

Journal 47:745-752, 2006.

16) Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Iguchi A, Kimata T, Uemura K. Age-related differences in care receipt and symptom experience of elderly cancer patients dying at home: Lessons from the DEATH project. *Geriatrics and Gerontology International* (in press)

17) Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Iguchi A, Kimata T, Uemura K. Factors associated with change in walking ability in very elderly patients hospitalized for acute myocardial infarction. *Geriatrics and Gerontology International* (in press)

18) Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Iguchi A, Kimata T, Uemura K. Impact of gender on in-hospital mortality of patients with acute myocardial infarction undergoing percutaneous coronary intervention: an evaluation of the TAMIS-II data. *Internal Medicine* (in press)

19) Hirakawa Y, Masuda Y, Kuzuya M, Kimata T, Iguchi A, Uemura K. Age-related differences in clinical characteristics, early outcomes and cardiac management of acute myocardial infarction in Japan: Lessons from the Tokai Acute Myocardial Infarction Study (TAMIS)". *Geriatrics and Gerontology International* (in press)

1) 平川仁尚、益田雄一郎、葛谷雅文、井口昭久、旭多貴子、植村和正. 高齢重度認知症患者および高齢進行癌患者の在宅終末期ケアに関する研究～「高齢者の在宅終末期

ケアに関する前向き研究」から～. 日本老年医学会雑誌 2006;43(3):355-360.

2) 平川仁尚、益田雄一郎、葛谷雅文、井口昭久、植村和正. 終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高年者の希望に関する調査. *ホスピスケアと在宅ケア* 2006;14(3):201-205

3) 平川仁尚、益田雄一郎、葛谷雅文、井口昭久、植村和正. 療養型病床群 1 施設における心肺蘇生および急性期病院への転院に関する家族の希望. 日本老年医学会雑誌 2007 印刷中

## 2. 学会発表

平川仁尚、益田雄一郎、葛谷雅文、井口昭久、旭多貴子、植村和正

高齢重度認知症患者および高齢進行癌患者の在宅終末期ケアに関する研究

2006年6月9日 第48回日本老年医学会学術集会 石川県金沢市ホテル日航金沢

平川仁尚、旭多貴子、益田雄一郎

終末期ケアの場所および事前の意思表示に関する中・高年者の希望に関する調査  
2006年9月24日 第14回日本介護福祉学会大会 広島県三原市県立広島大学三原キャンパス

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）  
（総括・分担）研究報告書緩和ケア病棟における痛み計の臨床試行  
分担研究者 安藤 詳子 名古屋大学医学部保健学科 教授

研究要旨 H17年度、筆者らは、がん性疼痛マネジメントに役立つ「痛み計」を試作し、一般病棟に入院中のがん患者10名を対象として介入研究を実施し、その有用性を示唆した。本研究においては、緩和ケア病棟に入院中の患者を対象としてフィールド調査を実施し、その有用性を明らかにすることを目的とした。「痛み計」(23cm\*6cm\*2cm, 160g)は、0-10 Numeric Rating Scale(NRS)を採用した11個の押しボタンを有し、患者が疼痛に相当する数値のボタンを押すとその数値と日時を記憶し、パソコンに接続すると、痛みの強さをグラフとして印刷できる。患者が簡便な操作で随時、主観的な痛みの強さを記録できる道具である。緩和ケア病棟に入院中で、がん性疼痛のある患者8例に14日間、「痛み計」の使用を依頼し、印刷したグラフは患者と医療スタッフに渡した。その結果、「痛み計」は、患者の主体的な痛みの評価を支援、疼痛コントロールに関する満足感を高め、QOL向上に効果をもたらした。また、医療スタッフの疼痛アセスメントをサポートし、緩和ケア病棟において「痛み計」のデータは臨床実践能力と相乗的に効果をもたらすと示唆された。

## A. 研究目的

本研究の目的は、緩和ケア病棟で、簡便な方法で継続的にペイン・レベルを記憶する「痛み計」の使用を試みて、痛みのマネジメントに関する効果を患者の視点、医療スタッフの視点から検討すること、痛み計のデザイン・機能に関する改善点の有無を明らかにすること、緩和ケア病棟での痛み計の利用方法の示唆を得ることである。本研究の目的は、「痛み計」を実際に事例に試みて有用性を確認することである。

## B. 研究方法

対象は緩和ケア病棟に入院中のがん患者および家族とその病棟に勤務する医療スタッフである。対象者には倫理的配慮を十分に行い、研究内容の説明と協力の依頼し同意を得た。

がん患者は2週間「痛み計」にペイン・レベルを入力し、研究者は、データを1日に1回グラフ化して印刷し、患者、医療スタッフに渡し保管を依頼した。患者に対しケアノート第3.0版QOL調査を3回行い、患者・家族・医療スタッフに対し痛み計に関する2種類の質問紙調査を行った。各調査の回答と痛み計に入力されたペイン・レベルのデータを統計解析ソフトSPSS11.0J for Windowsを用いて解析した。

## 倫理的配慮

対象となる患者・家族に対し、書面を用いて研究と倫理的配慮(①研究への参加もしくは不参加は、患者・家族の自由意志で決めることができる。②研究はいつでも中断そして再開することができる。③研究への不参加および中断によって、治療や入院生活に不利益は生じない。④研究で知り得た情報は一切口外しない。⑤研究によって得た情報は統計的に処理し、個人が特定されることはない。⑥研究によって知り得た情報は本研究以外には使用しない。)について説明を行った。患者・家族各々から同意書に署名をもらうことにより研究への同意とした。

## C. 結果および考察

1. 8名の患者、3名の家族、56名の医療スタッフから得られた回答を分析し、さらに先行研究と比較して、以下の結果が明らかになった。

緩和ケア病棟の患者は、身体が動きにくいと感じていたが、痛み計に1日に3.5回入力し、痛み計を使用することにより、主体的に痛みを表現して認識し、看護師とコミュニケーションをとって痛みを伝え、疼痛コントロールに満足していると評価した。また、ケアノート第3.0版QOL調査項目の中の「活動性」が痛み計試行前後で改善した。一方、一般病棟では「不眠」が改善されており、患

