

標準化されていない」約15%、在宅診療に携わる医師では約13%である。

事前指示推進策として、病院神経内科医師は、「書式を標準化する」約16%、在宅診療に携わる医師も約16%であり、両者に差はみられない。

早稲田大学の甲斐教授は、「患者の意思を尊重するにせよ、「報告書」(厚生労働省「終末期医療に関する調査等検討会」報告書 2004年7月)も提言するように、立法というハードな方式ではなく、選択肢としては、書面に限らず多様な方式を採用するガイドライン方式のような柔軟な対応をすることの妥当性が導かれるように思われる」として「尊厳死問題についてのガイドライン要綱の私案」を提示している。それは、以下の通りである。

- 1) 尊厳死問題の中心となる人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として患者の現実の意思表示または事前の意思表示(2年以内のもの)を中心に考えるべきである。また、患者の延命拒否の意思を合理的に推定できる証拠があれば、患者の病状の推移を見極めて予後が絶望的な場合にかぎり、人工延命治療の差控え・中断を認めることができる。
- 2) 患者の事前の意思表示については、書面(リビング・ウィルやアドバンス・ディレクティブ)のみならず多様な形式を採用すべきである。ただし、口頭の場合には、家族および担当医・看護師を含め、複数人の確認を要する。いずれの場合も、最終的には、病院の倫理委員会またはそれに準じる委員会で確認することを要する。
- 3) 人工延命治療の差控え・中断の対象患者および対象治療ならびに中断の時期については、複数のスタッフが患者の病状を多角的に検討しつつ、個別的に慎重に判断すべきである
- 4) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、家族等の近親者に十分な情報提供と説明を行い、同意を得ておくことを要する。
- 5) 人工延命治療の差控え・中断に際しては、原則として栄養分・水分の補給を維持しつつ、「人間の尊厳」を侵害しないよう段階的に解除することが望ましい。その際、致死薬投与等の積極的な生命終結行為を行ってはならない。

(甲斐 克則：終末期医療・尊厳死と医師の刑事責任 一川崎共同病院事件第1審判決に寄せて、ジュリスト No.1293、98-106、2005年7月)

甲斐教授の指摘は、在宅終末期の場合にも当てはまる点が多いように思われる。

E. 結論

調査結果から、在宅医療に積極的な医師は、事前指示の法制化を必ずしも望んでいないことがうかがわれる。さらに、この4月以降、実際に在宅支援診療所にて、在宅医療を実践する医師に対し、再度事前指示、及び、在宅終末期医療ガイドラインについて調査を行う必要がある。

【参考資料：在宅療養支援診療所の施設基準】

「告示」

- (1) 診療所であること
- (2) 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- (3) 当該診療所において、又は別の保険医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- (4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- (5) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称等をあらかじめ地方社会保険事務局長に届け出ていること
- (6) 連携する保険医療機関又は訪問看護ステーションにおいて緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、その療養等に必要な情報を文書で当該保険医療機関又は訪問看護ステーションに提供できる体制をとっていること
- (7) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
- (8) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- (9) 定期的に、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること

「通知」

以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制を確保すること

- (1) 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供し、診療録にその写しを添付すること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者が異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者との直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること
- (2) 当該診療所において、又は別の保健医療機関の保険医との連携により、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録に添付すること
- (3) 当該診療所において、又は別の保健医療機関若しくは訪問看護ステーションの看護師等との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の保険医の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当医の氏名、担当日等を文書により患家に提供し、診療録にその写しを添付すること
- (4) 当該診療所において、又は別の保険医療機関との連携により、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保し、受入医療機関の名称

- 等をあらかじめ社会保険事務局長に届け出ていること
- (5) 他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと連携する場合には、連携する保険医療機関又は訪問看護ステーション（以下、この部において「連携保険医療機関等」という）において、緊急時に円滑な対応ができるよう、あらかじめ患家の同意を得て、当該患者の病状、治療計画、直近の診療内容等緊急の対応に必要な診療情報を連携保険医療機関等に文書（電子媒体を含む）により随時提供し、当該提供した診療情報の写しを当該患者の診療録に添付すること
 - (6) 患者に関する診療記録管理を行うにつき必要な体制が整備されていること
 - (7) 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
 - (8) 年に1回程度、在宅看取り数等を地方社会保険事務局長に報告していること

3. 神経難病における事前指示に関する調査

研究協力者伊藤道哉らは、2004年に筋萎縮性側索硬化症等神経難病（以下 ALS）患者の医療における自己決定尊重と QOL 向上に資するコミュニケーションのあり方について、具体的改善策を提示することを目的に事前指示に関する調査を実施しており、以下考察も含めてまとめることとする。

