

200400824 B

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～平成16年度 総合研究報告書

主任研究者 葛 谷 雅 文

平成17（2005）年3月

目 次

I. 総合研究報告書

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・・・1

葛谷雅文

II. 研究成果の刊行に関する一覧表・・・・・・・・・・・・・・・・11

III. 研究成果の刊行物・別刷・・・・・・・・・・・・・・・・15

I. 総合研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）
総合研究報告書

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 わが国は世界でも類をみない速さで高齢社会を迎えている。人は老いて死ぬことが避けられない以上、高齢社会の到来は高齢者の死の増加を意味する。高齢者の終末期ケアに関する、正確で、分かりやすく、十分な情報を国民に提示するため、我々は、これまで、在宅や高齢者施設における終末期ケアの実態調査、死亡場所（病院・高齢者施設・在宅）による終末期ケアの違い、認知症など疾患による終末期ケアの違い、患者および家族の終末期ケアに対する意識、などに関する調査を進めてきた。今回の結果は、高齢者の終末期医療に関するガイドラインの作成に向けた議論を活発にするであろう。

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

研究目的

わが国は世界でも類をみない速さで高齢社会を迎えている。人は老いて死ぬことが避けられない以上、高齢社会の到来は高齢者の死の増加を意味する。一致した見解はないものの、がん患者の場合はおおよそ6ヶ月以内に死亡すると認められた時点から終末期といわれることが多い。一方、高齢者は老衰という避けられない自然経過をたどるうえ、心不全・脳梗塞後遺症など様々な慢性病を抱えていることが多く、その死にゆく過程は実に様々である。

これまで高齢者の終末期医療の実態を調査した研究は少ない。こうした現状では十分な情報を国民に提示することができない。

我々の分担研究者が行った先行研究から、病院の形態・種類により終末期の医療行為に特徴がみられることが分かってきている。この他、終末期医療に対する患者の生前の意志の所持及びそれが医師に与える影響に関する全国調査、高齢患者の終末期医療の希望に関する研究、高齢患者の終末期医療における病名告知に関する研究なども行った。終末期ケアについて、高齢患者が満足 of いく自己決定を行うためには、病院・高齢者施設・認知症高齢者グループホーム・在宅など、それぞれの場所における終末期ケアの現状に関する正確でわかりやすい情報が提供される必要があると考える。本研究の目的は死亡場所別の終末期ケアの現状を明らかにすることである。また、患者および家族の終末期ケアに対する意識に関する調査も実施した。

研究方法

平成14年度

(1) 九州地区の国立病院の医療従事者を

対象に高齢者の終末期医療に関する意識調査を行った。

(2) 東京都多摩地区の医師・看護師・介護職員・高齢患者およびその家族を対象に、高齢者の終末期医療およびそれに関する老年科医の役割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診療を実施した末期癌患者を看取った主介護者20名を対象に、在宅療養に関する意識調査を行った。

(4) 北海道地区、中部地区、沖縄地区の13施設において、それぞれの地区における高齢者の在宅終末期医療の実態・問題点を明らかにするため、事前調査として聞き取り調査を行った。

(5) 緩和医療の行われていない愛知県の療養型病床群において、死亡前6ヶ月間に行われた終末期医療を調査し、その内容を認知症の有無により比較検討した。

平成15年度

(1) 訪問診療を受けている高齢終末期患者に対して、終末期の症状・医療行為、介護者の気持ち、死亡時の状態、死亡場所などを調査した。

(2) 平成14年度の(4)の結果をふまえて、北海道地域5施設、中部山間地域4施設、沖縄地域4施設の在宅で死亡した在宅療養患者に対して、終末期医療に関する前向き調査を行った。

(3) 東京都老人医療センター総合内科病棟を退院した高齢患者に対して、基本的ADL、手段的ADL、抑うつ状態、主観的健康感に関するアンケート調査を行った。また、介護者に対しては、Zatitの介護負担感尺度を用いた調査を行った。

