

容は、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。

- 3) 上記1), 2) の結果を踏まえ、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することを主目的とした。

B. 研究方法

平成12年中に、社団法人老人保健施設協会正会員(平成11年9月現在)の全施設に調査用紙(アンケート)を送付し、回答を得た。

有効回答率 1403 施設 (回収率62.2%)

【調査票】

質問項目

A)高齢者の終末期(ターミナル)をどう捉えるか。その定義によるターミナルケアの対象となる割合

B)老人保健施設で果たすターミナルケアの要素
老人保健施設で実施しているターミナルケアの要素

A)高齢者の終末期に関する調査

- 1) 高齢者のターミナルケアでどのような要素がターミナルケアの状態を言い表していますか、あてはまるものに○をつけて下さい。

- 1 生命予後の危機
- 2 日常生活機能の低下
- 3 知的機能の低下

- 2-1) 生命予後の危機をターミナルケアの状況と考える場合、どのような状態をその始まりと考えますか、あてはまるものを一つ選んで下さい。

- 1 48時間以内に死亡が予想される状態
- 2 1週間以内に死亡が予想される状態
- 3 2~3週間以内に死亡が予想される状態
- 4 1ヶ月以内に死亡が予想される状態
- 5 3ヶ月以内に死亡が予想される状態
- 6 6ヶ月以内に死亡が予想される状態
- 7 バイタルサインが低下し生命予後に予断を許さない状態

- 2-2) あなたの施設で現在2-1)にあてはまる人数を記入して下さい。

- 1 48時間以内に死亡が予想される状態 (人)
- 2 1週間以内に死亡が予想される状態 (人)
- 3 2~3週間以内に死亡が予想される状態 (人)
- 4 1ヶ月以内に死亡が予想される状態 (人)
- 5 3ヶ月以内に死亡が予想される状態 (人)
- 6 6ヶ月以内に死亡が予想される状態 (人)
- 7 バイタルサインが低下し生命予後に予断を許さない状態 (人)

- 3-1) 日常生活機能の低下をターミナルケアの状態と考える場合、どのような状態をその始まりと考えますか、あてはまるものに○をつけて下さい。

- 1 食事全介助
- 2 排泄全介助
- 3 寝返りがうてない

- 3-2) あなたの施設で現在3-1)にあてはまる人数を記入して下さい。

- 1 食事全介助 (人)
- 2 排泄全介助 (人)
- 3 寝返りがうてない (人)

4-1) 知的機能の低下をターミナルケアの状態と考える場合、どのような状態をその始まりと考えますか、あてはまるものに○をつけて下さい。

- 1 自分の名前を言えない
- 2 失見当識
- 3 長谷川式0点または測定不能
- 4 日常的異常行動
- 5 痴呆による自立度の廃絶

4-2) あなたの施設で現在4-1)にあてはまる人数を記入して下さい。

- 1 自分の名前を言えない (人)
- 2 失見当識 (人)
- 3 長谷川式0点 (人) または測定不能
- 4 日常的異常行動 (人)
- 5 痴呆による自立度の廃絶 (人)

B)老人保健施設で果たすべきターミナルケアの要素
に関し重要度を5段階評価で記入して下さい。

(最も需要=5, 重要=4, やや重要=3, あまり重要でない=2, 重要性が低い=1)

- 1 延命治療 ()
- 2 死周期の蘇生療法 ()
- 3 栄養補充 ()
- 4 輸血 ()
- 5 医療施設への転院 ()
- 6 鎮痛、苦痛除去 ()
- 7 家族とのコミュニケーション ()
- 8 整容の充実、スキンシップ ()
- 9 ADLの保持 ()
- 10 個室 ()
- 11 家族が寝泊まり出来る ()
- 12 音楽、絵画、植物 ()
- 13 事前指示の確認 ()
- 14 信条、習慣への配慮 ()

- 15 自然死 ()
 16 自宅死への橋渡し ()

