

厚生科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究

平成12年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 内藤 通孝

平成13（2001）年3月

目 次

I. 総括研究報告書

自己決定権・告知・尊厳死に関する研究

- －医学生に対する「死の教育」プログラム実施効果に関する研究－ 1
内藤 通孝

II. 分担研究報告書

1. 患者の治療選択・告知に関する研究

- －終末期における無益な医療に関する研究－ 3
中原 賢一

2. 告知・尊厳死・死生観に関する研究 5

植村 和正

(資料) 資料1・高齢者終末期医療における
鎮静 (Sedation) のガイドライン案

資料2・高齢者終末期医療における
鎮静 (Sedation) のガイドライン修正案

3. 自己決定権および医療行為に関する実証的研究

- －老人保健施設のターミナルケアに関する研究－ 16
水川 真二郎

4. 緩和療法の選択に関する研究

- －高齢者終末期医療における輸液治療のガイドラインに関する研究－ 21
井上 聡

(資料) 表1・高齢者終末期医療における
輸液治療のガイドラインについての調査

5. 死生観に関する研究・医療行為の実証的研究 24

益田 雄一郎

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 27

IV. 研究成果の刊行物・別刷 29

I . 総括研究報告書

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

高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究
－医学生に対する「死の教育」プログラム実施効果に関する研究－

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（老年科学）助教授

研究要旨

医学生が終末期患者の心理過程を理解し、自分自身の死に対する考えを深めるために、老年科臨床実習において、「死の教育（Death Education, DE）」のプログラムを実施し、その効果を検討した。DE前後での比較により、プログラム実施後には終末期患者に対する心の準備が高まり、患者や家族に対する対応への感情が、より積極的な方向に変化することが認められた。自由記述の質的解析を総合して判断すると、臨床実習においてDEを実施することにより、学生は高齢者終末期医療の難しさを実感するものの、患者や家族に対するイメージが負から正の方向に移り、心理的な受容が高まると考えられた。

分担研究者

中原 賢一 東京都老人医療センター研究検査科 医長
植村和正 名古屋大学医学部第三内科 助手
井上 聡 聖隷三方原病院ホスピス科 科長
水川真一郎 杏林大学医学部高齢医学 助手
益田雄一郎 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
老年科学 医員

A. 研究目的

医学生が、終末期患者の心理過程を理解し、自分自身の死に対する考えを深めるのを助けるために、老年科の臨床実習において、「死の教育（Death Education, DE）」プログラムを実施し、その教育効果を検討した。

B. 研究方法

医学部において系統講義の受講を終了し、老年科臨床実習に回ってきた医学部5年生全員を対象に、1週間の老年科臨床実習期間中の4日目に2時間のDEを実施した。DEは、死に関する話題を患者役と医師役で会話する実習、死についての考えの記述、自らの終末期を想定した記述、シナリオを用いた医師役と患者役に分かれて行うロールプレイなどから構成した。また、実習の第1日目と最終日に、高齢者終末期医療、病名告知に対する態度、終末期患者や家族とのコミュニケーションに対する心構え等を質問するアンケートに回答させた。

（倫理面への配慮）

学生に対しては、DEの結果は今後の医学教育研究のための資料として、数量的にまとめるもので、個

人のプライバシーが侵害されたり、アンケートの結果が成績に不利になったりすることがないことを確約した。

C. 研究結果

「高齢者と非高齢者のターミナルケア」について、72.5%が異質な問題であると答え、16.5%が同質な問題であると答えた。「病名告知」については、45.1%が「原則的に必要」と回答し、49.5%が「個別の対応が必要」と答え、回答はほぼ二分した。「病名告知は年齢によって対応を変えるべきか」との問いには、「はい」が56.0%、「いいえ」が27.5%であった。「事前指定」については、69.2%が肯定し、否定は1.1%であったが、態度を明らかにしない者が23.3%あった。「診察の過程で患者とターミナル期の希望について話し合うこと」については、87.9%が肯定した。DE前後での比較では、「終末期患者に悪い結果を伝えること」および「終末期患者に死に関する希望を聞くこと」への心の準備がDE後にはDE前に比べて有意に上昇した。また、「終末期患者を診ること」、「終末期患者の家族に対応すること」に対する「望みがある」および「楽しい」の点数がDE後には有意に上昇した。

また、自由記述欄の質的分析では、DE前には、高齢者ターミナルケアは、「難しい」、「よくわからない」、「知識不足」、「自信がない」、あるいは現状での問題点を指摘した内容が多かったが、DE後には、自分なりに「患者とのコミュニケーションが大切」、「患者の希望を聞き出し、適えたい」等、具体的な視点を持った内容が認められた。しかし、一方では、「やはり難しかった」、「これからじっくりと考えていきたい」、「あまり自分は関わりたい

くない」等、ある程度の距離感をもった回答も見られた。

D. 考察

質問項目で有意差がみとめられた項目については、一貫した傾向が見られ、DEの後には、終末期患者に対する心の準備が高まり、患者や家族に対する対応への感情もより積極的な方向に変化した。

自由記述の質的解析を総合し、老年科実習においてDEを実施することにより、学生は高齢者終末期医療の難しさを実感したものの、患者や家族に対するイメージが負から正の方向に移り、心理的な受容が高まったと考えられる。

