

や積極的な治療が行われていることは自然なことと考えられた。病院内における症例のこのような結果は、在宅や施設での死が難しいことを示唆する。癌の末期状態であれば予後判定はある程度可能と考えられるが、それ以外の場合に病態が治療可能なものであるかどうかを正確に判断し、予後を判定することは在宅や施設においては病院以上に困難であると推定されるためである。今後、施設や在宅における死亡例を詳細に検討していく必要があると考えられた。

E. 結論

リビング・ウィル等の自分の意思を事前に表明した症例はなく、全例において御家族の意向が方針の決定に重要な役割を果たしていた。

心肺蘇生や積極的な治療が行われなかった症例は正確な病態と予後が御家族に説明され、御家族の意思の一致がみられた症例であった。

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究在宅終末期ケアにおける

—ホームドクターの役割に関する研究—

分担研究者 山本 楯 山本医院

研究要旨

平成16年度の分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに在宅診療におけるインフォームドコンセントの必要性評価や、事前指示の必要性評価を行った。国立長寿医療センターでは、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認がなく、蘇生の有無を患者と主治医の判断のみで行っている実態が明らかとなりつつある。このため、在宅医療における患者の意思表示の確認の現状評価を平行して行う必要性を認めた。今後患者の意思表示の確認を大府市を中心とした、かかりつけ医において行うこととなった。

A. 研究目的

高齢者終末期では癌やAIDS以外の、中枢性疾患によるねたきり状態や痴呆症の終末期、反復性嚥下性肺炎の終末期等、非高齢者にはみられない病態が多いことが特徴である。しかしながら、これら高齢者終末期に特有な病態での医療・ケアのありかたについての検討は未だ不十分である。本研究は倫理と尊厳をふまえ、多面的な視点とより実証的手法を用いて終末期ケアの病態別標準的ケア開発とそれにかかわるハード及びマンパワーを検討する。本分担研究では在宅診療におけるインフォームドコンセントの充実、リビングウィルや事前指示(advanced directive)に基づく尊厳死の受け入れに関する医療判断、心肺蘇生拒否支持(Do not resuscitate order: DNR)の臨床現場での実施、家族支援の方法、さらに総合的医療判断の検討を行うことを計画し

た。

B. 研究方法

平成16年度の分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに在宅診療におけるインフォームドコンセントの実態調査や、事前指示の必要性評価を行った。

倫理面への配慮

本研究はもともと終末期ケアを扱い、倫理問題を扱うため、研究実施機関の倫理委員会の承認を経て、本人・家族の同意書を入手して、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

平成16年度の分担研究では、国立長寿医療

センターでの実証的調査研究のデータをもとに在宅診療におけるインフォームドコンセントの実態調査や、事前指示の必要性評価を行った。国立長寿医療センターでは、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認がなく、蘇生の有無を患者と主治医の判断のみで行っている実態が明らかとなりつつある。このため、在宅医療における患者の意思表示の確認の現状評価を平行して行う必要性を認めた。

D. 考察

今回は国立長寿医療センターの実証的現状調査をもとに、今後の在宅医療における終末期医療の方向性を明らかとしていくことを主体とした。この結果、患者の意思表示の確認のない状態での最終的な医療判断が行われているケースの多い実態が明らかとなり、在宅診療においても同様の現状が認められる可能性が示された。H17年度は大府市を中心とした、かかりつけ医に受診する患者に対して、意思表示についてのアンケート調査を行うことを計画した。これをもとに在宅における事前指示等終末期医療の今後のあり方を評価することを計画している。

E. 結論

国立長寿医療センターの実態調査に基づき、在宅における患者の意思表示の確認を今後かかりつけ医において行い今後の在宅終末期のあり方を検討することとなった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究

－高齢者の終末期看護・介護と家族支援に関する研究－

分担研究者 南 美知子（国立長寿医療センター）

研究要旨

平成16年度の分担研究では、高齢者のインフォームドコンセントの場面に関する看護師の援助行動の実態調査を行った。国立長寿医療センターでは、インフォームドコンセントの場で看護師が同席するケースは少なく、現状ではインフォームドコンセントの場面で、看護師は直接高齢者と家族を支援できていないことが明らかとなりつつある。また、高齢者のインフォームドコンセントの場における特徴として、家族の意志が最優先され、高齢者本人の意思がみえにくい現状が明らかとなりつつある。平成17年度は、インフォームドコンセントの場に立ち会って、看護師の援助行動について検討する予定である。さらに、高齢者の終末期ケアの決断分岐図において行われたインフォームドコンセントの問題を、看護師の立場から明らかにするために、レトロスペクティブ研究により検討し、終末期ケアにおける看護師の援助方法の指針を作成する予定である。

