状態低下」に関して、Lunneyらの報告では、高齢虚弱で死に至る場合には他疾患と比較して緩徐にADLが低下することが示されており¹³⁾、“老衰”と判断するうえでの重要な経過と言える。また、「他に致死的な病気の診断がついていない」というのは、“老衰”に診断の基準がないことが関連していると思われ、1つの前提となる要素と考えられる。死亡診断書記入マニュアルにも、死因としての“老衰”は高齢者で他に記載すべき死亡の原因がない場合に用いるよう記されている¹⁴⁾。しかし、実際に臨床では、致死的な病気の除外をどこまで行うか、最終的に生じた肺炎などどこまでが“老衰”といえるのかといった問題があると思われ、2つ目の概念である「“老衰”と診断することに対しての葛藤や不安」とも関連してくる要素である。実際にインタビュー内容には「他に致死的な病気の診断がついていない」というカテゴリには、検査をしていないため結果的に病気の診断がついていないという面も含まれている。

第2に、医師は、「“老衰”と診断することに対しての葛藤や不安」を抱えていた。1950年代から1990年代まで、老衰死亡率は著明に減少してきたが、近年の診断技術の進歩に伴うものであると鈴木や植村らは指摘している^{15) 16)}。このように、“診断”と“老衰”とは密接な関係にある。診断技術が進歩した近年においては、臨床医は、本人のQOLに寄与し

ないような病因追求をあえて控えるという決断も必要であると思われる。実際に対象者もそのような観点から、必要以上の病因追求を行っていなかったが、その際には、今回の結果が示すような「病気の診断を積極的に行わないことへの葛藤」や、十分な検査を行わないなかで「病気の見逃しに対する不安」が生じうるのであろう。また、“老衰”に対する考え方や概念は立場によっても異なる曖昧なものであるため^{5) 6) 7) 8)}、「老衰」の定義の曖昧さからの迷いが生じていると考えられた。

第3に、“老衰”と診断するにあたっては、「他医師の考えが影響」していた。「他医師からの“老衰”という概念の提示」や「他医師の“老衰”という診断に対する同意」は“老衰”と診断することに対しての促進因子に、「他医師の“老衰”という診断に対する否定感」は阻害因子となっている可能性が示唆された。「老衰」と診断することに対しての葛藤や不安を抱えているなかでは、他医師がどのように考えるかが、大きな影響を及ぼすものと考えられる。

第4に、医師は、「家族との関わりを重視」していた。天田は、“老衰”とは古い衰えゆく者とそれをみつめケアする他者との相互作用であり、「関係性の出来事」と捉えられると述べている¹⁷⁾。最も身近でケアを行う立場にある家族の“老衰”への「納得・理解」や「肯定感」を重視することは“老衰”の臨床においては重要なことであると考えられる。また、Frateziらは質的研究の結果、高齢者を自宅で看取る際には、家族は複雑かつ両価的な感情を抱いていると報告している¹⁸⁾。そのようななか、「死亡後の家族の自責感を考慮」して、“老衰”と診断することは、そのこと自体が家族ケアにつながるものであると思われる。

本検討の限界として、それぞれのフォーカスグループ・インタビューの対象者が、同じ施設・組織内である場合がほとんどであったことが挙げられる。互いを十分に知っている関係であるため、控えた発言や周囲に配慮した発言があった可能性がある。

本検討の結果、「在宅医療において、医師が死因として“老衰”と診断する思考過程」に関して、「医師は“老衰”と考えられる臨床像をもちながらも、“老衰”と診断することに対して葛藤や不安を抱えており、そのような中で、他医師の考えの影響を受けながら、家族との関わりを重視して、診断を行っている」という仮説を生成した。今後、この仮説の検証を量的研究で行うことにより、曖昧な“老衰”の概念をより明確にしていく必要があると思われる。また、本検討で、医師が「家族との関わりを重視」して、“老衰”の診断を行っているという分析結果もあり、死因として“老衰”と診断された家族が、それに対してどのように感じているのかを探索する必要もあると思われる。

5. 謝辞

お忙しい中、インタビューにご協力いただいた医師の方々には深謝いたします。また、本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け行いました。感謝いたします。

参考文献)