C) 老人保健施設で実際に行っているターミナルケアの要素に関し施設度を3段階評価で記入して下さい。

(いつも行っている=3, 時々行っている=2, 殆どあるいは全く行っていない=1)

- 1 延命治療 ()
 2 死周期の蘇生療法 ()
 3 栄養補充 ()
 4 輸血 ()
 5 医療施設への転院 ()
 6 鎮痛、苦痛除去 ()
 7 家族とのコミュニケーション ()
 8 整容の充実、スキンケア ()
 9 ADLの保持 ()
 10 個室 ()
 11 家族が寝泊まり出来る ()
 12 音楽、絵画、植物 ()
 13 事前指示の確認 ()
 14 信条、習慣への配慮 ()
 15 自然死 ()
 16 自宅死への橋渡し ()

(倫理面への配慮)

アンケートの回答欄に施設名を記入欄をもうけているが問い合わせに使用する以外、研究報告書に記入せず。研究報告の内容からは施設を推測する事は不可能である。アンケートは施設長に記入を依頼。他の職員は記述しておらず。又、入所中の個人名、疾病等個人情報の記述欄はなく、入所者のプライバシーには影響なし。以上より、倫理面に問題ないと考える。

C. 研究結果 及び D. 考察

A) 高齢者の終末期に関する調査

1) 高齢者のターミナルケアでどのような要素がターミナルの状態を言い表しているかに関し、約9割が生命予後の危険と回答し、ADL低下や痴呆の進行をターミナルの状態とすると回答した施設は予想を大きく下回った (n=1403)。

- | | |
|--------------|-------|
| 1. 生命予後の危機 | 88.2% |
| 2. 日常生活機能の低下 | 10.2% |
| 3. 知的機能の低下 | 0.9% |

2-1) 生命予後の危機をターミナルの状況と考える場合、どのような状態をその始まりと考えるかという質問に対しては、48時間以内の死亡予測や、

生命予後に予断を許さない状態など生命の危険が間近に迫った状態を回答したのは22%に過ぎず、1週間から3週間24%、1ヶ月~6ヶ月以内が53%、高齢者の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 (n=1237)。

- | | |
|------------------------------|-------|
| 1. 48時間以内に死亡が予想される状態 | 3.2% |
| 2. 1週間以内に死亡が予想される状態 | 12.8% |
| 3. 2~3週間以内に死亡が予想される状態 | 11.3% |
| 4. 1ヶ月以内に死亡が予想される状態 | 19.1% |
| 5. 3ヶ月以内に死亡が予想される状態 | 18.2% |
| 6. 6ヶ月以内に死亡が予想される状態 | 15.5% |
| 7. バイタルサインが低下し生命予後に予断を許さない状態 | 18.7% |

2-2) 施設で現在2-1) にあてはまる人数を尋ねた設問では、909~954の施設から回答があり、約10万人の入所者に対しターミナルの始まりと考える入所者は、

- | | |
|------------------------------|---------------|
| 1. 48時間以内に死亡が予想される状態 | 36人 (25施設に1人) |
| 2. 1週間以内に死亡が予想される状態 | 46人 (20施設に1人) |
| 3. 2~3週間以内に死亡が予想される状態 | 63人 (14施設に1人) |
| 4. 1ヶ月以内に死亡が予想される状態 | 128人 (7施設に1人) |
| 5. 3ヶ月以内に死亡が予想される状態 | 257人 (4施設に1人) |
| 6. 6ヶ月以内に死亡が予想される状態 | 537人 (2施設に1人) |
| 7. バイタルサインが低下し生命予後に予断を許さない状態 | 248人 (4施設に1人) |

の結果であり、どのような状態をその始まりと考えるかという質問の回答内容と合致し、老人保健施設においては、生命予後の危機をもつ入所者は平均1.4人であり、その70%が1ヶ月から6ヶ月のスパンでの死亡予測であった。