E. 結論

医学生に対する臨床実習において、「死の教育」を取り入れることは、終末期医療や自己の死についての理解を深めるために有用であると考えられる。

F. 研究発表

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

●野村秀樹、内藤通孝、井口昭久：高齢者介護および終末期医療に関する医学部新入生への意識調査。

日老医誌 2001（印刷中）

●益田雄一郎、服部文子、茂木七香、内藤通孝、井口昭久、植村和正：医学生に対する「高齢者の終末期医療に関する問題」についての意識調査－質的分析法を用いた意識構造のモデル－。日老医誌 2001（印刷中）

●内藤通孝、野村秀樹、井口昭久：老年医学教科書に対する医学生の意識に関する調査。日老医誌 37：734-738, 2000

●内藤通孝：介護保険制度は老後の生活にどこまで安心をもたらすか？－高齢者医療・福祉の現状と将来への提言。財団法人横山臨床薬理研究基金業績輯2001（印刷中）

●服部文子、植村和正、益田雄一郎、茂木七香、内藤通孝、井口昭久：訪問診療対象高齢者における在宅死を可能にする因子の検討。日老医誌 2001（印刷中）

2. 学会発表

●服部文子、植村和正、益田雄一郎、茂木七香、内藤通孝、井口昭久：訪問診療対象患者における在宅ターミナルの状況。第42回日本老年医学会学術集会、2000年6月15日、仙台

●益田雄一郎、内藤通孝、植村和正、服部文子、茂木七香、井口昭久：高齢者ターミナルケアの問題に関する医学部学生の意識構造についての検討。第42回日本老年医学会学術集会、2000年6月15日、仙台

●内藤通孝：介護保険制度は老後の生活にどこまで安心をもたらすか？－高齢者医療・福祉の現状と将来への提言－。財団法人横山臨床薬理研究基金第10

回講演会、2000年8月26日、名古屋

●内藤通孝：高齢者の栄養管理。岐阜県栄養士会生涯研修会、2000年9月17日、岐阜

●内藤通孝、益田雄一郎：介護保険の周辺－痴呆性高齢者とその家族の人権擁護－。日本老年医学会東海支部講演会シンポジウム、2000年11月18日、名古屋

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

II. 分担研究報告書

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
－終末期における無益な医療に関する研究－

分担研究者 中原賢一 東京都老人医療センター研究検査科医長

研究要旨

終末期に無益な医療を行うことは第一に患者にとって尊厳の無視、苦痛の延長を意味し、第二に医療費の公平な分配という観点から問題である。医療施行者側から見た終末期における無益な医療の有無を、当院における約3ヶ月間の連続死亡101例を対象に、アンケート調査した。医師、看護婦共に約1/3の症例に無益な医療があったと感じており、医師は多臓器疾患患者、末期の肺炎の死亡時に無益な医療と感じていることが多かったが、看護婦には明らかな傾向は見いだせなかった。同じ症例で医師、看護婦ともに無益な医療なしとしたのは46%、共に無益な医療ありとしたのは11%、意見が一致しなかったのは43%であった。医療施行者においてさえ、無益な医療の有無については意見の一致は6割ほどであり、終末期の医療に多様な見方が存在すると言える。終末期の医療の明確な指針が必要と考えられた。

A. 研究目的

終末期の医療については明らかな指針が存在しない。終末期に無益な医療を行うことは、第一に患者にとって尊厳の無視、苦痛の延長を意味し、第二に医療コストの不適当な配分という点から問題と考えられる。そこで本研究では終末期の無益な医療について、医療施行者側における現状調査を行った。

B. 研究方法

当院における約3ヶ月間の連続死亡101例（平均年齢79.8±8.6歳、男性/女性=58/43名）の主治医および受持看護婦（101例のうち61例に聴取）に死亡48時間以内の症状、医療行為と共に、無益な医療の有無をアンケート調査した。調査内容は1）無益な医療の有無、2）無益な医療があった場合、以下の4項目から選択。(a)僅かであり低い質の生命の延長しか出来ない治療、(b)患者には利益が評価できない治療、(c)患者には負担ばかり多い治療、(d)その他（役に立たない検査など）

（倫理面への配慮）

本研究を始める前に当院内の倫理委員会に審理を依頼し承諾を得た。またアンケート調査時に各主治医および看護婦に説明を行い承諾を得たうえで聞き取りを行った。当然研究発表では患者、医師、看護婦の個人名を用いないこととした。

C. 研究結果

全101症例のうち医師が正当な医療/無益な医療と感じたのは各々64/30例（7例無回答）、看護婦では41/20例（聴取出来たのは61例）であった。医師、看護婦ともに32%に無益な医療があったと回答を得たが、医師の回答の内訳は単なる生命の延長10.6%、患者に利益のない医療18.1%、患者に負担の多い医療1.1%だったのに対し、看護婦は各々7.9%、7.9%、14.3%であり、その内容に違いが認められた。この判断に年齢、性別、痴呆の有無は関連を認めなかった。直接死因から見ると、肺炎では正当な医療/無益な医療=9/11例、悪性腫瘍では29/9例、その他26/10例で、肺炎の症例に無益な医療の比率が有意に高かった(p<0.01)また基礎疾患による障害臓器数で見ると、正当医療群は平均2.0臓器、無益医療群では平均2.8臓器の障害を持ち、無益医療群が有意に多かった(p<0.01)。正当医療群と無益医療群での死亡直前の医療行為の数については差を認めなかった。看護婦においてはいずれも正当医療群と無益医療群において差を認めなかった。医師と看護婦の両者に聴取できた症例61例において、共に正当/片方が無益/両方が無益としたのは各々46%/43%/11%であり、両者の意見が一致したのは57%であった。