(4) 過去1年間に老人保健施設に入所した125人に対して、身体的入所理由、入所理由に関係した症状、原因疾患などについて、医師の問診により調査した。

(5) 介護老人福祉施設に入所している63歳から94歳までの30名に対して、嗜好と1年間の血液検査結果の変化を調査した。

(6) 全国の認知症高齢者グループホームに対して、終末期ケアの実施状況や方針に関するアンケート調査を行った。

(7) 全国の介護老人保健施設に対して、終末期ケアの実施状況や方針に関するアンケート調査を行った。

平成16年度

(1) 平成14年度(4)、平成15年度(2)の調査を引き続き実施した。さらに、追加調査として、長野と沖縄地域の訪問看護師と遺族とにインタビューを実施し、質的分析手法による調査を実施した。

(2) 東京都老人医療センター総合内科病棟入院中の高齢者で内科的には問題ないにもかかわらず症状の軽快していない症例で、積極的に抗うつ薬を投与する介入を実施した。

(3) 急性期病棟に入院した65歳以上の高齢患者を対象に、筋蛋白量の指標である尿中3-メチルヒスチジン排泄量や尿中クレアチニン排泄量とTNF- α などの炎症性サイトカインを測定することで、高齢者の終末期にみられる廃用症候群の発症メカニズムを筋肉量の減少と炎症性サイトカインの関係から検討した。

(4) S女子大栄養士・管理栄養士課程1年生・4年生、N大学医学部1年生、N大学附属病院老年科外来患者、N市民病院内科外来患者を対象に、高齢社会における医療、

福祉、介護に関する意識・関心についてアンケート調査を実施した。

(5) 平成15年度(6)の調査結果の解析を進め、グループホームでの看取りに影響を与える因子を明らかにした。

(6) 癌患者を中心に在宅終末期ケアを提供している診療所において、高齢患者の終末期ケアに関する前向き観察調査を実施した。

(倫理面への配慮)

調査に関する個人情報はずべて匿名化した。また、必要に応じて名古屋大学医学部倫理委員会の承諾を得た。

研究結果

平成14年度

(1) 医療従事者において、どの職種でも、終末期医療には特別な配慮が必要であると考えていた。しかし、その現状には問題を感じている対象者が多かった。

(2) 高齢者の終末期のとらえ方、終末期医療における重要な要素、などについて、患者・家族と医療従事者の違いだけでなく、医療従事者間でも違いがあることがわかった。

(3) 患者の多く(75%)が在宅死を希望していた。在宅療養できた理由として、医療者の訪問、他の家族の協力、本人の希望、などが挙げられた。

(4) 在宅での高齢者の看取りに関して、地域的、文化的な違いがみられた。

(5) 昇圧剤の投与と栄養チューブの留置以外の医療行為の施行は、認知症の有無により影響を受けていなかった。また、認知症の有無に関わらず、人工栄養は広く行われ、鎮静はほとんど行われていなかった。

平成15年度

(1) 患者の病状に関する詳しい説明、発熱などの症状に対する迅速な対応、介護サービスの適切な利用、医師による親戚への説明、24時間対応の訪問看護の導入、など、患者や介護者が安心できる状況を作ることが、終末期ケアの質の向上に必要であった。

(2) 2003年3月から2004年1月までの11ヶ月間で40症例を収集した。

(3) 自己申告による健康状態は、手段的ADL、GDS15のそれぞれと相関を認めた。また、家族の介護負担感は手段的ADLと相関を認めた。

(4) 後期高齢者の自立障害の主な原因として、壮年期からの生活習慣に関連した異常が挙げられた。

(5) 貧血または貧血傾向と診断されている者が多く、ヘモグロビンは低下傾向がみられた。約8割が、食欲は「普通」～「ある」、好みの味付けは「普通」～「薄い」であった。全員が「果物を食べられる」と回答し、約3割が「牛乳・豆類は食べない」と回答した。(6) 多くのホームが終末期ケアを実施することを前向きに検討していることが分かった。しかし、実施に際して医療資源の充実や利用者・家族の理解などを条件として挙げていた。職員に対する終末期教育の実施率も低かった。