A. 調査対象

調査対象は、「厚生労働省難治性疾患 特定疾患の地域支援体制の構築に関する研究班」「厚生労働省難治性疾患 神経変性疾患に関する研究班」「厚生労働省難治性疾患 特定疾患患者の生活の質（QOL）の向上に資するケアの在り方に関する研究班」「ALS 全国医療情報ネットワーク」の名簿に基づき 390 施設を対象施設とした。対象施設において、ALS 等神経難病の診療に従事している医師 1170 名（1 施設 3 名ずつ）と ALS 等神経難病のケアに従事している看護師 1170 名（1 施設 3 名ずつ）を想定し医療機関あてに調査票を送付した。

B. 調査期間

2004 年 12 月～2005 年 1 月

C. 調査内容

調査票は選択ならびに記述式とした。調査項目は、

- 1) 事前指示のメリットとして重要なもの、
- 2) 事前指示が普及しない阻害要因として重要なもの、
- 3) 事前指示を普及させる方策として重要なもの、
- 4) 事前指示が尊重された事例および尊重されなかった事例、
- 5) 人工呼吸器装着後、状態が改善しない場合に、一旦装着した人工呼吸器が「事前指示」により取り外せるかどうかの判断、および取り外すことができる理由あるいはできない理由等である。

5) については、事例を提供し、記述部分と自由記載部分を多く取り、生の声を集めることに留意した。事例は次の通りである。

「40代男性患者。筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者で30歳の時に人工呼吸器を装着し、在宅で闘病生活を送っていた。また意思伝達装置を使って、闘病記を出版もした。闘病記を出版し終え、様々な反響もあり、応援のファンレターなども自宅に届いたりしており、とても充実した日々を送っている様子だった。しかし3ヶ月前に、「もう十分、幸せな人生を送らせてもらった。ここでそろそろ自分の人生を終わりにしたい」とワープロを打った。家族とも何度も話し合った結果、「本人の意思を尊重したい」という結論に達した。往診の担当医に、「呼吸器をはずして欲しい」と依頼があった。」

D. 調査結果

回収率は 医師 22.6%、看護師 26.4%であった。ここでは、上記事例に関し、人工呼吸器装着後、状態が改善しない場合に、一旦装着した人工呼吸器が「事前指示」により取り外せるかどうかの判断、および取り外すことができる理由あるいはできない理由の結果のみを示す。

<医師対象調査>

回答者の属性は平均年齢 42±8.4 歳、中央値 42 歳、臨床経験年数 16.5±7.9 年、中央値 16 年、性別は、男性 79%、女性 21%であった。

人工呼吸器装着後、状態が改善しない場合に、一旦装着した人工呼吸器が「事前指示」により取り外せるか、上記事例に関して、外せる 8%、外せない 92%であった。

<看護師対象調査>

回答者の属性は、平均年齢 38.8±9.6 歳、中央値 38 歳、臨床経験年数 16.2±8.9 年、中央値 16 年、性別は、男性 6%、女性 94%であった。

人工呼吸器装着後、状態が改善しない場合に、一旦装着した人工呼吸器が「事前指示」により取り外せるか、上記事例に関して、外せる 17%、外せない 83%であった。

ちなみに看護学生では、外せる 26.0%、外せない 74.0% であった。また、管理職の看護職員では、全員が、外せない、と回答した。

E. 考察

<重症疾患の診療倫理指針との関連について>

厚生労働省科学研究 難治性疾患治療研究事業「特定疾患のアウトカム研究：QOL、介護負担、経済評価」班（主任研究者 福原俊一 京都大学医学系研究科教授）は、2004年10月23-24日シンポジウム「よりよい生き方と逝き方を考えるー重症疾患の診療倫理指針の確立に向けて」を開催、重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ（代表：浅井篤 京都大学医学系研究科助教授、現 熊本大学教授）が「重症疾患の診療倫理指針に関する提言書」を公表した。（重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ：「重症疾患の診療倫理指針」に関する提言書、（厚生労働省科学研究費補助金 難治性疾患克服研究事業「特定疾患のアウトカム研究：QOL、介護負担、経済評価」班主任研究者 福原俊一 2004年）