A. 研究目的

高齢者の終末期における看護師の役割は、患者の意思にそって安寧な死を迎えることができるよう、患者自身が人生の最終章まで人間らしい生活を送れるよう援助を行うことである。とくに患者の意思を確認し、その意思に沿うような援助を行うことの必要性については、看護の領域では、かなり現実的な課題として検討されてきている。臨床の現場では、インフォームドコンセントの思想の普及により、医療従事者が中心となった日本的な「お任せ医療」から患者自身の選択に基づいた「患者中心の医療」を行うための仕組みが検討されるようになってきている。しかし、現実的には、高齢者の終末期において治療を決定する場合、家族と医療者の間で方針が決定されることが多いのではないだろうか。看護師は、

高齢者個人の尊厳を守るために、インフォームドコンセントの場において、高齢者個人が意思決定できるよう支援を確立する必要がある。そこで、終末期にある高齢者が治療及び予後方針を決定することを擁護するために、看護師はどのように援助行動をとっているのか明らかにすることを目的として、実態調査を行った。この研究を通じて、高齢者の終末期におけるインフォームドコンセントの場での、高齢者及び家族への支援のあり方について検討した。

B. 研究方法

初年度においては、高齢者の意思決定が必要とされる場面の、看護師の援助行動の実態について、アンケート調査を行い、課題や問題点の抽出を行う。

倫理面への配慮

本研究は、倫理問題を扱うため、研究実施

機関の倫理小委員会の承認を経る。そして、調査対象者となる看護師、患者、家族に文書で同意を得て、個人が特定されないよう、アンケートは無記名回答方式とし、データはナンバーリングとして、取り扱うことで倫理的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

平成16年度の分担研究では、高齢者の治療や予後方針への意思決定が必要とされる場面において、看護師が同席していないケースが多いこと、家族の意志が最優先され、高齢者本人の意思が見えにくい現状などが、明らかとなりつつある。

D. 考察

今回は、国立長寿医療センターのインフォームドコンセントの場面における、看護師の援助行動の実態をアンケート調査から検証した。インフォームドコンセントの場に看護師が同席しない理由として、業務の繁雑さから時間がないこと、看護体制やチーム医療の連携不足が挙げられるが、その他に医療従事者の倫理的認識不足が影響していると推察された。

また、高齢者のインフォームドコンセントの場の特徴として、高齢者自身意思の表出が困難な状況があることが推察された。認知障害など疾患に起因すること、日本の文化的背景から個を主張しない、主張しにくい風潮があること等が背景にあるだろう。また、意思決定の際、医療者側に治療に関して方針をゆだねる傾向があることも、高齢者の特徴ではないだろうか。これらのことから、高齢者の終末期における意思決定は、家族が意思決定に関与する場合が多くなっているのと推察される。しかし、家族が代弁者となった場合、高齢者と家族の関

係を考慮する必要がある。高齢者本人の意思と家族意思が、必ずしも一致しているとは言えないからである。このように患者と家族の意見が一致しない場合、看護師の介入も必要とされるのではないだろうか。日本では、高齢者のリビングウイルに関して検討されつつある。オランダのように尊厳死の法制化が議論されているが、臨床の場では、高齢者のリビングウイルに関して、ようやく検討され始めたところである。高齢者個人の尊厳を守るためには、看護師自身が、生命、人間としての尊厳および権利を尊重し、対象者の治療や予後方針の自己決定権を擁護する立場にあることを常に認識する必要があるのではないか。今後、高齢者の終末期における看護師の倫理的認識・行動の実態を調査し、課題を明確にした上で、高齢者の終末期における患者及び家族への支援のあり方を提言していきたい。

E. 結論

本研究において、高齢者のインフォームドコンセントの場では、看護師が積極的に立ち会っていないという実態が明らかになった。国立長寿医療センターの実態に基づき、高齢者の意思決定が必要とされる場面での看護師の援助行動について、実態調査を進める必要がある。