者のQOLの改善に効果をもたらした。痛み計のデザイン・機能に関して、緩和ケア病棟においては「大きさ」「保管のしやすさ」が、一般病棟において「重さ」「大きさ」が、改良すべき点であることが示唆された。緩和ケア病棟の医師は、痛み計のデータを利用して疼痛マネジメントに役立てており、一般病棟の医師よりも「患者の痛みを自分のことのように認識できた」、「他の患者にも使いたい」と痛み計に関し積極的に評価した。痛み計のデータが疼痛緩和治療をサポートする可能性が示唆された。患者が痛み計を活用すれば、医療スタッフは患者の痛みの変化が分かり、痛み計のデータが疼痛アセスメントをサポートすることが分かった。特に、緩和ケア病棟の医療スタッフは、痛み計のデータを薬剤調整の参考にしていることから、痛みのコントロールの臨床実践能力と相乗的に効果をもたらす可能性が示唆された。

## E. 結論

痛み計の緩和ケア病棟での臨床試行の結果、痛みのマネジメントにおける痛み計の効果について、以下のように示唆された。痛み計は患者の主體的な痛みの評価を支え、疼痛コントロールに関する満足感を高める効果がある。②痛み計は患者のQOLの向上に効果をもたらす。③痛み計のデータは医師の疼痛緩和治療をサポートする可能性がある。④患者が痛み計を活用すれば、医療スタッフの疼痛アセスメントをサポートする。⑤緩和ケア病棟において、痛み計のデータは臨床実践能力と相乗的に効果をもたらす可能性がある。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

1) 深谷陽子, 安藤詳子, 稲垣聡美, 宮崎雅之, 中村みゆき, 澤井美穂, 野田幸裕, 神里みどり: 簡便な操作で痛みの強さを記憶する痛み計の臨床試行, Palliative Care Research. Vol. 1, 201-205. 2006.

2) 繁澤弘子, 安藤詳子, 前川厚子: 高齢な終末期がん患者と家族の在宅における療養体験, 日本看護医療学会雑誌, 8(1)31-39, 2006.

### 2. 学会発表

1) 深谷陽子, 安藤詳子, 稲垣聡美, 他: 簡便な操作でペインレベルを記憶する痛み計の検討, 日本緩和医療学会第10回抄録集83, 2005

2) 深谷陽子, 安藤詳子, 中村みゆき, 他: ペイン・コントロールに対するがん患者のセルフケアを促す痛み計の開発, 日本がん看護学会誌20(Supple):236, 2006.

3) 中村みゆき, 安藤詳子, 深谷陽子, 澤井美穂, 神里みどり, 前川厚子: 大学病院における緩和ケアの現状に対する看護師・医師・薬剤師の認識, 日本がん看護学会誌20(Supple):242, 2006

4) 北田美穂, 神里みどり, 安藤詳子, 前川厚子: 化学療法中の卵巣がん患者の身体的・精神的苦痛とその対処, 日本がん看護学会誌20(Supple):330, 2006

5) 安藤詳子, 澤井美穂, 神里みどり: 大学病院における集学的がん治療から緩和ケアへのギアチェンジの問題点—看護師調査から, 日本緩和医療学会第11回抄録集83, 2006

6) 安藤詳子: 看護師の終末期ケアに対する満足度と関連要因, 日本看護研究学会雑誌29(3)214, 2006

7) 中村みゆき, 安藤詳子: 大学病院における集学的ながん治療から緩和ケアへの転換に問題に対する看護師・医師・薬剤師の認識, 日本看護研究学会雑誌29(3)213, 2006.

8) 澤井美穂, 安藤詳子: 慢性期看護学実習で終末期患者を受け持った看護学生の学び, 第30回日本死の臨床研究会予稿集240, 2006

9) Yoko Fukaya, Shoko Ando, Toshiko Mizuno, Miho Sawai, Atsuko Maekawa: Development of the “Pain Level Memory” to promote self-care of patients in cancer pain management, 14<sup>th</sup> International Conference on Cancer Nursing, 2006.

## H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

### 1. 特許取得

痛み計

特許出願公開番号: 特開2006-181119号

公開日: 平成18年7月13日

### 2. 実用新案登録 なし

### 3. その他

高齢者施設における終末期ケアのあり方に関する研究

分担研究者 飯島 節 筑波大学人間総合科学研究科教授

研究要旨

介護保険施設における高齢者の終末期ケアの可能性を探るために、介護老人保健施設の入退所状況と介護老人保健施設職員の意識を調査した。調査した東京 23 区内の A 施設は家庭復帰施設としての役割をはたせていなかった。一方現場の職員は、老人保健施設の家庭復帰機能を否定的にとらえており、老健の入退所の現状が利用者の心身に悪影響を及ぼす可能性を認識していた。老人保健施設を現在のような曖昧な位置づけのまま存続させるのではなく、長期介護施設さらに終末期ケアをも担う施設へと転換する可能性を検討すべき時期にきている。

A. 研究目的

介護保険制度における高齢者介護施設は介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護老人保健施設および介護療養型医療施設の三者であるが、実質的な施設である有料老人ホームやグループホームが急増している。今後、わが国では高齢者死亡数が著しく増加することが予測されており、介護施設での終末期ケアと看取りを増やさざるを得ない状況にある。しかし、現在の特別養護老人ホームや老人保健施設の施設基準では終末期ケアを行うのに必要な人員や設備は考慮されていないため、終末期には多くの高齢者が医療機関へ転送されている。これに対して本年4月から介護保険施設における看取り介護加算が新設されたところである。しかし同時に、看取りのための機能がも

っとも充実しているはずの介護療養型医療施設の削減が打ち出されている。さらに有料老人ホームなどでの看取りの可能性は不明である。死に行く高齢者の尊厳をいかにして守るかが、高齢者介護施設におけるもっとも重要な課題となっている。