検討事例 1 は本調査の事例そのものである。

「ALS 患者で 30 歳の時に人工呼吸器を装着し、在宅で闘病生活を送っていた。中略、主治医はジレンマに遭遇した。主治医は人工呼吸治療を中止すべきだろうか。」

重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループのシンポジウム実施時点での判断は「人工呼吸器を取り外しても許容されるケースと考える。「人生を終わりにしたい」というこの患者の意向は、意識清明で意思決定能力がある患者が十分に考慮した上で発言されたものである。他の人々と幾度にもわたる話し合いを経た上での意見でもある。その決意も衝動的なものではなく一貫しており、家族も患者の意見を理解・尊重している。したがって、この状況では人工呼吸器の取り外しは許容される行為と思われる。」呼吸器系疾患にある患者の人工呼吸器取り外しを含む延命治療中止が明確に合法性を得るためには、先述のような「法の空白地帯」に対し、日本の医療界が明確な見解を打ち出していく必要がある。具体的には、病院内もしくは大学内の正式な倫理委員会の承認、そして、それに引き続く全国規模の学会承認等が必要であろう。逆に人工呼吸器を取り外すことが許容されない条件としては、1. 本人の意思明示が 1 度きりであり、その真正性が疑わしい、2. 延命中止の意思明示が患者がせん妄状態にある時などに行なわれており、患者の意思決定能力に疑問がある、3. 人工呼吸器取り外しを希望する理由がはっきりせず、また、はっきりしても、その理由が第 3 者に理解できる余地がまったくない場合、4. 担当医ひとりの独断で延命治療中止が決定された場合、5. 家族との話し合いが十分でないときなど、が考えられる。」というものである (72-73 頁)。

2004 年東京で開催された「死の権利協会世界連合」国際会議は 10 月 3 日、終末期医療の選択を患者があらかじめ書面で記したリビング・ウィルを合法と認識し、従わなければならないとする「東京宣言」を採択し閉幕した。しかし、厚生労働省医政局「終末期医療」意識調査の結果では、医師・看護師は、法制化に慎重である。

(<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html> より)

本調査では「一旦装着した人工呼吸器を取り外すことができるかについて」の自由記述内容から、医師・看護師ともに以下の要素が抽出された。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 人工呼吸器の取り外しは現行法上の問題があり、法的な整備が必要である。② 法的な整備がなされたとしても、誰が外すのかが難しい。③ 人工呼吸器を装着する前の説明のガイドラインが必要である。④ 診断および病状経過の説明が統一されていない。 |
|---|

ちなみに「日本神経学会 ALS 治療ガイドライン 12.介護福祉 ALS 患者の在宅療養の現状」には「11.本人が望んでも人工呼吸器の停止は不可能」

(http://www.neurology-jp.org/guideline/ALS/4_12.html より)

と明記されている。刑法 202 条「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその嘱託を受け若しくはその承諾を得て殺した者は、六月以上七年以下の懲役又は禁錮に処する。」との関係についても議論が必要である。

その後、重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループは、『重症疾患の診療倫理指針』(重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ 浅井 篤、福原 俊一編：重症疾患の診療倫理指針,医療

文化社、2006年1月)を刊行したが、ALS患者の呼吸器取り外しについては、「この状況では人工呼吸器の取り外しは許容される行為と思われる」との判断はまったくなくなり、日本神経学会ALS治療ガイドラインに言及するのみとなった。

ALS療養における「終末期」とは、どのような状態を指すのか。がんとは違った緩和医療の議論が強く求められるところである。また、日本ではALSの緩和ケアの系統だった方法論やそのアウトカムの研究はほとんどないのが実情である。

人工呼吸器を装着しての積極的闘病を選択して生き抜く患者・家族にこそ、診断が確定した時点から緩和ケアによる身体的および精神的苦痛の緩和と安寧がもたらされるべきである。また、緩和ケアの充実こそが、安楽死や自殺幫助を希望する療養者への対策の第一であると考えられる(伊藤道哉: 諸外国におけるALS患者の安楽死・自殺幫助の動向, ALS告知・選択「人工呼吸器をつけますか?」所収, 137-166, メディカ出版, 2004)。

<オランダにおける調査>

最近、積極的安楽死が法制化されているオランダにおける、興味深い調査結果が示された。概要は次の通りである。

「オランダ ロッテルダム大学のJudith A. C. Rietjensらによれば、2001年には全死亡者の4~10%が鎮静、2.6%が積極的安楽死によるものだった。」

終末期の患者に対する鎮静や安楽死を行ったことがあるオランダの医師に対する面接調査の結果、患者が抱えていた苦しみの内容、意思決定がどのように行われたか、余命短縮期間、など、多くの点で鎮静と積極的安楽死に大きな違いがあることが明らかになった。概して、人生最後の時に尊厳を失いたくないという気持ちが強い人は安楽死を望み、肉体的、精神的な苦痛からの解放を望む人には鎮静が行われていた。

オランダ全土の410人の医師を対象に、鎮静または安楽死を行った直近のケースについて面接調査を実施した。患者が死に至るまで、深い鎮静または昏睡状態を維持する薬剤を投与し、栄養および水分の補給を行わない場合を終末期鎮静、死を望む意志が明瞭な患者から要求があったときに致命的な薬剤を投与する場合を積極的安楽死とした。これらの医師により、211人の患者に鎮静が、123人の患者に積極的安楽死が行われていた。

410人の医師のうち96人は鎮静、積極的安楽死の両方を行った経験があった。115人は鎮静のみ、97人は積極的安楽死のみ、経験していた。102人は未経験だった。積極的安楽死を行った医師の55%は一般開業医、鎮静を行った医師の49%は専門医(心臓医、外科医、内科専門医、呼吸器科医、神経科医)だった。積極的安楽死の55%は自宅で行われ、鎮静の49%は病院で行われた。患者の平均年齢は鎮静群72歳、積極的安楽死群63歳。鎮静群の54%、積極的安楽死群の88%は癌患者だった。

