

厚生労働科学研究費補助金

長寿科学総合研究事業

高齢者の施設・在宅における終末像の実証的検証および終末期ケアにおける
高齢患者の自己決定のための情報開示のあり方に関する研究

平成14年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 葛谷雅文

平成15（2003）年3月

目 次

I. 総括研究報告書

- 高齢者の施設・在宅における終末期の実証的検証および終末期ケアにおける
高齢患者の自己決定のための情報開示のあり方に関する研究 1
葛谷雅文

II. 分担研究報告書

1. 在宅医療における終末期ケアに関する前向き研究 5
杉山孝博
2. 自宅で死亡する高齢者の終末期に関する前向き調査研究（非都市部編） 8
伴信太郎
3. 医療従事者での高齢者終末期医療に関する意識調査 11
服部明德
4. 高齢者の終末期医療における老年科医の役割に関する研究 15
水川真二郎
5. 末期癌患者の在宅療養に対する家族の意識に関する調査 19
内藤通孝
6. 痴呆患者の終末期医療に関する研究 22
植村和正
7. 高齢者の終末期ケアの希望に関する質的検討 25
益田雄一郎

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 29

IV. 研究成果の刊行物・別刷

I. 総括研究報告書

高齢者の施設・在宅における終末期の実証的研究および終末期ケアにおける高齢患者の
自己決定のための情報開示のあり方に関する研究

主任研究者 葛谷雅文 名古屋大学大学院医学系研究科老年科学助教授

研究要旨 高齢者の終末期ケアの特徴として、「非癌患者の終末期ケア」がある。今後ますます増加が予想される「痴呆患者の終末期ケア」の問題や、「介護・福祉施設における終末期ケア」、「在宅患者に対する終末期ケア」の問題も、高齢者に特有な終末期ケアに関する課題である。今年度はそれらの問題に関連した予備的な調査が実施された。構造が複雑な高齢患者の終末期ケアの問題について、患者が少しでも自分の希望に沿った人生の終末を迎えることが可能になるように、我々の研究は利用されなければならない。

分担研究者

杉山孝博 医療法人財団石心会
川崎幸クリニック 院長
伴信太郎 名古屋大学医学部附属病院
総合診療部 教授
服部明德 東京都老人医療センター
内科医長
水川真二郎 杏林大学医学部高齢医学 助手
内藤通孝 福山女学園大学大学院
生活科学研究科 教授
植村和正 名古屋大学大学院医学系研究科
病態内科学講座 講師
益田雄一郎 名古屋大学大学院医学系研究科
老年科学 医員

像は若年者と大きく異なることが少なくない。加えて高齢者の終末期ケアは比較的長期にわたる介護が必要であったり、老化に付随する多臓器障害を抱えているといった高齢者に特有な事象が存在する。したがって社会的、技術的に高齢者に特有な、共通な終末期医療・ケアがあるはずである。一方では、終末期はきわめて「個別性」の高いものであり、終末期ケアの標準化が非常に困難であった。かように複雑な高齢患者の終末期ケアにおいて、患者の自己決定が実現されるためには、まず終末期ケアの内容が患者に理解しやすい形で「情報開示」される必要がある。そして患者の十分な理解のもとで得られた「インフォームドコンセント」に基づいて、「終末期ケアに関する患者の自己決定」を促していかなければならない。我々の研究班は、平成 14, 15 年度に「情報開示」に必要な。従来複雑とされた終末期のデータベースの構築を実現する。

A. 研究目的

高齢者の終末期ケアの特徴として、「非癌患者の終末期ケア」の問題がある。一例として、今後ますます増加が予想される「痴呆患者の終末期ケア」の問題があげられる。さらに「介護・福祉施設における終末期ケア」、「在宅患者に関する終末期ケア」の問題も、高齢者に特有な終末期ケアに関する課題であろう。また癌患者であっても、その終末

B. 研究方法

(1)九州地区の国立病院医療従事者の高齢者終末期医療に関する意識調査をアンケート

トで行った。(2)東京都多摩地区の医師、看護師、介護職員、高齢患者、患者家族に対して「高齢者の終末期医療」に関するアンケート調査を行った。(3)岐阜県の公立病院の在宅医療科で訪問した末期癌患者を看取った主たる介護者を対象に在宅療養に関する意識調査を行った。(4)事前調査として、北海道地区、中部地区、沖縄地区 13 施設において、聞き取り調査を行い、それぞれの地区における高齢者の在宅終末期医療の現状・問題点を明らかにする。本調査においては前向きに死亡前 48 時間以内に呈した症状・徴候、実施された医療行為を記録していく。(5)愛知県の療養型病床群において、死亡した患者に対して、患者の属性、痴呆の状況、死亡前 6 ヶ月間に行われた治療を調査した。

C. 研究結果

(1)死亡場所、経管栄養のあり方、痴呆終末期患者へ治療、癌患者・非癌患者への延命治療、現状の終末期医療のあり方に関して、医師、看護師、検査技師の間に意識の相違が見られた。いずれの項目においても職種間の意見の相違がまちまちであり、一定の傾向は見られなかった。(2)医療職および介護職と患者および患者家族の間で最も差が見られたのは、「患者に対する信条・習慣への配慮」に対しての意識と、「大学病院の果たすべき終末期ケアに対する要素」であり、前者は患者および患者家族があまり医療職・介護職に比しあまり重要視しておらず、後者は患者および患者家族が大学病院での看取りを重要と考えていることがわかった。(3)在宅療養の希望が強く、それに応えるために医療者の緩和ケアに対する知