- 1) 内閣府編. 平成 21 年版高齢社会白書. 東京: 佐伯印刷, 2009.
- 2) 今永光彦, 丸井英二. 老衰死はどのように変化してきているのかー人口動態統計を利用した記述疫学的検討ー. 厚生指標 2011 ; 58(4) : 1-5.
- 3) Sauvaget C, Tsuji I, Li JH. 日本の在宅死に影響する因子. The Tohoku Journal of Experimental Medicine 1996 ; 180(2) : 87-98.
- 4) 宮下光令, 白井由紀, 三條真紀子, 他. 2004 年の都道府県別在宅死亡割合と医療・社会的指標の関連. 厚生指標 2007 ; 54(11) : 44-9.
- 5) Chare LH. Is it ever enough to die of old age. Age and Ageing 2003 ; 32(5) : 484-6.
- 6) 江崎行芳, 沢辺元司, 新井富生, 他. 「百寿者」の死因 病理解剖の立場から. 日本老年医学会雑誌 1999 ; 36(2) : 116-21.
- 7) Gessert CE, Elliott BA, Haller IV. Dying of old age: an examination of death certificates of Minnesota centenarian. J Am Geriatr Soc 2002 ; 50(9) : 1561-5.
- 8) 田内久. 超高齢者の死 - 老衰死から不老長寿の夢に向けて -. 臨床科学 1998 ; 34(11) : 1467-73.
- 9) 今永光彦, 山崎由花, 丸井英二. 「老衰死」の地域差を生み出す要因ー2005 年の都道府県別老衰死亡率と医療・社会的指標との関連ー. 厚生指標 2012 ; 59(13) : 1-6.
- 10) 大谷尚. 4 ステップコーディングによる質的データ分析手法 SCAT の提案. 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (教育科学) 2007 ; 54 : 27-44.
- 11) 厚生労働省大臣官房統計情報部編. 2010 年人口動態統計. 東京: 厚生統計協会, 2010.
- 12) 山口鶴子, 他. 在宅療養支援診療所の医師は、高齢者の終末期をどのように診断しているのか 医師へのインタビューによる質的研究. 公益財団法人在宅医療助成勇美記念財団による研究助成報告書 2012.8.12.
- 13) Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, et al. Patterns of functional decline at the end of life. JAMA 2003 ; 289(18) : 2387-92.
- 14) 厚生労働省大臣官房統計情報部・医政局編. 死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル (平成 26 年度版). 東京: 厚生労働省大臣官房統計情報部・医政局, 2014.
- 15) 鈴木隆雄. 日常診療における高齢者ケア ガン, 老衰死, 寿命. 総合臨床 1993 ; 42(7) : 2212-14.
- 16) 植村肇. 国民医療の課題: 第 7 報 老衰死の激減に思う. 駒沢短期大学研究紀要 1984 ; 12 : 17-31.
- 17) 天田城介. <老衰>の社会学 - 「再帰的エイジング」を超えて. 年報社会学論集 1999 ; 12 : 1-13.
- 18) Fratezi FR, Gutierrez BA. Family caregiver of elderly patients in palliative care: the process of dying at home. Cien Saude Colet 2011 ; 16(7) : 3241-8.

表1 在宅医療において、医師が死因として“老衰”と診断する思考過程

老衰と考えられる臨床像	年齢的な目安	「[老衰と診断する根拠として]年齢もあると思いますね、なんとなく85歳とかをラインに。」
		「年齢は、平均寿命こえていれば[老衰と]つけやすいですよ。」
	患者との継続的な関わり	「長いつきあいの患者さんのほうが[老衰と]書きやすいよね。」
		「長くみている人に関しては、今までがわかるから[老衰と書きやすい]。」
	緩徐な状態低下	「COPDがあって、食べられなくなって……。呼吸不全がすすむわけでもなく、徐々に弱って行って、ある日亡くなった。その人は迷わず老衰と書きました。」
		「徐々に食欲が落ちて、寝ている時間が多くなってきて、数か月かけてだんだん衰えていく。」
	他に致死的な病気の診断がついていない	「[老衰の定義としては]自分は、病名で大きなものがある明らかな証拠がないことですかね。」
		「ある程度の年齢で、死に至る病気ないんだけど、ある程度の期間をへて、弱っていく人は[老衰と]つけますよね。」
		「在宅でみていて、いわゆる高齢虚弱な状態でみている人が、予期せず亡くなったとき、朝呼吸止まっていたときなどは老衰しかないかなと。家族にもそれが一番すつと入ってくる。そこで死因を究明しても、証拠がないですし、老衰ですねと、いいますね。」

<p>「老衰」と診断することに対する葛藤や不安</p>	<p>病気の見逃しに対する不安</p>	<p>「何らかの病気があるのに、見過ごしているだけかと思って[老衰と診断することに]戸惑いがありました。」</p>
		<p>「年とって、いろいろ病気あったかも。がんなどあったかもしれないし・・・。」</p>
	<p>病気の診断を積極的に行わないことへの葛藤</p>	<p>「老衰とつけたことで、困ったことはないのですけれども。診断というか・・・これはないかなとかいろいろな思考をへて、老衰に至りますが、気軽に老衰とつけると、診断を放棄しているのではとの思いが頭をかすめることがあります。さっき抵抗はないと言いましたが、そういうジレンマが頭をよぎります。」</p>
		<p>「がんとかもあるかもしれないけど、だからといって、介入するわけでもないし・・・。」</p>
	<p>「老衰」の定義の曖昧さからの迷い</p>	<p>「先日、ちょうど老衰のはなしになったのだけど、ベテランの先生も皆同じで・・・それぞれバラバラの定義をもっているのだよね。亡くなったときの局面、病態を振り返ってなんにもないから老衰ですとつけるのだけど、本来ならどこからの時点から老衰ははじまっているはずで。3か月というドクターもいる。あるドクターは食べられなくなった時から老衰。それも難しい。全く食べられなくなった時点か。あるいは減ってきたときか。認知症あるときでも老衰と言い換えることもあるよね。」</p>
		<p>「困ることは・・・複合的な病気で弱る人が多いので、メインの病気なんとも言えない人多い。今後、老衰という病名をそのような人たちにつけるのか、それとも従来通り病名をいくつつけるのか、今後迷うこと増えるんじゃないんですかね。」</p>
<p>「誤嚥性肺炎おこした場合、それも含めて老衰と考えて、[死因を老衰と]書くかは迷います。」</p>		