F. 健康危険情報

特記事項なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究在宅終末期ケアにおける

—グループホームでの高齢者終末期に関する研究—

分担研究者 井上豊子 介護老人保健施設ルミナス大府看護・介護科

研究要旨

平成16年度の分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに介護老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能施設におけるインフォームドコンセントの実態や、リビングウィル、事前指示の必要性評価を行った。国立長寿医療センターでは、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認がなく、蘇生の有無を患者と主治医の判断のみで行っている実態が明らかとなりつつある。このため、介護老人保健施設やグループホーム等におけるインフォームドコンセントの実態調査や、リビングウィル、事前指示の必要性評価現状評価を平行して行う必要性を認めた。

A. 研究目的

高齢者終末期では癌やAIDS以外の、中枢性疾患によるねたきり状態や痴呆症の終末期、反復性嚥下性肺炎の終末期等、非高齢者にはみられない病態が多いことが特徴である。しかしながら、これら高齢者終末期に特有な病態での医療・ケアのありかたについての検討は未だ不十分である。本研究は倫理と尊厳をふまえ、多面的な視点とより実証的手法を用いて終末期ケアの病態別標準的ケア開発とそれにかかわるハード及びマンパワーを検討する。本分担研究では老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能介護施設において老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能施設において死亡した高齢者の実態調査を行い、介護老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能施設におけるターミナルの可能性を検討することを目的とした。

B. 研究方法

平成16年度の分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに介護老人保健施設やグループホーム等におけるインフォームドコンセントの実態調査や、事前指示の必要性評価を行った。

倫理面への配慮

本研究はもともと終末期ケアを扱い、倫理問題を扱うため、研究実施機関の倫理委員会の承認を経て、本人・家族の同意書を入手して、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

平成16年度の分担研究では、国立長寿医療センターでの実証的調査研究のデータをもとに介護老人保健施設やグループホーム等

の小規模多機能施設におけるインフォームドコンセントの実態調査や、事前指示の必要性評価を行った。国立長寿医療センターでは、高齢者の臨死において患者本人の意思表示の確認がなく、蘇生の有無を患者と主治医の判断のみで行っている実態が明らかとなりつつある。このため、介護老人保健施設やグループホーム等における患者の意思表示の確認の現状評価を平行して行う必要性を認めた。

D. 考察

今回は国立長寿医療センターの実証的現状調査をもとに、今後の介護老人保健施設やグループホーム等における終末期医療の方向性を明らかとしていくことを主体とした。この結果、患者の意思表示の確認のない状態での最終的な医療判断が行われているケースの多い実態が明らかとなり、介護老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能施設においても同様の現状が認められる可能性が示された。H17年度は大府市を中心とした、介護老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能

施設に入所中の高齢者に対して、インフォームドコンセント、リビングウィル、事前指示の実態調査を計画した。これをもとに介護老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能施設における終末期医療の今後のあり方を評価することを計画している。

E. 結論

国立長寿医療センターの実態調査に基づき、在宅における患者の意思表示の確認を今後か介護老人保健施設やグループホーム等の小規模多機能施設において行い今後の介護施設における終末期のあり方を検討することとなった。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

高齢者の終末期ケアの医療と福祉の分担と連携に関する研究在宅終末期ケアにおける

—緩和ケア病棟における患者の意思決定の現状—

分担研究者 丸口ミサエ 国立看護大学校

研究要旨

癌患者が、終末期になったときにケアを受ける場所としての緩和ケア病棟は、2005年3月で144施設2665床しかなく、ケアを受けられる人は、全がん死亡数（30万人）の1割にも満たない。ほとんどの人は、緩和ケア病棟以外で死亡していることになる。従って、緩和ケア病棟で死を迎える高齢者も少ない。緩和ケア病棟でのケアは、患者の意思を尊重し、可能な限り患者の希望を実現できるようにすることを目的にしている。患者との意思疎通が図れないことは、患者不在となってしまうことになる。緩和ケア病棟で患者の意思確認ということについて一般的にどのようなに行っているかという現状を考察した。

A. 研究目的

国立がんセンターのがん統計(2003)によると、わが国におけるがんによる死因は、昭和56年から第1位を占め、35歳から84歳で死亡順位の第1位を占めている。特に、がんによる死亡の割合は、65歳から79歳までにおいては40%を占めている。また、子宮がん、乳がん以外の罹患率も、60歳代から急速に増加し、80歳代まで増加し続け、5年生存率も次第に伸びている。しかし、これらの患者が、終末期になったときにケアを受ける場所としての緩和ケア病棟は、2005年3月で144施設2665床しかなく、ケアを受けられる人は、全がん死亡数（30万人）の1割にも満たない。ほとんどの人は、緩和ケア病棟以外で死亡していることになる。従って、緩和ケア病棟で死を迎える高齢者も少ない。緩和ケア病棟でのケアは、患者の意思を尊重し、可能な限り患者の希望を実現で