識・技術とともに意識の向上が望まれる。

(4)三地区において在宅における看取りの割合に大きな相違が見られた。北海道地区は少なく、長野県を含む中部地区が在宅の看取りの割合が多かった。(5)痴呆患者群と非痴呆患者群と比較したところ、痴呆患者群において昇圧剤の使用、輸血の実施、栄養チューブの挿入の頻度が高かった。

D. 考察

(1)医師の意識が高い場合、看護師の意識が高い場合、検査技師の意識が医師の一致する場合と看護師に一致する場合などがあり、今後の検討が必要と思われた。(2) 高齢者医療を行う者は、患者や家族の立場や要求と専門知識に立脚した医療行為に偏ることなくバランスのいい医療行為が求められていると考えられた。(3)週に数時間程度の訪問看護では労力に関する協力に限界があり、精神的な支えを十分に行う必要があると考えられた。(4) 異なった地域社会のあり方や文化背景の中で、在宅終末期医療の実像を正確に捉える必要があると考えられた。(5) 痴呆患者の終末期においては、終末期に至るまでの早い段階で患者・患者家族の希望について議論する必要があると考えられた。

E. 結論

(1)医療従事者の中でも現状の終末期医療を問題と考え、無益な医療をしていると感じている場合があり、今後の議論が必要である。(2)患者や家族と医師の間、あるいは同じ高齢者医療に携わる医療従事者の間においても、その職種や立場の違いによって高齢者の終末期の捉え方に大きな差が見ら

れることが明らかになった。(3)今後、入院期間の短縮が進められる中で、条件の悪い例が増加する可能性が予測される。患者の病状のみでなく、家族の身体・精神面でのアセスメントも含めた包括的な対応が求められている。(4)現在実施中の本調査の結果が出ておらず結論を述べるできないが、予備調査の結果からは、異なった地域社会のあり方や文化背景が在宅終末期医療の実像に何らかの影響があると考えられた。(5)痴呆患者に対する終末期医療および栄養投与法は、得られる利益および苦痛、患者およびその家族の希望を考慮して行われるべきである。今回の結果では痴呆の状態であることが終末期医療に影響を与えているとはいえない。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) Kuzuya M., Ando F., Iguchi A., Shimokata H. Changes in Serum Lipid Levels during a 10 Year Period in a Large Japanese Population: A Cross-Sectional and Longitudinal Study. *Atherosclerosis* 163:313-320, 2002

2) Kuzuya M., Ando F., Iguchi A., Shimokata H. Effect of Aging on Serum Uric Acid Levels: Longitudinal Changes in a Large Japanese Population Group. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 57: M660-664, 2002

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

II. 分担研究報告

在宅医療における終末期ケアに関する前向き研究

分担研究者 杉山孝博 医療法人財団石心会川崎幸クリニック院長

研究要旨 在宅における終末期医療は、高齢者の QOL の向上のためにも重要な役割をはたしている。そのためにも在宅医療の意義が医療者、患者・家族に十分理解され、24 時間訪問診療・訪問看護体制の確立が必要である。在宅医療の経験は、高齢者の入院・入所における医療のあり方に関して重要な影響を与えることができるのではなかろうか。

A. 研究目的

高齢社会の急速な進展、介護保険などによる在宅ケアサービスの基盤整備、在宅酸素療法・在宅人工呼吸療法・疼痛緩和治療・IVH など在宅医療における技術的側面の充実、QOL の重視などにより、重度な状態や終末期の患者の在宅療養が可能になった。今日の在宅医療の特徴は、様々な医療機器が使われ、また多様な医療行為が在宅においても行われていることが一つの特徴である。

20 数年前から在宅医療に取り組み、さらに年間 40 名前後の終末期医療に取り組んでいる川崎幸クリニックの終末期患者を対象として、臨死期における病態・医療行為の実態などを明らかにすることにより、在宅における終末期医療が円滑に行われる条件や評価方法を考えたい。

B. 研究方法

川崎幸クリニックで訪問診療を受けている 65 歳以上の患者の中で、終末期にあつて、平成 14 年 9 月 1 日から平成 15 年 2 月末日までに在宅または病院・施設で死亡した患者 16 名を対象に、終末期および臨死期（死の直前 48 時間以内）の症状・医療行為などを前向きに記録し分析した。

（倫理面への配慮）本研究は統計処理を行った結果のみを公表するものであるが、個人情報

報が明らかとならないように配慮し、倫理的な問題はないと考える。

C. 研究結果

対象者 16 名の属性としては、男性 7 名（平均年齢 83.4 歳）、女性 9 名（平均年齢 90.2 歳）で、全体の平均年齢は 83.4 歳であった。この中で、在宅で看取られたものは 13 名で、病院で死亡したものが 3 名であった。

在宅死の死亡時刻は、0 時から 9 時までの間が 4 名、9 時から 17 時までの間が 4 名、17 時から 24 時までが 5 名であった。このことから、在宅での看取りには、24 時間訪問診療・訪問看護体制が欠かせない。

死因としては、在宅死の 13 名中、癌が 3 名、肝不全、心不全、肺炎がそれぞれ 1 名で、残り 7 名は老衰による。死因が老衰とされた患者の原疾患は、多発性脳梗塞が 3 名、アルツハイマー型痴呆が 2 名、パーキンソン症候群が 1 名、骨粗鬆症・廃用性萎縮が 1 名であった。癌に対する在宅終末期医療が積極的に行われるようになってきたが、高齢者の寝たきりの原因である脳血管障害やパーキンソン症候群、骨関節疾患、さらに痴呆などの最終段階である老衰に対する終末期ケアも重要である。入院した患者の死因は、急性肺炎、敗血症、老衰（栄養摂取が急速に低下して急変した）各 1 名であった。急性の変化のため緊