(7) 介護老人保健施設の間で、終末期ケアに関する方針・実施状況ともに大きな違いがみられた。また、医療行為の実施について、人工呼吸器などの積極的医療に加えて麻薬系鎮痛薬の使用を行っている施設が少なかった。

平成16年度

(1) 20ヶ月の調査期間に総数で63症例の在宅死の前向きデータを収集したが、デー

タ総数が少なく、データ収集可能であった医療機関の偏りがあった。質的分析手法による追加調査の結果、「高齢者の在宅死を可能とする要件」として両地区ともに、医師、訪問看護師、介護者の3要件の充実と介護者の経済的な保障が必須であることが明らかになった。

(2) 精神科医の協力のもと、積極的に抗うつ薬を投与して、成果を挙げているところである。今回、症例2例を提示した。

(3) 筋蛋白量の指標である尿中3-メチルヒスチジン排泄量と尿中クレアチニン排泄量は、いずれもCRPや白血球数と有意の関係を示さなかったが、炎症性サイトカインのTNF- α と有意の正相関を示した。

(4) 最もなりたくない病気については、女子大生、医学生、高齢者の全てにおいて認知症が最も多かった。がんと答えた人は高齢者のほうが若者より多かった。

(5) 終末期ケアの提供に前向きなホームには、医療的処置を提供できる、単独型である、ターミナルケア教育を実施している、といった傾向がみられた。

(6) 病名の告知率が低いこと、事前指定書の所持率が低いこと、終末期にみられる症状として食欲不振・呼吸困難が多かったこと、終末期に積極的医療はほとんど行われていなかったこと、などが分かった。

考察

平成14年度

(1) 終末期医療に関する議論を深めることで、それに関するコンセンサスやガイドラインが必要であると考え

(2) 医療者と患者・家族との間に終末期医療に対するとらえ方の違いが存在したこ

とから、高齢者医療を専門とする老年科医は、医療者の視点からのみならず、患者や家族の視点に立って、本当の希望に沿った医療を提供していく必要がある。

(3) 終末期ケアに対する医療者の意識・知識・技術の向上とともに、24時間訪問看護体制や死亡確認体制などの整備が必要と考える。

(4) 前向きの客観データのみならず、終末期の考え方の地域性や文化的差異を明らかにするため、質的研究も実施する必要がある。

(5) 認知症高齢者に対しては、緩和医療に重点を置くなどの配慮が必要である。終末期認知症の医療に関する実証データの蓄積し、それに基づいた幅広い議論を行うことで、国民的なコンセンサスを形成する取り組みが必要と考えられた。

平成15年度

(1) 在宅終末期医療の意義の理解されることと24時間訪問診療・看護体制が確立されることが望まれる。

(2) 予備調査において、総数100症例のデータ収集が可能と考えたが、インフォームドコンセントを得ることが予想以上に困難で地域比較するには不十分な数となった。

(3) 退院後の高齢患者のQOLの向上には、入院中の精神機能的・ADL的介入が必要である。

(4) 生活習慣病の予防・治療は、高齢者終末期の病態の改善や寝たきり予防に長期的意味を持つと考えた。また、高齢患者やその家族は、「自立障害」を高齢者の終末期ととらえる傾向があると考えた。

(5) 入所者の栄養状態について、管理栄養士を中心としたチームによる介入が必要

である。

(6) 認知症高齢者グループホームの終末期ケアを推進する上で、制度の改革や職員教育の促進が必要である。また、利用者・家族の理解を求める必要もある。認知症高齢者グループホームには、医療体制の違いが存在し、一律に論じることはできない。

(7) 介護老人保健施設のなかで、終末期ケアを実施するかどうかで意見が分かれている。また、医療を含めたケアの提供体制も一律ではなかった。入居・入所者および家族の希望に沿った終末期ケアを提供していくためには、その場所で終末期ケアを提供できるか否か、可能ならどこまでなのか、議論を深め、利用者や家族により一層の情報提供を行っていく必要があると考えられる。

平成16年度

(1) 在宅の高齢患者や病床にある患者に、文書によるインフォームドコンセントをとる事についての現場での難しさがあった。しかし、平成16年度(6)の研究と同じデータシートを用いて行われており、その結果と本研究結果を比較することにより、都市部、非都市部の違いなどが現れてくる可能性がある。地域における在宅死のあり方をより深く探るためには、このような地域独特の宗教・文化背景を理解した上での、より時間をかけての質的な探索調査が必要と思われる。

(2) 高齢者医療では内科が窓口となって精神機能に対しても介入を試みる必要がある。

(3) 急性期疾患をもつ高齢者では、TNF- α などの炎症性サイトカインが筋肉量を急激に減少させている可能性がある。また、

高齢患者の廃用症候群の予防には、早期から筋肉量維持のためのリハビリテーションやアミノ酸などの栄養補給の必要がある。

(4) 認知症に関する正しい知識を高齢者のみならず若年者にも普及していく必要があると考える。また、高齢者は、若年者に比べて、癌に伴う苦痛に恐怖を抱いていることなどが考えられた。

(5) 併設の長期介護施設や病院を持つグループホームでは、グループホームの利用者の終末期ケアのニーズにこたえる準備を施設や病院との連携により整えていることが示唆される。また、非医療職員に対する終末期ケアの教育体制の確立も必要である。

(6) 行われている治療行為のみならず、人工栄養など治療行為や病院への搬送の差し控えに関する調査も必要である。今回は事前指定の有無のみを調査したが、事前指定の具体的内容に関する詳細な調査や終末期ケアに与える影響を明らかにするための介入試験、病院・長期介護施設など他の場所における終末期ケアとの比較検討、なども計画している。

結論

平成14年度

(1) 医療従事者の中で、無益な医療をしているなど、現状の終末期医療には問題があると考えている者が多かった。今後の議論が必要である。

(2) 高齢者およびその家族の希望に沿った医療を提供するために、専門知識に偏らない医療者の態度が必要である。それに関して、老年科医の果たす役割は大きい。

(3) 患者のみならず、家族の身体・精神面の評価および介入が必要である。

(4) 異なった地域社会のあり方や文化的背景が在宅終末期医療の実像に影響を与えている可能性が示唆された。

(5) 認知症の有無により、終末期医療の内容に差がみられなかった。医療者は認知症に関する正しい知識を持ち、認知症患者の終末期医療のあり方について患者や家族と十分な議論を行う必要がある。さらに、実証データに基づいた幅広い議論により国民的なコンセンサスを形成する取り組みが必要である。

平成15年度

(1) 在宅終末期医療の意義が医療者・患者・家族に十分理解されること、24時間訪問診療・看護体制の確立が望まれる。

(2) 今後の課題として、データ数の蓄積に加えてインタビュー調査などの質的探索調査を含めた追加調査が必要である。

(3) 退院後のQOLを高めるには、入院中に患者のADLとうつについて考慮する必要がある。

(4) その予防には壮年期からの生活習慣病の管理が重要である。

(5) 介護老人保健施設入所者の栄養状態について、管理栄養士を中心としたチームによるきめ細かい配慮が必要である。

(6) (7) 入居・入所者および家族の希望に沿ったターミナルケアを提供していくためには、その場所でターミナルケアを提供できるか否か、可能ならどこまでなのか、利用者や家族により一層の情報提供を行っていく必要があると考えられる。

平成16年度

(1) (6) の研究との比較および詳細な質的研究の継続が必要である。

(2) 今後の課題として、データ数の蓄積

が必要である。

(3) 高齢患者における廃用症候群の原因となる筋肉量の減少にはTNF- α を中心とした炎症性サイトカインが深く関与している可能性が示唆された。

(4) 介護問題や高齢化問題は、高齢者医療の専門家のみならず、この分野の教育が社会で広く実施されるべきである。(5) 認知症高齢者グループホームにおいて、終末期ケアの方針により、その特徴に違いが見られることが分かった。この違いに配慮した終末期ケア実施の支援がなされるべきである。

(6) 癌患者を中心に在宅終末期ケアを提供している診療所における高齢患者の終末期およびケア、インフォームドコンセントの現状、などが明らかになった。更なる調査と先行調査との比較検討、その結果を踏まえた介入試験を予定している。

A. 研究発表

1. 論文発表

英文原著

Y. Hirakawa, Y. Masuda, K. Uemura, M. Kuzu-ya, A. Iguchi

Effect of long-term care insurance on communication/recording tasks for in-home nursing care services

Archives of Gerontology and Geriatrics
2004;38:101-113

M. Iwata, M. Kuzuya, Y. Kitagawa, T. Ohmiya
A. Iguchi

Patient Transfer from Health Care Facility for the Elderly to Emergency Department : Prospective Observational Study at the

Emergency Department in Japan
Geriatrics and Gerontology International
2004;3:250-255

J. Onishi, Y. Masuda, M. Kuzuya, M. Ichikawa,
M. Hashizume, A. Iguchi
A Long-term prognosis and satisfaction
after percutaneous endoscopic gastrostomy
in a general hospital
Geriatrics and Gerontology International
2004;4:127-131

Y. Hirakawa, Y. Masuda, T. Kimata, K. Uemura,
M. Kuzuya, A. Iguchi
Effects of home massage rehabilitation
therapy for the bed-ridden elderly: a pilot
trial with three month follow-up
Clinical Rehabilitation 2004;18:1-8

J. Kanie, Y. Suzuki, H. Akatsu, M. Kuzuya,
A. Iguchi
Prevention of late complications by
half-solid enteral nutrients in
percutaneous endoscopic gastrostomy tube
feeding
Gerontology 2004;50:417-419

J. Onishi, H. Umegaki, Y. Suzuki, K. Uemura,
M. Kuzuya, A. Iguchi
Effects of disease, disability, and living
environment on depressive mood in elderly
inpatients using factor analysis of the
Geriatric Depression Scale(GDS)-15
J Geriatr Psychiatry Neurol 2004;17:93-98

J. Onishi, M. Kuzuya, H. Sakaguchi

Survival rate after percutaneous
endoscopic gastrostomy in a long-term care
hospital
Clin Nutr 2004;23:1248-1249

Hirakawa Y, Masuda Y, Uemura K, Onishi J,
Hattori A, Kuzuya M, Iguchi A. Current
admission policies of long-term care
facilities in Japan. Geriatrics and
Gerontology International 3:73-78, 2003.

Umegaki H, Ando H, Shimokata H, Yamamoto S,
Nakamura A, Endo H, Kuzuya M, Iguchi A.
Factors associated with long hospital stay
in geriatric wards in Japan. Geriatrics
and Gerontology International 3:120-127,
2003.

Kuzuya M, Suzuki Y, Asai T, Koike T, Kanda
S, Nakamura A, Satake S, Umegaki H, Iguchi
A.
Atorvastatin, 3-hydroxy-3-methylglutaryl
coenzyme A reductase inhibitor, reduces
bone resorption in the elderly. J Am Geriat
Soc. 51:11-12, 2003.

葛谷雅文、大西丈二、井口昭久
高齢者医療の現場における低栄養ならびに栄
養管理の認知度の調査
日本臨床栄養学会誌 26:235-238 2005

葛谷雅文
低栄養、老年症候群の診かた
日常診療に活かす老年病ガイドブック 1
Medical Review 社 75-80, 2005

平川仁尚、益田雄一郎、木股貴哉、植村和正、
葛谷雅文、井口昭久
緩和医療の行われていない療養型病床群 2 施設
における痴呆性高齢者の終末期医療に関する
研究 日老医誌 41(1):99-104, 2004

葛谷雅文
大学病院における老年医学専門医の役割なら
びに問題点 日老医誌 41:378-380,2004

岡田希和子、葛谷雅文
高齢者における低栄養の実態 歯界展望
104:358-366,2004

葛谷雅文
特集：高齢者一般外来に有用な老年病診断学
の知識（1）食欲不振・体重減少
Geriatric Medicine 42 (1):43-46, 2004

小池晃彦、葛谷雅文、井口昭久
Sarcopenia の対策—予防と治療—特集：高齢
者の「筋肉減少症」 Sarcopenia
Geriat. Med. 42:929-923,2004

葛谷雅文
高齢者の栄養評価と低栄養の対策
老年医学 113-119,2004

葛谷雅文 低栄養は虚弱への共通危険因子
medicina vol:40 no.10 1730-1731, 2003.

葛谷雅文 特集：高齢者一般外来に有用な老
年病診断学の知識（1）食欲不振・体重減少
Geriatric Medicine 42 (1):43-46, 2004

平川仁尚、益田雄一郎、植村和正、内藤通孝、

葛谷雅文、井口昭久 在宅訪問栄養食事指導
制度に対する栄養士の意識調査—制度の普及
促進に関する提言— 日老医誌 40:509-514,
2003.

葛谷雅文 高齢者の栄養評価と低栄養の対策
日老医誌 40:199-203, 2003.

葛谷雅文 老年症候群：高齢期各年代と主な
症状 総合臨床 52:2072-2076, 2003

葛谷雅文 高齢者総合機能評価ガイドライン
監修：鳥羽研二 第3章 CGA 利用の効果：
入院および入所施設における CGA の有用性。
pp49-54. 厚生科学研究所, 2003.

神田茂、葛谷雅文：高齢者総合機能評価ガイ
ドライン 監修：鳥羽研二 第5章 老年
症候群関連アセスメント：低栄養の評価、
pp218-229, 厚生科学研究所, 2003.

2. 学会発表

平川仁尚、益田雄一郎、植村和正、葛谷雅文、
木股貴哉、井口昭久 在宅寝たきり高齢者
における往療マッサージの効果に関する研究
平成16年6月16-18日 第46回日本
老年医学会総会 千葉幕張メッセ

前田恵子、葛谷雅文、神田茂、小池晃彦、山
田素宏、井口昭久 大学病院老年科病棟にお
ける入院患者の栄養状態把握の現状

日本老年医学会学術集会 平成15年6月1
8日～20日 名古屋

若園尚美、加藤直子、梅垣宏行、葛谷雅文、

井口昭久 老年科病棟における「看護上の問題」の分析

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

平川仁尚、益田雄一郎、植村和正、葛谷雅文、内藤通孝、井口昭久 訪問栄養食事指導に関する高齢患者の意識調査

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

梅垣宏行、安藤富士子、下方浩史、山本さやか、中村了、遠藤英俊、葛谷雅文、井口昭久 大学附属病院老年科病棟における長期入院に関わる因子の検討

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

茂木七香、梅垣宏行、服部文子、葛谷雅文、三浦久幸、井口昭久 高齢2型糖尿病患者の認知機能

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

益田雄一郎、服部文子、大西丈二、平川仁尚、茂木七香、内藤通孝、葛谷雅文、井口昭久、植村和正 大学病院老年科病棟での臨死期における症候と徴候および医慮行為に関する前向き研究