護婦ともに32%に無益な医療があったと回答を得たが、医師の回答の内訳は単なる生命の延長10.6%、患者に利益のない医療18.1%、患者に負担の多い医療1.1%だったのに対し、看護婦は各々7.9%、7.9%、14.3%であり、その内容に違いが認められた。この判断に年齢、性別、痴呆の有無は関連を認めなかった。直接死因から見ると、肺炎では正当な医療/無益な医療=9/11例、悪性腫瘍では29/9例、その他26/10例で、肺炎の症例に無益な医療の比率が有意に高かった(p<0.01)また基礎疾患による障害臓器数で見ると、正当医療群は平均2.0臓器、無益医療群では平均2.8臓器の障害を持ち、無益医療群が有意に多かった(p<0.01)。正当医療群と無益医療群での死亡直前の医療行為の数については差を認めなかった。看護婦においてはいずれも正当医療群と無益医療群において差を認めなかった。医師と看護婦の両者に聴取できた症例61例において、共に正当/片方が無益/両方が無益としたのは各々46%/43%/11%であり、両者の意見が一致したのは57%であった。

D. 考察

終末期の医療をどこまで行い、どこでやめるかという問題は、一つは患者の尊厳を保ち、苦痛を最小限にするという観点から重要であるばかりでなく、今後の高齢化社会で増え続ける医療コスト、医療の公平な分配という観点からも大事である。

終末期の医療のあり方の趣旨については多くの人たちが理解を示すものの、この終末期と言う言葉はあいまいで、きちんと定義することが困難である。安易な定義は見なし医療や、過小医療に結びつく可能性があり危険をはらんでいる。本研究は死亡例の

後ろ向き研究であり、患者にとっては結果的に終末

期であったことは明らかであるが、死亡前に立ち返ってみるとそこが終末期であったと判断が出来なかった例も多い。終末期の定義については十分な論議が必要であろう。

本研究において明らかとなった問題点の第一は死亡例の約1/3もの症例に無益な医療があったと医療施行者側が感じている点である、しかしその結果は医療行為の数には影響を与えておらず、無益な医療と感じていながらも通常の医療を行わなければならないという誤ったパラダイムから抜け出せないジレンマがあると推測される。

問題点の第二は医療者側に立って同じ患者に接していながら、医師と看護婦間で4割に意見の相違があるという点である。医師と看護婦の間でさえ大きな相違があるということは、患者自身や患者の家族とはもっと大きな相違が存在すると推測され、安易に無益な医療と判断できないということを示していると考えられる。

今後問題となることが必至の終末期医療であるが、本研究でも明らかになったように、医療施行者のみならず被施行者側を含めて終末期の概念の統一が必要であろう。そのためには終末期の定義を明確にし、さらにその概念の啓蒙活動が必須と考えられる。

E. 結論

終末期医療に明確な指針を作り、その啓蒙活動を通して医療者側および患者側の概念の統一が必要である。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

2001年第43回日本老年医学会(大阪)に発表予定

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

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

終末期医療における鎮静は、きわめて慎重な倫理的配慮を要求される医療行為である。我々は、特に高齢者医療においてその乱用を防ぎ、高齢患者の人権を守るためのガイドラインの作成を行った。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会加盟全施設に対するアンケート結果をもとに、本研究班の「ガイドライン案」を作成した。この「ガイドライン案」に対するアンケート調査を日本老年医学会学術評議員全員に対して行った。アンケート発送総数は583で、264名から回答を得た（回収率：45.3%）。「鎮静」に関するガイドラインは2施設（0.7%）で存在し、224施設（84.8%）が存在しないと答えた。「鎮静」に関するガイドラインの必要性に関しては、「必要である」と答えたのが237名（89.8%）であった。本「ガイドライン案」に対する賛否に関しては、80～90%の賛同が得られた。回答者の自由記述や、少数の反対意見をも参考に修正を行い、本研究班の「高齢者終末期医療における鎮静のガイドライン」を作成した。

A. 研究目的

終末期医療における鎮静は、標準的緩和治療においては苦痛が緩和できない場合に、患者の意識を低下させることによって苦痛からの解放をはかる医療行為である。緩和医療の概念が普及し苦痛緩和技術の進歩が著しい今日にあっても、意識を保つことを前提とした標準的治療では16～68%の終末期癌患者が緩和しがたい苦痛を経験することが報告されている。

終末期の医療行為の中でも鎮静は、①患者の精神活動を低下させる治療であり、治療開始後は患者の意思確認が困難になること、②その選択を必要とする状態は著しい苦痛を抱えているため、患者の真意を洞察するのが困難であること、などからきわめて慎重な倫理的配慮を要求される医療行為である。また、このような重要な医療行為でありながら、その施行の決定には患者の状態のみならず医師の価値観や経験が大きく関与しているとの報告もある。本研究の目的は、鎮静療法の施行を決定する際に医師の恣意性を排し、妥当性、信頼性のある意思決定を行う、特に高齢者医療においてその乱用を防ぎ、高齢患者の人権を守るためのガイドラインの作成を目的としている。