3-1) 日常生活機能の低下をターミナルの状態と考える回答は、143施設であったが、その内容は、食事と寝返りをターミナルの鍵になる状態と捉えており、排泄全介助をターミナルの始まりとしたものは1割にとどまった。本邦の疫学調査では、おむつで排泄している入所者は70%に上り、排泄全介助をターミナルの始まりとした場合、あまりに多くの入所者とターミナルとすることになり、抵抗感が大きいのは理解出来る。(n=135)

- | | |
|-------------|-------|
| 1. 食事全介助 | 51.7% |
| 2. 排泄全介助 | 10.5% |
| 3. 寝返りがうてない | 35.7% |

3-2) 施設で現在3-1) にあてはまる人数は約10000人の入所者のうち

1. 食事全介助 972人 (1施設7人)
2. 排泄全介助 3143人 (1施設25人)
3. 寝返りがうてない 123人 (1施設10人)

となっており、生命の危機に比べ、10倍～100倍の人数となっている。

4-1) 知的機能の低下をターミナルの状態と考える場合、どのような状態をその始まりと考えるかという問いは、該当数が13施設しかなく、最も多い回答は、痴呆による自立度の廃絶で、この概念をターミナルの状態と考える施設の70%をしめた。

4-2) あなたの施設で現在4-1) にあてはまる人数は

1. 自分の名前を言えない (1施設に6人)
2. 失見当識 (1施設に31人)
3. 長谷川式0点または測定不能 (1施設に13人)
4. 日常的異常行動 (1施設に19人)
5. 痴呆による自立度の廃絶 (1施設に15人)

であり、多くの痴呆入所者を抱え、これをターミナルと考えることへの抵抗感が強いことが伺える。

B) 老人保健施設で果たすべきターミナルケアの要素に関する重要度

老人保健施設で果たすべきターミナルケアの要素に関し、重要度を5段階評価 (最も重要=5, 重要=4, やや重要=3, あまり重要でない=2, 重要性が低い=1) で回答を得た (n=1403)

1～6を医療行為、7～14を環境QOL、15～16を自然死・在宅死と規定し、最も重要とする率で比較すると

【極めて低い要素：<5%】

医療行為

輸血 (0.1%)

延命治療 (2.7%)

死周期の蘇生療法 (2.8%)

【低い要素：5～20%】

医療行為

栄養補充 (13%)

環境QOL

音楽、絵画、植物 (10.9%)

家族が寝泊まり出来る (16.5%)

ADL保持 (18.5%)

自然死・在宅死

在宅死への橋渡し (15.8%)

【やや高い要素：20～30%】

環境QOL

個室 (20.5%)

信条、習慣への配慮 (27.6%)

自然死・在宅死

自然死 (22.5%)

【高い要素：30～50%】

医療行為

医療施設への転院 (37.1%)

鎮痛、苦痛除去 (46.5%)

環境QOL

事前指示の確認 (37.3%)

整容の充実、スキンケア (44.3%)

【極めて高い要素：50%>】

環境QOL

家族とのコミュニケーション (77.2%)

C) 老人保健施設で実際に行っているターミナルケアの要素に関する施行度

老人保健施設で実際に行っているターミナルケアの要素に関し施行度を (いつも行っている=3, 時々行っている=2, 殆どあるいは全く行っていない=1) の3段階評価で回答を得た。(n=1403)

1～6を医療行為、7～14を環境QOL、15～16を自然死・在宅死と規定し、最も重要とする率で比較すると

【極めて低い要素：<5%】

医療行為

輸血 (1.2%)

環境QOL, 自然死・在宅死

該当者なし

【低い要素：5～20%】

医療行為

延命治療 (10%)

死周期の蘇生療法 (11.8%)

環境QOL

家族が寝泊まり出来る (15.4%)

自然死・在宅死

在宅死への橋渡し (11.3%)

自然死 (17.7%)

【やや高い要素：20～30%】

環境QOL

音楽、絵画、植物 (24.1%)