患者の訴えのなかで、積極的安楽死群より鎮静群に有意に多かったのは、不安、混乱、うつ、活動性の低下などだった。これに対して、積極的安楽死群に有意に多かったのは、吐き気と嘔吐だった。鎮静群では、これらの症状より、痛みと呼吸困難を訴える人が多く、より病気が深刻だと感じている頻度も高かった。

自らこれらの措置を望んだ患者について、患者の意志決定に最も重要だったと医師たちが考えていたのは、積極的安楽死の場合、尊厳の喪失(63%)、回復の見込みのない苦痛(82%)、自律の

喪失（33%）、行動の自由の喪失（18%）だった。鎮静群では、それぞれ18%、60%、6%、7%と有意に少なく、そのかわりに、強い痛みが決定理由の中心になった患者が57%と、積極的安楽死群の36%より有意に多かった。

得られた結果は、鎮静と積極的安楽死の間に大きな違いがあることを示した。鎮静は概して肉体的・精神的な苦痛から逃れる手段として選択されており、積極的安楽死は、人生の最後の段階で尊厳を失うことが耐えられないという思いに基づいて要求されていた。鎮静を適用すれば積極的安楽死は減らせるという考え方があるが、それは現実的ではないことを示唆している。」

(Judith A. C. Rietjens, Johannes J. M. van Delden, Agnes van der Heide, Astrid M. Vrakking, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Paul J. van der Maas, Gerrit van der Wal : Terminal Sedation and Euthanasia, A Comparison of Clinical Practices, Arch Intern Med. 2006; 166 : 749-753.)

確かに、緩和医療、緩和ケアの充実によって、とりわけセデーションが功を奏する場合、積極的安楽死の実行を避けられるという仮説は、積極的安楽死が法で認められているオランダでは成り立たなかった。積極的安楽死法制化の影響を見定める上で重要な指摘である。

4. まとめ

医療制度改革の中で、入院医療から在宅医療へのシフトが大きな柱となっている。平成18年度診療報酬改訂で創設された、在宅療養支援診療所のシステムは、在宅看取りの推進を意図して様々な診療報酬上のインセンティブが与えられている。林謙治主任研究者を中心とする本研究班においても、当面在宅がん患者の終末期医療のガイドラインの策定が検討されている。伊藤らは、今回在宅療養に積極的に取り組む医師を対象に、事前指示についての見解を調査し、さらに2004年に実施済みの病院医師対象調査結果と比較した。その結果、事前指示に関する法制化については、在宅医療に携わる医師とりわけ診療所医師の方が病院医師より慎重であった。

医療療養病床中、特殊疾患療養病棟の2008年3月廃止を含めての制度変更は、重症神経難病患者等の療養の在り方を大きく変化させる可能性もある。このように今後在宅医療の重要性が増大する中で、療養者の視点に立った在宅終末期ガイドラインの策定が喫緊の課題である。

第5章－1

国内における終末期医療の意思決定におけるエビデンス

国立保健医療科学院政策科学部 児玉知子

終末期医療における意思決定は、西欧諸国を中心とした様々な哲学的理論が展開されているが、東洋における日本においては、独自の文化的背景を尊重した意思決定を考える必要があるのではないかと考える。終末期医療において、本人、または家族や介護者がどのようなプロセスで意思決定を行うのか、どのようにして第三者が客観的にそれを支援できるかについて、国内におけるエビデンス評価について検討した。

1. 終末期における意思決定

方法

医学中央雑誌刊行会 Website (以下、医中誌 Web)、PubMed における日本人著者もしくは日本語文献、CiNii (Citation Information by National Institute of Informatics; 国立情報学研究所論文検索)、科学研究費補助金データベース (国立情報学研究所) より下記キーワードにて検索し、癌、小児、老年者、難病 (ALS、HIV 関連) の分類を行った。(検索日 2005 年 12 月 13 日-12 月 20 日)

(上記以外に、厚生労働科学研究データベースより 1997 年～2005 年の終末期医療関連の研究班を検索、分野別に資料として文末に掲載する。)

結果

1) 医中誌 Web

検索年限：1990～2005 年 (会議録除く)

検索式に用いたキーワードおよび検索結果

終末期医療に関するもの ターミナルケア、終末医療、末期患者、緩和ケア、死亡、
死への態度、生活の質

意思決定に関するもの 意思決定、意志決定、患者心理、精神的援助、精神的癒し

- a) 癌に関するもの ……腫瘍、癌、がん (54 件)
- b) 小児に関するもの ……小児、就学前児童、幼児、青年、青年期 (19 件)
- c) 老年者に関するもの ……老年者、老年期 (52 件)
- d) ALS、HIV に関するもの ……筋萎縮性側索硬化症、ALS、HIV、AIDS、エイズ (5 件)
- e) その他 117 件

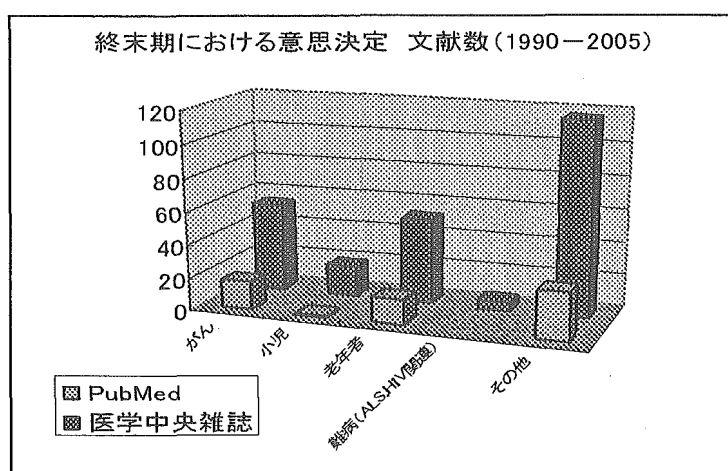
2) PubMed

検索年限：1990～2005年（日本人の発表に限定）

検索式に用いたキーワードおよび検索結果

終末期医療に関するもの terminal care、terminal*、palliative care、end of life
意思決定に関するもの decision

- a) 癌に関するもの ……neopalsms 17件
- b) 小児に関するもの ……child 1件
- c) 老年者に関するもの ……Aged: 65+ years 15件
- d) その他検索結果 29件



3) 雑誌記事索引

検索年限：フルレンジ

検索式に用いたキーワード ……終末期、緩和ケア、ターミナルケア、意志、意思

検索結果 …………… 35件

4) CiNii (国立情報学研究所)

検索年限：フルレンジ

検索式に用いたキーワード ……終末期、緩和ケア、ターミナルケア、意志、意思

検索結果 …………… 55件

5) 科学研究費補助金データベース (国立情報学研究所)

検索年限：フルレンジ

検索式に用いたキーワード ……ターミナルケア、意志、意思

検索結果 …………… 18件

- ・特別養護老人ホーム及びグループホームにおける看取りに関する研究 (2003-2004)

- ・ 要介護高齢者のターミナル期の経時的ニーズに対するケアマネジメントのあり方 (2003-2005)
- ・ 子どもの在宅ターミナルケア確立のためのプロトコール作成に関する検討 (2002-2003)
- ・ 小児がん患児における安全で QOL を向上させる骨髄穿刺・腰椎穿刺法の開発 (2002-2004)
- ・ 死を望む終末期がん患者における身体的・心理社会的・実存的苦痛に関する研究 (2001-2002)
- ・ ターミナル患者への情報開示の枠組みとその検証—個と家族の関係性を視点に— (2000-2001)
- ・ 日本における死の受容—文学・仏教・キリスト教信仰にみる見取りの様態— (2000-2001)
- ・ 退院調整看護婦による退院調整過程の分析 (1999-2000)
- ・ 高齢者のターミナルケアにおける家族参加プログラムの実証的研究 (1997-1998)
- ・ 在宅高齢者のターミナル・ケアに関する意識およびターミナル・ケアの実態 (1995)
- ・ 患者中心の医療をめぐる学際的研究 (1991-1993)
- ・ チーム医療からみたセデーション施行判断基準とケアに関するガイドラインの作成と評価 (2003-2005)
- ・ アドバンス・ディレクティブ (事前指示) の日本社会における適用可能性 (1996-1997)
- ・ 日本における生命倫理の体系化の試み (1991-1992)
- ・ 非=功利主義倫理学に基づく生命倫理諸問題の整理と基礎的文責 (1988)
- ・ 終末期医療に携わる医師・看護婦のストレス自己管理法に関する研究 (1987-1989)

6) 学術研究データベース・リポジトリ (国立情報学研究所)

検索年限 ……………フルレンジ
 検索式に用いたキーワード ……ターミナルケア
 検索結果 ……………92件

2 延命治療における意思決定

(検索日 2006年1月27日-2月3日)

方法 (前項1に順ずる。)

結果

1) 医中誌 Web

検索年限：1990～2005年（会議録除く）

検索式に用いたキーワードおよび検索結果

終末期医療に関するもの 延命治療、リビングウイル、患者による選択、事前指示
差し控え

意思決定に関するもの 意思決定、意志決定

検索結果 …………… 27件

2) PubMed

検索年限：1990～2005年（日本人の発表に限定）

検索式に用いたキーワードおよび検索

終末期医療に関するもの resuscitation orders, do-not-resuscitate order*,
resuscitation decision, DNR

意思決定に関するもの decision, attitude to death

検索結果 …………… 8件

3) 雑誌記事索引

検索年限：フルレンジ

検索式に用いたキーワード …… 延命治療、

検索結果 …………… 13件

4) CiNii（国立情報学研究所）

検索年限：フルレンジ

検索式に用いたキーワード …… 延命治療、リビングウイル、事前指示書、差し控え

検索結果 …………… 46件

5) 科学研究費補助金データベース（国立情報学研究所）

検索年限：フルレンジ

検索式に用いたキーワード …… 延命治療

検索結果 …………… 12件

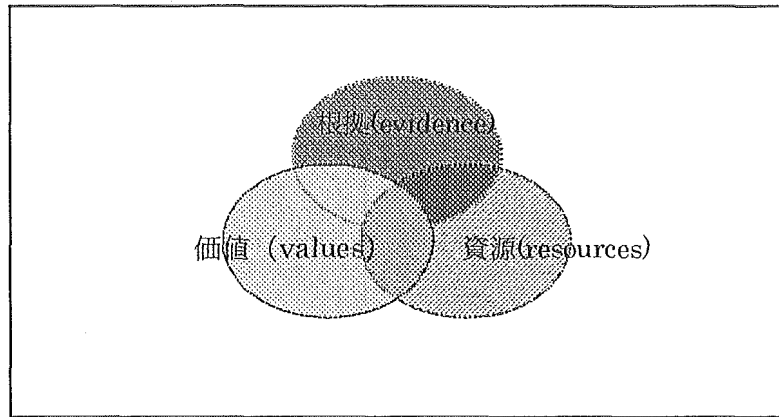
（検索協力：飯野直子（株）メディカルクリエイション
山口直比古 東邦大学医学メディアセンター他）

3. エビデンスの評価

1) 根拠に基づく意思決定

患者集団あるいは人口集団の意思決定は、次の3つの要因を統合して行われると言われている¹⁾。

- ① 根拠 (evidence)
- ② 価値 (values)
- ③ 資源 (resources)



<1)より引用>

この考え方は、終末期医療の個人の治療方針選択においても適用される概念と考えられる。つまり、終末期を定義し、その予後を判断する「根拠」があり、個人の「価値」観に基づいた選択が望まれる一方で、供給される「資源」によって選択肢が決定される、という構造である。

2) 根拠の強さと評価

保健医療分野における「根拠の強さ」(strength of evidence)は、根拠に基づいている研究の質によって決定される(表1参照)。

表1. 根拠の強さの5段階

段階	根拠の強さ
I	優れたデザインの複数の無作為化比較試験において、少なくとも1つの系統的総説による強力な根拠
II	適切なデザインかつ妥当な標本数の無作為化比較試験のうち、少なくとも1つによる強力な根拠
III	無作為化されていないが、優れたデザインの試験あるいは単一集団の前後研究、コホート研究、経時的研究、対応のある症例-対照研究による根拠
IV	複数の総合施設もしくは研究集団の優れたデザインの非実験的研究による根拠
V	評価の高い権威者の意見、あるいは臨床的根拠に基づいた根拠、記述研究、専門委員会の報告

また、結果を評価するには研究の種類により、評価に適切な内容が異なっている。下記に研究の種類と評価に適した結果の分類を挙げるが、保健医療分野で治療効果を評価するための gold standard といわれる無作為化試験 (randomized controlled trial: RCT) も、特定の治療や保健サービスの適切性や質を評価するために最もふさわしいとはされていない。

表2. 研究を評価するための研究の種類¹⁾

結果	質的研究 qualitative study	調査 survey	症例対照研究 case-control study	コホート cohort study	無作為化試験 RCT	系統的総説 systematic review
介入の効果					◎	◎
健康サービス提供の効果	○	○	○	○	◎	◎
安全性	○	○			◎	◎
重要度	○	○			◎	◎
費用対効果					◎	◎
適切性	○	○				◎
質	○	○	○	○		◎

さらに、保健医療における良質な根拠については、研究論文は稀少疾患や分野に集中する傾向があり、一般によくみられる疾患や分野について利用可能なものは極めて少量である²⁾。また、通常「当たり前」として認識されている事実や根拠、慣習については、あらたまって記述されていない可能性も多いにあり得る。特に、人間の生死に関わる事象についてオープンに語るという状況は通常では想像されにくく、臨終の場面において実際にどのような医学的変化が起こり、どのような処置がとられているのかについての記述や説明が乏しい状況にあるのではないかと考えられる。

このような背景も合間って、昨今の終末期医療に対する論議が高まっていると考えられるが、終末期医療の意思決定や延命医療（延命治療）においても、上記の観点からエビデンスの構築と評価が必要と考えられる。本年度研究では、主として文献・情報収集が中心に行われたが、次年度以降ではその内容の吟味・評価とともに、現在もしくは今後必要とされるエビデンスについて検討したい。

<参考文献>

- 1) J.A. Muir Gray, Evidence-Based Healthcare, Churchill Livingstone, 1997.
- 2) S. Frankel, R. West, Rationing and rationality in the National Health Service. Macmillan, Basingstoke, 1993.

