

一般病院における緩和医療の実態

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学大学院助教授

研究協力者 野口 海 松下年子 小林未果 松田彩子

研究要旨 全国の一般病院の中から無作為抽出した4911病院の院長宛に質問紙を送付し、がん患者に対する緩和医療の実態について調査をおこなった（回収率30.5%）。その結果、がん患者本人への病名告知や緩和医療への移行確認は、病院の規模（病床数）で相違があり、病床数の少ない病院ほど低いことがわかった。逆に、延命処置の確認は病床数の多い病院で低い傾向にあった。終末期の医療方針の確認については、患者本人の意思が確認できる場合でも、家族の意向が尊重され、とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められた。十分に緩和医療への対応ができた、すなわち「尊厳ある死」が迎えられたがん患者は半数以下で、なかでも本人への精神的サポートは病院の規模に関係なく不十分であることがわかった。

A. 研究の目的

これまでわれわれは、「尊厳ある死」について単に法的な側面だけではなく、臨床的な側面も含めて包括的に考えることが必要であり、その際には死に至る過程の「尊厳ある生」をいかに充実させるかを検討することが重要であるという共通の認識を得てきた。今回は、わが国の臨床現場で、この「尊厳ある生」が実際にどの程度浸透しているのかを把握するために、全国の一般病院を対象にして、緩和医療に関する大規模な実態調査をおこなった。なお、本調査は国立保健医療科学院（林 謙治次長、児玉知子政策科学部主任研究官）との共同で実施されたものである。

B. 研究方法

平成18年11月～12月にかけて、「2003～2004年版 病院要覧」（医療施設政策研究会編）に記載されている9239病院のうち、無作為に抽出した全国の一般病院4911の病院院長宛に15の大項目からなる質問票を郵送した。データ解析には、一元配置分散分析およびカイ二乗検定を適宜用いた。

（倫理面の配慮）

無記名での回収を原則とし、質問紙には病院ないし個人が特定されるような設問を含ま

ないよう配慮した。したがって、守秘義務は遵守されていると考える。

C. 研究成果

1) 病床数と終末期患者の割合

4911病院に郵送したうち、返送件数は1499件で30.5%の有効回答を得た。回答した病院の規模の内訳は、100床未満が381件で25.6%、100～299床が716件で48.1%と300未満の病院が約3/4を占めた。残りは300～499床が245件で16.4%、500床以上が148件で9.9%であった。このうち、入院患者に占める終末期（余命が6か月あるいはそれより短いと思われる時期）患者の割合は、10%未満が1059件（74.0%）と全体の約3/4を占め、10%以上～20%未満が296件（20.6%）、20%以上～30%未満が59件（4.1%）、30%以上が18件（1.3%）となっていた。また、これらの割合は病院の規模（病床数）に関係がなかった（ $\chi^2=7.961$ 、 $p=0.538$ ：カイ二乗検定）。

2) がん患者本人への情報提供

全ての病期を含むがん患者本人への情報提供については、病名告知65.9±32.4%、積極的な抗がん治療から緩和医療への移行など治療方針の確認63.9±35.3%、延命処置の希望

確認 53.9±39.4%、余命告知 30.1±29.5%で、提供内容が重いほど実施率が下がることがわかった (F=291.85, p<0.0001: 一元配置分散分析)。また、病名告知、治療方針の確認、余命告知の実施率は病床数の少ない病院ほど低くなる (それぞれ F=36.29, p<0.0001; F=4.34, p=0.005; F=3.44, p=0.016: 一元配置分散分析) 一方で、延命処置の希望確認は病床数が多くなるほど低い傾向がみられた (F=2.57, p=0.053: 一元配置分散分析)。

3) 家族の意向

終末期の治療方針の確認について、患者本人の意思が確認できる場合に原則的におこなわれている対応を調べたところ、「患者の意思決定だけで十分で、家族の意向を確認する必要はない」が 11 件 (0.8%)、「患者の意思確認とは別に、必ず家族の意向を確認」が 704 件 (48.6%)、「先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認」が 674 件 (46.6%) などとなり、本人の意思が確認できるときでも家族の意向が尊重されることがわかった。とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められた (それぞれ $\chi^2=67.422$, p<0.0001; $\chi^2=51.147$, p<0.0001: カイ二乗検定)。

家族の意向を確認する理由については、複数回答で「患者の意思決定だけで判断すると、家族から不満を言われる」が 1059 件 (70.6%)、「家族から本人に話さないでと言われれば、そうせざるを得ない」が 971 件 (64.8%)、「意思決定できると思われる患者でも、患者に告知しないケースでは家族の意向を聞かざるを得ない」が 893 件 (59.6%)、「家族とのトラブルを避けるため」が 819 件 (54.6%)、「患者の意思を直接聞くことは終末期という状況になじまない」が 365 件 (24.3%)、「患者と家族の意向が違った場合、家族の意向を聞く傾向が強い」が 319 件 (21.3%)、などとなっていた。

4) 緩和医療への対応

緩和医療への対応については、「疼痛の緩和」は、十分に実施できていると回答した病院が 251 件 (17.5%)、ほぼ十分が 726 件 (50.7%)、余り十分とはいえないが 336 件 (23.5%)、やや不十分が 91 件 (6.3%)、不十分が 28 件 (2.0%)、また呼吸困難や全身倦怠感などの「不快な身体症状の緩和」は、十分が 78 件 (5.5%)、ほぼ十分が 598 件 (41.9%)、余り十分とはいえないが 577 件 (40.4%)、や

や不十分が 157 件 (11.0%)、不十分が 17 件 (1.2%) であった。一方、「精神的な援助」は、十分が 49 件 (3.4%)、ほぼ十分が 282 件 (19.8%)、余り十分とはいえないが 625 件 (43.8%)、やや不十分が 400 件 (28.1%)、不十分が 69 件 (4.8%)、また「社会的な援助」は、十分が 45 件 (3.2%)、ほぼ十分が 272 件 (19.2%)、余り十分とはいえないが 546 件 (38.4%)、やや不十分が 424 件 (29.9%)、不十分が 132 件 (9.3%)、さらに「家族への支援」は、十分が 43 件 (3.0%)、ほぼ十分が 299 件 (21.1%)、余り十分とはいえないが 620 件 (43.6%)、やや不十分が 365 件 (25.7%)、不十分が 94 件 (6.6%) であった。

これらの緩和医療への対応については、「緩和医療」「不快な身体症状の緩和」「精神的な援助」「家族への支援」は、いずれも病院の規模 (病床数) に関係がなかった (それぞれ $\chi^2=10.946$, p=0.534; $\chi^2=13.372$, p=0.343; $\chi^2=14.871$, p=0.461; $\chi^2=14.205$, p=0.288: χ^2 検定) のに対して、「社会的援助」は病院の規模が大きくなるほど高くなることがわかった ($\chi^2=44.491$, p<0.0001: カイ二乗検定)。

このように身体面への対応が比較的十分にできているのに対して、心理社会面に対する援助は不十分であった。また、これらの対応の実施については、社会的援助を除いて病院の規模とは関係ないことがわかった。

5) 尊厳ある死について

緩和医療の対応が十分で、患者も家族もまた医療者も含めて「尊厳ある死」が迎えられたと思われる患者の割合について尋ねたところ、1割未満が 369 件 (25.9%)、2割~4割が 378 件 (26.6%)、5割~7割が 297 件 (20.8%)、8割以上が 230 件 (16.2%)、不明が 150 件 (10.5%) となっていた。

「尊厳ある死」を迎えることが困難な理由としては、複数回答で「本人への精神的サポート」が 860 件 (57.4%)、「緩和ケア体制の不十分」が 666 件 (44.4%)、「告知に関する点」が 589 件 (39.3%)、「医療制度上の問題」が 563 件 (37.6%)、「家族への対応」が 555 件 (37.0%)、「医療行為の判断」が 469 件 (31.3%)、「特に困難だとは思わない」が 123 件 (8.2%) などであった。

D. 考察

1) 病床数と終末期患者の割合

今回の調査では、4911 病院に郵送したうち

返送件数が1499件で、30.5%と比較的高い有効回答率を得た。これより、本調査の結果の信頼性は高いものと考えられる。また、回答した病院の規模の内訳は、100床未満が約1/4、100～299床が半数と300床未満の病院が約3/4を占めた。残りの300～499床の病院や500床以上の病院も含めて、これらの病院規模による割合は、現在の全国一般病院の割合に近く、このことから本調査の結果がわが国の現状を反映するものに近いことを示唆している。

一方、入院患者に占める終末期（余命が6か月あるいはそれより短いと思われる時期）患者の割合は、病院の規模（病床数）に関係がなく、どの病院にもある一定の割合の終末期の患者がいることがわかった。

2) がん患者本人への情報提供

全ての病期を含むがん患者本人への情報提供については、病名告知65.9%、積極的な抗がん治療から緩和医療への移行など治療方針の確認63.9%、延命処置の希望確認53.9%、余命告知30.1%と、提供内容が重いほど実施率が下がることがわかった。これらの実施率は、一般の世論調査でみる国民の告知希望と比べると低い値を示しており、まだ十分患者の意向に答えられていないことがわかった。

また、病名告知、治療方針の確認、余命告知は病床数の少ない病院ほど低くなることがわかり、中・小規模の病院ではとくに情報提供のあり方が問題となろう。一方で、延命処置の希望確認は病床数が多くなるほど低い傾向がみられた。これは、大きな病院ほど救急患者をはじめ病態の非常に重い患者が多く、本人に延命処置の確認ができないまま治療に入らざるを得ないことを反映しているのではないかと考えられる。