きるようにすることを目的にしている。患者との意思疎通が図れないことは、患者不在となってしまうことになる。緩和ケア病棟で患者の意思確認ということについて一般的にどのようなに行っているかという現状を報告する。

B. 研究方法

次年度の実態調査の必要項目の決定を行うため、本年度はこれに先行し、インフォームドコンセントやDNR orderなどこれまでの緩和ケア病棟での意志の確認のパターンについて考察を行った。

倫理面への配慮

本研究はもともと終末期ケアを扱い、倫理問題を扱うため、研究実施機関の倫理委員会の承認を経て、本人・家族の同意書を入手して、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行うこととする。

C. 研究結果

本年度なし

D. 考察

I. 入院時の意思確認

高齢者の緩和ケア病棟での死亡数が少ないということは、全死亡数に対する病床数が少ないことと、緩和ケア病棟に入院する時の次の基準が関係していると考えられる。

その基準は

1. 医師が治癒が望めないと判断した悪性腫瘍または、エイズの患者を対象とする。
2. 患者と家族何れかが入院を希望している。
3. 入院時に患者が、病名・病状について理解することが望ましい。理解していないときには、患者の求めに応じて、適切な病名・病状の説明がなされる。ということである。

この基準から、入院の受け入れができない場合は次のようなときである。

1. 患者に病名、病状が伝えてない場合。高齢者の場合、家族に説明してあっても本人には説明がなされていないこともあり、全身状態が悪化し、その時点で、患者に予後不良の説明をすることは、家族が反対して、できないということがある。

2. 入院希望時点で、すでにせん妄状態等で、本人の意思確認ができない。などである。

これらのことが入院できないための理由というのは、入院後の患者に対する真実の説明が困難になる、それができなければ、患者との信頼関係が築けない、患者の意思確認ができない、ということである。

また、社会的入院が目的となる場合は、入院

を受け入れられないという施設も多い。これは、病床数が少ない中で、できるだけ多くの人に利用してもらうためには、介護の問題だけで入院を受け入れることは難しいということである。この場合、がんによる苦痛症状があり、その症状コントロールのために入院し、症状緩和ができた時に在宅ケアへ移行し、再度症状悪化、臨死期には入院をするという継続したケアを受けることは可能である。

II. 入院後の意思確認

1. 治療、看護についての確認

入院時の患者、家族の病状についての認識を確認する。そして、その認識の程度に応じて病状説明をする。患者が、どのようなことを望んでいるのかを確認し、そのことが可能かどうかを話し合いながら決定する。

この時に、緩和ケア病棟でできること、できないことについて、明らかにしておくために患者に説明する。患者が望んでも、できない治療、看護については、困難であることを話す。できないこととは、医療者が責任を持っていないような代替療法などである。また、治癒を目的とした治療はできないこと、しかし、苦痛緩和の治療は、積極的に行うことを話す。病名については説明を聞いているが、病状についての認識が十分でない場合、この治癒を目的とした積極的な治療ができないという説明により、自分の病状を認識する人が多い。入院時にまず、今後の治療方針について説明し、今後の病状の予測される変化とそれに対する対処方法について説明する。この時、苦痛症状が強くなったときの対処として鎮静という方法もありうるという説明もしておく。

2. 病状変化の時

病状の変化に伴い、どのように対処するのかを説明し、患者の了解を得る。最後の時のDN R、再度、鎮静のことについて説明する。このことについては、医師であれ、看護師であれ、繰り返し、患者に尋ねられた人が説明する。このことにより、患者も、家族も次第に現状を理解し、最後の迎え方について気持ちを整理し、準備できるようになる。

3. 臨死期

繰り返し病状、家族の関わり方を説明するとともに、家族と共に一緒に具体的な行動計画を立て、最後の準備をする。家族がここまで十分な予期悲嘆ができるようにすることをスタッフはケアの目標にしている。この予期悲嘆ができることで、患者の死後の家族の悲嘆が軽減される。

終末期ケアにおける目標は、患者のQOLを向上させることである。そのために、医療者は、患者が最後まで積極的に生きられるように支援することである。患者に情報を提供し、一緒に考えることだと考える。

E. 結論

研究課題に沿って、緩和ケア病棟、一般病棟での調査を継続する。

F. 健康危険情報

特記すべきことなし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし