

## 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

### —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

H17年度の分担研究では、H16年度に引き続き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における調査では、高齢の臨死状態において多くの症例で、患者本人の意思表示の確認がなく、蘇生の有無を患者家族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。これまでの在宅高齢者終末期に関する報告においては本人が在宅死を希望かどうかの事前の確認が必要と報告されており、在宅高齢者終末期を進めるに際し、事前指示書の導入が必要であると考えられた。

#### 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。本分担研究では今後終末期医療において中心的存在となる在宅終末期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、17年度及びの分担研究では、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。さらにこれまでの在宅終末期に関する報告をもとに、在宅終末期を進める上での問題点を検討した。

#### 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、17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、蘇生の有無を患者家族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

を並行して行う必要性を認めた。過去の在宅高齢者終末期に関する調査（参考資料）では、かかりつけ医に受診中であっても最終的に40.2%が病院に入院し死亡している。また、同調査では本人が在宅死希望であるかどうかの調査を主介護者と訪問看護師に行ったところ、かなりのずれがあることが判明しており、意思表示ができる時点での事前の本人への確認がより重要であることを報告している。

#### D. 考察

今回は国立長寿医療センター事前の意思表示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症例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。一方過去の在宅高齢者終末期に関する報告においても本人が在宅死を希望かどうかの事前の確認が必要とされており、在宅高齢者終末期を進めるに際し、事前指示書の導入が必要と考えられた。

#### E. 結論

国立長寿医療センターの実態調査や過去の在宅高齢者の終末期調査に基づき、在宅高齢者の事前の意思表示の確認を、今後かかりつけ医において行う必要があることが明らかとなった。

#### 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

（参考資料）

宮田和明、近藤克則、樋口京子編：在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ。 中央法規 2005, 東京

厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
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（国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校）

研究要旨

高齢者の自己決定を支援する看護師の援助行動を明らかにする目的で、アンケート調査を行った。看護師は、患者と同様に、家族に対して援助行動をとっていたが、自己決定を支援する過程の中で、「病状や治療法の説明前に患者・家族に思考整理をよびかける」、「病状や治療法の説明の場に同席する」、「病状や治療法の説明後に、患者・家族の思いを引き出す」ことについて、援助はなされていなかった。自己決定の支援ができる看護師の背景には、個人の人生経験、臨床での経験、看護を追究する姿勢が関係していた。自己決定を支援する看護師の課題として、自己決定を支援するプロセスに沿って、患者・家族の思いを表出できる環境を整えていくこと、患者・家族の代弁者となりうるよう倫理的感受性を高める必要があると示唆された。

A. 研究目的

自己決定とは、「自分の価値観や信念にもとづき、自分で決めること」である。意思決定と同じ意味を持つとされ、自己決定を意思決定として論じられている。法的な自己決定権に基づき、他人から規制・干渉されない自由と、不当な差別的扱いがない状態で、あらゆる人に決定の機会が保障される平等が前提とされている。生きていく中で、自己決定を迫れる場面は限りなくあるが、生命に関わる意思を決定しなければならないとき、苦悩は大きいであろう。医療現場で求められる自己決定内容は、治療法に限らずケアを受ける場所、決定権を他者に委ねるかなど、実に多くの選択をしなければならない。入院という環境の変化や病気を患ってしまったことなど、精神が安定しているといえない状況の中で、自己決定をすることは本人にとってまさに困難な課題である。

高齢者の自己決定については、認知症や寝たきりの状態などから、意思決定能力が

十分でないため、家族の意見が影響していると先行研究で明らかにされている。意思決定能力に問題がない場合でも、家族など介護する側への遠慮から意思が表示できていない場合もある。高齢者の自己決定が困難とされる状況の中で、看護師は患者を取り巻く人的環境から、高齢患者の個の尊厳を守る役割がある。先行研究では、インフォームド・コンセントの場の看護師の援助行動や、がん患者の自己決定を擁護するための看護師の支援行動が明らかにされている。しかし、高齢患者の自己決定における看護師の支援行動について、調査した研究は少なく、自己決定を擁護できているか明らかでない。とくに高齢患者の場合、高齢者と家族の関係を考慮しながら、双方への支援が必要である。そこで、高齢者の自己決定に関して、看護師の患者・家族に対する支援行動を明らかにすることを目的として、調査を行う。

B. 研究方法

A 医療センター病棟勤務の看護師を対象

として、高齢者の自己決定に関する患者と家族への援助行動について、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)

調査対象となる、看護師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

調査に対する回答は、171名(回収率100%)であり、有効回答は114名(66.7%)であった。自己決定支援行動は、単純集計を行った。看護師の属性と自己決定支援行動については、マン・ホイットニーの検定、クラスカル・ウォリスの検定を行い、有意水準は5%未満とした。看護師の倫理意識度と支援行動の関係は、相関分析を行った。

#### 1. 自己決定支援行動の実態

自己決定を支援する過程の中で、「病状や治療法の説明前に患者・家族に対して思考整理をよびかける」、「病状や治療法の説明の場に同席する」、「病状や治療法の説明後に、患者・家族の思いを引き出す」ことについて、約50%の者が支援できていない状況であり、患者と家族に対する支援については同様であった。

#### 2. 看護師の属性と高齢者の自己決定支援行動の関係

属性で、支援行動に違いがあると結果が得られたのは、年齢によって、「面接前に家族へ思考整理をよびかける、面接に同席する」行動に有意差がみられた。婚姻の有無によって、「面接に同席する」行動に有意差がみられた。子どもの有無によって、「面接前に家族へ思考整理をよびかける、面接に同席する」行動に有意差がみられた。臨床経験によって、「面接に同席する」行動に有意差がみられた。身近な人のインフォーム

ド・コンセントに立ち会った経験によって「面接に同席する、関係職種と話し合う」行動に有意差がみられた。自己研鑽の有無によって、「関係職種と話し合う」行動に有意差がみられた。倫理綱領の認知によって「面接後、家族の思いを表出する」行動に有意差がみられた。

#### 3. 看護師の倫理意識度と自己決定支援行動の関係

看護師の倫理意識度と自己決定支援行動の関係は、 $r = 0.315$ 、 $(p 0.01 < \alpha 0.05)$ で、弱い正の相関関係があった。

### D. 考察

#### 1. 自己決定を支援する看護師の援助行

今回の調査結果から、「病状や治療法の説明前に患者・家族に対して思考整理をよびかける」、「病状や治療法の説明の場に同席する」、「病状や治療法の説明後に、患者・家族の思いを引き出す」ことについて、援助ができていない傾向がある。

自己決定を支援するために、看護師はどのように患者・家族と関わっていくべきか、今後は、「自己決定を支援するプロセス」に沿って、患者・家族の思いを表出できる環境を整える必要がある。看護師の属性と自己決定支援行動の関係から、自己決定の支援ができることは、個人の人生経験、臨床での経験、看護を追究する姿勢の3つの要素があると示唆された。

#### 2. 自己決定への教育の必要性

自己決定を支援するためには、患者本人が意思表示できる力をつけることが必要である。日本の教育では、死について語る機会は少ない。いかに自分らしく人生を全うできるかという視点では、緩和医療、在宅看護の分野において追究され、死の教育の必要性を論じている。意思決定能力に問題がある場合、患者の意思確認をどのように行うべきかという議論の中では、リビング

ウイルについても検討されつつある。病気を患ってから、あるいは高齢期を迎えてから、リビングウイルについて、尋ねられても戸惑うであろう。いかに生き、いかに死すか、人生経験を重ねる中で価値観は変化することもある。中・高齢期における生涯健康プログラムとして、死を目前にして死について考えるのではなく、もう少し早い段階、あるいは日常生活の中で、あるいは健康教育の一環としての死の学習など、死をもっと身近に、平易に、受容、学習できるような取り組みを検討すべきであろう。また、看護師の教育においても「患者の権利を擁護する」ために、日本の文化、風土にあった実務的な教育プログラムはまだ確立されていない。今後、患者・家族の代弁者となりうるよう倫理的感受性を高めるような訓練を含めた、「患者の生前意思の権利を擁護する」ための看護師の教育プログラムの開発が迫られる。

### 3. 高齢者の意思を共有する

高齢者の自己決定を支援するためには保健、医療、福祉の連携が必要である。在宅医療・看護の分野における先行研究では、高齢者の尊厳を守るために死の教育の必要性や生前意思表示の導入について提唱している。具体的な取り組みについては、これからである。高齢者の医療費を背景に、在宅や介護施設で療養生活をおくる高齢者は多く、病院と在宅・施設の間を行き来している高齢者も少なくない。病院と施設の双方が、患者の意思を伝えていくことで、例えば患者が意思を表出できない状況で、病院に搬送された場合でも、患者の意思を把握できるのではないだろうか。家族が患者の意思を把握している場合もあるが、患者と家族の関係から、家族が代弁者として適切といえない場合もある。そのとき、看護師が第三者的立場で、患者の意思を把握し、その意思に沿うよう支援することは、患者

の尊厳を守ることにつながるのである。患者がどのような意思をもっているのか、互いに情報を共有できる体制と、患者の代弁者として情報を伝える重要な役割があることを再認識する必要がある。

### E. 結論

本研究において、自己決定の支援ができる看護師の背景には、看護師の個人の人生経験、臨床での経験、看護を追究する姿勢が関係していた。今回、対象が1施設の看護師に限られていたため、研究には限界があり、さらなるデータを収集し、検討する必要がある。

### 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

## 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

### —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17年度の分担研究では、愛知県下の介護老人保健施設、グループホーム、特別養護老人ホームの各施設における終末期ケアのアンケート調査を行った。さらに、各施設入所者およびその家族に対し、終末期の治療や死亡場所についての希望に関するアンケート調査を並行して行った。このアンケート調査を通じ、各施設での終末期ケアへの努力が明らかとなる一方、現在の施設内の終末期ケアには限界があり、これを進めるに際し、体制面で複数の課題があることが明らかとなった。また、入所者・家族へのアンケートでは、必ずしも施設内死亡を希望しておられるわけではなく、在宅で自然な経過での死を迎えたい人が比較的多い実態が明らかとなった。

#### 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、反復性嚔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、特別養護老人ホームにおいて老人保健施設に設けられた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、特別養護老人ホーム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17年度の分担研究では、愛知県下の介護老人保健施設やグループホーム、特別養

護老人ホームにおける終末期の施設におけるターミナルケアの実態調査をアンケート法により行った。郵送調査法により行い、H17年11月10日に愛知県下の老人保健施設（171施設）、グループホーム（285施設）、特別養護老人ホーム（146施設）にアンケート依頼文およびアンケート用紙を郵送し、返送分を集計し、統計学的解析を行った。

#### 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

アンケートの回収率はそれぞれ、介護老人保健施設 21.6%（37施設）、グループホーム 23.9%（68施設）、特別養護老人ホーム 30.8%（45施設）であった。回答した150施設の入所者のうち、H16年度の施設内総死亡数は305人で、施設から病院に搬送後に死亡した総数

(488人)より少ない状況であった。また、総死亡793人のうち終末期ケアを実施された総数は224人(28%)であった。施設内死亡者100人あたりに換算した、施設種別の終末期ケア実施数は老人保健施設 37.3人、グループホーム 53.3人、特別養護老人ホーム60.0人と施設の種類の違いによる格差が認められた。今後の施設での終末期ケアを行うに必要な要件としては家族の協力、職員数の増員、介護保険を用いた訪問看護の利用など複数の要因を答えた施設が過半数に上った。一方、施設入所者に対するアンケート調査(回答者987人)では、希望する死亡場所として自宅(38.8%)、特別養護老人ホーム(16.3%)、病院(14.6%)、グループホーム(13.3%)、老人保健施設(6.9%)と施設入所者においても在宅死を希望する人が多いという結果であった。また、入所者の74.4%は終末期での自然の経過の中での死を希望された。施設入所者家族へのアンケート調査(回答者955人)では、希望する死亡場所として自宅(27.4%)、病院(25.2%)、特別養護老人ホーム(20.4%)、グループホーム(12.4%)、老人保健施設(8.0%)であり、入所者本人のみでなく、家族も在宅死を望んでいる人が多いという結果であった。家族の77.3%が本人同様、終末期は自然の経過での入所者の死を希望された。

#### D. 考察

回答した老人保健施設、グループホーム、特別養護老人ホーム各施設では、施設内死亡よりも、病院搬送後の死亡者が多く、終末期ケアが施行された症例は総死亡数の3割に満たない状況であった。一方、施設内死亡者の54%の人は終末期ケアを受けており、終末期ケア

の体制に人員や介護保険の利用範囲など複数の検討課題があるにもかかわらず、各施設では終末期ケアに努力している姿がみられた。しかしながら、依然、終末期の病状悪化時に病院搬送する症例が多いことが示され、現在の体制では施設での終末期ケアには限界があることを示しているものと考えられた。今回は施設入所者本人やその家族にも死に場所に関するアンケート調査を行ったが、本人、家族共に在宅死かつ自然の経過の中での死を希望しておられる方が多い状況であった。施設入所中という状況下でも在宅死を希望しておられる方が比較的多い事実は、現在入所中の施設における死を許容している人が必ずしも多い訳ではない現状とも考えられた。

#### E. 結論

愛知県下の老人保健施設、グループホーム、特別養護老人ホームへのアンケート調査を通じ、各施設での終末期ケアへの努力が明らかとなる一方、施設内の終末期ケアには限界があり、これを進めるに際し、体制面で複数の課題があることが明らかとなった。また、入所者・家族へのアンケートでは必ずしも施設内死亡を希望しておられるわけではなく、在宅で自然な形で死を迎えたい人が比較的多い実態が明らかとなった。

#### 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

高齢者がん患者のターミナルケアにおける問題点

分担研究者 丸口ミサエ 国立看護大学校 教授

研究要旨

がん終末期患者への病状説明と患者の事前指示の現状を知ることが目的として、緩和ケア病棟に入院した患者を対象に調査した。その結果、病状については、全員に入院前と入院時に説明されており、病名については、3名が入院時に正確な病名を知らなかった。しかし、緩和ケア病棟を希望した理由及び事前指示の内容から見ると、全員の患者が病状については治癒しないことを知っており、また苦痛を緩和してほしいと考えていたことがわかる。事前指示のあった患者は9名で、事前指示がなかった患者は11名であった。今回調査した患者は、緩和ケア病棟を選択する時点で、緩和ケア病棟ということを理解して入院していることから考えると、そのことが事前指示とも考えられる。

A 研究目的

今回の調査は、高齢者の終末期医療における事前指示のあり方について検討するにあたり、がん患者の病状説明と事前指示の状況について現状を知るために行った。

B.研究方法

研究の前提として、緩和ケア病棟への入院は次のような条件があり、今回研究対象とした患者も下記のような説明を受け了承して入院しているということがある。

日本ホスピス緩和ケア協会の「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス緩和ケアプログラムの基準」<sup>1)</sup>には、緩和ケア病棟への入院の条件として、「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) 患者と家族またはその何れかが入院を希望していることが原則である。3) 入院時に病名・病状について理解していることが望ましい。理解していない時には、患者の求めに応じて、適切な病名・病状の説明がなされる。4) 家族がいないこと、収入が乏しいこと、特定の宗教を信仰していることなど、社会的、経済的、宗教的な理由で差別しない。」と詠われている。

B.研究方法

1. 対象者

東京都内と茨城県内にある緩和ケア病棟各1施設ずつに入院し、死亡した65歳以上のがん患者の高齢者で、調査日から遡って死亡した10名を対象にした。

2. 調査方法

研究協力者に依頼し、診療記録から次のことについて調査した。

病名、年齢、性別、入院日数、患者についての意思決定者、患者にとってのキーパーソン、家族の中でのキーパーソン、患者の病状理解、家族の病状理解、緩和ケア病棟についての希望、緩和ケア病棟申し込み時点での説明と患者の理解、事前意思表示の有無とあればその内容、入院中の病状説明の時期とその内容について、この調査のために作成した調査用紙に手書きで記入した。

3) 調査期間

平成17年7月1日～平成17年11月30日

4) 倫理的配慮

東京都内の施設に対しては、施設長に研究計画書および主任研究者の研究依頼書、分担研究者の依頼書を提出し承諾を得た。



茨城県内の施設については、研究計画書および倫理審査申請書を提出し施設の倫理委員会の承認後、承諾を得た。

倫理的配慮の内容については次のとおりである。

患者個人データは、無記名とし、ナンバリングし、手書きで調査シートに書き込み、分析にあたっては、個人を特定できないような表記にすることで患者・家族の人権を侵害することはない。また、診療内容についても、担当医師個人を特定できないように配慮をする。研究協力者からの調査票の受領は、研究者が直接受け取り、鍵のかかる鞆に入れて運搬し、研究室の鍵のかかる戸棚に保管する。調査票は、研究終了後に、第三者立会いのもとにシュレッダーにかけ破棄する。また、使用した電子媒体のデータについても第三者立会いのもとに消去する。

## C. 研究結果

### 1. 対象者の背景

男性7名、女性13名計20名であり、年代は、60歳代2名、70歳代11名、80歳代5名、90歳代2名であった。

原発の病名は、下咽頭がん1名、下顎歯肉がん1名、肺がん4名、胃がん3名、結腸癌4名、胆管細胞がん2名、直腸がん3名、子宮体がん1名、前立腺がん1名であった。

家族背景は、7名が入院まで一人暮らしをしており、家族とは疎遠になっている人も1名あった。その他6名は、子供や兄弟がいる。そのうち1名のみが積極的に介護に関わっていたが、他は、介護には関わっていなかった。

入院期間は、平均49.0日、2週間以内4名、2～4週間5名、4～8週間6名、8～12週間2名、12～15週間2名、8.3ヶ月1名であった。

### 2. 病状説明と患者、家族の理解

病名については、17名は正確な病名を知っており、3名が正確な病名を知らなかった。しか

し、3名のうち2名はがんであることは理解しており、1名は、がんは治り肺気腫により呼吸困難になっていると思っていた。

入院時の病状について患者は、化学療法は望まない、今後は痛みの治療が主になる、誕生日までは生きられない、がん細胞が体中に転移している、悪性腫瘍で手遅れである、肺がんで水も溜まってきた、治療できないことはわかっている、転移はあるらしいが良くわからない、脚の痛みも良くわからない、おなかの腫瘍が大きくなって痛みがでている、がんで手術後再発した、がんは治り、肺気腫で呼吸が苦しくなっているというように理解していた。

緩和ケア病棟を希望していた人は19名、1名は、入院の希望がなく最後まで自宅で過ごすことを希望していた。

緩和ケア病棟については、積極的治療はしないところ、疼痛を緩和するところ、延命しないところ、最後の場所、その人らしい生活が送れるところ、家族的介護を受けられるところ、検査なんかしないところという理解であった。

患者への病状説明は、入院時、病状に変化があった時、治療方法を変更する時に、医師から患者、家族に説明していた。また、蘇生しないこと（DNR：Don't Resuscitate）についての確認は、1施設は入院を申し込む時に、延命処置はしないことを確認していたが、心筋梗塞か肺梗塞による急変で死亡した患者以外は、再度、臨死期が近づいた時に説明していた。もう一方の施設は、入院時と病状が悪化した時に鎮静のことに共に家族に説明し確認していた。本人への説明の有無については、記録からは判断できなかった。

### 3. 患者の事前指示

事前指示については、9名が意思表示しており、11名については、意思表示がなかった。事前指示の内容は、化学療法は望まず、自宅で過ごしたい、尊厳死協会に入っている、人間らしく最期を迎えたい、そんなに生きたくない、

前向きな姿勢で生きたい、積極的な治療はしたくない、できるだけ自宅療養し、苦しくなればホスピスに行きたい、人の世話にはなりたくない、疼痛コントロールをおこなってほしい、もう治療はしたくない、苦痛がないようにしてほしい、ということであった。