本研究の目的は、高齢者施設における終末期ケアのあり方について検討し、施設で尊厳を保ちながら安楽に天寿を全うすることを可能にするための提言を行うことにある。今年度は介護老人保健施設の入退所の実態（調査1）と老人保健施設に勤務するスタッフの意識（調査2）を調査し、老人保健施設における終末期ケアの可能性を検討した。

B. 研究方法

(1) 調査1「介護老人保健施設利用者の入退所の実態に関する調査」

平成16年1月～12月の間に、東京都23区内のA介護老人保健施設に入所(短期入所を除く)していた320名のうち、平成17年6月18日時点で既に退所していた301名(延べ人数)を対象として、入所前の居場所、退所先、老健入所日数、特別養護老人ホーム申込み状況などを調査した。

(2) 調査2「介護老人保健施設職員の意識調査」

東京都、神奈川県、鳥取県、島根県、岡山県、山口県の介護老人保健施設に勤務しているリハビリテーション担当職員および介護職員計870名を対象に、郵送自記式質問紙調査を実施した。

C. 研究結果

(1) 調査1「介護老人保健施設利用者の入退所の実態に関する調査」

A 介護老人保健施設入所前の居場所別の退所後行き先を表1に、退所後の行き先別の入所前居場所を表2に示す。

表1 入所前居場所別の退所後行き先(n=301)

入所前居場所	退所後行き先	人数	%
自宅	協力病院	7	2.3
	自宅	54	17.9
	その他施設等	6	2.0
	老健施設	14	4.7
		81	26.9
老健施設	協力病院	11	3.7

	自宅	4	1.3
	その他施設等	18	6.0
	その他医療機関	5	1.7
	老健施設	99	32.9
		137	45.5
その他施設等	自宅	2	0.7
	その他施設等	6	2.0
	老健施設	2	0.7
		10	3.3
協力病院	協力病院	7	2.3
	自宅	7	2.3
	その他施設等	5	1.7
	老健施設	29	9.6
		48	15.9
その他医療機関	協力病院	2	0.7
	自宅	2	0.7
	その他医療機関	4	1.3
	その他施設等	1	0.3
	老健施設	16	5.3
		25	8.3

表2 退所後行き先別の入所前居場所(n=301)

入所前居場所	退所後行き先	人数	%
協力病院	自宅	7	2.3
自宅		54	17.9
その他施設等		2	0.7
その他医療機関		2	0.7
老健施設		4	1.3
		69	22.9
協力病院	老健施設	29	9.6
自宅		14	4.7
その他施設等		2	0.7

その他医療機関		16	5.3
老健施設		99	32.9
		160	53.2
協力病院	その他施設等	5	1.7
自宅		6	2.0
その他施設等		6	2.0
その他医療機関		1	0.3
老健施設		18	6.0
		36	12.0
協力病院	協力病院	7	2.3
自宅		7	2.3
その他医療機関		2	0.7
老健施設		11	3.7
		27	9.0
その他医療機関	その他医療機関	4	1.3
老健施設		5	1.7
		9	3.0

(2) 調査2「介護老人保健施設職員の意識調査」

272件の有効回答を得た(有効回答率:31.2%)。内訳は、リハビリテーション担当職員からの回答が149件、介護職員等からの回答が123件であった。以下に主な質問項目に対する回答を示す。なお、職種別、地域別の回答には大きな差異は見られなかったため、ここでは全回答を合計した結果のみを示す。

表3「老健施設が家庭復帰施設として機能していると思いますか」(n=272)

	人数	%
とてもそう思う	13	4.8

ややそう思う	46	16.9
どちらともいえない	53	19.5
あまりそう思わない	123	45.2
まったくそう思わない	36	13.2
無回答	1	2.9

表4「利用者が異なる施設間を繰り返し移動することは、利用者の精神・心理面にどのような影響があると思いますか」(n=272)

	人数	%
とても良い影響があると思う	0	0
良い影響があると思う	5	1.8
とくに影響はないと思う	10	3.7
悪い影響があると思う	182	66.9
とても悪い影響があると思う	44	16.2
どちらともいえない	23	8.5
無回答	8	2.9

表5「利用者が自宅・施設の間を繰り返し移動することは、利用者の精神・心理面にどのような影響があると思いますか」(n=272)

	人数	%
とても良い影響があると思う	5	1.8
良い影響があると思う	95	34.9
とくに影響はないと思う	44	16.2
悪い影響があると思う	74	27.2
とても悪い影響があると思う	3	1.1
どちらとも言えない	32	11.8
無回答	19	7

表6「家庭復帰困難者の処遇は、今後どうあるべきだと思いますか」(重複回答、回答者総数272人に占める割合%)

	人数	%
あくまでも家庭復帰していただく	11	4.0
施設入所(短期入所を含む)と在宅(短期間を含む)を繰り返していただく	125	46.0
異なる施設を利用(移動)していただく	32	11.8
期間を定めずに、同一の老健施設に入所し続けていただく	27	9.9
特別養護老人ホーム入居まで、同一の老健施設に入所し続けていただく	89	32.7
その他	46	16.9
無回答	5	1.8

#### D. 考察

都内 A 介護老人保健施設利用者の入所前居場所と退所後の行き先は、ともに老健が最も多かった。すなわち、多くの高齢者が老健から老健へとたらい回しされている実態が明らかとなった。また、A 施設入所前の居場所と退所後の行き先がともに老健であった者のうち、70.6%が特養の申し込みをしており、老健は特養入居までの待機場所となっている実態が明らかとなった。以上のように調査対象とした A 施設の利用者の多くが家庭復帰困難者であり、同施設は家庭復帰施設としての機能を十分に果たせているとはいえなかった。しかし、本調査は単一の施設のみを対象としており、この結果が他の老健にも当てはまるかは不明である。また、対象は東京都 23 区内の施設であるため、地方の施設ではまったく実態が異なる可能性もある。