【高い要素：30～50%】

医療行為

栄養補充 (43.5%)

環境QOL

個室 (30.4%)

信条、習慣への配慮 (43.1%)

ADL保持 (44%)

【極めて高い要素：50%<】

医療行為

鎮痛、苦痛除去 (56.5%)

医療施設への転院 (66.5%)

環境QOL

事前指示の確認 (64.5%)

整容の充実、スキンシップ (64.6%)

家族とのコミュニケーション (82.8%)

次に、重要性の認識と実際に行っているターミナルケアの要素の相違について考案する。

医療行為（項目1～6）は、重要、最重要と考える割合と施行度がほぼ一致し、環境QOL（項目7～14）は、重要性の認識により、実施がやや低い程度であったが、自然死・在宅死への橋渡し（項目15,16）に関しては半数以上が重要性の認識を持っているにもかかわらず、実施はその三分の一以下の15%にとどまっていた。

各要素別の重要性の認識と実際に行っているターミナルケアの要素の相違

医療行為は殆どすべての項目で、重要性の認識と実施率が一致したが、鎮痛苦痛除去は認識の2/3にとどまっていた。環境QOLの項目は、介護技術に依存する項目は重要性の認識と実施率が一致した。ハードに依存する、個室、家族の寝泊まりできる部屋、音楽絵画などは、重要性の認識率の半分～1/3に実施されていた。倫理や法制に関する項目では、事前指示の確認は重要と認識する率の8割に相当する64%が実施していたが、信条習慣への配慮は重要性を感じつつも、半数程度しか実施されていない結果であった。在宅死への橋渡し、自然死は、重要性の認識率の1/3～

1/4しか実施されておらず、実施の困難性、自然死への抵抗感など、今後理由を再調査する必要性があるう。

E. 結論

1) 老健施設におけるターミナルの始まりは、1～6ヶ月と生命予後の長い期間を考えていることが判明した。

2) 老健施設におけるターミナルケアに関して、疼痛除去、自然死、在宅死への橋渡しなど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。

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

平成13年6月、第43回日本老年医学会発表予定

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

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－

分担研究者 井上 聡 聖隷三方原病院ホスピス科長

研究要旨

高齢者終末期医療における輸液治療のガイドライン（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を対象に行った。その結果、輸液治療のガイドライン（案）に対して各々の項目においておおむね賛同するという意見が多数であったが、少数意見ながら強い反対もあり、ガイドラインを作成するためには今後さらに検討を重ねていく必要がある。

A. 研究目的

高齢者終末期患者に対する適正な輸液治療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、高齢者終末期医療における輸液治療のガイドライン（案）に対するアンケート調査を行うことによって、適切なガイドラインを作成するために行われた。

B. 研究方法

高齢者終末期医療における輸液治療のガイドライン（案）に対して表1に示すアンケート調査を日本老年医学会学術評議員を対象に行った。

（倫理面への配慮）

本研究は日本老年医学会学術評議員を対象にしたアンケート調査であるため、倫理上問題ないと考えた。

C. 研究結果

アンケート発送総数は614で、返却総数は214、回答率34.9%であった。質問1では、「指針」が存在しない施設が92.3%、成文化はしていないが、医師の間で統一した見解がある施設が7.2%であった。質問2では、「指針」は必要と答えた者が91.1%、不必要と答えた者が8.4%であった。質問3-1では、目的と定義におおむね賛同できるが95.7%、賛同できないが4.3%であった。質問3-2-（1）では、自己決定の原則についておおむね賛同できるが91.0%、賛同できないが9.0%であった。質問3-2-（2）では、個別性の尊重についておおむね賛同できるが98.1%、賛同できないが1.9%であった。質問3-2-（3）では、心理的支援の必要についておおむね賛同できるが98.1%、賛同できないが1.9%であった。質問3-3-（1）では、医学的適応の明確化についておおむね賛同できるが91.3%、賛同できないが8.7%であった。質問3-3-（2）では、寄与因子の評