また、入院時に、せん妄のある患者4名、意識レベルが低下している患者4名がいた。

#### D. 考察

今回の調査では、家族に対してはすべて入院前および入院後、病状の変化した時に、説明が行われていた。事前指示を行っていた人は9名であったが、その他の患者においても、緩和ケア病棟を希望した時点で、積極的な治療は希望しないという意味での患者の事前意思表示と言える。

4週間以内に9名、4～8週間以内6名が死亡しており、入院時にすでにせん妄、意識レベルの低下で患者自身の判断力が低下して入院している患者も8名あった。この8名は判断力のある時期に緩和ケア病棟についての説明を受けており、患者の意思により緩和ケア病棟に入院していると思われる。4週間以内に亡くなっている患者については、病状を理解しているが故に死亡直前になって入院している人もあると考えられる。このことは、患者が病状について理解している言葉や、事前指示に表している意思表示から伺える。

家族や本人への説明内容や頻度については確認できなかったが、病状が変化してきた時、治療内容や方法の変更時期には必ず家族には説明されていることは明らかになった。しかし、その家族を代理人に指定するという患者の意思の確認がされていたかどうかは不明である。

調査対象者の年齢も、60歳代から90歳代まで幅が広いが、その年代による説明内容の違いはなかった。

がん患者の場合、一般的には、病名、病状についての十分な説明をすること重要性が言わ

れているが、実際にどのように説明しているかは不明である。今回の調において、一部ではなるが、終末期がん患者に対する説明の現状が明らかになった。

平成16年7月に発表された厚生労働省の終末期医療に関する調査等の報告書<sup>2)</sup>によると、「自分が治る見込みがない病気に罹患した場合に、病名や病気の見通しについて知りたい」と答えた一般市民は、92%あった。この調査報告書<sup>1)</sup>では、リビングウィル（書面による生前の意思表示）については、「賛成すると回答した一般の人は59%あり、書面にする必要はないが、本人の意思を尊重するという考え方には賛成するという人を含めると一般の人の84%が賛成しており、多くの国民は患者本人の意思を尊重することに賛成している。また、本人の意思が確認できない場合の代理人による意思表示という考えかたにはそうせざるをえないと57%の人が回答しており肯定的である」という報告も出されている。

このことから、これまでは、どのような治療を選択するのか等について、家族に説明して決定するのが当然というような認識であったが、患者自身の意思を尊重することの重要性が、一般市民にも意識づけられていることが理解できる。

#### E. 結果

患者の多くは、緩和ケア病棟に入院ということは、積極的治療を行わない、苦痛症状を緩和してほしいということを希望していたことが明らかになっている。このことについて、患者自身による書面への記載はないが、患者が自ら述べた意思として、そのことが患者の事前指示として捉えてよいと考える。平成15年の悪性新生物による死亡数は、309,543名<sup>3)</sup>であり、そのうち緩和ケア病棟での死亡数は、日本ホスピス緩和ケア協会の調査によると2004年度で15,368名で、全死亡数の約5%である。さらに、この患者の中で高齢者が緩和ケア病棟

に入院するのは一部である。従って、今回の調査は、がん患者の極一部についての結果にしかすぎない。しかし、この調査結果により、繰り返し病状の変化や、その時の対応について説明し、患者や家族の意思を確認してケアしていくことで、全員が穏やかに最期を迎えられていたという事実が明らかになった意義は大きい。

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

(文献)

- 1) 日本ホスピス緩和ケア協会の「緩和ケア病棟承認施設におけるホスピス緩和ケアプログラムの基準

<http://www.angel.ne.jp/~jahpcu/>

- 1) 厚生労働省医政局 終末期医療に関する調査等検討会報告書 ―今後の終末期医療の在り方について―平成16年7月

<http://www.mhlw.go.jp/shingi>

- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

研究協力者

小野瀬俊子 筑波メディカルセンター病院  
緩和ケア病棟師長

志真泰夫 筑波メディカルセンター病院  
緩和医療科診療部長

笠原嘉子 救世軍清瀬病院看護部長

芦谷知子 救世軍清瀬病院緩和ケア病棟  
主任 ホスピスケア認定看護師