そこで調査2では全国の老健職員に対し

て郵送アンケートを実施した。「老健施設が家庭復帰施設として機能していると思いますか」という質問に対して、過半数が「思わない」と答えており、「思う」という回答は約 2 割に過ぎなかった。すなわち、長く老人保健施設の基本理念とされてきた家庭復帰機能は現場の職員から既に否定されていることが明らかとなった。また、「利用者が異なる施設間を繰り返し移動することは、利用者の精神・心理面にどのような影響があると思いますか」という質問には 8 割以上が「悪い影響がある」と回答しており、老健の現在のあり方が高齢者のためになっていないと認識されていた。一方、「利用者が自宅・施設の間を繰り返し移動することは、利用者の精神・心理面にどのような影響があると思いますか」という問いに対する回答は「良い影響がある」と「悪い影響がある」のふたつに分かれた。これは家族との交流を評価するみかたと移動自体の負担を問題視するみかたに分かれた結果と考えられる。最後の「家庭復帰困難者の処遇は、今後どうあるべきだと思いますか」という問いに対しては「あくまでも家庭復帰を」という回答は僅か 4%に過ぎず、家庭復帰という老人保健施設の理念はもはや現場から見放されていることが明らかとなった。最も多かった回答は「施設入所(短期入所を含む)と在宅(短期間を含む)を繰り返していただく」であり、これは全国老人保健施設協会などが提唱している考え方に近い。その一方で、「特別養護老人ホーム入居まで同一の老人保健施設に入所し続ける」や「期限を定めずに同一の老人保健施設に入所

し続ける」という回答が少なからず認められた。すなわち、現場の職員は、老人保健施設が特別養護老人ホーム入居までの待機施設化しているという現状を直視して、将来的には老人保健施設が長期入所施設となる可能性をも視野に入れているものと考えられる。

#### E. 結論

介護老人保健施設は家庭復帰施設としては十分に機能していない。老人保健施設の家庭復帰機能は、現場の職員からは否定的にとらえられている。老人保健施設を現在のような曖昧な位置づけのまま存続させるのではなく、長期介護施設さらに終末期ケアをも担う施設に転換する可能性を検討すべき時期にきている。

#### 共同研究者：

梶原宏美、奥野英子（筑波大学）、荻原美砂子、平野美理香、藤平洋子（特別養護老人ホームシャローム横浜）、守口恭子（健康科学大学）

#### F. 健康危険情報

該当せず。

#### G. 研究発表

1. 飯島 節：介護保険の今後の課題. 日老医誌 43(4): 481-484, 2006.
2. 飯島 節：改正介護保険法と終末期ケア. Geriatric Medicine 44(11): 1567-1571, 2006.
3. 飯島 節：高齢者の夜間せん妄の管理. 日老医誌 43(4): 428-430, 2006.
4. 飯島 節：高齢者のリハビリテーション. 理学療法 36(2): 43-51, 2006.
5. 飯島 節：理学療法と連携：リハビリテーション領域における連携の現状と課題. 理学療法ジャーナル 40(9): 715-720, 2006.
6. 飯島 節：高齢者のせん妄に対応する. 臨床研修プラクティス 3(12): 6-11, 2006.
7. 高橋郁子, 守田孝恵, 山崎秀夫, 村上満子, 石川由美子, 飯島 節：高齢者施設における感染症患者・保因者受け入れの実態. 第36回日本看護学会論文集-地域看護-, 207-209, 2006.
8. 上岡裕美子, 吉野貴子, 菅谷公美子, 大橋ゆかり, 飯島 節：脳卒中後遺症者を対象とした外来理学療法目標項目の抽出および決定. 理学療法科学 21(1): 43-48, 2006.
9. 長島 緑, 飯島 節：脳損傷患者の機能性尿失禁に対する従来の看護計画の内容分析. 日本看護科学会誌 26(3): 49-57, 2006.
10. 上岡裕美子, 吉野貴子, 菅谷公美子, 大橋ゆかり, 飯島 節：脳卒中後遺症者と担当理学療法士が認識している外来理学療法目標の相違-回復期後期, 維持期前期, 維持期後期別の比較検討-. 理学療法科学 21(3): 239-247, 2006.
11. Suzuki M, Omori M, Hatakeyama M, Yamada S, Matsushita K, Iijima S: Predicting recovery of upper-body dressing ability after stroke. Arch Phys Med Rehabil 87(11): 1496-502, 2006.
12. 工藤恵子, 渡辺裕之, 菅原美栄子, 椎名恵子, 百濟さち, 隆島研吾, 飯島 節：脳卒



中発症から在宅生活までの課題：患者・家族へのインタビュー調査から。リハビリテーション連携科学 7(2): 59-68, 2006.

13. 高橋郁子, 守田孝恵, 山崎秀夫, 村上満子, 石川由美子, 飯島 節：感染症患者・病原体保有者の高齢者施設の利用状況-感染症の発生と感染症対応-. 保健医療科学 55(2): 147-153, 2006.
14. 飯島 節：問題行動の評価. 鳥羽研二(編), 高齢者への包括的アプローチとリハビリテーション, メジカルビュー社, 東京, 2006, p84-89.
15. 飯島 節：異常行動への対処. 大内尉義(編), 高齢者の退院支援と在宅医療, メジカルビュー社, 東京, 2006, p159-164.
16. 飯島 節：神経系の形態と機能. 前川久男(編), 特別支援教育における障害の理解, 教育出版, 東京, 2006, p20-25.
17. 飯島 節：高齢者の一般的な加齢変化を知る. 藤田和弘(監修), 認知症高齢者の心にふれるテクニックとエビデンス, 紫峰図書, 横浜, 2006, p11-25.
18. 飯島 節：I.A.3 老年病の特徴. III.B.高齢者のリハビリテーション. 飯島 節, 鳥羽研二(編), 老年学テキスト, 南江堂, 東京, 2006, p5-9, p215-224.

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

**研究要旨** 永続的に経口摂取が不可能となった高齢者に対して、経管栄養法（以下経管）が選択される事が一般的であるが、その有効性、副作用、合併症、導入後予後等を示したデータは少なく、治療法としてのガイドラインは存在しない。予後不良が予想される高齢者に対しても経管が導入され、QOLを損ね、苦痛を与えている例も存在している。今回の研究で、経管導入後の予後不良を予測する複数の因子の存在が示唆された。経管導入のガイドラインの制定が、高齢者の終末期・緩和ケアを確立する際に重要であると考えられる。

#### A. 研究目的

65歳以上の高齢者が、永続的に経口摂取が不可能な状態に至る例は珍しくない。

現在わが国では、永続的に経口摂取が不可能となった高齢者に対して、経管栄養法（以下経管）が選択される事が一般的である。

その際、患者の本人、ならびに家族の

- 事前意思、ならびに現在の意志
- 年齢
- 基礎疾患、全身状態

等が考慮される事は、ほとんど無い。

治療法選択の際重要であるのは、状態改善、生命予後の延長等の優位性である。

しかし高齢者に対する経管施行が、

- 誤嚥性肺炎・褥創形成の改善・予防
- 低栄養状態の改善・予防
- 生活の質（QOL）の向上
- 生命予後の延長

等を示す論文は少なく、逆の効果（予防効果は期待できず、身体拘束・鎮静剤使用の頻度上昇、全身状態の悪化等）を示す報告もあり、認知症末期の高齢者に対する経管導入には、否定的な意見も多い。

患者とその家族に、十分な情報提供が成されていない現状であるが、原因の一つは、経管に関する諸情報の少なさに原因がある。

高齢者が永続的に経口摂取不可能な状態に至る例は、以下2群に分類できる。

○重篤な脳血管障害による遷延性意識障害、等に認められる、急性発症と定義できる群。

○各種認知症・脳神経疾患末期

脳血管障害の慢性期後遺症

肺炎等、感染症

基礎疾患の増悪

骨折・外科手術後の衰弱

老衰

その他全身状態の低下

等が原因で、経口摂取量が徐々に低下し、食事意欲の低下・拒否や誤嚥性肺炎等を合併する、緩徐に進行・発症する群。

我々は、経管導入後死亡した65歳以上の高齢者142名を、以下2群に分類し、経管導入後の生存日数を比較検討した。

①遷延性意識障害群（遷延性群）

脳血管障害発症から3ヶ月未満の時期に、

遷延性意識障害のために経口摂取不可能となった群。

## ②緩徐発症群（緩徐群）

脳血管障害後遺症（発症から3ヶ月以上後）、ならびに上記に述べた原因・疾患で、経口摂取障害が緩徐に進行・発症する群。

結果として、以下が得られた。

（1）経管導入後の平均生存日数は、約430日であった。

（2）遷延性群（N=76）約620日に対し、緩徐群（N=66）は約212日。緩徐群の有意な生存日数の低下を認めた

（ $P < 0.001$ ）。

以上により、経口摂取障害発症時の基礎疾患、ならびに発症の過程が、経管導入後予後の規定因子となっている可能性が示唆された。（平成17年度・分担研究報告書）

よって今回、他の危険因子の解明を目的とし、経管導入後死亡した高齢者の記録の、より詳細・多方面から調査を行った。

## B. 研究方法

平成18年度より過去5年間、当院において経管導入の状態死亡した患者のうち、対象者127名

（調査対象者の条件は、D. 考察 に記載）のカルテを、以下の点に注目し検討を行った。（担当内科医：著者含め4名）

- 導入時年齢
- 性別
- 主治医別
- 基礎疾患
- 既往歴（特に脳血管障害、心・肺・肝・腎疾患、糖尿病、悪性腫瘍歴の有無）

○経口摂取障害の発症が急性か、慢性か  
○寝たきり状態となつてから、経管導入までの期間

○経管導入前の感染症状の有無  
○全身状態（気管切開、咽頭MRSA、導尿カテーテル留置の有無）

○経管導入後、肺炎、重篤な消化器症状、尿路感染症、褥創等を発症した時期

○上記発症後予後

○上記発症の頻度

○導入前、後の血液・生化学検査

○死亡原因

## C. 研究結果

（1）経管導入後死亡した患者128名の平均生存日数は、約380日であった。

（2）経管導入後の累積死亡率

導入後1ヵ月：9.4%（N=12）

3ヵ月：21.1%（N=27）

6ヵ月：44.5%（N=57）

1年：64.1%（N=82）

2年：84.4%（N=108）

（3）導入時年齢による分類では、その上昇と共に生存日数の低下を示したが、有意差を認めなかった。

（4）経口摂取障害の緩徐発症群

（N=68）の予後、約253日に対し、遷延性（急性発症）群（N=60）は約556日であった。

緩徐群の有意な生存日数の低下を認めた（ $P < 0.0001$ ）。

（5）寝たきり状態となつてから、経管導入まで3ヵ月以上の（寝たきり長期）群（N=49）の予後、約218日に対し、それ未満の（同短期）群（N=65）は約477日であった。

寝たきり長期群の有意な生存日数の低下を認めた ( $P < 0.001$ )。

(6) 経管導入前に、感染症状を認めた(先行感染)群 ( $N = 76$ ) の予後、約272日に対し、同(-)の群 ( $N = 52$ ) は約566日であった。

経管導入前先行感染群の有意な生存日数の低下を認めた ( $P < 0.001$ )。

(7) 導尿カテーテル留置群 ( $N = 58$ ) の予後、約273日に対し、同(-)の群 ( $N = 70$ ) は約486日であった。

導尿カテーテル留置群の有意な生存日数の低下を認めた ( $P < 0.01$ )。

(8) 経管導入後4ヵ月以内に、肺炎等感染症もしくは重篤な消化器症状を発症した(導入後早期感染)群 ( $N = 82$ ) 約187日に対し、同発症(-)の群 ( $N = 38$ ) は約777日であった。

導入後早期感染群の有意な生存日数の低下を認めた ( $P < 0.0001$ )。

#### D. 考察

以前の我々の研究での、経管導入後の平均予後を以下に示す。

○約23ヶ月(73例)

(Gerontology 2000;46:111-112)

○約430日(142例)

(平成17年度・分担研究報告書・前記)

これに対して今回は、約380日(127例)と、平均生存日数がより短縮された。理由として、調査対象者を以下に限定した事が考えられる。

対象者

- 65歳以上
- 認知症を合併
- 寝たきり状態

● 永続的に経口摂取が不可能

● 明らかな悪性腫瘍の合併がない

● 経口摂取の併用がない

臨床的に以下の様な症例において、経管導入時の長期生存を認める事が知られている。

① 65歳未満の若年者

② 経口摂取が可能であり、経管が併用されている例。(認知症の合併例が多い)

③ 短腸症候群等の消化管機能障害で施行されている例。認知症を合併は無く、経口摂取を併用している例が大部分。

④ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)等の神経難病の終末期や、脳幹・橋腹側部梗塞に伴う、locked-in syndromeにおいて、経口摂取は不可であるが、意識状態は保たれており、認知症が認められないか、軽度である例。

⑤ 嚥下障害が強く経口摂取は不可であるが、歩行・排尿等の日常生活動作(ADL)が有る程度保たれており、認知症も軽度である例。

長期生存が可能である原因は不詳であるが、以下の理由で誤嚥性肺炎の発症のリスクが低い可能性がある。

○ 意識状態が保たれている事による、唾液誤嚥等の頻度低下

○ 消化管運動が保たれている事による、胃・食道逆流の頻度低下

経管導入後の予後についての報告では、約半年～2年と、論文によって大きな差が認められる。これは調査対象者の、年齢下限、疾患、ADL、全身状態等の、対象除外者の設定が一定していないためと考えられる。

我々は、“寝たきり状態であり、高度の認知機能障害を合併している高齢者”

すなわち高齢者の終末期における経管導入の問題を想定して研究を行っている。  
よって今回、上記①～⑤の様な状態を除外するための限定条件を設定した。

今回、経管導入後1ヵ月の死亡率は、  
9.4%であった。

過去の論文では、内視鏡的胃ろう増設術  
(PEG)の術後1ヵ月以内の死亡率は1  
0%以上である報告が多い。

当施設では消化器専門施設にPEG増設を  
依頼している。増設術後状態不良となり、  
転院できずに死亡している症例も少なく  
ない事を考慮すると、導入後1ヵ月の死  
亡率は10～15%程度と考えられる。

経口摂取障害の緩徐発症群、および  
寝たきり状態から、経管導入まで3ヵ月  
以上経過した群(寝たきり長期群)にお  
いて、有意な生存日数の低下を認めた。  
この状態の高齢者は、経口摂取が不可能と  
なる前に、顕性・不顕性の誤嚥を繰り返す  
ため、肺内に慢性感染巣が存在し、肺炎を  
起こし易い状態にあると考えられる。以上  
が予後不良の原因である可能性がある。

(経管施行中、無症状の患者で、持続性  
のCRP値軽度上昇、胸部CT上背側下肺野に  
炎症性陰影を認める例が多数存在する。)

経管導入前の先行感染、尿路感染の温床  
となる導尿カテーテル持続留置も、致命  
的な慢性感染の原因となりうる。

寝たきり状態の高齢者は、  
immunocompromisedの状態にあり、また物理  
的な去痰不全の問題等で、初発の感染(特  
に肺炎)が遅延し易い可能性がある。

経管導入後4ヵ月以内に、肺炎等の感染  
症を合併した(導入後早期感染)群の予  
後が不良の原因である可能性がある。  
以上より、経管導入後・長期生存の条件  
として、下記が推定される。

- 去痰等の肺内クリアランスの維持
- 誤嚥性肺炎の原因である、胃食道逆流  
を防ぐための消化管機能の維持
- 以上を維持するための脳神経中枢機能  
のある程度の維持

#### 高齢者に対する経管施行の問題点・課題

経管導入に際しての問題点は、施行の際患  
者本人の意思を確認できない事である。  
高齢者個人の事前意志の表明、それをサポ  
ートするための、医療サイドからの十分か  
つ平易な情報提供が必要と考えられる。

○高齢者の認知症の早期発見

○認知症早期における終末期経管導入も含  
めた事前意思の確認

等、が行なわれているスウェーデンの例。  
米国やオーストラリアの一部等で法制化さ  
れている、医療事項代理人制度(後記)  
等が、今後参考となる可能性がある。

#### ●医療事項代理人

延命措置に対する海外の代理人制度

患者が希望すれば、事前に指定した家族や  
友人、弁護士ら“医療事項代理人”が、医  
師から説明を受け、医師表示できない患者  
の意思を推測し、延命措置の開始や拒否、  
中断を判断する。

(平成18年6月16日、読売新聞：医療  
ルネサンス)

経管導入の選択の大部分は、患者の家族に

よって決定されている。本人意思を確認できない際の家族の意思、特にそれが拒否であった場合、その受諾・施行の容認の是非は、社会的・法律的に微妙な問題である。情報提供は医師の義務であるが、今後情報提供の際、経管導入後の予後不良が予想される例において、経管不選択の家族が増加する可能性がある。

我々の研究では、永続的に経口摂取が不可能となった高齢者の患者家族に、十分な情報提供を行った結果、経管不選択の希望が33%から73%に増加する結果を得ている。(Geriatr Gerontol Internat;2005;5:301-302)

今回の調査では、経管導入後の予後不良を予測する複数の因子の存在が示唆された。現在経管栄養法は、治療法としてのガイドラインが存在しない。

このため、基礎疾患、全身状態等において、予後不良が予想される高齢者に対しても経管が導入され、患者のQOLを損ね、苦痛を与えている例が存在している。

オランダでは、認知症終末期の高齢者において肺炎を合併した際、本人の事前意志、ならびに家族の意思において、以下が行われる例が報告されている。

○抗生剤投与の中断 (Withdraw)

○ 同 不施行 (Withhold)

(Anne-Mei The BMJ;2002;325:1326-1329, Jenny T. van derSteen Arch Intern Med; 2002;162:1753-1760)

社会情勢、法律、文化、歴史、宗教等の違いがあるため、一概に我が国との比較をすることは難しい。しかし基本的な理念は、

高齢者の認知症末期を、不加逆性、進行性の終末期の一形態と考え、緩和医療を導入しようという試みであると考えられる。

今後の高齢者の終末期・緩和ケアとして、経管導入後予後が短く、不良である事が、高い確率で予想される高齢者に対しては、

○経管の不施行 (Withhold)

導入後早期に感染症・重篤な消化器症状を合併し、繰返し発症する場合には、

○経管の中断 (Withdraw)

等も考慮すべき例も存在すると考えられる。その際、以下が必要になると考えられる。

○主治医以外の医療チームの判断

○家族、医療従事者以外の第三者の評価・裁定

平成19年2月、日本救急医学会が救急医療現場で、患者や家族の同意等一定条件の下で延命治療を中止できる、とする終末期医療の指針案をまとめ、公開した。高齢者の終末期・緩和ケアの問題も同様に、医学的問題に留まらず、社会的問題として、今後多方面からの検討が必要と考えられる。

## E. 結論

今回の研究で、経管導入後の予後不良を予測する複数の因子の存在が示唆された。経管導入のガイドラインの制定が、高齢者の終末期ケア、緩和ケアの問題を確立するに当たって重要であると考えられる。

## G. 研究発表

論文発表

現在上記研究成果を投稿準備中

学会発表

●高齢者の経管栄養法導入後予後に関する

Risk Factorの検討、  
および緩和ケア導入時期について  
第48回日本老年医学会学術集会

## 認知症の病名告知に関する調査研究

分担研究者 水川真二郎 杏林大学医学部 高齢医学

**研究要旨** 外来通院患者を対象に「認知症の病名告知に関するアンケート調査」を実施し、認知症患者に対する「病名の告知」のあり方について検討した。外来通院患者 400 例にアンケート調査への協力を依頼し、231 例から回答を得た（回収率 57.8%）。この結果、家族が認知症と診断された場合、本人への病名告知を「希望する」と回答したものは 66%で、「希望しない」と回答したものは 8%であった。また、回答者自身が認知症と診断された場合、自分への病名告知を「希望する」と回答したものは 84%で、「希望しない」と回答したものは 4%であった。「病名の告知」を希望する理由では、「今後の治療方針を相談しておきたい」が最も多かった。また、「病名の告知」を希望しない理由では、「病名を知ると落ち込んで生きる希望をなくす」が最も多かった。認知症が進行したときに希望する終末期医療の内容では、「栄養補給や点滴は希望しないが、苦痛を取り除く治療はしてほしい」が最も多く、次いで「主治医にまかせる」の順であった。以上の成績から、多くの患者や家族は、認知症が進行し寝たきりとなった場合、延命のための点滴や栄養補給を望んでおらず、終末期医療に携わる医師の倫理観や哲学が治療方針を決定付ける大きな要素になることが示唆された。認知症患者が安心して生活を過ごすには、早急に「病名の告知」や終末期医療のあり方について国民的なコンセンサスが得られる指針の作成が必要と考えられた。

### A. 研究目的

近年、わが国では未曾有の高齢者がかかえ、要介護高齢者や認知症患者の急増に対する対策が医学的にも社会的にも急務の課題になってきた。こうした状況下において認知症に対しては、地域ぐるみで患者を支えるグループホームの充実や早期発見、早期治療を目的とした物忘れ外来の新設などの対策が進められてきた。しかし、認知症患者の生活の質的向上については多くの課題が残されている。特に、「病名の告知」は、認知症患者が人として人権と尊厳を保ちながら、自己決定に基づいて残された人生を有意義に過ごすために解決すべき重要な問題である。自分の意思によって物事の判断が可能な時期に「病名の告知」を受けることは、認知症患者やその家

族の生活の質的向上に不可欠な要素であるといえる。しかし、現状の医療現場における「病名の告知」は、医師の裁量によるところが大きく、一定の基準は示されていない。

そこで本研究では、外来通院患者を対象に「認知症の病名告知に関するアンケート調査」を実施した。そして得られた成績を解析することにより、認知症患者に対する「病名の告知」と終末期医療のあり方について検討した。

### B. 研究方法

東京都多摩地区の医療機関に通院中の患者を対象にした。「認知症の病名告知に関する調査研究」に同意のえられた 400 例にアンケート調査への協力を依頼し、231 例から回答を得た（回



収率 57.8%)。アンケート調査の内容は、1) 認知症患者の介護経験の有無、2) 家族が認知症と診断された場合、本人への病名告知を希望するか、3) 認知症と診断された家族への病名告知を希望する理由、4) 認知症と診断された家族への病名告知を希望しない理由、5) 回答者自身が認知症と診断された場合、病名告知を希望するか、6) 希望する理由と希望しない理由、7) 家族の認知症が進行し、寝たきりになった場合、どのような終末期医療を希望するか、8) 回答者自身が認知症になって病状が進行し、寝たきりになった場合、どのような終末期医療を希望するか、9) 家族は認知症になった場合にどのような終末期医療を受けたいか、その内容を伝えているか、10) 回答者自身は認知症になった場合にどのような終末期医療を受けたいか、その内容を誰かに伝えているかの10項目で構成した。

(倫理面への配慮)

アンケート調査は、個人の情報が同定される可能性のある氏名や住所、電話番号等の記入は一切「必要なし」とした。返信用封筒にも氏名、住所などを記載しないよう指示した。また、研究内容は統計処理をおこなった結果のみを公表するため、個人情報とは明らかにされることがなく、倫理面での問題はないと考えた。

### C. 研究成績

1) 回答者の年齢分布は、70歳代(31%)が最も高頻度で、次いで60歳代(20%)、50歳代(15%)、40歳代(13%)の順であった。また、回答者の70%が女性であった。

2) 認知症患者の介護経験についての問いでは、「介護経験なし」(75%)が最も多く、「過去に介護の経験あり」と「現在、認知症の家族を介護している」はそれぞれ12%と4%であった。

