

厚生科学研究費補助金研究報告書
－長寿科学総合研究事業－

研究課題名(課題番号)

高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究
(H11-長寿-024)

主任研究者

内藤通孝(名古屋大学大学院医学研究科老年医学)

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総括研究報告書

自己決定権・告知・尊厳死に関する研究
—大学生を対象とした「死」に関する教育プログラムの実施に関する研究—

主任研究者 内藤通孝
名古屋大学大学院医学研究科健康・社会医学専攻発育・加齢医学講座老年医学助教授

研究要旨

大学生を対象に、死への意識や医療判断への態度変容を目的とした死に関する教育プログラムを作成し、実施した。教育の前後で質問紙調査を行い、コントロール群における結果と比較したが、統計的な有意差は見られなかった。しかし本教育が死について洞察を深める機会となったことが示唆され、今後の教育プログラムの改良の方向性が示された。

分担研究者 松下 哲
東京都老人医療センター副院長
千原 明
聖隷三方原病院 ホスピス所長
植村和正
名古屋大学医学部第三内科助手
武藤恵美子
名古屋大学大学院医学研究科健康・社会
医学専攻発育・加齢医学講座老年医学

A. 研究目的

近年医療現場では、病名告知や治療説明、臓器提供など患者が意志判断や態度決定を求められる場面が多い。これらの態度決定に際して、死に関する教育（以下DE）を受け、客観的な視点からの死を捉え直したり、自らの終末期についてじっくり考えたりする機会を持つことによって、不安や恐れなどの死に対する意識や、医療判断への態度が変容するのではないかという考えから、一般大学生を対象として死に関する教育プログラムを実施しその効果を検討した。

B. 研究方法

私立文系大学の心理学受講生を対象に90分間のDEプログラムを実施した。プログラムの内容は、講師による講義、学生各自によるプリント記入の2つの方法で構成されている。DE実施の3ヶ月前とDE直後に「死の不安（DAS）」「医療態度」に関する質問紙調査を実施し、対照群（以下CR）として、教育心理学受講生にも同様に2回の質問紙調査のみを実施した。

（倫理面への配慮）

死に関する話題は個人的な体験にも関わる場合があるため、DE受講・質問紙調査への参加とも各自の意志により拒否しても構わず、そのことによって学業上の不利益を被ることは一切ないことを予め周知し、承諾を得られた者のみを対象に教育・調査を実施した。

C. 研究結果

2回の質問紙調査両方に参加したものはDE群6

2名、CR群49名であった。全体の結果を群ごとに比較したところ、DAS尺度合計得点では有意差はみられなかった（1回目DE=34.8、CR=34.4、2回目 DE=35.5 CR=34.2）。医療態度5項目（自分への告知、両親への告知、治療・処置の選択希望、書面での意志表示希望、臓器提供への希望）の群別の回答数の1回目・2回目の変化にも統計的に有意な違いはみられなかった。

D. 考察

今回の結果からは、DE群とCR群の間に統計的に有意な結果はみられなかった。当初の予測としては、医療判断各項目に対して「はい」「いいえ」などの断定的な態度を示していた者が、DEの中で自分自身の問題として改めて考え直すことで態度の決定に迷いを生じるのではないか、という仮説を立てていたのだが、そのような結果は得られなかった。理由のひとつとしてはプログラム自体の時間の短さが挙げられる。知識伝達型の講義だけではなく、学生が自分自身の体験を振り返ったり、自らの終末期を想定して心境を記述したりする参加型の課題を多く取り入れたものの、90分という時間の中で深い洞察を行うことは困難だったものと思われる。質問紙の最後に設けた自由記述欄への感想の中にも、「死についてまじめに考えたのは初めてだ」「これを機にこのような問題について考えてみたいと思う」などDEがこれから死や医療判断について洞察するきっかけとなったとする意見が多く、講義中に態度を変容させるところまではいかなかったようだ。今後さらに、学生が今までの認識を改め洞察を深める段階を加えたプログラムを考案してゆく必要が示唆される。

また、今回の教育の結果を参考にし、老年科臨床実習生（医学部5年生）を対象としたDE教育を計画した。老年期・終末期患者や死に関する知識理解の他、具体的な患者・医師の設定を記述したシナリオを用いたロールプレイ、学生によるディスカッションなど臨床現場で出会う問題に即した体験的な内容を多く取り入れたものとなっており、H12年度春から実施予定である。

E. 結論

大学生を対象として死に関する教育プログラムを実施し、その前後で質問紙調査を行った。DAS、医療判断項目いずれの結果においても、DE群とCR群の間に統計的に有意な結果はみられなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

1) NAITO Michitaka

Are the new medical students interested in the introduction of public long-term insurance in Japan? (Letter to the Editor) *Age Ageing* 28: 84, 1999

2) YOSHIDA A, NAITO Michitaka, MIYAZAKI K

Japanese sisters with pseudohomozygous familial hypercholesterolemia and sitosterolemia. *J Atheroscler Thromb* 2000 (in press)

3) 内藤通孝、井口昭久

高齢者の栄養管理
medicina 36: 743-745, 1999

4) 内藤通孝、井口昭久

臨床的見地からみた加齢
JOHNS 15: 977-981, 1999

2. 学会発表

1) 加納初世、服部文子、内藤通孝、井口昭久

後期高齢にて急性に発症した1型糖尿病の1例
第10回日本老年医学会東海地方会

2) 内藤通孝、野村秀樹、加藤由利子、井口昭久

介護、癌告知、およびターミナル・ケアに対する
新入大学生の意識調査
第10回日本老年医学会東海地方会

3) 吉田晃浩、児玉充央、内藤通孝

高HDL血症に関する臨床的研究、とくにCETPとの関係について
平成11年度日本動脈硬化学会冬季大会

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

患者の治療選択・告知に関する研究 一剖検例における脳・心感染症の反省一

分担研究者 松下 哲
東京都老人医療センター副院長

研究要旨

自然の摂理から不適当と考えられる脳・心の感染症を最近の高齢者連続剖検例500例中17例3.5%にみた。臨床診断は14例、82%で為されていなかった。すべて敗血症を前駆とし、不適当な時期の弁置換術、不十分なインフォームド・コンセント、栄養低下・免疫低下状態での鼠径部からの中心静脈カテーテル法の先行がみられた。正しい診断と予後予測に基づき治療について患者家族と話し合い、その後も随時に治療の有用性とリスクにつき見直す姿勢がかかる例を生まないために必要である。

A. 研究目的

死因としての感染症の中でも高齢者の肺炎はオスラーが「肺炎は高齢者の友」と結論したように自然の摂理の面がある。一方最近の高齢者連続剖検例で以前にはみられなかった脳・心の感染症を経験するので反省すべき点を探った。

B. 研究方法

当センター剖検例から心内・外膜炎、心膿瘍、髄膜炎、脳膿瘍を拾い、その基礎疾患、治療、インフォームド・コンセント内容およびその基となる診断・予後予測の信頼性、脳・心感染症の臨床診断の有無について検討した。