急入院となり死亡に至った例であった。

臨死期（死の直前 48 時間以内）の症状や医療行為を調べたところ、記録の確認できた入院患者 2 名では、IVH や 24 時間持続点滴により 1700～2600ml の補液が実施されていた。痰の吸引、酸素吸入、膀胱カテーテルの留置などの医療処置が行われていた。他方、在宅死患者の臨死期では、500ml の点滴（補液のみかあるいは、抗生物質を加える）を自宅で受けていたのが 7 名、点滴もなくモルヒネなどの鎮痛剤、酸素吸入のみのものが 6 名であった。痰の吸引の必要なものは 3 名のみであった。痰のからみや浮腫なども在宅死の患者は少なかった。

患者本人への説明と同意については、死因として老衰の患者が多いことから推測できるように、衰弱が進行して意識状態が低下している患者が多いため実際には多くの場合家族への説明、同意により終末期医療が行われた。もちろん判断力のある患者には説明と同意が行われた。本年度の研究では症例が少ないこともあって、患者が自らの終末期医療に関する希望を表明し、その希望がかなえられた場合、満足度が高いか否かを判断するデータは得られなかった。

D. 考察

住み慣れた家で家族や知人に囲まれて、苦痛や気兼ねなく最後まで過ごすことができるようにすることが、在宅医療の目標である。

死亡時刻を調べると、診療時間外が多いことから、24 時間訪問診療・訪問看護体制が必須である。また、終末期は特に、状態が変化しやすいので、急性増悪時などの緊急入院できるバックアップ体制も必要である。

癌末期や、様々な疾患の最終段階における

高齢者医療のあり方として、実施可能な医療処置を何でも行うのではなく、苦痛や不安をいかに少なくして、尊厳ある人生の終末が迎えられるかにあるのではなかろうか。在宅でもモルヒネ使用や在宅酸素療法など様々な医療処置が実施できるようになったため、苦痛のない終末期在宅医療が可能になった。

入院した場合多量の補液が行われることが多いが、むしろ在宅で実施している少量の補液の方が痰のからみが少なく浮腫も出現しないと思われる。

患者・家族は終末期であってもある程度の医療が受けられることで安心し、終末期を受容できるものである。そのためにも訪問診療・訪問看護体制の確立が必要である。

患者が自らの終末期医療に関する希望を表明し、その希望がかなえられることが、患者の満足度を高めることになると思われるが、現実的に困難な場合も少なくない。いずれにしても、本人にとって望ましい終末期医療のあり方を追求することは重要である。

E. 結論

在宅における終末期医療は、高齢者の QOL の向上のためにも重要な役割をはたしている。そのためにも在宅医療の意義が医療者、患者・家族に十分理解され、24 時間訪問診療・訪問看護体制の確立が必要である。在宅医療の経験は、高齢者の入院・入所における医療のあり方に関して重要な影響を与えることができるのではなかろうか。在宅介護サービスや終末期在宅医療の経済的側面を含めた総合的な評価が今後必要になろう。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 杉山孝博：痴呆患者のケア 今日の治療指針 2003 医学書院 p1038-1039, 2003
- 2) 杉山孝博著：21世紀の在宅ケア 光芒社、2001
- 3) 杉山孝博：在宅中心静脈栄養・経管栄養、在宅感染対策ハンドブック、ヴァン メディカル p101-106 2001
- 4) 杉山孝博：経管栄養・中心静脈栄養患者の退院指導、INFECTION CONTROL, 10(9), 888-892 2001
- 5) 杉山孝博：平成12年度、13年度および14年度 在宅高齢者の介護サービス利用状況の変化に関する調査研究、財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構、平成12年度、13年度および14年度老人保健健康増進等事業による研究報告書
- 6) 杉山孝博：痴呆性高齢者のグループホームと訪問看護ステーションの連携モデルの開発、全国訪問看護事業者協会、平成12年度老人保健健康増進等事業による研究報告書
- 7) 杉山孝博：痴呆介護に残された課題、月刊総合ケア、12、38-43, 2002.4
- 8) 杉山孝博：初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究、財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構（厚生労働省委託事業）、平成14年度

2. 学会発表

- 1) 杉山孝博：講演「痴呆性老人への対応－問題行動への対処の仕方－」（日本デイケア

学会第7回年次大会 2002年9月18日、茨城県

2) 杉山孝博：共生の介護 静岡県介護福祉士会 記念講演、2002年11月24日、静岡市

3) 杉山孝博：シンポジウム「生活支援における医療的行為の現状と課題」 社団法人日本介護福祉士会第8回全国研究大会 2001年11月9日、東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

自宅で死亡する高齢者の終末像に関する前向き調査研究（非都市部編）

分担研究者 伴信太郎 名古屋大学医学部附属病院総合診療部教授

研究協力者 鈴木富雄 名古屋大学医学部附属病院総合診療部助手

研究要旨 今回、北海道地域 5 施設、中部山間地域 4 施設、沖縄地域 4 施設の全国 3 地域 13 研究協力医療機関の在宅療養患者に対し、研究期間内に在宅で死亡した者を対象に終末期医療に関する前向き調査を行った。本調査のデータ収集分析は現在進行中であるが、予備調査の聞き取り調査では、在宅での看取りの現状に関して各地区に特有の状況や問題点があり、地域社会と医療のあり方や文化背景に大きく関係していると思われた。