3) 家族が認知症と診断された場合、本人への病名告知を希望するかの問いでは、「希望する」が66%、「希望しない」が8%、「どちらともいえない」が26%であった。

4) 本人への病名告知を希望する理由では、「今後の治療方針(薬物療法やリハビリなど)を相談しておきたい」(87%)が最も多く、次いで「患者には知る権利がある」(47%)、「施設への入所などについて相談しておきたい」(43%)、「今後の生活(財産管理、遺産相続など)について相談しておきたい」(37%)の順であった(複数回答)。

5) 本人への病名告知を希望しない理由では、「病名を知ると落ち込んで生きる希望をなくす」(84%)が最も多く、次いで「言ってもわからない」(47%)、「治療法がない」(32%)の順であった(複数回答)。

6) 回答者自身が認知症と診断された場合、自分への病名告知を希望するかの問いでは、「希望する」が84%、「希望しない」が4%、「どちらともいえない」が10%であった。

7) 自分への病名告知を希望する理由では、「今後の治療方針(薬物療法やリハビリなど)を相談しておきたい」(83%)が最も多く、次いで「今後の生活(財産管理、遺産相続など)について相談しておきたい」(52%)、「施設への入所などについて相談しておきたい」(49%)の順であった(複数回答)。

8) 自分への病名告知を希望しない理由では、「病名を知ると落ち込んで生きる希望をなくす」(78%)が最も多く、その他の項目を選択したものはいずれも少数であった(複数回答)。

9) 家族の認知症が進行したときに希望する終末期医療の内容では、「栄養補給や点滴は希望しないが、苦痛を取り除く治療はしてほしい」(43%)が最も多く、次いで「主治医にまかせる」

(36%)であった。「延命治療」を希望するものは5%であった。

1 0) 回答者自身の認知症が進行したときに希望する終末期医療の内容では、「栄養補給や点滴は希望しないが、苦痛を取り除く治療はしてほしい」(45%)が最も多く、次いで「主治医にまかせる」(32%)であった。「延命治療」を希望するものは3%であった。

1 1) 認知症になった場合、家族はどのような終末期医療を受けたいか希望を伝えているかの問いでは、「はい」が33%、「いいえ」が61%であった。

1 2) 回答者自身が認知症になった場合、どのような終末期医療を受けたいか希望を伝えているかの問いでは、「はい」が21%、「いいえ」が30%、「これから伝えておきたい」が49%であった。

#### D 考案

世界保健機構 (WHO) の報告によると、認知症の患者数は2005年の時点で2,440万人に上り、2030年には1.8倍の4,400万人に増加すると推定されている。わが国においても、現在介護が必要と認定されている認知症患者だけでおよそ170万人であり、2015年には250万人を超えると予想されている。こうした認知症患者の急増に対してわが国では、地域ぐるみで患者や家族を支えるためのグループホームや医療体制の充実、ケアの質的向上を目指した支援事業などの様々な取り組みがおこなわれている。しかし、認知症患者が安心して生活を過ごすには、これらの患者支援のための対策とともに、認知症が進行したときに受けることができる医療や介護の内容、そしてその内容は自己決定権によって保障されていることを患者自身が十分に理解することが必要である。

そこで本研究では、自分の意思によって物事の判断が可能な時期における認知症患者に対する「病名の告知」のあり方について調査検討した。

その結果、家族が認知症と診断された場合、本人への病名告知を「希望する」と回答したものは66%で、「希望しない」と回答したものは8%であった。また、回答者自身が認知症と診断された場合、自分への病名告知を「希望する」と回答したものは84%で、「希望しない」と回答したものは4%であった。

「病名の告知」を希望する理由では、家族に対する場合も回答者自身の場合も「今後の治療方針(薬物療法やリハビリなど)を相談しておきたい」が最も多かった。また、「病名の告知」を希望しない理由では、「病名を知ると落ち込んで生きる希望をなくす」が最も多かった。

これらの成績をみると、認知症患者に対する安易な「病名の告知」は慎むべきで、家族の希望や患者の性格などを十分に考慮して告知すべきかどうかを判断する必要があると思われた。

家族の認知症が進行したときに希望する終末期医療の内容では、「栄養補給や点滴は希望しないが、苦痛を取り除く治療はしてほしい」が最も多く、次いで「主治医にまかせる」であった。回答者自身の認知症が進行したときに希望する終末期医療の内容も、「栄養補給や点滴は希望しないが、苦痛を取り除く治療はしてほしい」が最も多く、次いで「主治医にまかせる」であった。

このことは、多くの患者や家族は認知症が進行し寝たきりとなった場合、延命のための点滴や栄養補給を必ずしも望んでいないことを示す成績といえる。同時に、「主治医にまかせる」と回答したものが多数みられたことは、認知症患者の終末期医療に携わる医師の倫理観や哲学が治療方針を決定付ける大きな要素になることを示唆している。

現在、認知症患者の終末期医療では、しばしばPEGの造設やIVHによる栄養補給がおこなわれている。こうした現状を踏まえると、われわれ医師は、「病名の告知」や終末期医療のあり方について、認知症患者の生活の質的向上や自己決定権（インフォームドコンセント）といった観点からその内容をもう一度見直す時期にあると思われた。そして、早急に認知症患者の「病名の告知」や終末期医療のあり方について、国民的なコンセンサスが得られるような指針の作成が必要と考えられた。

#### **E 結論**

認知症患者が安心して暮らし、納得した人生の終末段階を迎えることができる社会をつくるには、患者支援のための対策を充実させるとともに、「病名の告知」や終末期医療のあり方について国民的なコンセンサスが得られる指針の作成が必要と考えられた。

#### **F 健康危険情報**

なし

#### **G 学会発表**

この研究の内容の一部は第50回日本老年医学会学術集会で発表する予定である。

#### **H 知的財産権の出願・登録状況**

なし

### Ⅲ 研究成果の刊行に関する一覧表