（倫理面への配慮）

この研究自体は生命倫理の医療における技術的な問題を取り上げて改善を図る意図で行った。調査は患者の死後に病歴を対象として行われ、治療に関するインフォームド・コンセントは患者の生存時に済んでいる。調査内容報告には同じ研究を反復した場合に再現性が得られるよう、また研究発表に必要な最低の項目として剖検番号、年齢、性、診断、病理所見を記しているが、人権保護のため名前は発表しない。

C. 研究結果

最近の約2年半の剖検500例中、心感染症（心内外膜炎、心膿瘍）は14例、中枢神経感染症（髄膜炎、脳膿瘍）は8例であった。うち5例が心・脳の重複感染で最終的に17人、3.5%、平均年齢82.3歳、74-94歳、男7人、女10人に心または脳の感染症を認めた。感染症の病理診断は表1に示す。このうち臨床診断が為されたものは2例、疑いを置かれたものは1例であり、何れも心感染症であった。中枢神経系感染症は臨床診断がなく、何れにしても14例、82%は病理解剖をしないと脳・心感染症は分からなかった。

臨床経過をみると、何れも敗血症を前駆とし、表2にみるごとく背景には脳血管障害、痴呆、弁膜症、白血球、肝胆道系がんなど、退行性神経疾患、悪性腫瘍、褥創、低栄養がみられ、先行する腎盂腎炎、胆道系感染症のほか、中心静脈カテーテルが17例中少なくとも8例、47%に行われていた。心内膜炎は通常、圧ストレスの強い左心系にできるが、右心系に

できたものが3例みられ、中心静脈カテないしペースメーカーカテーテルに直接関連すると考えられる。そのほか予後の予測の誤り、遅すぎた手術、不適当なインフォームド・コンセント、家族・本人の意思に反した中心静脈栄養の続行・再開が反省すべき要因としてみられた。

表1 連続剖検500例の中の脳・心感染症

剖検番号	年齢	性	病理所見	臨床診断
1. Y7569	88	女	髄膜炎、心筋膿瘍	—
2. Y7645	75	女	髄膜炎、心筋膿瘍	—
3. Y7653	83	男	髄膜炎	—
4. Y7672	92	男	髄膜炎	—
5. Y7692	88	男	右心内膜炎	—
6. Y7694	92	女	心外膜炎	—
7. Y7710	85	女	心内膜炎	—
8. Y7732	81	男	心外膜炎	—
9. Y7739	82	女	髄膜炎	—
10. Y7750	78	男	髄膜炎	—
11. Y7764	82	女	心筋膿瘍	—
12. Y7786	74	女	脳膿瘍、心内膜炎	あり
13. Y7788	94	女	バルサルバ洞膿瘍	疑診
14. Y7793	89	女	右心内膜炎	—
15. Y7807	77	男	右心内膜炎	—
16. Y7815	68	男	髄膜炎、心筋膿瘍	—
17. Y7972	74	女	心内膜炎	あり

表2 脳・心感染症の基礎疾患、誘因

弁膜症	痴呆	がん	腎盂腎炎	他	CVライン
1.	—	—	+	—	—
2.	—	—	—	—	ガス壊疽
3.	—	+	—	—	+
4.	—	+	—	—	胆石症
5.	—	—	+	—	ペーシング
6.	—	—	+	—	—
7.	+	+	—	+	—
8.	—	+	—	—	閉塞性動脈硬化
9.	—	+	—	—	+
10.	—	+	—	—	脳梗塞
11.	—	—	+	—	真菌症
12.	+	—	—	—	弁置換術
13.	+	—	—	—	+
14.	—	+	—	+	+
15.	—	—	+	—	+
16.	—	—	+	—	真菌症
17.	+	—	—	—	—
例数	4	7	6	2	8

D. 考察

近代内科学の祖ウィリアム・オスラーは肺を外界と接し呼吸する器官の宿命として、免疫能低下・栄養低下・嚥下反射低下を基として起こる常在菌による高齢者肺炎は救命し難い病気であるとともに、安らかな死をもたらすとして「肺炎は高齢者の友」と結論した。高齢者肺炎を基本的な生物の相互作用という観点からみると、喰うものと喰われるものの関係、捕食、伝染病の延長上にあると捉えられる。

一方、脳・心はともに分裂終了細胞から成り、中心的器官で頭蓋骨、胸郭、脳血液関門、静脈系、網内系、リンパ系などで防御され、機能の不可逆的停止を以て臨終としている。脳はまた進化の産物としての人間を特徴づける個性の基である。脳・心の由来を考えればここに感染症が起こり死因となることは自然の摂理に反している。

望ましい終末医療には終末に至る前からの正しい診断、予測、それに基づくインフォームド・コンセント、最適の治療に集約される慢性期からの適切な医療が不可欠である。不適当な時期の弁置換術、不十分なインフォームド・コンセントに基づく不適当な治療の選択、免疫の低下状態で長期に亘る中心静脈栄養法が脳・心感染症の誘因としてみられる。

中心静脈カテが致命的脳・心感染症を起こす根底には、末梢と違って本法自体が高カロリー輸液、血行力学モニターを可能にする代わりに静脈炎という防御反応をバイパスするリスクがある。当センター1日の断面調査では静脈カテーテル挿入部位は末梢103例、中心29例うち鎖骨下59%、頸部21%、鼠頸部21%であった。カテーテル敗血症を起こした31例のカテ挿入部をみると末梢静脈1例、中心静脈30例うち鼠頸部70%、鎖骨下13%、頸部7%、不明10%であった。この30例の中で中心静脈栄養法離脱不能は45%に登り、死亡までカテーテルが20%で留置されていた。このように中心静脈カテーテル法は汎用されているが、鼠頸部からの挿入は敗血症の高度のリスクがあり、離脱不能という判断のもとに死亡するまで持続されているものがある。剖検にて把握される脳・心の感染症にはこのような背景がある。

当センターの剖検率は3-4割であり、脳・心感染症の頻度を外挿すると、年間400人の死亡のうち15人が該当する。臨床診断が困難であるから剖検が行われない場合は闇に葬られることになる。高齢者のための急性期病院の性格の当センターの治療が日本全国で行われると仮定すると年間50万人の高齢者が急性期病院で死亡するとして1万7000人が該当することになり、この報告に基づく反省を広めることは急務である。