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

鈴木裕介、葛谷雅文、大西丈二、井口昭久 薬剤による有害事象としての老年症候群の発現に関する検討

日本老年医学会学術集会 平成15年6月1

8日～20日 名古屋

恒川卓、葛谷雅文、中村了、神田茂、井口昭久 高齢者における胃瘦栄養評価の検討

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

大西丈二、梅垣宏行、葛谷雅文、井口昭久 高齢入院患者のうつの構造分析と高齢者包括アセスメント

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

神田茂、葛谷雅文、鈴木裕介、佐竹昭介、浅井俊亘、井口昭久 嚥下障害の有無による高齢者の食事内容の差異についての検討

第45回日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

葛谷雅文

シンポジウム

「老年医学とは何か—今、私たちに何が求められているか」

大学病院における老年科専門医の役割ならびに問題点

日本老年医学会学術集会 平成15年6月18日～20日 名古屋

第25回日本臨床栄養学会総会

ランチオンセミナー : 高齢者の栄養に関する諸問題

葛谷雅文 高齢者医療の現場における低栄養ならびに栄養管理の認識度

平成15年10月3～5日 10月4日 横浜

B. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

Ⅱ. 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
野口晴子 益田雄一郎	医療サービスの 「質」の計測と評価 プロセスに関する 一考察:急性心筋梗 塞を事例とした日 米比較研究	鴫田忠彦 近藤健文	ヘルスリサーチの 新展開:保険・医 療の質と効率の向 上を求めて	東洋経済 新報社	日本	2003	135 -158

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
葛谷雅文 大西文二 井口昭久	高齢者医療の現場における低栄養ならびに栄養管理の認知度の調査	日本臨床栄養学会誌	26	235-238	2005
益田雄一郎 井口昭久	高齢者のターミナルケア	医学のあゆみ	212	209-213	2005
Onishi J Masuda Y Kuzuya M Ichikawa M Hashizume M Iguchi A	Long-term prognosis and satisfaction after percutaneous endoscopic gastrostomy in a general hospital	Geriatrics and Gerontology International	4	127-131	2004
Hirakawa Y Masuda Y Uemura K Kuzuya M Iguchi A	Effect of long-term care insurance on communication recording tasks for in-home nursing care services	Archives of Gerontology and Geriatrics	38	101-113	2004
Onishi J Kuzuya M Sakaguchi H	Survival rate after percutaneous endoscopic gastrostomy in a long-term care hospital.	Clin Nutr	23	1248-1249	2004
Hirakawa Y Masuda Y Kimata T Uemura K Kuzuya M Iguchi A	Effects of home massage rehabilitation therapy for the bed-ridden elderly: a pilot trial with a three month follow-up	Clinical Rehabilitation	18	1-8	2004
Kanie J Suzuki Y Akatsu H Kuzuya M Iguchi A	Prevention of late complication by half-solid enteral nutrients in percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding	Gerontology	50	417-419	2004
Onishi J Umegaki H Suzuki Y Uemura K Kuzuya M Iguchi A	The relationship between functional disability and depressive mood in Japanese older adult inpatients	J Geriatr Psychiatry Neurol.	17	93-98	2004

小池晃彦 葛谷雅文 井口昭久	高齢者の「筋肉減少症」 Sarcopenia	Geriatric Medicine	42	919-923	2004
葛谷雅文	大学病院における老年医学専門 医の役割ならびに問題点	日本老年医学会誌	41	378-380	2004
植村和正	「高齢者の終末期の医療および ケア」に関する日本老年医学会 の「立場表明」	日本老年医学会雑誌	41	45-47	2004
Masuda Y Michael D. Fetters Hattori A Mogi N Naito M Iguchi A Uemura K	Physician's Report on the Living Wills at the End-Of- Life in Japan	Journal of Medical Ethics	29	248-252	2003