B. 研究方法

昨年度、聖ヨハネ会桜町病院ホスピス病棟の協力で、現在当施設で使用されている「鎮静」のガイドライン（ガイドライン例）を使用し、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実施した。その調査結果と各施設からの自由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（資料1）。

「ガイドライン案」の構成は、①鎮静の定義、②鎮静の分類、③対象となる苦痛、④適応となる条件、⑤鎮静療法の原則、⑥持続鎮静の中止または中断、⑦高齢者に対する配慮、⑧持続鎮静開始後の医療やケア、⑨補注、となった。

本研究班の「ガイドライン案」に対するアンケート調査を日本老年医学会学術評議員全員に対して行った。質問は、①鎮静に関するガイドラインの有無、②鎮静に関するガイドラインの必要性、③「ガイドライン案」への賛否、賛同できない点に関しては自由記入、を各項目毎に行った。

（倫理面への配慮）

本研究において倫理面への配慮の必要はなかった。

C. 研究結果

1. アンケート発送総数は583で、264名から回答を得た（回収率：45.3%）。
2. 回答者の施設における「鎮静」に関するガイドラインの有無に関しては、2施設（0.7%）が存在する、224施設（84.8%）が存在しないと答え、「成文化していないが医師の間で統一した見解がある」と答えたのが25施設（9.5%）、13名が無回答であった。
3. 「鎮静」に関するガイドラインの必要性に関しては、「必要である」と答えたのが237名（89.8%）、「必要ない」と答えたのが9名（3.4%）、5名が無回答ないしは無効回答であった。「必要ない」理由としては、①安易な解釈や拡大解釈による危険性（3名）、②高齢者の定義が不明確（1名）、③本

アンケート調査自体に対する不信（1名）、などがあげられた。

4. 本「ガイドライン案」に対する賛否に関しては、各項目毎に以下のごとくである。

1) 「定義」に関して：228名（86.4%）が「おおむね賛同できる」としたが、19名（7.2%）が「賛同できない点がある」と答え、17名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①「高齢者の終末期」の定義や社会的合意に関するもの（8名）、②薬物療法以外の疼痛緩和療法に関するもの（2名）、③「鎮静」の定義に関するもの（1名）、があげられた。

2) 「鎮静の分類」に関して：232名（87.9%）が「おおむね賛同できる」としたが、17名（6.4%）が「賛同できない点がある」と答え、15名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①用いられた「用語の適正さ」に関するもの（4名）、②「鎮静」の定義に関するもの（1名）、③その他（2名）、があげられた。

3) 「対象となる身体的苦痛」に関して：210名（79.5%）が「おおむね賛同できる」としたが、37名（14.0%）が「賛同できない点がある」と答え、17名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①「全身倦怠感」は対象外か限定を必要とする、とするもの（8名）、②「過活動型せん妄」は対象外か限定を必要とする、とするもの（7名）、③「嘔気」は対象外か限定を必要とする、とするもの（6名）、④精神的苦痛も対象とすべき、とするもの（2名）、⑤痴呆状態を考慮すべき、とするもの（2名）、などであった。

4) 「適応となる条件」に関して：223名（84.5%）が「おおむね賛同できる」としたが、27名（10.2%）が「賛同できない点がある」と答え、14名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①第三者の合意の必要性を指摘するもの（3名）、②記載の順序の不適正さを指摘するもの（2名）、③医療スタッフの合意に関するもの（1名）、④家族の合意に関するもの（1名）、⑤同意書の必要性を指摘するもの（1名）、などであった。

5) 「鎮静療法の原則」に関して：236名（89.4%）が「おおむね賛同できる」としたが、11名（4.2%）が「賛同できない点がある」と答え、17名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、経口投与や経管投与の可能性を2名が指摘した。

6) 「持続鎮静の中止または中断」に関して：232名（87.9%）が「おおむね賛同できる」としたが、17名（6.4%）が「賛同できない点がある」と答え、13名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①「医療者の判断だけで中止しない」というのは無理ではないか、という指摘（5名）、②本人の希望を取り入れるべき、とするもの（3名）、③家族の希望を確認できない場合がある、とするもの（2名）であった。

7) 「高齢者に対する配慮」に関して：236名（89.4

%）が「おおむね賛同できる」としたが、13名

（4.9%）が「賛同できない点がある」と答え、15名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①「知的能力の個別性」と「痴呆」の扱いが不適切、という指摘（3名）、②「社会的圧力」の表現に関するもの（2名）、③その他（1名）であった。

8) 「持続的鎮静開始後の医療やケア」に関して：240名（90.9%）が「おおむね賛同できる」としたが、12名（4.5%）が「賛同できない点がある」と答え、12名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①「鎮痛補助薬」の使用に関するもの（6名）、②「環境の整備」に関するもの（1名）であった。