E. 結論

初診の時点で正しい疾患自体の予後の見通しと適当な治療について患者・家族と話し合い、つまりインフォームド・コンセントを徹底し、その後も各時点で治療の有用性とリスクとくに中心静脈カテーテル法につき見直す姿勢がかかる例を生まないために必要である。免疫能低下、防御反応の低下がある終末期に中心静脈ラインを持続すること、または新たに行うことは慎むべきことである。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 松下 哲、稲松孝思、橋本 肇、高橋龍太郎、高橋忠雄、森 真由美、木田厚瑞、小澤利男. 終末期のケアに関する外来高齢患者の意識調査. 日老医誌 1999;36:45-51.
- 2) 西永正典、中原賢一、服部明德、土持英嗣、桑島 巖、松下 哲、小澤利男. 高齢者心不全患者と要介護状態区分の問題点. Geriatric Medicine (老年医学) 1999;37:738-745.
- 3) 亀田典佳、名倉博史、山之内博、松下 哲. Parkinson病と要介護区分. Geriatric Medicine (老年医学) 1999;37:751-757.
- 4) 金丸晶子、高橋龍太郎、宮本茂子、渋谷清子、加藤貴行、望月直哉、松下 哲. 生活機能障害の機能評価と要介護度との関係について. Geriatric Medicine (老年医学) 1999;37:758-764.
- 5) 井川真理子、平沢秀人、小山恵子、北村直人、松下 哲. アルツハイマー型老年痴呆と生活要介護状態区分. Geriatric Medicine (老年医学) 1999;37:765-768.
- 6) 江崎行芳、沢辺元司、新井富生、松下 哲、田久保海誉. 「百寿者」の死因一病理解剖の立場から. 日老医誌 1999;36:116-121.
- 7) Nakahara K, Matsushita S, Matsuoka H, Inamatsu T, Nishinaga M, Yonawa M, Aono T, Arai T, Ezaki Y, Orimo H. Insertion/deletion polymorphism in the angiotensin-converting enzyme gene affects heart weight. Circulation 2000; 101:148-151.
2. 学会発表
 - 1) 加藤貴行、金丸晶子、角谷直彦、望月直哉、井上潤一郎、田鹿妙子、稲松孝思、松下 哲、高橋龍太郎. 脳出血を合併したStreptococcus anginosus 敗血症の73歳女性例. 第30回日本老年医学会関東甲信越地方会1999 9 4 日老医誌掲載予定.
 - 2) 榎本武郎、亀田典佳、西永正典、服部明德、土持英嗣、山之内 博、松下 哲、折茂 肇. 高齢者医療における入院長期化因子の検討. 第30回日本老年医学会関東甲信越地方会1999 9 4 日老医誌掲載予定.
 - 3) 藤田博暁、内山 覚、荒畑和美、金丸晶子、西永正典、中原賢一、松下 哲. 高齢慢性心不全患者に対する包括的心臓リハビリテーション: ADL改善群と非改善群の比較. 第30回日本老年医学会関東甲信越地方会 1999 9 4 日老医誌掲載予定.
 - 4) 濱田恭子、板東充秋、名倉博史、李 久美、仲 博満、山之内 博、松下 哲. 高齢者脳血管障害における在院日数とコストの研究. 第30回日本老年医学会関東甲信越地方会 1999 9 4 日老医誌掲載予定.
 - 5) 水上昌子、大内綾子、白土陽子、西永正典、中原賢一、松下 哲、小澤利男、折茂 肇. 退院先決定におけるKey Personと患者活動度変化の検討. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 16 京都 日老医誌1999;36:110.

- 6) 桜井曜子、亀田典佳、西永正典、土持英嗣、服部明德、名倉博史、金丸晶子、高橋龍太郎、望月直哉、松下 哲. 高齢者独居脳卒中患者の自立支援における総合評価 (CGA) ・チーム医療の有用性について. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 16 京都 日老医誌1999; 36:111.
- 7) 芦田 廣、松下 哲、塩 栄夫、上坂伸宏. 自立障害の定式化. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 16 京都 日老医誌1999;36:112.
- 8) 松下 哲、芦田 廣、高橋龍太郎、塩 栄夫、上坂伸宏. 自立障害の定式化によるデータ解析. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 16 京都 日老医誌1999;36:112.
- 9) 伊藤 到、名倉博史、西永正典、谷口 泰、亀田典佳、桜井曜子、桑島 巖、山之内 博、松下 哲、竹中 克. 慢性心房細動における皮質梗塞と深部梗塞での左室重量指数の差. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 17京都 日老医誌1999;36:119.
- 10) 西永正典、中原賢一、亀田典佳、服部明德、土持英嗣、桜井曜子、桑島 巖、松下 哲、小澤利男、折茂 肇. 高齢慢性心不全患者における介護保険要介護状態区分の検討. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 17京都 日老医誌1999;36:121.
- 11) 目黒和子、木田厚瑞、藤本幸弘、目野亜希、松下 哲. 呼吸機能の加齢変化 (第3報) PaO₂ と呼吸機能 (CC) の関連に及ぼす肥満の影響. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 18京都 日老医誌1999;36:145.
- 12) 亀田典佳、金丸晶子、桜井曜子、西永正典、服部明德、土持英嗣、名倉博史、山之内 博、松下 哲. パーキンソン病患者のBarthel Index (BADL) を用いた要介護状態区分決定の試み. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 18京都 日老医誌1999;36:154.
- 13) 服部明德、西永正典、亀田典佳、桜井曜子、土持英嗣、松下 哲. 高齢者アセスメント表を用いた総合評価の検討. 第41回日本老年医学会学術集会・総会1999 6 18京都 日老医誌1999; 36:154.
- 14) 金丸晶子、高橋龍太郎、宮本茂子、渋谷清子、加藤貴行、角谷直彦、桜井曜子、望月直哉、松下 哲. 生活機能障害患者の機能評価と要介護度の関係について. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 18京都 日老医誌1999 ;36:156.
- 15) 井川真理子、北村直人、小山恵子、平沢秀人、高橋祥友、渥美義賢、熊倉徹雄、松下 哲、折茂 肇. アルツハイマー型老年痴呆患者における要介護状態区分の判定. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 18京都 日老医誌 1999;36:156.
- 16) 大山 修、矢澤知子、佐藤満希子、西永正典、中原賢一、松下 哲、小澤利男、折茂 肇. 高齢慢性心不全患者における外来時服薬変更の検討. 第41回日本老年医学会学術集会・総会 1999 6 18京都 日老医1999;36:156.
- 17) 金丸和富、名倉博史、山之内 博、松下 哲、清水淑子、宇田川優子、店橋光枝. パーキンソン病入院例の検討ークリティカルパス施行に向けて. 第31回日本老年医学会関東甲信越地方会 2000 3 18 日老医誌掲載予定.
- 18) 上宮 文、土持英嗣、西永正典、亀田典佳、深山牧子、松下 哲、杉浦むつみ、大前由紀雄、国分江美佳、岡田澄子、金丸晶子. 重症心疾患治療後の合併症と廃用症候群のため入院長期化した1例. 第31回日本老年医学会関東甲信越地方会 2000 3 18 日老医誌掲載予定.
- 19) 西永正典、中原賢一、土持英嗣、桑島 巖、松下 哲、小澤利男. 高齢慢性心不全患者に対する包括的チーム医療システムの有用性. 第63回日本循環器学会学術集会1999 3 27東京. パネルディスカッション「循環器病学と社会との接点ー予防から社会復帰までのcost-benefitと医療費の動向. 日循学誌1999;63 suppl:79.
- 20) 西村敬史、上田清悟、仲 博満、辻 多恵子、渡邊剛士、西永正典、今井 保、坂井 誠、桑島 巖、松下 哲. 除細動後シベンゾリン投与中に再発した心房細動に対する低用量ベプリジルの有用性ー心房細動の電気生理学的多様性. 第63回日本循環器学会学術集会1999 3 29 日循学誌1999;63 suppl:362.

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

緩和療法の選択に関する研究
—終末期癌患者に対するガイドラインに基づいた輸液治療の妥当性の検討—

分担研究者 千原 明
聖隷三方原病院 ホスピス所長

研究要旨

終末期癌患者に対するガイドラインに基づいた輸液治療の妥当性について、ANPを容量負荷の指標として検討した結果、ガイドラインの適切さが示唆された。

A. 研究目的

終末期癌患者に対する適正な輸液に関するガイドラインを定めることは、患者のquality of lifeを向上させ、かつ、医療経済的にも重要であると考えられる。本研究は、ガイドラインに基づいた輸液治療の妥当性を、容量負荷の程度をANPを指標として検討するために行われた。

B. 研究方法

1999年2月から12月までの聖隷ホスピスに入院している、コミュニケーションが可能な終末期癌患者が、臨床上の必要性から血液検査を受けたときに、ANPを測定し臨床症状を記録した。

患者は、表1に定めるガイドラインにしたがって輸液を受けた。

（倫理面への配慮）

本研究は通常の臨床行為の範囲内であり、患者は日常臨床を上回る負担を受けないと判断したため、倫理委員会等での審理は求めなかった。

C. 研究結果

入院患者116例に対して、のべ213回の血液検査が行われた。そのうち、Palliative Performance Scale (PPS) が60以上のもの (n=10)、ガイドラインにしたがった輸液を受けた後に血液検査の機会がなかったもの (n=56) をのぞく50例について、もっとも死亡に近い検査結果を解析に用いた。

患者は、男性37例、女性13例、平均年齢は64±13歳、原疾患は、大腸癌・直腸癌 (n=14)、胃癌・食道癌 (n=8)、肺癌 (n=8)、卵巣・子宮癌 (n=3)、乳癌 (n=4)、尿路系癌 (n=4)、膵臓癌 (n=2)、その他であった。死亡例 (n=38) の生存期間の中央値は23日 (1~137) であった。

経口摂取量は、40% (n=20) が数割程度、32% (n=16) が数口以下であった。48時間前に輸液を受けたものは40% (n=20) で、平均輸液量は、697±509 ml/日 (中央値=650) であった。

1. 検査所見上の水・電解質異常は軽度であった (表2)。
2. ANPが低値 (≤15) であった8例 (16%)、正常 (16~89) であった37例 (74%)、高値 (≥90) であった5例 (10%) における輸液量の平均は、それぞれ、657±671、231±409、25±35ml/日であり、ANPによる脱水例では輸

液量は多く、容量負荷例では輸液量が少ない傾向があった (P=0.15)。

3. ANPが低値であった8例、高値であった5例の詳細を表3に示す。

ANPが低値であった症例では、患者にとって苦痛な体液過剰兆候がなく、患者が希望する限り、積極的に輸液が行われていた。一方、ANPが高値であった症例では、全例において積極的な輸液は行われておらず、2例では心不全の治療歴があった。

4. 胸水、腹水、浮腫の寄与因子を求めた結果、いずれも、ANP、輸液量との関連はなかった (表4)。胸水は肺転移、胸膜転移と、腹水は低栄養、肝機能障害、腹膜転移と、浮腫は低栄養と関連していた。

D. 考察

ガイドラインにしたがって輸液を受けた終末期癌患者において、死亡23日前 (中央値) の検査結果では、ANPの値から、脱水が16%、容量負荷が10%に認められたが、74%ではANPは正常範囲であった。

脱水例では、積極的に輸液が行われていたが、体液過剰による症状が著明なため輸液を行えない症例があった。容量負荷例では、いずれも輸液は行われておらず、輸液によらない要因、例えば、以前からの心機能の低下が原因と考えられた。

また、胸水、腹水、浮腫の寄与因子を求めたが、いずれも、ANPや輸液との関連はなかった。

以上の所見は、終末期癌患者に対する輸液治療における、このガイドラインの妥当性を示唆するものであると考えられた。

E. 結論

本研究で定めた輸液のガイドラインは、臨床的に有用である可能性があると考えられた。

F. 研究発表

論文発表

- 1) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S, Adachi I: Three dimensions of the rehydration-dehydration problem in a palliative care setting. J Palliat Care 15 (2): 60-61, 1999

2) Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S:
Perceptions and decision-making on
rehydration of terminally ill cancer
patients and family members. Am J Hospice
Palliat Care 16: 509-516, 1999

研究協力者

井上 聡 (聖隷三方原病院 ホスピス科長)

表1 輸液のガイドライン

- ・症状を呈する胸水、腹水、浮腫が存在し、患者が輸液を行わないことに合意する場合には行わない。

- ・輸液により緩和の可能性が期待される苦痛な症状があり、患者が輸液の開始に合意する場合は、適応とする。

対象とする症状は、1) 嘔吐・下痢・高カルシウム血症・高血糖・利尿剤の過剰投与などによる急性の脱水、あるいは、2) オピオイド代謝産物の蓄積によるオピオイド毒性とする。

臨床的に原因を脱水のみに求めることができない、慢性的な口渇や全身倦怠感を含めない。

- ・以上のいずれにも該当しない場合には、身体的条件のみならず、心理的・社会的適応を考慮して決定する。

- ・輸液施行中に、胸水、腹水、浮腫が増悪した場合、患者の希望を尊重した上で、輸液の減量・中止を考慮する。

Table 2 Summary of laboratory findings

	Mean± S.D.
Total protein (mg/dl)	5.5±0.85
Albumin (mg/dl)	3.1±0.62
Uric acid (mg/dl)	5.1±2.5
BUN (mg/dl)	25±18
Creatinine (mg/dl)	0.97±0.52
Sodium (mmol/l)	137±4.4
Potassium (mmol/l)	4.5±0.63
Calcium (mg/dl)	8.4±0.79
Osmolality (mOsm/kg)	285±11
Hematocrit (%)	33±6.5
ANP (pg/ml)	45±39

Table 3 Clinical features of patients with abnormal ANP values

Backgrounds			ANP levels		Hydration		Bowel function		Fluid retention symptoms				
Survival days	Age	Sex	Primary site	ANP	Contributing factors to ANP	Hydration ml/day	Clinical reasons for not hydrated	Oral intake	Obstruction	Pulmonary secretion †	Pulmonary Effusion †	Ascites †	Edema †
Cases with ANP ≤ 15													
18	52	M	大腸	8		550		moderate	upper b				
29	61	F	乳	10		600		moderate					
14	51	M	直腸	10		1000		mouthfuls	lower	+		+	++
6	63	F	直腸	4.3		1300		mouthfuls	multiple				+
21	73	M	胃	10		1800		mouthfuls	upper				+
69	69	M	直腸	15		0	pulmonary effusion	mouthfuls	upper b	+	++		
8	74	M	前立腺	10		0	(moderate intake)	moderate					+
49*	64	M	大腸	12		0	(moderate intake)	moderate					
Cases with ANP > 90													
10	71	F	卵巢	110		75	edema	mouthfuls	multiple			+	++
23	76	F	肺	140		50	pulmonary effusion	moderate			++		
65	77	F	大腸	220	Myocardial infarction	0	(full oral intake)	full				+	++
14	64	M	頭頸部	99	hypertension	0	edema	mouthfuls				+	++
21*	71	F	乳	120		0	(full oral intake)	full				+	++