Ⅲ. 研究成果の刊行物・別刷

6章 医療サービスの「質」の計測と評価プロセス ——急性心筋梗塞を事例とした日米比較研究——

野口晴子・益田雄一郎

1 はじめに

1.1 医療の「質」をどう定義するか

今日、日本やアメリカなど先進地域における医療技術の高度化、あるいは、少子・高齢化に代表される人口構造の変化は著しく、それにとまなう医療支出の急騰を、医療サービスの「質」を確保しつつ、いかに抑制するかが、保健・厚生政策の抱える中心的な課題である。

医療サービスの「質」をどのように定義し評価するかという問題は、専門家の間でさまざまな議論があり、コンセンサスを得ることが難しい。しかしその代表的な指標としては、Donabedian (1969) が提示した、構造指標 (structure)、経過指標 (process)、効果指標 (outcome) という3つのアプローチがあげられよう。

まず構造指標とは、病院や診療所など医療サービスの供給者に関わる指標で、物的資本（土地・建物の面積、病室・病床数、医療機器・機材の有無、集中治療部 (ICU: intensive care unit) や冠動脈疾患患者を取り扱う CCU (coronary care unit) などの有無、資本金や財務状況) と人的資本（患者1人当たりの医師、看護師、ソーシャル・ワーカーといった専門的資格を保有する者の数など）、あるいは、施設の管理システムや組織構造から構成される。次に、経過指標とは、たとえば、心筋梗塞疾患患者に対するアスピリンや β -ブロッカーの処方や寝たきりの高齢者に対する褥瘡^{じよくそう}防止を目的とした定期的な体位変換など、供給者によって提供される医療サービスのコンテンツを示す。3つ目の効果指標とは、死亡、合併症の併発や徴候、再入院・外来の有無、精神衛

生や肉体的機能といった患者の健康状態など、治療後の患者成績やより包括的なQOL (quality of life) をも含む諸変数により構成される。

医療サービスの「質」をめぐる議論は、こうした様々な指標に対する総合的かつ継続的な計測と検証に基づいてなされなければならない。

1.2 医療の「質」を計測する難しさ

医療の「質」を計測する難しさは、第1に、医療評価や医療の質の計測に関わる専門家間でのコンセンサスと理解が得られにくいことが背景としてあげられるだろう。医療経済学や保健・厚生政策は、前述の Donabedian (1969) によって提示された3つのアプローチのうち、従来、理論的にも実証的にも計量化しやすい構造指標に重点をおく傾向にあった。個々の疾病に対する医療技術が急激に高度化・複雑化する中で、経過指標と効果指標とを用いて、医療サービス・セクターにおける生産への物的資本や人的資本の投入量とその費用効果を正確に計測するためには、特定疾病ごとに個票ベースでの詳細な医療情報の収集と分析とが本来不可欠である。しかし、ほとんどのエコノミストや統計学者、あるいは、政策決定者の間で、特定疾病ごとの詳細な分析はあまりにも特殊で偏ったことであると考えられがちであったために、医療科学の分野における費用効果分析に対する数多くの努力と医療経済学や保健・厚生政策との接点がなかなか見出せずに来た。

第2に、経過指標と効果指標の計測と検証に当たっては、診療報酬請求書(レセプト)、カルテ、戸籍や住民台帳など、さまざまな医療情報資源から、個票ベースで機密性のきわめて高いデータを組織的に収集し丹念に分析することが必要となる。しかしそれには莫大な費用がかかるというだけではなく、とりわけ、アメリカよりも医療情報の標準化が遅れている日本においては、個人のプライバシーや権利保護の観点から乗り越えなければならない数多くの障害があり、大きな社会的反論も予想される。医療の評価指標に対する社会的合意の形成、全数調査での医療情報の収集とそのためのコンピュータ・システムの整備、医療情報の機密性を保証しつつ研究機関や分析者に情報を公開・提供するための管理・運営システムの確立と法的・制度的基準の明確化、そして、研究者によって導かれた検証結果を実際の政策策定や治療現場における医師や患者