価についておおむね賛同できるが93.8%、賛同できないが6.2%であった。質問3-3-（3）では、情報提供と意思決定についておおむね賛同できるが93.8%、賛同できないが6.2%であった。質問3-3-（4）では、輸液量の決定についておおむね賛同できるが86.7%、賛同できないが13.3%であった。質問3-3-（5）では、フォローアップについておおむね賛同できるが96.7%、賛同できないが3.3%であった。質問4では、高齢者に対する特別な配慮が必要であるが62.5%、必要ではないが36.0%であった。また、自由記述では少数ながら強い反対意見が見られた。

D. 考察

アンケート調査の結果よりほとんどの質問項目で90%以上の賛同を得られた。しかし、輸液量の決定については賛同が86.7%と低かった。輸液量の決定は確かに困難な面があり、検討を要すると考える。また、高齢者に対する特別な配慮の必要性については62.5%が必要と考えており、非高齢者のガイドラインとは別のものが必要であると考えている。自由記述では、「高齢者」や「終末期」の定義があいまいであり混乱を招く、時期尚早、医療の打ち切りにつながる等の反対意見がみられ、さらに十分な検討を重ねなければならないと考える。

E. 結論

高齢者終末期医療における輸液治療のガイドライン（案）は、日本老年医学会学術評議員におおむね賛同を得られたが、少数ながら強い反対意見もあり、ガイドラインを作成するためには今後さらに検討を重ねていく必要がある。

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
なし

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

(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

「輸液」に関する「指針（ガイドライン）」案（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研究」班作成）を別紙に示します。この「指針」に関してお尋ねします。

質問-1- 貴施設・病棟にこのような「指針」は存在しますか？

- (1) 「案」のように成文化して存在する。
- (2) 成文化はしていないが、医師の間で統一した見解がある。
- (3) 存在はしない。

*「指針」をお持ちの場合は回答に同封していただければ幸いに存じます。

質問-2- 「輸液」に関する「指針」は必要と思われますか？

- (1) 必要である。
- (2) 必要ない。（理由をお書き下さい。）

質問-3- 研究班による「指針」案の内容に関して賛同されますか？各質問毎に（1）あるいは（2）に印を付けてください。

- (1) おおむね賛同できる。
 - (2) 賛同できない点がある。
- （賛同できない点に関しては、余白にご自由にご記入下さい。）

1 目的と定義について	(1)	(2)
2 一般的事項		
(1) 自己決定の原則について	(1)	(2)
(2) 個別性の尊重について	(1)	(2)
(3) 心理的支援の必要について	(1)	(2)
3 臨床事項		
(1) 医学的適応の明確化について	(1)	(2)
(2) 寄与因子の評価について	(1)	(2)
(3) 情報提供と意思決定について	(1)	(2)
(4) 輸液量の決定について	(1)	(2)
(5) フォローアップについて	(1)	(2)

質問-4- 「輸液」に関する「指針」を作成する際に、高齢者に対する特別な配慮は必要と思われますか？

- (1) 非高齢者の指針をおおむね適応可能である。
 - (2) 特別な配慮が必要である。
- （必要と思われる特別な配慮に関してご自由にご記入下さい。）

質問-5- その他、ご自由にご意見をお書きください。

貴施設名 ()
記入者お名前 ()

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

死生観に関する研究・医療行為の実証的研究

分担研究者 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

研究要旨

東京都老人医療センター（都老医）および浜松聖隷三方原ホスピス（聖隷）において死亡退院した患者に対し、患者の性別、年齢、入院時の主たる原疾患、死因となった主たる疾患、亡くなる直前 48 時間以内に確認された兆候や症状の記録、及び亡くなる直前 48 時間以内に実施された医療行為を所定の記録用紙を用いて合計 100 人に達するまで記録した。さらに対象患者に対する告知の状態を、1) 病名の告知、2) 余命の告知、3) 死に至る病態の告知の 3 段階に分けて記録した。その結果、対象患者の多くが昏睡、呼吸困難、せん妄、発熱といった症状を呈した。ただ都老医で多くみられた不安が、聖隷ではほとんどみられなかった。