*: survived at the end of observation periods, b: compressed by enlarged liver

† +: present and asymptomatic, ++: symptomatic; ††: on feet or hands, †††: on legs or arms

Table 4 Medical factors for fluid retention symptoms

	Pleural effusion		Ascites		Edema	
	Presence (n=18)	Absence (n=32)	Presence (n=18)	Absence (n=32)	Presence (n=25)	Absence (n=25)
Hydration						
ANP	44±33	46±42	53±50	41±31	48±44	42±33
Hydration volume (ml/48hr)	239±418	301±499	274±436	281±492	351±540	206±380
Nutritional status						
Total protein	5.5±0.73	5.4±0.92	<u>5.1±0.80**</u>	5.7±0.80	<u>5.0±0.83**</u>	5.9±0.62
Albumin	3.2±0.62	3.0±0.62	<u>2.6±0.49**</u>	3.3±0.54	<u>2.7±0.48**</u>	3.5±0.47
Cholinesterase	125±72	99±44	<u>71±30**</u>	130±56	<u>78±36**</u>	139±56
Cardiac function						
Heart rate	82±15	82±17	83±18	81±15	83±19	81±13
CTR	50±6.4	48±5.3	49±5.9	49±5.7	49±5.5	49±6.0
Renal function						
BUN	24±23	25±15	32±26	21±9.5	29±23	21±11
Creatinine	0.89±0.38	1.0±0.59	1.0±0.48	0.93±0.55	0.94±0.37	0.99±0.65
Liver function						
Total bilirubin			<u>2.9±5.7 †</u>	0.79±5.7		
Local metastasis						
Lung metastasis	<u>61% (n=11) †</u>	25% (n=8)				
Pleural metastasis	<u>67% (n=12) † †</u>	6.3% (n=2)				
Peritoneal metastasis a)			<u>88% (n=15) † †</u>	29% (n=9)		
Liver metastasis b)			53% (n=9)	28% (n=8)		

*: P<0.05, **: P<0.01 (t-test), †: P<0.05 (Mann-Whitney U-test), ‡: P<0.05, † †: P<0.01 (chi square test)
a: n=48, b: n=46 because of missing data

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
分担研究報告書

告知・尊厳死・死生観に関する研究

分担研究者 植村 和正
名古屋大学医学部第三内科助手

研究要旨

高齢者終末期医療における「鎮静」療法のガイドラインを作成するため、全国のホスピスおよび緩和ケア病棟の責任者にアンケート調査を行った。調査結果を基に、各施設からの意見を参考に本研究班員で議論を行い、本研究班の「ガイドライン案」を作成した。作成過程では以下の点が議論の対象となった。

1. ガイドラインの適用範囲
2. 「鎮静」の深さ
3. 対象となる苦痛
4. 高齢者に対する配慮

その他に、「自律性」が必ずしも「害を与えない」という倫理原則よりも上位とはいええないのではないか、あるいは、日本人の文化風土に配慮した医療倫理は時に「自己決定権」と相容れない状況があるのではないか、という批判に対して、日本社会に根付くようなガイドラインのあり方を模索する必要性が明らかとなった。

「ガイドライン案」に対する名古屋大学老年科医局員全員を対象としたアンケート結果を現在分析検討中である。その結果を参考に「ガイドライン案」をさらに修正、日本老年医学会評議員にアンケート調査を行う予定である。

A. 研究目的

緩和医療の一環として、終末期後期から死亡直前の患者に「鎮静」が施されることは稀ではない。「鎮静」療法はあくまで苦痛の緩和を目的とするが、意図的に患者の意識レベルを低下させる行為であり、その適用には慎重な配慮が望まれる。基本的には「自己決定」の原理に則り、患者の意思、希望に基づいて行われるべきであるが、高齢者の場合は「鎮静」療法に限らず家族の意思が優先される傾向にある。また、高齢者の終末期においては痴呆の合併など、患者本人の意思確認が困難な状況も考えられる。このような背景にあって、一定の標準化された「鎮静」療法指針（ガイドライン）の存在は、医療倫理的判断が医師の恣意性に委ねられる危険を最小限にする。

高齢者終末期医療における「鎮静」療法が倫理的で効果的に行われるように、「鎮静」療法のガイドラインを作成することを本研究の目的とする。

B. 研究方法

1. ホスピス（緩和ケア病棟）に対する調査
緩和医療の専門医である全国のホスピスおよび緩和ケア病棟の責任者にアンケート調査を行った。
 - ①聖ヨハネ会桜町病院ホスピス病棟の協力で、現在使用されている「鎮静」のガイドラインを使用した（「ガイドライン例」）。
 - ②全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会加盟全施設（82施設）に対してアンケートを郵送、記入後返送により回収した。
 - ③調査結果を基に、各施設からの意見を参考に本研究班員で議論を行い、本研究班の「ガイドライン案」を作成した。
2. 老年科医に対する調査
 - ①上記「ガイドライン案」に対するアンケートを

名古屋大学老年科医局員全員に対して配布し、記入後回収した。

- ②①の結果を参考に「ガイドライン案」をさらに修正、日本老年医学会評議員にアンケート調査を行う。

（倫理面への配慮）

今回の調査研究は医師を対象とし、その考えを問うものであり、特に倫理的配慮は必要ないと考えた。

C. 研究結果

1. ホスピス（緩和ケア病棟）に対する調査
 - ①50施設から回答を得た（回収率61%）。4施設においてのみ同様の「ガイドライン」が存在した（8%）。26施設において、医師間で統一した見解があるとの回答であった（53%）
 - ②46施設が「ガイドライン例」の内容に概ね賛同した（92%）。
 - ③33施設（69%）が「ガイドライン例」は高齢者においても適用可能と回答したが、15施設（31%）が高齢者に対する特別な配慮が必要と答えた。
 - ④その他、郵送された4施設の「ガイドライン」と、多くの自由記述を基に、班員で議論を行い、本研究班の「ガイドライン案」を作成した。
2. 老年科医に対する調査
現在、アンケートを回収、集計中である。

D. 考察

聖ヨハネ会桜町病院ホスピス病棟の協力で、「ガイドライン例」を用いたアンケート調査を行うことができた。全国のホスピス・緩和ケア病棟に対する高い回収率の調査結果により、その「ガイドライン例」が緩和ケア専門医にとって妥当と考えられるものであるこ

と、さらに高齢者に対しても概ね適用可能であることが明らかとなった。

以上から、「ガイドライン例」に基づいて本研究班の「ガイドライン案」を作成したが、以下の点が議論の対象となった。

1. ガイドラインの適用範囲

鎮静療法は終末期に限らずに施行されうる措置であるが、今回の「ガイドライン」で対象とする「鎮静」は、「終末期」に限定した。広範囲な「鎮静」療法を取り上げるのは、技術的な困難さと、結果として、複雑化した「ガイドライン」では、一般病棟での現実的有効性が乏しくなると考えたからである。