A. 研究目的

死に方の選択は基本的に個人の問題であるが、現在の日本においては死に場所は偶然に支配され、その時に提供される医療技術や医療費も死ぬ場所に所属する医療従事者の恣意によることが多いと思われる。しかし、生活と社会とが密接に結びついた地域ではその地域の文化や社会のありかたが、個人の死に方の選択に何らかの影響を与える可能性がある。在宅において死亡する高齢者は、死亡する場所が自宅という密室であること、基本的に医療者の介在が希薄であること、我が国において在宅における終末期医療が未だ一般的でなく共通の理解が希薄であることなどが理由となり、その臨死期における病態・医療行為の実態を把握するのが困難である。

本研究は最終的には理想的な高齢者の終末期ケアの実現を目指すものであるが、その為には現状を調査し、混沌とした高齢者の終末期ケアの実情を正確に把握する必要がある。

今回は特に生活と地域社会とが比較的密接に結びついている非都市部での自宅で死亡する高齢患者対象の前向き調査を行った。

B. 研究方法

予備調査

2002年10月より2003年2月にかけて、平成13年の厚生労働省の都道府県別人口動態調査を参考に、在宅での死亡率が最も低い(8.1%)北海道地区、最も高い(18.7%)長野県を含む中部地区、在宅での死亡率はほぼ全国平均(12.3%)であるが独特の看取りの文化をもつ沖縄地区の3地区に対し、その地区の地域医療振興会の協力を得て、研究協力医療機関を13施設選び(北海道地域5施設、中部山間地域4施設、沖縄地域4施設)、各担当者に聞き取り調査を行い、それぞれの地区における高齢者の在宅終末期医療の現状・問題点の概略を把握した。

本調査

2003年3月1日より各協力医療機関にて、前向きデータ収集調査を開始した。

対象

北海道地域 5 施設、中部山間地域 4 施設、沖縄地域 4 施設の全国 3 地域 13 研究協力医療機関の在宅療養患者で、同意書にて患者情報の提供に対しての同意が得られ、研究期間内に在宅で死亡した者を対象とした。

調査項目

- 1、対象者の属性(年齢、性別、居住地域、家族構成、主たる介護者の有無、介護保険における要介護度、職業歴等)、疾患名、臨死期(死の直前 48 時間以内)に実施された医療行為、臨死期における症状・医療行為。
- 2、死亡時からさかのぼって 14 日間の記録。
 - A. 患者の主観的症状、B. 患者の理学的所見、バイタルサイン、各検査データ(血液データ、エックス線写真所見、ECG 所見)、C. 患者の CGA(Comprehensive Geriatric Assessment)、D. 患者に施行された医療行為(内服薬処方輸液など)、E. 訪問看護サービス等の看護・介護サービスの内容

データ収集および解析

各協力医療機関にてデータ集積を行い、最終的に分担研究者及び研究協力者が総合的な比較解析を行う。

(倫理面への配慮)

情報提供者に対しての同意の取得、資料の管理保管などに関し、十分な倫理的配慮が取られ、名古屋大学医学部倫理委員会の審査を通過しており、個人の人権擁護の点からも、予測される危険、不利益はないと思われる。

C. 研究結果

予備調査結果

北海道地区で自宅での死亡率が低い要因として、各医療機関から患者宅の距離が比

較的離れていること、雪による緊急の往診体制のとりにくさ、診療所よりも病院に対しての普段からの患者の依存度の高さ、高齢者を看取る地域での協力体制の希薄さなどが挙げられた。

次に長野県、岐阜県では、南部などを中心に農村山間地区の診療所を中心として確固たる訪問診療体制のネットワークが広範囲に出来上がっている地域が多く、地域での独居老人の数も多いが、地域ぐるみでの看取りの文化の存在が挙げられた。

沖縄地区では 10 年程前までは在宅死の割合が高かったが、病院施設の充実とともに病院死の割合が増えてきている。また島によっては高齢者の文盲率が高い島もあり、終末期医療に関し、医療者の恣意的な要素が入りやすい部分と介入しにくい部分が混在していることが特徴として挙げられた。

本調査結果

2003 年 3 月からのデータ収集は現在始まったところであり、今後 2 年間に渡り継続予定である。

D. 考察

在宅での終末期医療の実態に関して、ある程度の母数の患者を対象に前向きな客観的データをもとに検討された研究は、特に異なった地域社会の文化背景を持つ幾つかの地域を対象としては現在のところ皆無であり、本研究の持つ意義もそこにある。本研究の結果は、最終的には自己決定による高齢者終末期医療の実現可能性の検証につながっていくと思われる。

また今後現在収集中のデータ分析と並行して、異なった地域社会のあり方や文化背景の中での在宅終末期医療の実像をより正

確に捉えていく為、地域社会の医療者、住民などを対象にした質的な探索調査の必要性を強く感じており、次年度への課題としたい。

E. 結論

現在施行中の本調査の結果が出ておらず、結論を述べることはできないが、予備調査の結果からは、異なった地域社会のあり方や文化背景が在宅終末期医療の実像に何らかの影響を及ぼす可能性があると考えられる。

F. 健康危険情報

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.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

医療従事者での高齢者終末期医療に関する意識調査

分担研究者 服部明徳 東京都老人医療センター内科医長
 研究協力者 中原賢一 国立長崎医療センター循環器科医長

研究要旨 医療従事者に高齢者終末期医療に関する意識調査をアンケートで行った。どの職種でも終末期医療には特別の配慮が必要であると回答した。しかし「臨死状態の患者に無益な医療が行われていると時々感じる」との回答が、医師・看護師とも50%前後であり、現状での終末期医療は問題であるとしている。医師でも現状の終末期医療でよいとの回答は18%に過ぎなかった。終末期医療の何らかの指針が必要であるとの回答が過半数であった。