また医療行為では、都老医、聖隷ともに酸素吸入、点滴静注が多く行われたが、聖隷では麻薬の使用を除いて、明らかに医療行為が控えられていた。また告知は両施設ともに前提条件ではなく、都老医で 42.7%、聖隷においても 70.8% の告知率であった。

A. 研究目的

現実の医療現場では、「持続的植物状態」や「痴呆」など、認知能力や意思疎通能力が障害された患者が急激に増加しており、「自己決定」の問題は代理人たる家族を含めて早急な解決を迫られているのが現状である。そして「自己決定」の存在のみでは解決することが困難な問題、例えば病気が不治であることの判断の困難さ、たとえ病気が不治であっても死期が近づいているとの判断とはならず、終末期という決定が容易になされないという医学的な問題も存在している。加えて、ある程度医学的に検証がなされ、その有用性が認知されてきた末期癌におけるホスピスケアの導入には、告知が前提でなければならないが、告知後の患者に対する心理的なケアを考慮しない画一的な告知の実施が、必ずしも肯定されていないこともよく知られていることである。今回の研究は 斯様に困難な問題を多く内包している終末期医療における自己決定に関する課題に対する「改善策」を提言することを一義的目的とする。本研究はその目的に沿い、ホスピスを含んだ終末期医療の現場からデータを収集、それらの集計・分析を行い、終末期での医療現場における患者の状態像を実証的に検証していき、自己決定が行われる状況を明らかにすることに主眼をおいた。

B. 研究方法

（研究対象）

東京都老人医療センターと浜松市聖隷三方原ホ

スピスに入院していて、当該施設を死亡退院した患者各 100 人を対象とした。

（研究期間）

平成 12 年 4 月 1 日から対象者数が 100 人に達した時点

（研究方法）

所定の記録用紙に、死亡退院した患者の状態像、実際に実施された治療・検査等の医療行為、および対象患者に対する告知の状態を前向きに記録

（倫理面への配慮）

記録用紙については、患者の氏名等が特定されないよう、記録時の匿名性の保持には特別配慮した。また入手した記録用紙は、当教室の一部の研究者によって厳重に保管され、また今回の研究に関係した特定の研究者によって分析された。さらには、今回の研究は名古屋大学大学院医学研究科老年医学教室、東京都老人医療センター、および浜松聖隷三方原ホスピスの倫理委員会に承認された。

C. 研究結果

有効対象患者数であるが、都老医が 96 名、聖隷が 96 名であった。対象患者の平均年齢であるが、都老医が 79.9 歳、聖隷が 76.4 歳であった。そして性別であるが、都老医が男性 57%、女性 43%、聖隷が男性 51%、女性 49%であった。対象患者の主たる原疾患であるが、都老医は悪性新生物が 42.7% と最も多いが、他の疾患に罹患していた患者数も相当数存在しており、高齢者医療における患