9) 「補注」に関して：232名（87.9%）が「おおむね賛同できる」としたが、12名（4.5%）が「賛同できない点がある」と答え、20名が無回答ないしは無効回答であった。「賛同できない点」としては、①「他のいかなる方法」という表現に関するもの（2名）、②「ガイドライン」の構成（「補注」を本文に組み入れるべき）に関するもの（1名）であった。

10) その他の自由意見：「鎮静」の乱用を防ぐためにはこのようなガイドラインを導入すべきである、との主旨で多数の回答者から賛同の意見が寄せられた。一方で、少数ながら、①家族のために行うかのような誤解をなくす、②「医療スタッフ」の範囲が明確でない、③法律との関連を明確にした方がいい、④高齢者切り捨てに悪用されないような配慮が必要、などの意見も得られた。

D. 考察

多くの施設で鎮静のガイドラインが存在しないにもかかわらず、90%近い回答者が必要性を認めていることが明らかになった。終末期医療に必要な医療処置でありながら、その「乱用」の危険性を認識するがゆえの結果と思われる。

「終末期医療における鎮静」の定義に関しては、19名の回答者が「賛同できない」と回答しており、そのうち8名が、「高齢者の終末期」の定義に関するものであり、「高齢」および「終末期」の定義の困難さをうかがわせた。我々の研究班でも多くの時間を割いてこの検討にあたったが、すべての医療者、患者の合意を得るのは不可能であろうと考えた。逆に、「終末期」における期間や「高齢者」における年齢の規定は、恣意的な差別を引き起こすおそれがある。そこで、「終末期」とは「病状が不可逆かつ進行性で、治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とし、「高齢者」においては年齢の規定を行わないことで合意し、「ガイドライン案」を修正して、これを追記した（資料2）。

また、安易な解釈や拡大解釈による危険性を考慮し、ガイドラインの目的があくまで、「鎮静施行も決定における医師の恣意性を排し、妥当性、信頼性のある意思決定を行うこと、特に高齢者においてそ

の乱用を防ぎ、高齢患者の人権を守ること」であることを、別項目を設けて追記した(資料2)。

「鎮静の分類」に関しても概ね賛同が得られたが、継続時間において、一時的鎮静と持続的鎮静に説明を加えて修正した。鎮静の意図についても、一次的鎮静と副次的鎮静のいずれもが症状の緩和を目的とするものであることが明らかとなるように修正した。鎮静の深さは「ガイドライン案」では補注で述べるにとどめていたが、重要な項目であるので正式に分類の一項目とした(資料2)。

「対象となりうる主な身体的苦痛」に関しては、疼痛、呼吸困難は問題なかったが、全身倦怠感を対象とすることに異議をとなえる回答者が8名いた。しかしながら、緩和医療の専門家である班員の経験などから、終末期におけるきわめてコントロール困難な苦痛の一つであることを確認した。「吐気」は「吐気・嘔吐」に変更した。過活動型せん妄も、本当に患者にとって苦痛であるか否かは判断が困難である、との異議が出された。「補注」に、「・・・ガイドラインに述べる鎮静の目的である「患者を苦痛から解放する」に該当するか否かの判断は慎重になされなければならない。」旨を追記することとした。さらに、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・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。また、これらに対する鎮静のガイドラインは今後の課題であろう(資料2)。

「適応となる条件」に関しても概ね賛同が得られた。記載の順序など若干の修正を行った(資料2)。

「鎮静療法の原則」に関しては経口投与の可能性を、「持続的鎮静の中止または中断」に関しては、患者本人の意思確認を追記した(資料2)。

「高齢であることに対する配慮」と「持続的鎮静開始後の医療やケアについて」に関しては約90%が賛同した。若干の表現の訂正を行った(資料2)。

「補注」は本文内に組み込む方が読みやすいとの批判を受けてそのように訂正した。

以上のごとく、今回の我々研究班の作成した「ガイドライン案」は多くの評議員の賛同を得た。特に、

「鎮静」の乱用を防ぐためにはこのようなガイドラインを導入すべきである、との主旨で多数の回答者から自由意見が寄せられた。その一方で、安易な解釈による「乱用」を危惧する意見も少数ながら存在した。いずれも高齢患者の人権を守り、高齢者の切り捨てにつながらないようにという考えが背景にあると考えられた。

E. 結論

全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会加盟全施設に対するアンケート結果をもとに本研究班の「ガイ

ドライン案」を作成した(資料1)。この「ガイドライン案」に対するアンケート調査を日本老年医学会学術評議員全員に対して行った。概ね評議員の賛同を得たが、少数意見をも参考に修正を行い、本研究班の「高齢者終末期医療における鎮静のガイドライン」として提示する。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

●Outcomes of written living wills in Japan: a survey of the deceased's families. Y.Masuda, M.Fetters, E.Muto, N.Mogi, H.Ikari, H.Endo, H.Shimokata, A.Iguchi and K.Uemura. Bioethics Forum. in press, 2001

●The effects of public long-term care insurance plan on care management and care planning in Japanese geriatric hospitals. Y.Masuda, M.Kuzuya, K.Uemura, R.Yamamoto, H.Endo, H. Shimokata, A.Iguchi. Arch. Gerontol. Geriat. in press, 2001