A. 研究目的

日本は急速に高齢者社会となり、高齢者医療について様々な問題点が浮かび上がってきた。例えば高齢者の終末期という時期がどの時点からのことをいうのかの定義は明確ではない。狭義には死に臨んだ時期が終末期であると考えられるが、広義には人生の終末期という見方も可能であろう。そこで若年者に比し高齢者の終末期がどの時期であるか明らかでないため、高齢者の終末期にどのような医療をすればよいかもあまり議論されていないのが現状である。

本研究では、医療従事者にアンケートで高齢者終末期の医療に関する意識調査を行い、現在の時点での高齢者終末期医療のコンセンサスを捉えようとした。

B. 研究方法

国立長崎医療センターに勤務する医師57名、看護師26名、検査技師52名のあわせて135名(平均年齢38.8歳)にアンケートによる終末期医療に対する意識調査を行った。

(倫理面への配慮)

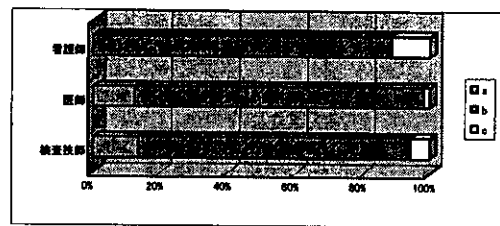
このデータはすべて統計処理を行った結果のみを公開するために、個人情報明らかにされることはなく、倫理面での問題はないと考えられる。

C. 研究結果

国立長崎医療センターに勤務する医師57名、看護師26名、検査技師52名のあわせて135名(平均年齢38.8歳)にアンケートによる意識調査を行った。

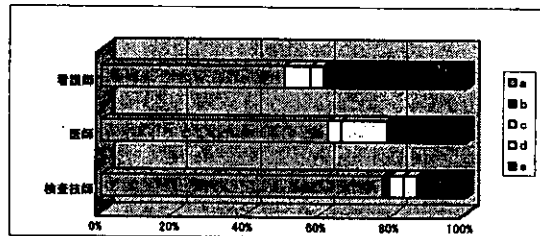
C-1 「終末期の医療行為について」

医師と検査技師とはほとんど同じ回答内容であったが、看護師は「終末期だからといって特別の配慮をしない」との回答が0であった。(a)



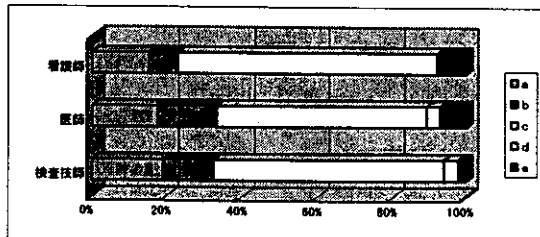
C-2 「どこで死ぬのが最も幸せか」

医師は「どこでも同じ」との回答が13%と高値であった(d)。看護師では「その他」の回答が多かった。



C-3 「経管栄養」

医師と検査技師とはほとんど同じ回答内容であったが、看護師は「ほかに選択肢がないので行う」との回答が8%と頻度が低かった(b)。



C-4 「痴呆患者が重篤になった時の加療」

痴呆患者には基本的に積極的な加療を控えるとの回答が30%と医師で高値であった(b)。

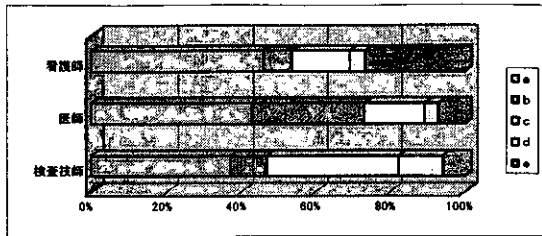


図 6-1 癌患者の終末期

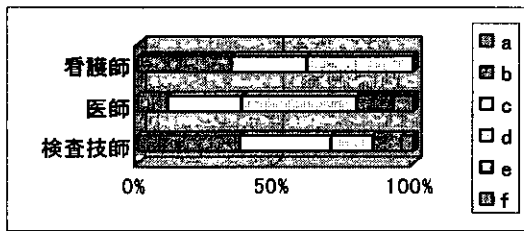
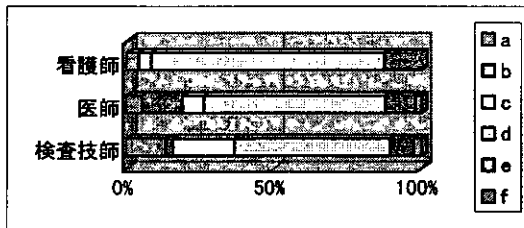


図 6-2 非癌患者の終末期



C-7 「癌および非癌の患者に対する延命処置」

癌および非癌患者いずれの場合も、看護師では延命処置として積極的な加療を回答した割合が低値であった(a,b)。医師では「積極的な治療を止めて家族との時間を大切にする」割合が他の職種に比し低かった(d)。特に非癌の患者では11%と低値であった(図7-2:d)。