者の多様性を示す結果となった。また聖隷は1例を除き全て悪性新生物に罹患した患者であった。対象患者の死因となった疾患であるが、都老医は心血管疾患が31.3%と最も多く、次いで悪性新生物28.1%、その他15.6%(このうち3例は敗血症)、呼吸器疾患13.5%の順であった。また聖隷でも悪性新生物が88.5%と最も多かったが、肝疾患を含めたその他の疾患によって死亡した患者も存在した。次に死亡の直前の48時間以内に患者が呈した徴候および症状であるが、都老医では昏睡が57.3%で最も多く、次いで呼吸困難55.2%、発熱38.5%、食欲不振31.3%、失禁が30.2%の順であった。一方聖隷であるが、昏睡およびせん妄が最も多く77.1%であった。次いで食欲不振60.4%、発熱59.4%、呼吸困難34.4%、自制内の疼痛が29.2%であった。さらに死亡の直前48時間以内に対象患者に施行された医療行為(検査を含む)についてであるが、都老医では酸素吸入79.2%、点滴静注69.8%、尿道カテーテル66.7%、抗生物質の使用54.2%、血液検査50.0%が非常に多くの患者に実施され、半数を超えた。加えて中心静脈の確保43.8%、昇圧剤の使用32.0%、高カロリー輸液31.3%と30%を超える患者に実施されていた。一方聖隷では酸素吸入68.7%、麻薬の使用55.2%という行為が半数を超えており、さらに点滴静注40.6%、中心静脈ラインの確保25.0%、抗生物質の使用24.0%、経口薬剤22.9%、専門スタッフによる心理的ケア20.8%という順で行なわれていた。最後に患者に対する告知の現状であるが、都老医では42.7%の患者に病名の告知を行い、7.3%の患者に予測された余命の告知を行い、さらに7.3%の患者に直接死に至る病態を説明していた。聖隷では70.8%の患者に病名告知を行い、14.6%の患者に予測された余命の告知を行い、29.2%の患者に死に至る病態の説明を行っていた。

D. 考察

都老医と比較すると、聖隷の患者で確認された徴候・症状は特定の徴候・症状に集中する傾向が見られ、原疾患の違い、そして治療の内容の違いが大きな影響を与えている可能性が考えられた。さらに互いの施設で確認された徴候・症状には昏睡のように両方で比較的多く見られたものがある一方、不安や下痢、便秘のように都老医ではある一定数の患者で確認されたのに対して聖隷ではほとんど確認されなかったものがあったり、逆に聖隷ではせん妄が多く確認されたのにかかわらず、都老医では少数の患者でしか確認されなかったといった事実が存在した。原疾患の違いの影響だけではなく、患者に対する告知の状態、心理的ケアのあり方が与える影響も無視できないと考えられ、これら徴候・症状の詳細な記録および検討の必要性が示唆された。医療行為の施行に関しては、聖隷に比較し都老医で医療行為が数多く施行される傾向にあり、さらにこ

れらの患者・家族に対しての同意の取得の状況をみると、明らかに都老医において患者に対する同意の取得率が低かった。これには多くの理由が考えられるが、まず都老医の患者の中に認知障害を有する患者がある一定数存在することを考慮に入れる必要がある。今回の研究では対象患者の痴呆の有無について記録することを様々な理由から回避したが、高齢者医療の現場では患者の痴呆の存在を無視して、医療行為に関する同意取得率の高低を議論できない。さらには患者に対する告知の状況が、同意の取得率に影響を与えていることも考える必要がある。さらに原疾患の違いに由来する、医療行為の必要性の相違も取得率に影響を与えうる。聖隷が多くの医療行為において、患者本人および家族の同意が得られている背景には、まずホスピスという施設の性格に由来する患者の事前の病状への理解や、医療行為に対する希望の確立が存在する。そういった意味では例えば尿道カテーテルに関しては都老医での66.7%の施行率に対し、聖隷で16.7%の患者にしか行なわれていないことと同様な血液検査、高カロリー輸液などにみられるような施行率の乖離、および実施される際の非常に高い同意取得率の問題も、先に論じた背景の影響があるであろう。

さらに特筆すべき結果は、聖隷において20.8%の患者が専門スタッフによる心理ケアを受けていることである。終末期における心理的ケアのあり方については多くの解決されるべき課題が存在しているが、その有用性について一定の評価がされており、今後多くの医療者が取り組まなければならない行為であろう。その行為がすべて患者・家族の同意を得て行なわれている点は見逃してはならない。そして、告知についてであるが、聖隷の方が告知率が高いのは予想されたことであるが、70.8%という数字はホスピスの施設の性格を考えると若干低いと思われる。余命の告知が双方であまりなされない理由としては、疾患が不治であることの判断より死期が確実に近づいているという判断や、余命の判断が臨床的に非常に困難であり、病名を告知する場合と比較して技術的に困難であること、そして余命告知が患者に与える影響を考慮したときにその告知に対する細心の注意が必要となることなどが考えられた。