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

●日本老年医学会・立場表明作成に向けて—倫理委員会案— 植村和正. 日本老年医学会雑誌 37:719-721 2000

●医学生に対する「高齢者の終末期医療に関する問題」についての意識調査—質的分析法を用いた意識構造のモデル—. 益田雄一郎, 服部文子, 茂木七香, 内藤通孝, 井口昭久, 植村和正. 日本老年医学会雑誌 印刷中 2001

●III. 高齢者の薬物療法 8. 代謝性疾患薬の使い方. 植村和正, 井口昭久. 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

●セミナーA. 病院から在宅医療へ 7. ターミナルケア. 植村和正, 井口昭久. 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

●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. 植村和正. 老年学概論—サイエンスから介護まで 302-305 名古屋大学出版会 2000

●特集/研修医とレジデントのための身体所見のとり方. ・糖尿病のある患者. 植村和正. 診断と治療 88:591-595 診断と治療社 2000

●II. 各論 2. 臨床化学検査の高齢者基準値 B. 耐糖能. 植村和正, 井口昭久. 高齢者の臨床検査基準値 印刷中 中外医学社 2001

●特集: 高齢者の自立障害と糖尿病 8. 高齢者糖尿病と終末期医療. 植村和正. Geriatric Medicine 38(7):969-972 ライフサイエンス 2000

●特集: 21世紀における高齢者疾患への展望.

21世紀における高齢者の終末期医療。 井口昭久, 植村和正. Geriatric Medicine 39 (1): 15-19
ライフサイエンス 2001

●特集: 21世紀における高齢者疾患への展望。
21世紀における在宅医療・在宅看護。 遠藤英俊, 三浦久幸, 谷向知, 植村和正. Geriatric Medicine 39 (1): 21-24 ライフサイエンス 2001

2. 学会発表

<シンポジウム>

●日本老年医学会・立場表明作成に向けて－倫理委員会案－. 植村和正. 第42回日本老年医学会学術集会 2000年6月15-17日

●ADLを保つための高齢者糖尿病管理－5. 治療における心理的サポート. 植村和正. 第35回糖尿病学の進歩 2001年2月23-24日

<一般演題>

●頻回の栄養指導により血糖コントロールの改善した1例. 玉川達雄, 植村和正, 堀田饒 第59回日本糖尿病学会中部地方会 1999年3月27日

●肥満治療における行動修正療法の長期成績. 稲垣祐子, 植村和正, 堀田饒, 洪直樹 第59回日本糖尿病学会中部地方会 1999年3月27日

●Bezafibrateのインスリン分泌に及ぼす影響. 玉川達雄, 植村和正, 堀田饒 第42回日本糖尿病学会年次学術集会 1999年5月13-15日

●脳内コリン作働性神経刺激による血清レプチンレベルの増加と副腎の関与. 上田宗, 三浦久幸, 植村和正, 玉谷典華, 葛谷雅文, 神田茂, 村口正宏, 大本安一, 井口昭久 第42回日本糖尿病学会年次学術集会 1999年5月13-15日

●糖尿病患者及び非糖尿病患者における血清レプチン値とインスリン抵抗性の関係. 服部文子, 三浦久幸, 上田宗, 玉谷典華, 植村和正, 村口正宏, 大本安一, 井口昭久 第42回日本糖尿病学会年次学術集会 1999年5月13-15日

●海馬コリン作働性神経刺激に対する血糖及び血中カテコラミン反応への加齢の影響. 玉谷典華, 梅垣宏行, 三浦久幸, 伊苅弘之, 井口昭久, 植村和正 第42回日本糖尿病学会年次学術集会 1999年5月13-15日

●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－. 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 第41回日本老年医学会学術集会 1999年6月16-18日

●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－内科専門医に対するアンケート調査より－. 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 第41回日本老年医学会学術集会 1999年6月16-18日

●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－. 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 第10回日本老年医学会東海地方会 1999年11月25日

●食餌性脂肪による血圧上昇作用への血中中性脂肪及びレプチンの関与の検討. 玉谷典華, 植村和正, 吉岡修子, 三浦久幸, 堀田饒, 井口昭久 第20回日本肥満学会 1999年10月14-15日

●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～. 益田雄一郎, 葛谷雅文, 井口昭久, 植村和正 第71回中部地区老年医学懇話会 2000年2月19日

●インスリンの刺激分泌連関における解糖系の役割. 玉川達雄, 前田憲希, 植村和正, 堀田饒 第43回日本糖尿病学会年次学術集会 2000年5月25-27日

●食餌性脂肪による血圧上昇作用への血中中性脂肪の関与の検討. 玉谷典華, 植村和正, 吉岡修子, 葛谷雅文, 上田宗, 服部文子, 堀田饒, 井口昭久 第43回日本糖尿病学会年次学術集会 2000年5月25-27日

●高脂肪食の血圧上昇作用への加齢の影響. 玉谷典華, 植村和正, 上田宗, 梅垣宏行, 葛谷雅文, 井口昭久 第72回中部地区老年医学懇話会 2000年10月7日

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許所得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特になし

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。

④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・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) “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と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。