図 7-1 癌患者の延命処置

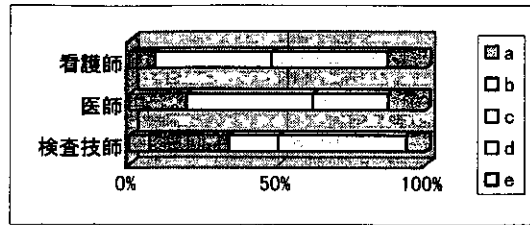
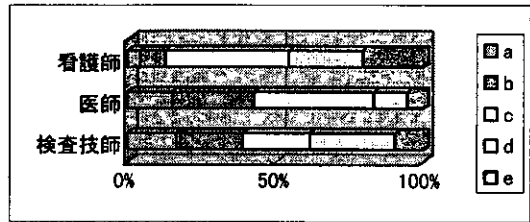
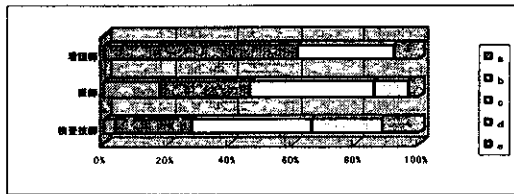


図 7-2 非癌患者の延命処置



C-5 「臨死状態の患者に無益な医療がどの程度の頻度であるか」

医師は「よく感じる」との回答が18%であった(a)。看護師も「時々感じる」との回答が61%であった。

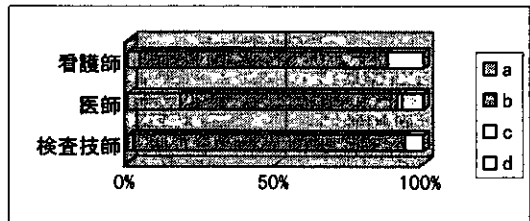


C-6 「癌および非癌の患者の終末期の定義」

医師では癌の終末期が「癌が治癒不能とわかったとき」とする回答が11%と他の職種に比べて低値であった(図6-1:b)。また、医師では非癌患者の終末期の定義として重度の痴呆を考慮する割合が14%と他の職種と比べて高値であった(図6-2:b)。非癌患者の終末期の定義としては検査技師が「寝たきりになった時点で終末期である」との回答が21%と他の職種に比べて高値であった(図6-2:c)。

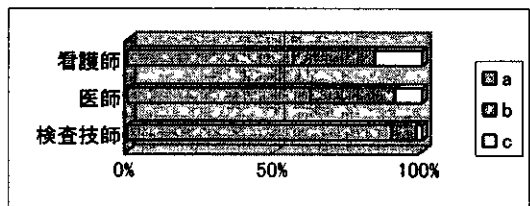
C-8 「終末期の医療は現状で良いか」

どの職種でも現状での終末期の医療は問題であるとしているが(b)、医師では現状維持の割合が18%と高かった(a)。



C-9 「終末期医療への何らかの指針は必要か」

終末期医療の指針は必要であるとの回答が医師62%、看護師56%に比し、検査技師では90%が必要であると回答した(a)。



D. 考察

どの職種でも終末期には通常の医療と異なり特別の配慮が必要であると回答しているが、各質問に対する回答の内容は少し異なっていた。「終末期の医療行為について」医師・検査技師では終末期だからといって治療や患者との接し方に特別の配慮をしないとの回答が12%だったのに比し、看護師では0%であった(C-1)。また、「経管栄養について」経管栄養はすべきとは思わないが、他に選択肢がないので行うとの回答も看護師で8%と他の職種の半分であった(C-3)。癌の患者と非癌の患者とで「延命処置」はいずれの場合も看護師では積極的

な加療を回答した割合が低値であった(C-7)。看護師はベッドサイドで患者の介護医療に携わるので観点が他の職種と異なっているのかもしれない。

医師では「死をどこで迎えるのが幸せか」の回答として、どこで死んでも変わらないが13%と高値であった(C-2)。また、痴呆患者の終末期には基本的に積極的な加療を控えるとの回答が高値であった(C-4)。同様に、非癌患者の終末期の定義として重度の痴呆を考慮するとの回答が特徴的であった(図6-2:b)。

検査技師では、非癌患者の終末期の定義として「寝たきりになった時点で終末期である」との回答が21%と他の職種に比べて高値であった(図6-2:c)。医療従事者以外の患者の家族での回答が同様であるか興味深いところである。

無益な医療が終末期に行われていると「よく感じる」「時々感じる」が、医師で47%、看護師で61%と高く、どちらの職種も現状の終末期の医療は問題であると考えているが、終末期医療の指針(C-9)に関してはケース・バイ・ケースで難しいためか医師でも看護師でも60%前後であり、検査技師の90%に比し低く、今後の議論が必要であることが窺われた。

E. 結論

医療従事者の中でも現状の終末期医療を問題と考え、無益な医療をしていると感じている場合があり、今後の議論が必要であると考えた。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし

2. 学会発表

中原賢一：第100回日本内科学会シンポジウム「終末期医療」

中原賢一：第45回日本老年医学会総会シンポジウム「高齢者ターミナルケア」

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得 なし

2. 実用新案登録 なし

3. その他 なし

参考資料(終末期アンケート：中原賢一、松下哲)

1. アンケート回答者の属性

2. 終末期について

死が間近に迫った人たちに対して、医療を行う側として、治療のやり方や、患者との接し方など、特別に配慮をするという考え方についてどう思いますか？

- a. 終末期だからといって特に配慮をする必要はない。
- b. 終末期は通常の医療と異なり、特別な配慮をするべきである。
- c. その他

3. 人はどこで死ぬのが最も幸せだと思いますか？

- a. 自宅 b. 施設 c. 病院
- d. どこで死んでも変わらない
- e. その他

4. 事前指示(リビングウィル、アドバンスディレクティブ)、本人の人生観、医療観について

患者が元気なときに、終末期における人工呼吸や経管栄養、あるいはその他の延命処置を拒否する書類を残していたり、その旨を家族に伝えていたらそれを尊重しますか(すべきと思いますか)？