他医師の考えが影響	他医師からの「老衰」という概念の提示	「カンファレンスとかで、ある患者さんに老衰と書いていいのかみたいな議論があった。病名書くのが当然とその前まで思っていた。」
		「死亡診断書に老衰ということを書いてよいのかというのがまずありましたけども、医師会の死亡診断書の書き方の勉強会などで話題にでて、いいのかもと。」
		上級医というか、施設長が[老衰と]つけるのをみて、ああいいのだと思ってました。
	他医師の「老衰」という診断に対する同意	「さっきのYさんのときは、他の医師と話をして、折り合いをつけた。みんながそう思っているのか・・・それなら、老衰でいいかなと。先生たちと話をしてから、みとりに行った。」
		「老衰以外のなにものでもないと言われた。」
	他医師の「老衰」という診断に対する否定感	「入院して検査したら、肺炎だったと。いつからこうだったのだと言われてしまったりねえ。そうになると、老衰にはならないですよ。」
		「I病院に入院した在宅の患者さんがいたんですけどね、誤嚥しちゃって。90歳代の人なんですけど・・・亡くなって急性心不全となって。(中略)病院の医師もわかってないと思います。」

家族との関わりを重視	前提条件としての家族の納得・理解	「[老衰という]診断名について、ご家族とかにうまく納得してもらう必要があると思う。だから、途中でよく家族とはなしをしていきます。」
		「在宅では十分な検査ができないので、もしかしたらがん隠れているかもしれないとかあって、家族とちらっとそのあたりはなしたりもするのだけど、実際には、証拠ないので、家族と話したうえで、可能性はあるがわかっている範囲で老衰だよと。その時にご家族のほうから「がんじゃないんですね」となってくるとまた難しくなってくるのですけど。」
		「家族には老衰とつけることを、あらかじめことわっておきますね。私の判断としては、こうこうこういうことで老衰だと思いますけど、それでいいですかと断りますね。家族が死因を求めることも少なからずありますし。」
	家族の「老衰」への肯定感を尊重	「家族の方が老衰でしょ？と言ったり。」
		「その家族の雰囲気として、診断名、なにかつけたほうがよさそうだなという時にはつけます。老衰として、家族としてよさそうかな、老衰でもいけそうだなという時にあえて老衰とつけたりします。」
		「慢性硬膜下血腫除外のために、CT とるのを家族にすすめても、それも含めて老衰でしょと言われたことがあった。それもそうなのかなと。」
		「家族から感謝されることはあるよね。“よかった、老衰ですか”と。」
	死亡後の家族の自責感を考慮	「具体的には、痰の吸引必要な人で、最後にそうなった[痰づまりになった]時、家族に自責の念がおきないように、なおさら老衰ですと言っちゃうところがありますね。」

<調査研究を終えた感想>

この研究のリサーチクエスションは、5年程前、日々の在宅診療のなかで、「死因として“老衰”という診断を行うことがあるが、そもそも“老衰”とはなんなのだろう？」という疑問から端を発しております。また、超高齢者の増加に伴い、「今後“老衰”が増加するのではないか？」、「そうであれば、超高齢者に特徴的な死因である“老衰”という概念をより明らかにする必要があるのではないか？」とを感じるようになりました。まずは、「今後“老衰”が増加するのではないか？」という疑問を解決するために、人口動態統計を利用して、公衆衛生的な研究を行い、論文発表しました。その研究の過程で、老衰死に地域差があることがわかり、その地域差を生じる要因は何なのかを、同様に公衆衛生的な視点で研究し、論文発表しました。しかし、その次のステップとして、臨床面から“老衰”に関する研究を行おうと考えても、一臨床医である私にとっては、時間的・資金的にも限界がありました。自施設での老衰症例をもとに学会発表などを行いました。本来自分が調査したい内容には到底到達できない状況でした。特に、研究するにあたって、資金面は大きな問題でした。そのような中、勇美記念財団の研究助成を知り、応募させていただきました。幸い研究助成を承認いただき、本調査を行うことができました。研究者としての実績も少なく、一臨床医である私の臨床的な疑問を解決する援助をしていただき、感謝しております。たとえ小さい研究ではあっても、臨床的な視点からの研究に今後もお力添えをいただければ、私のように臨床を行いながらも、研究を行う医師が増えるのではないかと思います。特に在宅医療の分野においては、そのような研究の積み重ねが重要なのではないかと、今回の調査を通じて実感した次第です。