資料

厚生労働科学研究成果データベースより終末期医療に関する既存研究（年度順）

検索式：末期医療 OR hospice OR palliative care OR terminal care OR ターミナル・ケア
OR ターミナル・ケアー OR ターミナルケア OR ターミナルケアー OR ホスピス OR
緩和ケア OR 終末ケア OR 終末医療 OR 終末期ケア OR 終末期医療 OR 末期ケア

<がん関連>

200500475A QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究

研究年度 平成 17(2005)年度

主任研究者(所属機関) 内富 庸介(国立がんセンター東病院臨床開発センター)

200500518A 効果的かつ効率的ながん専門医の育成方法に関する研究

研究年度 平成 17(2005)年度

主任研究者(所属機関) 大江 裕一郎(国立がんセンター中央病院特殊病棟部)

200400463A QOL向上のための各種患者支援プログラムの開発研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 内富 庸介(国立がんセンター研究所支所(精神腫瘍学研究部))

200400464A がん生存(Cancer survivor)のQOL向上に有効な医療資源の構築研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 山口 建(静岡県立静岡がんセンター)

200400465A がん医療経済と患者負担最小化に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 濃沼 信夫(東北大学大学院医学系研究科)

200400466A 患者の視点を重視したネットワークによる在宅がん患者支援システムの開発

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 谷水 正人(独立行政法人国立病院機構四国がんセンター)

200401221A がん疼痛治療におけるオピオイド鎮痛薬の適正使用に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 平賀 一陽(国立がんセンター中央病院特殊病棟部)

200401413A がん終末期医療—身体的・精神的ケアの研究と人材育成 (質の高いがん医療の均てん化)

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 人見 滋樹(高槻赤十字病院)

200201264A 外来化学療法を受けるがん患者の自己管理能力の開発プログラム臨床応用

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 内布敦子(兵庫県立看護大学)

200201364A 緩和医療提供体制の拡充に関する研究

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 志真泰夫(国立がんセンター東病院 緩和ケア病棟)

200101195A 緩和医療提供体制の拡充に関する研究研究期間(年度)=

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 志真泰夫(国立がんセンター東病院緩和ケア病棟)

200001126A 緩和医療提供体制の拡充に関する研究

研究年度 平成 12(2000)年度

主任研究者(所属機関) 恒藤 暁(淀川キリスト教病院)

199800136A がん諸対策の評価の指標と手法に関する研究

研究年度 平成 10(1998)年度

主任研究者(所属機関) 長谷川敏彦(国立医療・病院管理研究所)

199800152A がん患者の QOL 向上を目指す支持療法に関する研究

研究年度 平成 10(1998)年度

主任研究者(所属機関) 山脇成人(広島大学医学部)

199700537A がん諸対策の評価の指標と手法に関する研究

研究年度 平成 9(1997)年度

主任研究者(所属機関) 長谷川敏彦(国立医療・病院管理研究所)

<高齢者>

200500269A 高齢者の望ましい終末期ケア実現のための条件整備に関する研究—介護保険施設における終末期ケアの検討を中心に

研究年度 平成 17(2005)年度

主任研究者(所属機関) 田宮 菜奈子(筑波大学 大学院 人間総合科学研究科 ヒューマン・ケア科学専攻)

200500294A 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

研究年度 平成 17(2005)年度

主任研究者(所属機関) 勝又 義直(名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻社会生命科学講座)

200500294B 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

研究年度 平成 17(2005)年度

主任研究者(所属機関) 勝又 義直(名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻社会生命科学講座)

200500349A 高齢者の終末期ケアに関する研究—各施設における標準的終末期ケアの確立に向けて—

研究年度 平成 17(2005)年度

主任研究者(所属機関) 葛谷 雅文(名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻)

200400248A 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

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 勝又 義直(名古屋大学大学院 医学系研究科 健康社会医学専攻社会生命科学講座 法医・生命倫理学分野)

200400289A 高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 川越 博美(聖路加看護大学 看護学部看護実践開発研究センター)

200400289B 高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 川越 博美(聖路加看護大学 看護学部看護実践開発研究センター)

200400324A 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

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 葛谷 雅文(名古屋大学大学院 医学系研究科 健康社会医学専攻
(発育・加齢医学講座老年科学))

200400324B 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

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 葛谷 雅文(名古屋大学大学院 医学系研究科 健康社会医学専攻
(発育・加齢医学講座老年科学))

200300179A 高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 村嶋幸代(東京大学大学院医学系研究科)

200300210A 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

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 葛谷雅文(名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加
齢医学講座)

200300179A 高齢者の終末期ケアを支える地域ケアシステムの構築に関する研究

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 村嶋幸代(東京大学大学院医学系研究科)

200300210A 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

研究年度 平成 15(2003)年度

主任研究者(所属機関) 葛谷雅文(名古屋大学大学院医学系研究科健康社会医学専攻発育・加
齢医学講座)

200200198A 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

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 葛谷 雅文(名古屋大学大学院医学研究科健康社会医学専攻)

200200278A 高齢者のターミナルケアにおけるケア及びリハビリテーション技術の標準化に関する研究-「ハイリスク・体力消耗状態」の観点から

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 木村 伸也(愛知医科大学リハビリテーション部)

200100192A 高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 内藤 通孝(名古屋大学大学院医学研究科健康社会医学専攻)

200100256A 高齢者のターミナルケアにおけるケア及びリハビリテーション技術の標準化に関する研究-「ハイリスク・体力消耗状態」の観点から

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 木村 伸也(愛知医科大学リハビリテーション部)

200100601A 痴呆性高齢者の権利擁護

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 斎藤正彦(慶成会老年学研究所)

200000178A 高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究

研究年度 平成 12(2000)年度

主任研究者(所属機関) 内藤通孝(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)

200000259A 高齢者のターミナルケアにおけるケア及びリハビリテーション技術の標準化に関する研究-「ハイリスク・体力消耗状態」の観点から

研究年度 平成 12(2000)年度

主任研究者(所属機関) 木村伸也(愛知医科大学リハビリテーション部)

199900164A 高齢者終末期医療の自己決定実現のための介入的研究

研究年度 平成 11(1999)年度

主任研究者(所属機関) 内藤通孝(名古屋大学大学院医学研究科健康社会医学専攻発育・加齢医学講座老年医学)

199800243A 老人・家族の相談援助活動の質の向上と評価に関する研究

研究年度 平成 10(1998)年度

主任研究者(所属機関) 小西美智子(広島大学)

199700567A 老年者のターミナルケアに関する研究

研究年度 平成 9(1997)年度

主任研究者(所属機関) 井口昭久(名古屋大学医学部)

199700571A 老年者の生活機能障害の総合評価に関する研究

研究年度 平成 9(1997)年度

主任研究者(所属機関) 小澤利男(東京都老人医療センター)

199700665A 地域住民のライフスタイルと老化の関係に関する研究

研究年度 平成 9(1997)年度

主任研究者(所属機関) 瀬戸山史郎(鹿児島県民総合保健センター)

<難病関連>

200400841A 特定疾患の生活の質 (Quality of Life,QOL) の向上に資するケアの在り方に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 中島 孝(独立行政法人国立病院機構新潟病院)

200400841B 特定疾患の生活の質 (Quality of Life,QOL) の向上に資するケアの在り方に関する研究

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 中島 孝(独立行政法人国立病院機構新潟病院)

200200733A 特定疾患の生活の質(Quality of Life,QOL)の向上に資するケアの在り方に関する研究(総括研究報告書)

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 中島孝(国立療養所犀潟病院)

200201337A アルツハイマー型痴呆の診断・治療・ケアに関するガイドラインの作成

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 本間昭(東京都老人総合研究所)

200100854A 特定疾患患者の生活の質(QOL)の向上に関する研究(総括研究報告書)

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 福原信義(国立療養所犀潟病院)

200100859A 筋萎縮性側索硬化症の病態の診療指針作成に関する研究

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 今井尚志(国立療養所千葉東病院)

200000661A 筋萎縮性側索硬化症の病態の診療指針作成に関する研究

研究年度 平成 12(2000)年度

主任研究者(所属機関) 今井尚志(国立療養所千葉東病院)

199900593A 特定疾患患者の生活の質(Quality of Life,QOL)の向上に関する研究

研究年度 平成 11(1999)年度

主任研究者(所属機関) 福原信義(国立療養所犀潟病院)

199900595A 特定疾患対策の地域支援ネットワークの構築に関する研究

研究年度 平成 11(1999)年度

主任研究者(所属機関) 木村 格(国立療養所山形病院)

<小児>

200000354A 病院における子ども支援プログラムに関する研究 2 家族中心ケアと病院環境のあり方

研究年度 平成 12(2000)年度

主任研究者(所属機関) 山城雄一郎(順天堂大学医学部小児科)

<医療経済>

200400118A 生活習慣と健康、医療消費に関するミクロ計量分析

研究年度 平成 16(2004)年度

主任研究者(所属機関) 小椋 正立(法政大学大学院エイジング総合研究所)

200200059A 医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究

研究年度 平成 14(2002)年度

主任研究者(所属機関) 八代尚宏(日本経済研究センター理事長)

200100044A 医療保険給付における公平性と削減可能性に関する実証的研究

研究年度 平成 13(2001)年度

主任研究者(所属機関) 八代尚宏(日本経済研究センター)