- a. 尊重する。
- b. 尊重はするが、その時になって家族などの意志を確かめながら再考する。
- c. むしろ家族の意志を尊重する。
- d. その他

5. 経口摂取が今後不可能と判断された患者への経管栄養について(経鼻、あるいは胃瘻)どう思いますか？

- a. 経口摂取できなくなった患者に対して経管栄養は必須である。
- b. 経管栄養はすべきとは思わないが、他に選択肢がないので行う。
- c. 経管栄養の得失、拘束を伴いやすいことを説明し、選択に任せる。
- d. 経管栄養はすべきでない。経口摂取ができなくなった時点で、死ぬのは仕方がない。
- e. その他

6. 重度の痴呆がある患者について

重度の痴呆がある患者が、重篤な状態に陥ったときの治療について家族と話あう場合の基本姿勢はどう考えますか？

- a. 重度の痴呆があっても通常の人と同じ治療を行う
- b. 基本的に蘇生術、延命治療、経管栄養などは行わない
- c. 対症療法のみを行い、積極的な合併疾患の治療は行わない
- d. 必要なケアは行うが、対症療法や合併疾患の治療は行わない
- e. その他

7. 無益な医療について

貴方の勤務する施設で臨死状態の患者に、無益な医療をしている(あるいは無益な医療が行われている)

る)と感じたことがありますか？(たとえば、無益な延命、患者の苦痛の多い治療や検査、患者の利益にならない治療など)

- a.よく感じる(死亡例の15-20%以上)
- b.時々感じる(5-15%)
- c.まれに感じる(5%以下)
- d.感じたことはない
- e.その他

8. 癌患者と、非癌患者について

(1) 癌患者について

1) 癌患者の終末期の定義について

癌患者の場合どのような時期になったら終末期と考えますか

- a. 癌が発見されたとき
- b. 癌が治癒不能とわかったとき
- c. 数ヶ月以内に死ぬだろうと予測されたとき
- d. ひと月以内に死ぬだろうと予測されたとき
- e. 数日以内に死ぬだろうと判断されたとき
- f. 終末期と考えることは無い

2) 死の受容

1. 患者への癌の告知はどうしますか(医師のみ)

- a. 告知をしている
- b. 告知をするかどうかは家族に相談して決める
- c. 基本的に告知はしない、家族にのみ知らせる
- d. その他

2. 告知をした患者に対して

- a. 告知後の患者の心を支えることを何らかの形で積極的に行っている
- b. 状況に応じて患者の心をささえるようにしている。
- c. 特に何もしない。
- d. その他

3) 臨死患者への対応

癌によって臨死状態にある患者に対してどうすべきだと思いますか？

(順位をつけてください)

4) 延命処置について

癌の臨死状態患者への延命処置についてどうしていますか？

- a. 人工呼吸器や、心臓マッサージなど可能な限りの延命処置を行う
- b. 人工呼吸器や、心臓マッサージなどは不要であるが、点滴などによる薬物治療は亡くなるまで積極的に行う
- c. これまでの処置の延長のみを行う。
- d. 積極的に点滴などを中止し、家族らとの別れの時間を大切にす。
- e. その他

(2) 非癌患者について

1) 終末期の定義について(慢性疾患を持つ患者の終末期)

たとえば誤えん性肺炎を繰り返しているような寝たきり老人の終末期とはどのように考えますか？

a. 癌など致死的な基礎疾患がなければ終末期は存在しない

b. 重度の痴呆がなければ最後まで終末期ではない

c. 痴呆の有無に関係なく、寝たきりになった時点で終末期である

d. 回復不能の臨死状態になった時に初めて終末期と考える

e. 誤えん性肺炎に繰り返し罹る場合終末期と考える

f. その他

2) 非癌患者の死の受容

1. 患者への死の可能性について話しますか？(医師のみ)

a. 基本的に患者に対して死ぬ可能性が高いことを説明するようにしている

b. 死ぬ可能性を話すかどうかは家族に相談して決める

c. 基本的に死ぬ可能性の話はしない、家族にのみ知らせる

d. その他

3) 今まで経過をみてきた患者が疾患の進行により臨死状態になった場合の対応

非癌の慢性疾患の臨死状態患者への処置についてどのように考えますか？

a. 人工呼吸器や、心臓マッサージなど可能な限りの延命処置を行う

b. 人工呼吸器や、心臓マッサージなどは不要であるが、点滴などによる薬物治療は亡くなるまで積極的に行う

c. これまでの処置の延長のみを行う。

d. 積極的に点滴などを中止し、家族らとの別れの時間を大切にす。

e. その他

9. 今後、終末期の医療はどのように変わるべきだと思いますか？

a. 各個人で終末期の迎え方は異なっている。各医療者の個々の状況に応じた判断で終末期の医療を行う。(現状維持)

b. 現在の終末期医療には多くの問題が含まれており、終末期医療に対する考えを変えてゆく必要がある。もっと患者の尊厳や、意思を大切にすべきである。

c. 基本的に現状のままで良いが、医療コストについては低減できるようにすべきである。

d. その他

10. たとえば治療のガイドラインのような終末期医療への指針は必要と思いますか？

a. 終末期医療への指針が必要である。

b. 終末期医療への指針は必要でない。

c. その他

高齢者の終末期医療における老年科医の役割に関する研究

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 患者、家族、医療従事者を対象に「高齢者の終末期医療(ターミナルケア)」についてアンケート調査を実施し、高齢者の終末期医療における老年科医の役割を検討した。この結果、患者や家族、あるいは医療従事者の間で「高齢者の終末期(ターミナル)」に対する意識や捉え方に大きな差がみられた。高齢者医療を専門とする老年科医は、医療従事者としての立場からのみ医療を提供するのではなく、患者や家族の要求を十分に把握し、専門知識に偏ることなく医療を実践することが求められると考えられた。