高齢者終末期医療における鎮静（Sedation）のガイドライン修正案

1. 目的：

終末期医療における鎮静（Sedation）は、意識を保つことを前提とした標準的緩和治療では緩和しがたい苦痛に対して施行されている。このように重要な医療行為でありながら、その施行の決定には患者の状態のみならず、医師の価値観や経験が大きく関与していることが明らかになっている。そのため、施設あるいは医師によりその施行率は大きく異なっている。鎮静は他の医療行為とは異なり、意識レベルを低下させ患者の精神活動を抑制することから、きわめて慎重な倫理的配慮を必要とする。

本ガイドラインは、鎮静施行の決定における医師の恣意性を排し、妥当性、信頼性のある意思決定を行うこと、特に高齢者医療においてその乱用を防ぎ、高齢患者の人権を守ることを目的として開発された。

2. 定義：

「終末期医療における鎮静」とは、標準的緩和治療¹⁾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、医師が薬剤を使用して、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ことによって、患者を苦痛から解放する医療行為をいう。

ここで述べる「終末期」とは、「病状が不可逆かつ進行性で、治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」とし、具体的に時間の規定を設けなかった。これは、余命の予測がきわめて困難であるため、具体的な規定がかえって恣意的な差別を引き起こすことを避けるためである。

「高齢者」に関しても同様に暦年令による規定を行わなかったが、これは高齢者は心身共に個別性が高いことの他に、痴呆患者の様に判断力の低下した患者の場合には年令規定が不適切だからである。このガイドラインでは、自己決定権等の基本的人権が侵されやすい「社会的弱者」という観点から、高齢者や痴呆患者を捉えている。

補注1)

ここでの標準的緩和治療とは、個々の苦痛に対して明示されうるもので、緩和医療の進歩に応じて変更されうるものであるが、全ての身体症状と不眠を除く精神症状に対しては、意識を明確に保ちながら症状緩和を得る治療を指す。不眠に対する鎮静薬の投与は、意識の低下そのものが標準的治療であり、ここでいう鎮静には含めない。

3. 鎮静の分類：

(1) 継続時間

- ・ 一時的鎮静：鎮静の持続時間を調節して意識の低下しない時間を確保するもの
- ・ 持続的鎮静：意識の低下を死亡まで継続するもの

(2) 鎮静の意図

- ・ 一次的鎮静：症状の緩和のために、意識の低下自体を目的として薬物を投与すること
- ・ 副次的鎮静：症状の緩和を目的とする薬物使用の結果、二次的効果としての意識レベルの低下を許容すること²⁾

(3) 鎮静の深さ³⁾

- ・ 浅い鎮静：低下した意識レベルが、周囲とのコミュニケーションが可能なレベルにとどまるもの
- ・ 深い鎮静：意識レベルの低下により、周囲とのコミュニケーションが不可能となるもの

補注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、薬物を意図的に減量しない場合などが相当する。

補注3)

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、という立場をとるものである。

4. 対象となりうる主な身体的苦痛⁴⁾

- ・疼痛
- ・呼吸困難
- ・全身倦怠感
- ・吐気・嘔吐
- ・過活動型せん妄⁵⁾

補注4)

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・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。また、これらに対する鎮静のガイドラインは今後の課題であろう。

補注5)

「過活動型せん妄」を対象としたのは、終末期における鎮静の対象として頻度が高いからであるが、このガイドラインに述べる鎮静の目的である「患者を苦痛から解放する」に該当するか否かの判断は慎重になされなければならない。また、特に高齢患者では、環境の変化などで容易に「せん妄」を起こしうるが、通常のケアにて改善することが多く、この場合は当然鎮静の適応にならない（下記、5. 適応となる必要条件：(3) 参照）。

5. 適応となる必要条件：

- (1) 患者の死が避けられず、かつ死期が迫っている。⁶⁾
- (2) 患者の苦痛が著しい。⁷⁾
- (3) 他のいかなる方法にても苦痛を緩和する事が出来ない。⁸⁾
- (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疾患の治癒は不可能であり、耐え難い苦痛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。
 - ④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。⁹⁾
- (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。¹⁰⁾ただし、以下の場合は、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。¹¹⁾
 - ・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
- (6) 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。
- (7) 患者のケアにかかわっている医師と看護婦が、鎮静の目的を理解し、その施行に同意している。
- (8) 鎮静開始に至った状況はカルテに記録・保存されること。

補注6)

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」療法を取り上げた場合、「ガイドライン」が複雑化し、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。

補注7)

苦痛が耐え難いものであるかどうかを判断するのは患者自身である。苦痛は主観的であるため、「耐え難い」との判断が、患者、家族、医師、看護婦間で異なる場合がしばしば認められるが、患者自身の評価を最優先する。

補注8)

「他のいかなる方法」とは、その時点で最も適切であると考えられている、個別の苦痛に対して別に定められた治療ガイドラインと専門教科書に明示された標準的治療法を指す。

補注9)

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。

この点は、1995年の横浜地裁判決中に述べられている、間接的安楽死の許容条件にも合致する。すなわち、たとえ生命短縮の危険があったとしても、それが苦痛の除去・緩和を目的とした医学的適正性をもった治療行為の副次的効果である場合、患者の自己決定権を根拠に許容される。この場合の意思表示は明示のものもとより、推定的意思(家族の意思表示から推定される意思も含む)でも足りる。

補注10)

ただし、患者が鎮静を希望し、家族が希望しない場合、あるいは家族間で意思が異なる場合、患者と家族、家族間で十分に話し合えるように配慮し、全員が受け入れられる妥協点を見いだす努力をする。