E. 結論

高齢者医療の専門病院である東京都老人医療センターと緩和医療を専らとする聖隷三方原ホスピスとでは、終末期において施行された医療行為やその同意取得率に大きな違いがあり、とくに聖隷においては医療行為が限定され、それらの患者およびその家族同意取得率が非常に高い傾向にあった。これらは、緩和医療と高齢者専門医療との差異に立脚したものであり、高齢者医療全般を考えた場合に、これらの差異を埋める新たな考え方が必要となるのであろう。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

● Yuichiro Masuda, Masafumi Kuzuyam, Kazumasa Uemura, Ryuichi Yamamoto, Hidetoshi Endo, Hiroshi Shimokata and Akihisa Iguchi

The effect of public long-term care insurance plan on care management and care planning in Japanese geriatric hospitals. Archives of gerontology and geriatrics 2001(in press)

● Yuichiro Masuda, Michael D. Fetters, Hiroshi Shimokata, Emiko Muto, Nanaka Mogi, Akihisa Iguchi and Kazumasa Uemura

Outcomes of written living wills in Japan: a survey of the deceased's families. Bioethics Forum 2001(in press)

● Michael D. Fetters, and Yuichiro Masuda
Japanese patients' preferences for receiving cancer test results while in the United States: Introducing an advance directives for cancer disclosure. Journal of Palliative Medicine 3:361-374 2000

● 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－. 日本老年医学会雑誌 vol.38 No.3, 2001(in press)

● 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。

訪問診療対象高齢患者における在宅死を可能にする因子の検討. 日本老年医学会雑誌 vol.38 No.4, 2001(in press)

2. 学会発表

●平成12年度日本老年医学会学術研究集会
益田雄一郎、植村和正、服部文子、茂木七香、内藤通孝、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

●平成12年度日本老年医学会学術研究集会
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

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

Ⅲ．研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
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	井口昭久	老年学概論－サイエンスから介護まで	名古屋大学出版会	愛知県	2000	302-305
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		2001 (in press)	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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－」	Vol.48	1172-1175	1999
植村和正、井口昭久	「安楽死」と「尊厳死」－法律的考察－	生命倫理	Vol.9 No.1	116-120	1999
植村和正	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	Geriatric Medicine	Vol.38 No.7	969-972	2000
植村和正	日本老年医学会・立場表明作成に向けて－倫理委員会案－	日本老年医学会雑誌	Vol.37 No.9	719-721	2000
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	日本老年医学会雑誌	Vol.37 No.9	734-738	2000
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」	Vol.26 No.2	34-36	2000
井口昭久、植村和正	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。	Geriatric Medicine	Vol.39 No.1	15-19	2001
遠藤英俊、三浦久幸、谷向知、植村和正。	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。	Geriatric Medicine	39 (1)	21-24	2001

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
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	日本老年医学会雑誌			2001 (in press)
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－	日本老年医学会雑誌	Vol.38 No.3		2001 (in press)
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	日本老年医学会雑誌	Vol.38 No.4,		2001 (in press)
Yuichiro Masuda, Masafumi Kuzuyam, Kazumasa Uemura, Ryuichi Yamamoto, Hidetoshi Endo, Hiroshi Shimokata Akihisa Iguchi	The effect of public long-term care insurance plan on care management and care planning in Japanese geriatric hospitals.	Archives of gerontology and geriatrics			2001 (in press)
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			2001 (in press)

20000178

以降のページは雑誌／図書等に掲載された論文となりますので
「研究成果の刊行に関する一覧表」をご参照ください。