A. 研究目的

終末期医療(ターミナルケア)とは、「回復の見込みのない疾患の末期に、苦痛を軽減し、精神的な平安を与えるべく施される医療・介護」である。これまで、この終末期医療に関わる問題は、主として末期癌やエイズ患者を対象に検討され、疼痛管理やインフォームドコンセント(informed consent)、尊厳死、心のケア、残された生活の質的向上といった様々な課題について研究が積み重ねられてきた。

一方、高齢者を対象とした医療は、病院、施設、在宅を問わず、壮年者のそれに比べて遥かに死に接近した医療である。多くの高齢者は、基礎疾患に老化が重なって、少なからず要介護状態となり人生の最終段階を迎える。しかし、高齢者の終末期医療のあり方や内容については、これまで一定の方向性や指針が示されていない。もっぱら医師の裁量や価値観によってその内容が決定されてきたといわざるえない。

この背景には、高齢者の終末期医療が、生命の問題だけでなく、知的機能や日常生活機能の低下、あるいは患者自身の生活が家族に大きく依存するあまりに生じる経済的、精神的負担といった壮年者にはみられない高齢者特有の要素を含み、医学的知識

だけでは決して解決できない倫理的、宗教的、あるいは哲学的側面をもつためである。

このような多面的側面をもつ高齢者の終末期医療においてこそ、高齢者特有の病態や高齢者医療・福祉全般に幅広い知識をもつ老年科医の果たす役割は大きいといえる。

そこでこの研究では、高齢患者とその家族、医療を提供する側の医師や看護師、介護職員といった医療従事者に「高齢者の終末期医療(ターミナルケア)」に関するアンケート調査を実施し、その内容を解析することで高齢者の終末期医療における老年科医の役割を検討した。

B. 研究方法

1. 対象

この研究は、以下の5つの集団を対象にした。

第一の集団は、杏林大学医学部付属病院と東京都多摩地区の一般病院および老人保健施設に通院あるいは入院(入所)中の高齢患者(65歳以上)148名(患者群)である。第二の集団は、同施設に通院あるいは入院(入所)中の高齢患者を実際に介護した経験をもつ家族76名(家族群)である。第三の集団は、東京都多摩地区の一般病院と老人保健施設に勤務する医師と東京都武蔵野市医師会会

員 105 名(医師群)である。第四と第五の集団は、杏林大学医学部付属病院と東京都多摩地区の一般病院および老人保健施設に勤務する看護師 784 名(看護師群)と介護職員 193 名(介護職員群)である。

2. アンケート調査の実施方法

患者と家族に対しては、直接面談してアンケート調査への協力を依頼した。各施設および団体に対しては、アンケート調査の目的と内容を文書を用いて説明し、調査への協力を依頼した。調査に同意の得られた患者、家族、施設、団体には、それぞれ必要な部数のアンケート用紙を直接配り、郵送にて調査用紙を回収した。

また、プライバシーを保護する目的で、アンケート用紙、返信用封筒はいずれも無記名とし、住所や電話番号などの個人の情報が特定される可能性のある内容については、一切記入の必要なしとした。

総数 1,500 部のアンケート用紙による調査依頼に対して、1,329 部の回答を得たが、記載不備により 23 部を除外し、残り 1,306 部(87.1%)を解析対象とした。

3. アンケート調査の内容

この研究で用いた「高齢者の終末期医療(ターミナルケア)」に関するアンケート調査の内容は、大きく分けて 2 つの質問項目から構成されている。すなわち、「高齢者の終末期(ターミナル)をどう捉えるか」と「高齢者の終末期医療(ターミナルケア)で重要な要素」の 2 項目である。

「高齢者の終末期(ターミナル)をどう捉えるか」の項目では、まず高齢者の終末期(ターミナル)とは、どのような状態を言い表しているのかを尋ねた。すなわち、「生命予後の危機」、「日常生活機能の低下」、「知的機能の低下」のいずれの状態かを尋ねた。つぎに、この質問に対して、「生命予後の危機」と回答したものには、その始まりと考えられる時期を、「日常生活機能の低下」や「知的機能の低下」と回答したものには、どのような状態をその始まりと考えるのかをそれぞれ尋ねた。

「高齢者の終末期医療(ターミナルケア)」で重要な要素の質問項目では、医療行為、医療環境、自然死・在宅死の 3 つの要素を中心に 5 段階評価で質問した。すなわち、「延命治療」、「死周期の蘇生療法」、「栄養補充」、「輸血」、「鎮痛・苦痛除去」、「死に対する不安からの解除」、「家族とのコミュニケーション」、「整容の充実・スキンケア」、「ADL の保持」、「個室、家族が寝泊まりできる」、「音楽・絵画・植物」、「事前指示の確認」、「信条・習慣への配慮」、「一人の人間として尊厳をもって扱われること」、「自然死」、「自宅死への橋渡し」の 17 項目について、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)の 5 段階で評価していただいた。

4. アンケート調査協力施設

杏林大学医学部 付属病院
東京都武蔵野市 医師会
青梅慶友病院
三鷹病院
野村病院
三鷹市老人保険施設 はなかいどう
三鷹市老人保険施設 太郎
三鷹市老人保険施設 花水木

C. 研究成果

この研究の成果は、1)調査対象例の背景、2)高齢者の終末期をどう捉えるか、3)終末期医療において最も重要な要素の順に記載