2. 「鎮静」の深さ

「鎮静」はその深さにより、周囲とのコミュニケーションが可能な浅い「鎮静」と、コミュニケーションが不可能な深い「鎮静」に分類することが可能である。緩和ケア専門医にとってはその使い分けが比較的容易ではあっても、時に意図しない深さの意識低下が結果的に得られることがあるため、一般内科・外科医や老年科医では、「鎮静」の深さを意図的に操作することは困難と考えられる。

このガイドラインでは、求めている効果が得られる限りにおいて、できるだけ「鎮静」は浅い方がいい、という立場をとることで、「鎮静」の深さを分類として挙げなかった。

3. 対象となる苦痛

「鎮静」の対象となる苦痛には、身体的苦痛以外に「スピリチュアルペイン」、「不安」、「抑うつ」のような精神的苦痛や苦悩がある。本ガイドラインでは対象から除外したが、これは、一般内科・外科医あるいは老年科医が「スピリチュアルペイン」の概念に十分精通しているとは限らないこと、「不安」や「抑うつ」が拡大解釈されるおそれを考慮したものである。緩和医療に精通した医師の場合、これら精神的苦痛も適応とすることは可能と思われる。

4. 高齢者に対する配慮

緩和ケア専門医に対するアンケート調査では、高齢者に対しても非高齢者のそれが概ね適用可能であろうと考えられたが、本ガイドラインの趣旨が「高齢者終末期医療における自己決定の実現」を目指すものであることを考慮し、薬剤投薬量、身体的および知的個性、痴呆症の合併、社会的圧力を配慮項目として挙げた。

以上の問題点を整理しながらの作業により、本研究班ガイドライン案の作成に至ったが、根底には「患者の自己決定権」の尊重という理念が存在する。しかしながら、「自己決定権」およびその前提となるインフォームド・コンセントのあり方においても根元的な疑問が投げかけられている。

1. 説明をすることが患者や家族を不安にさせると考えられる場合、特に終末期に至までの病状の変化を受容できずに不適応に至っている場合、説明しない方が倫理的ではないか。つまり、「自律性」が必ずしも「害を与えない」という倫理原則よりも上位とはいえないのではないかと、という問題提起である。この点に関しては、本ガイドライン補注(8)において、「ただし、「死に対する不安からの防御機構」として、患者自身は「知ることを望まない」状況にある場合があることに、十分注意す

る。」と述べた。

2. 個人の意思を尊重するという原則を現在の高齢者世代に無批判に適用することは、個人主義的自由主義思想のなかで育った世代のエゴの押しつけではないか。つまり、日本人の文化風土に配慮した医療倫理は時に「自己決定権」と相容れない状況があるのではないかと、という批判である。

今後の調査研究で、上記の点も踏まえた、日本社会に根付くようなガイドラインのあり方を模索する予定である。

E. 結論

高齢者終末期医療における「鎮静」療法のガイドラインを作成するため、全国のホスピスおよび緩和ケア病棟の責任者にアンケート調査を行った。調査結果を基に、各施設からの意見を参考に本研究班員で議論を行い、本研究班の「ガイドライン案」を作成した。

作成過程では以下の点が議論の対象となった。

1. ガイドラインの適用範囲

2. 「鎮静」の深さ

3. 対象となる苦痛

4. 高齢者に対する配慮

その他に、「自律性」が必ずしも「害を与えない」という倫理原則よりも上位とはいえないのではないかと、あるいは、日本人の文化風土に配慮した医療倫理は時に「自己決定権」と相容れない状況があるのではないかと、という批判に対して、日本社会に根付くようなガイドラインのあり方を模索する必要性が明らかとなった。

上記「ガイドライン案」に対する名古屋大学老年科医局員全員を対象としたアンケート結果を現在分析検討中である。その結果を参考に「ガイドライン案」をさらに修正、日本老年医学会評議員にアンケート調査を行う予定である。

F. 研究発表

1. 論文発表

①植村和正, 井口昭久. 「安楽死」と「尊厳死」—法律的考察—. 生命倫理 9:116-120 1999

② Y. Masuda, M. Fetters, E. Muto, N. Mogi, H. Ikari, H. Endo, H. Shimokata, A. Iguchi, K. Uemura. Outcomes of written living wills in Japan: a survey of the deceased's families. Bioethics Forum. in press, 2000

③植村和正, 井口昭久. III. 高齢者の薬物療法 8. 代謝性疾患薬の使い方. 総合臨床「高齢者診療ガイド—介護保険に向けて—」 48:1172-1175 永井書店 1999

④植村和正, 井口昭久. II. 各論 2. 臨床化学検査の高齢者基準値 B. 耐糖能. 高齢者の臨床検査基準値—中外医学社 1999

⑤植村和正, 井口昭久. セミナーA. 病院から在宅医療へ 7. ターミナルケア. 臨床医「臨床医に必要な在宅医療、介護の知識」 26:34-36 中外医学社 2000

⑥植村和正. IV. 介護・医療・福祉 3. 終末期医療に関する諸問題. 高齢者の終末期医療の特徴. 老年学概論—サイエンスから介護まで 印刷中 名古屋大学出版会 2000

2. 学会発表

①植村和正, 益田雄一郎, 茂木七香, 武藤恵美子, 下

- 方浩史, 井口昭久. 病名及び病態告知の対象者－
内科専門医に対するアンケート調査－. 第41回
日本老年医学会学術集会 1999年6月16-18日
- ②益田雄一郎, 植村和正, 下方浩史, 武藤恵美子, 茂
木七香, 井口昭久. リビングウィルや代理人制度
とそれらの法的整備に関する意識調査－内科專
門医に対するアンケート調査より－. 第41回日
本老年医学会学術集会 1999年6月16-18日
- ③山本隆一, 三浦悟, 浅井幹一, 川北美奈子, 益田雄
一郎, 葛谷雅文, 井口昭久, 植村和正, 小竹伴照,
梶原俊夫, 若井建志, 大野良之. 病棟における
FIM 得点と介助時間実測値の検討－右、左片麻痺
群間における相違について－. 第10回日本老年
医学会東海地方会 1999年11月25日
- ④益田雄一郎, 葛谷雅文, 井口昭久, 植村和正. 介護
在宅サービス提供に際して発生する通信業務に関
する研究～第2報～. 第71回中部地区老年医学懇
話会 2000年2月19日
- ⑤植村和正. 終末期医療の目標. 日本老年医学会
の立場. 第4回「老年医学」市民公開講演会
おとしよりの介護と医療－しあわせに天寿を全
うするとは－1999年9月11日

高齢者終末期医療における鎮静 (Sedation) のガイドライン案

1. 定義：

「終末期医療における鎮静 (Sedation)」とは、標準的緩和治療によっては、病状の悪化に伴う苦痛が緩和できない場合に、患者を苦痛から解放するため、また家族が安心してその後の患者の経過を見守ることができるように、医療者が薬剤を使用して、一時的あるいは持続的に、患者の意識レベルを低下させる医療行為をいう。

2. 鎮静の分類：(1)

(1) 継続時間

- ・一時的鎮静
- ・持続的鎮静

(2) 鎮静の意図

- ・一次的鎮静：意識の低下のみを意図
- ・副次的鎮静：症状の緩和を目的とする薬物使用の結果、意識レベルが低下した場合 (2)

3. 対象となる身体的苦痛 (3)