補注11)

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、患者自身が「知ることを望まない」状況にある場合があることに、十分配慮する。

6. 鎮静療法の原則：

夜間のみ又は日中数時間の一時的鎮静から開始し、患者本人及び家族の希望および得られた効果に合わせて、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、持続皮下注入や緩徐静注、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。また、この時点で経口摂取が可能で患者の負担がないのであれば、経口投与も考慮される。

7. 持続的鎮静の中止または中断¹²⁾：

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と本人の以前の意思を話し合った後に、中断されることはある。

また、意思決定能力のある患者に対する、コミュニケーション可能な浅い鎮静の場合、

患者本人の意思を定期的に確認するように努める。

補注12)

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。

8. 高齢であることに対する配慮：

- (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。
 - ・知的：高齢者の場合は、理解力・判断力に個人差が大きい。
- (3) 痴呆症：高齢者では痴呆が合併することは稀ではなく、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。
- (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。

9. 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、効果がないことが明瞭な場合を除いて、併用する。¹³⁾
- (2) 水分や栄養補給、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) 意識の水準によっては、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) 病室の清潔維持や静謐な環境の維持、患者への挨拶や声かけ、家族へのサポートなどは、鎮静開始前と同じく従来通り行う。

補注13)

意識レベルを低下させることと、疼痛閾値を上昇させることは同義ではないことに注意する。

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

自己決定権および医療行為に関する実証的研究
－老人保健施設のターミナルケアに関する研究－

分担研究者 水川真二郎 杏林大学医学部高齢医学教室助手

研究要旨

【目的】老健施設が増加している現在、施設でのターミナルケアも今後重要な課題と考えられる。このため老健施設におけるターミナルケアの問題点を明確にするため、調査を行った。

【方法】平成12年中に、全国の老健施設にアンケート用紙を送付、有効な回答を得た1403施設の結果を元に集計を行った。質問項目1) 高齢者の終末期をどう捉えるか。2) 老人保健施設で果たすべきターミナルケアの内容、及び実際に行っている内容。

【結果】1) ターミナルの始まりをどの時点と考えるか、との質問に、88.2%の施設が生命予後の危険をターミナルの始まりと回答し、日常生活機能の低下や知的機能の低下を終末期と捉えている施設は、10.2%、0.9%であった。生命予後の危険をターミナルの始まりと捉えている施設 (n=1237) の内、48時間以内に死亡が予測される状態をターミナルと考えている施設は22%、1週間から3週間24%、1ヶ月から6ヶ月以内が52.8%であった。日常生活機能の低下をターミナルの状態と捉えている施設 (n=143) では、食事全介助の状態をターミナルと捉えている施設が52%、寝返りが打てない状態36%、排泄全介助11%であった。知的機能の低下をターミナルの始まりと捉えている施設は、13施設と少数であった。2) 重要性の認識と実際に行っているターミナルケアの内容の相違。医療行為に関係する項目は重要、最重要と考える割合と施行度がほぼ一致したが、鎮痛苦痛除去の項目に関しては、83%の施設が最重要、重要と認識しているにもかかわらず、いつも行っていると回答した施設は56.5%であった。又、自然死、在宅死への橋渡しの項目に関しても、それぞれ57%、48%の施設で最重要、重要と認識していたが、実際にいつも行っている割合は、18%、11%と低値であった。

【結論】老健施設におけるターミナルの始まりは、生命予後の長い期間を考えていることが判明した。又、老健施設におけるターミナルケアに関して、実施困難な項目が具体的に確認されたが、今後は実施困難な理由を調査していく必要があると考えられた。

A. 研究目的

全国老人保健施設協会では、終末期医療に関する現状を把握すべく、厚生省の助成を得て、平成11年度より本邦では初めての高齢者のターミナルケアに関する全国規模の調査を開始した。11年度（1999年）の調査によって、老人保健施設における死亡率は1%程度と低いものの、今後介護保険施行後増加する可能性があることが確認された。又、ターミナルケアに関する意識調査では、自宅復帰を旨とする老人保健施設では、本来行うべきではないとする意見がある一方、入所者や家族の希望で転院しないケースを無視できず、現実問題として施設死亡がある以上、終末期医療を考えていくべきだとする意見もほぼ同数みられた。生活の場として死亡する特別養護老人ホーム、疾患が重症化して死亡する病院の中間的性格から、この調査結果はある程度理解できるところ

であるが、医療施設の範疇とはいえ、老人保健施設は介護老人保健施設と名称を変更し、死に行く場所として制度的にも、設備・人間的にも病院とは異なっている。老人保健施設における死そのものについてのより掘り下げた調査を行うことによって、ターミナルケアの中で老人保健施設が重点的に果たせる役割の部分と、特別のケースに限って果たす部分を明確にし、その結果（受けられるケアの選択肢）を広く社会一般に情報提示することは、老健施設における終末期高齢者の自己決定権行使を高めるために必要不可欠であると考えられる。

以上より、本研究では

- 1) 介護老人保健施設のターミナルケアそのものに関する意識は、医療機関と異なっている可能性があり、これを明らかにする。
- 2) 介護老人保健施設のターミナルケアの実施内