- ・疼痛
- ・呼吸困難
- ・全身倦怠感
- ・吐気
- ・過活動型せん妄

4. 適応となる条件：

- (1) 他のいかなる方法にても苦痛を緩和する事が出来ない。(4)
- (2) 患者の死が避けられず、かつ死期が迫っている。(5)
- (3) 患者の苦痛が著しい。
- (4) 患者および／あるいは家族が以下の点について十分説明され、了解している。
 - ①適応となる症状から患者を解放するためには、薬剤を使用して意識レベルを下げる以外に方法がないこと。
 - ②一時的鎮静の場合には、一定時間後に覚醒できる見込みであるが、持続的鎮静の場合には、その後有効なコミュニケーションをとることは難しくなること。
 - ③鎮静は適切に行なわれれば、直接的に命を短縮することを示す根拠はない。ただし、全身状態が極度に悪化している場合、鎮静薬の副作用による死亡が生じる可能性があること。(6)
- (5) 患者および／あるいは家族が、苦痛に耐えることより鎮静により意識を低下することを希望している。

患者と家族の想いが異なる場合、患者の意思を尊重する。(7)
- (6) 以下の場合、以前の文書・口頭による意思、または、患者を十分に知る家族からの情報による推定的意思で許される。(8)
 - ・肝不全による不穏のように、鎮静時期に患者の意思の確認が困難なとき
 - ・痴呆症などで患者が判断能力を欠くとき
- (7) 患者および／あるいは家族の判断は、合理的、自発的で、一時的ではない。
- (8) 患者のケアにかかわっている医療スタッフが、鎮静の目的を理解し、その施行に同意している。
- (9) 鎮静開始に至った状況はカルテに記録・保存されること。

5. 鎮静療法の原則：

夜間のみ又は日中2～3時間の一時的鎮静から開始し、患者本人及び家族の希望に合わせて、一時的鎮静又は持続的鎮静を行う。また、薬剤の急速静注や筋肉注射は避け、持続皮下注入や持続点滴又は経直腸投与により、安全かつ確実に行うことが原則である。

6. 持続鎮静の中止または中断 (9)：

医療者だけの判断で鎮静を中断しない。ただし、たとえ鎮静開始後であっても、家族、医療スタッフの誰かが疑問を感じた時には、いつでも家族・スタッフ間で再検討し、鎮静中断後に予想される状況を話し合った後に、家族の希望によって中断されることはある。

7. 高齢者に対する配慮：

- (1) 投薬量：一般薬物療法と同様に、少量の薬剤量から開始し、効果を確認しながら増量する。
- (2) 個別性

- ・身体的：高齢者の場合は、肝・腎機能等に個人差が大きいことに注意する。
- ・知的：高齢者の場合は、理解力・判断力に個人差が大きいことに注意する。
- (3) 痴呆症：痴呆の合併により判断力の低下している可能性が、非高齢者よりも高いことに注意する。
- (4) 社会的圧力：高齢者の場合は、「家族に迷惑をかける」とか、「老人にお金をかけるのは社会的に無駄」、といった社会通念が、患者の本来の希望の表明を妨げる可能性があることに注意する。

8. 持続的鎮静開始後の医療やケアについて：

- (1) 鎮静する以前より使用していた疼痛コントロールのための鎮痛剤や鎮痛補助剤は、そのまま併用する。
- (2) 代替療法、口腔ケア・褥創処置・清拭、入浴、排泄は、鎮静開始前に患者の意向が確認できていればそれに基づき、確認できていなかった場合は患者を十分に知る家族からの情報による推定的意思に基づき、最適と思われる方法を選択する。
- (3) 鎮静中も患者の聴覚は最後まで保たれ、家族の呼びかけが患者に伝わる可能性があることを説明する。
- (4) 環境の整備、家族へのサポートは、鎮静開始前と同じく従来通り行う。(10)

補注：

- (1) ここで挙げた以外に、鎮静の深さにより、周囲とのコミュニケーションが可能な浅い鎮静と、コミュニケーションが不可能な深い鎮静に分類することが可能であるが、鎮静の深さを意図的に操作することは時に困難である。このガイドラインでは、求めている効果が得られる限りにおいて、できるだけ鎮静は浅い方がいい、という立場をとることで、鎮静の深さを分類として挙げなかった。
- (2) 呼吸困難に対するオピオイドや、過活動型せん妄に対する向精神薬の使用により、患者が傾眠状態となっても、それを好ましい結果と考えて、薬物を意図的に減量しない場合などが相当する。
- (3) 「スピリチュアルペイン」、「不安」、「抑うつ」のような精神的苦痛や苦悩は、本ガイドラインでは対象から除外したが、これは、一般内科医あるいは老年科医が「スピリチュアルペイン」の概念に十分精通しているとは限らないこと、「不安」や「抑うつ」が拡大解釈されるおそれを考慮したものである。緩和医療に精通した医師の場合、これら精神的苦痛も適応とすることは可能と思われる。
- (4) “他のいかなる方法”とは、その時点での国内的にも国際的にも、最も適切であると考えられている最新の知識や研究に基づいたものであること。
- (5) 今回の「ガイドライン」で対象とする「鎮静」は、「終末期」に限定した。広範囲な「鎮静」療法を取り上げるのは、技術的な困難さと、結果として、複雑化した「ガイドライン」では、一般病棟での現実的有効性が乏しくなると考えたからである。
- (6) 仮にそうであった場合、「鎮痛薬を適切な量で使ったことが死を早めることになったとしても、それは過量投与によって意図的に命を絶つことと同じにならない。適切な痛みの治療法が死を早めることになったとしたら、尊厳のある、容認できる生活状況を維持するのに必要な治療手段にさえ耐えられないほどに、患者の状態が悪化していたことを意味するだけである。」(1990年：WHO)の見解を支持する。
- (7) ただし、患者の思いを家族に直接聞いてもらう機会をつくり、家族が鎮静の必要性和内容を納得出来るよう努力する。
- (8) 入院後適当な時期に、患者および家族と最終段階における医療について話し合うことが可能ならば、この際に、覚醒した状態のままでは解決困難な状況に対して、鎮静療法があることを伝え、そのような状況になった場合の、患者および家族の希望を確認しておくことが望ましい。ただし、「死に対する不安からの防御機構」として、患者自身は「知ることを望まない」状況にある場合があることに、十分注意する。
- (9) 持続的鎮静の結果、それまでの苦痛症状が改善されると、家族は鎮静の続行に疑問を抱くこともある。したがって、医療者は家族に対して、施行されている鎮静についての疑問を適宜確認することが大切である。
- (10) 患者と接する際の挨拶や声かけなど、すべての医療やケアを丁寧に誠実に行う。

高齢者が望む「終末期医療」についての質的分析法を用いた研究

分担研究者 武藤恵美子

名古屋大学大学院医学研究科健康社会医学専攻発育・加齢講座老年医学

研究要旨

高齢者自身が終末期医療の問題について、実際にどのように考え、自分自身の問題としてどのような希望を持っているかを知るために、高齢入院患者を対象に聞き取り調査を行った。その結果、概して家族や医療従事者、そして「自然の摂理」といった概念の影響を受け、終末期の希望という「個人の権利」が沈黙する関係性が明らかになった。日本においては、我が国独自の「患者の自己決定」のあり方が存在している可能性が大きく、欧米諸国で議論されている「患者自律の原則」が必ずしも当てはまらないことが示唆された。今回の研究によって、我が国の終末期医療における「患者の自己決定権」の構造を明らかにしていく作業の重要性が示された。

A. 研究目的

米国や欧州の一部の諸国では、医療における「患者の自己決定権」の考え方が「患者自律の原則」との関連で議論され、医療倫理学の分野で一つの研究課題となっている。そのような欧米諸国と比較すると、我が国では社会保障制度、宗教的素地、生命倫理学の成熟度、医療経済などの面で多く環境の相違が認められる。文化的背景の異なる欧米諸国において議論されている「患者の自己決定権」が、そのまま日本の社会に受容されるかについては議論の分かれるところであろう。現在我が国においてもにわかに注目を集めている、いわゆる「尊厳死」問題についても、自己決定権という「人権」の観点から議論される場合が多く、日本人の「死生観」といった観点、あるいは「法的整備」といった社会制度まで含んだ観点で議論されなければならない問題である。

高齢者自身が終末期医療の問題について、実際にどのように考え、自分自身の問題としてどのような希望を持っているかを知ることによって、高齢者の終末期医療の問題とその自己決定権の関係を検討することを今回の研究の目的とした。

B. 研究方法

1999年4月から9月にかけて、名古屋大学医学部附属病院老年科に入院した65歳以上の患者を対象とした。そしてその対象のうち、1)意志疎通が可能な患者、2)主治医が承諾した患者、計20名を被験者とした。そしてその20名に、1)自らの終末期に対する希望、2)病名病態告知に関する考え、3)終末期の医療処置への関与に関する考え方、4)「死」に対する考え方などの問題について、半構造的質問紙を用いて聞き取り調査を行った。そしてその記述データを用い、質的分析法によって高齢入院患者の望む終末期医療のあり方やその死生観との関係を示す仮説モデルの構築を行った。

(倫理面への配慮)

個人的な考えを録音することによって記録することから、この研究の趣旨と方法、及び記録の管理方

法を被験者に説明した。そしてこの研究に対して参加することを同意した患者のみ調査対象とした。また得られたデータを分析する際には、不特定多数の研究者にデータを開示せず、この研究に責任を持って取り組んでいる一部の関係者にのみデータを開示し、情報の漏洩を防止した。

C. 研究結果

図1に分析の結果構築した仮説モデルを示す。入院中の高齢患者の終末期医療に関する意識構造を大きく形成している領域として、1)自然、2)家族、3)自己の希望、4)医療/医療従事者が浮かび上がった。それらの領域は、その領域自体にいくつかの構成要素を有している。例えば家族という領域においては、その内部で、1. 価値観の共有、2. 共通の利益、3. 個人の権利と家族の論理との相克、3. 自己決定の軽視、といった要素が互いに関係しあっている。また医療従事者の領域では、1. 権威に対する畏敬、2. 現実社会への適応、といった要素が存在していた。これらの領域はそれぞれが肯定的にも、そして否定的にも関係し合い、終末期の自己決定に大きな影響を与えていた。概して家族や医療従事者、そして「自然の摂理」といった概念の影響を受け、終末期の希望という「個人の権利」が沈黙する関係性が明らかになった。

D. 考察

欧米諸国においては、「患者の自律」が絶対的倫理価値を有しているという立場を取る医療倫理学者が多数存在している。その立場で今回の結果を解釈すれば、様々な領域の、多くの要素によって、影響を受けている今回の被験者の「自己決定権」は、不当に侵害されているのであり、影響を与えている要素が有している倫理的問題を議論しなければならない。ところが我が国において、「患者の自律」が絶対的な考え方ではないことを、今回の分析は示している。「患者の自律」という領域は存在せず、その一つの要素であると仮定される「自己決定権」についても他の領域の構造の中に取り込まれた形となっている。つまり我が国においては、我が国独自の「患者の自己決

定]のあり方が存在している可能性が大きく、今回の研究によって、その構造を明らかにしていく作業の重要性が示された。

E. 結論

高齢入院患者の終末期医療に対する意識構造は、そのあり方について患者の自己決定のみで意思決定される構造ではなく、1)宗教的要素をも含有した自然という概念、2)家族、3)医療従事者、といった独立した要素を持った領域の相互の関係性のなかで意思決定される構造を有していた。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) Yuichiro Masuda, Michael D. Fetters, Hiroshi Shimokata, Emiko Muto, Nanaka Mogi, Akihisa Iguchi, Kazumasa Uemura.
Outcomes of written living wills in Japan: a survey of the deceased's families.
Bioethics Forum 2000(in press)
- 2) Hatuyo Kano, Toshio Hayashi, Emiko Muto, Daigo Sumi, Thakur Navin Kumar, Akihisa Iguchi.
A HMG-CoA reductase inhibitor improved regression of atherosclerosis without affecting serum lipid level-Relevance of upregulation of eNOS
Biochem Biophys Res Commun 259:414-419, 1999
- 3) Toshio Hayashi, Emiko Muto, Hatuyo Kano, Daigo Sumi, Thakur Navin Kumar, Akihisa Iguchi
Endothelium-dependent relaxation of rabbit atherosclerotic aorta was not restored by control of hyperlipidemia: The possible role of peroxynitrite
Atherosclerosis 147:349-367, 1999
- 4) Toshio Hayashi, Teiji Esaki, Emiko Muto, Hatuyo Kano, Yukako Asai, Daigo Sumi, Thakur Navin Kumar, Jayachandran Muthuvel, Akihisa Iguchi
Dehydroepiandrosterone retards atherosclerosis formation through the conversion to estrogen: The possible role of nitric oxide
Arterioscler Thromb Vasc Biol 20:782-792, 2000
- 5) Toshio Hayashi, Teiji Esaki, Emiko Muto, Hatuyo Kano, Daigo Sumi, Thakur Navin Kumar, Akihisa Iguchi
Physiological concentration of 17 β estradiol retards the progression of severe atherosclerosis induced by cholesterol diet plus balloon injury via NO
Arterioscler Thromb Vasc Biol 2000(in press)

2. 学会発表

- 1) 益田雄一郎、植村和正、下方浩史、武藤恵美子、茂木七香、井口昭久
リビングウイルや代理人制度とそれらの法的整備に関する意識調査—内科専門医に対するアンケート調査より—

第41回日本老年医学会学術集会 1999. 6. 16-18 京都
2) 植村和正、益田雄一郎、茂木七香、武藤恵美子、下方浩史、井口昭久

病名及び病態告知の対象者—内科専門医に対するアンケート調査—

第41回日本老年医学会学術集会 1999. 6. 16-18 京都
3) 林登志雄、加納初世、武藤恵美子、江崎貞治、井口昭久

エストロゲンの抗動脈硬化作用における濃度の影響—内膜擦過+高コレステロール負荷による進行動脈硬化モデル(家兎)を用いて—

第31回日本動脈硬化学会 1999. 6. 24, 25 宮崎

図 1