3) 家族の意向

終末期の治療方針の確認について、患者本人の意思が確認できる場合でも、「患者の意思決定だけで十分で、家族の意向は確認しない」という病院はわずかに0.8%であった。それに対して、「患者の意思は確認するが、家族の意向も必ず確認する」という病院は48.6%、さらに「先に家族に状況を説明し、家族の意向を確認する」という病院が46.6%もあり、わが国における家族重視の実態が明らかになった。

とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向

が認められ、これは情報提供の充実とともに今後の大きな課題である。

4) 緩和医療への対応

緩和医療への対応については、身体面が優先されているのに対して、心理社会面は不十分であった。また、これらの対応の実施については、病院の規模とは関係がないことがわかり、今後心理社会面での対応の充実が必要とされていることが浮き彫りになった。

5) 尊厳ある死について

緩和医療の対応が十分で、患者も家族もまた医療者も含めて「尊厳ある死」が迎えられたと思われる患者の割合は4割以下で、過半数を占めることがわかり、なかでも「本人への精神的サポート」が一番の理由として挙げられたことは、前項の緩和医療への対応とともに注目されるべき事実である。

E. 結論

がん患者本人への病名告知や緩和医療への移行確認は、病院の規模（病床数）で相違があり、病床数の少ない病院ほど低いことがわかった。逆に、延命処置の確認は病床数の多い病院で低い傾向にあった。

終末期の医療方針の確認については、患者本人の意思が確認できる場合でも、家族の意向が尊重され、とくに病床数の少ない病院ほど、また終末期患者の割合が高い病院ほど家族重視の傾向が認められた。

「尊厳ある死」が迎えられたがん患者は半数以下で、なかでも本人への精神的サポートは病院の規模（病床数）に関係なく不十分であることがわかった。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

総説

野口 海、松島英介：がん患者の症状緩和と一倦怠感。緩和医療学 8(1)：83-86, 2006.

野口 海、松島英介：緩和医療におけるスピリチュアルケア。医学のあゆみ 216(2)：153-157, 2006.

野口 海、松島英介：緩和医療における精神療法。精神科 8(2)：127-131, 2006.

木村元紀、松島英介：総合病院におけるせ

ん妄診療の現状. 精神科 8(3): 229-233, 2006.

野口 海、松島英介: 悪性腫瘍患者に対する向精神薬の使用. これから始める向精神薬療法スペシャルテクニック (保坂 隆編集). 診断と治療社, 東京, pp. 169-176, 2006.

河野裕太、松島英介: 腫瘍学における自己効力感理論. 精神科 8(5): 404-407, 2006.

中瀧陽子、松島英介: 化学療法を受ける造血器腫瘍患者の QOL. 精神科 9(1): 57-61, 2006.

松島英介: 癌患者への告知について. 治療 88(10): 2599-2601, 2006.

小泉 文、松島英介: 口腔癌患者の治療と QOL. 精神科 9(3): 255-258, 2006.

小池眞規子、松島英介: がん患者のためのサポート・プログラム. 精神科 9(5): 430-434, 2006.

松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介: 医師のがん告知におけるコミュニケーション. 緩和医療学 9(1): 47-53, 2007.

松田彩子、松島英介: 放射線治療を受ける癌患者の精神的苦痛. 精神科 10(1): 80-84, 2007.

原著論文

松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介: 中・小規模の一般病院におけるがん告知の実態調査. 総合病院精神医学 19(1): 61-71, 2007.

Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T: Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61(1): 84-93, 2007.

2. 学会発表

シンポジウム・特別 (教育) 講演

松島英介: 緩和医療—がん治療と心の問題. 第 58 回日本産科婦人科学会学術講演会, 横浜, 2006 年 4 月 25 日.

一般演題

小林未果、野口 海、松下年子、松島英介: わが国の特別養護老人ホームにおける尊厳死に関する研究. 第 25 回日本社会精神医学会. 東京, 2006 年 2 月 23-24 日.

野口 海、松下年子、小林未果、松島英介: 全国一般病院 (50 床以上 300 床未満) に

おける尊厳死についての意識調査. 第 25 回日本社会精神医学会. 東京, 2006 年 2 月 23-24 日.

松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、松島英介: わが国におけるがん告知の実態調査. 第 11 回日本緩和医療学会総会. 神戸, 2006 年 6 月 23-24 日.

崔 敬愛、麻生佳津子、松島英介、舛田昭夫、村井邦彦、横山和明、白澤 円、池田大輔、今泉義虎、榎田浩史: 慢性疼痛患者の心理特性と対処方法. 日本ペインクリニック学会第 40 回大会. 神戸, 2006 年 7 月 15 日.

小林未果、松島英介: 頭頸部がん患者の手術前・後における QOL と心理特性について. 第 5 回文京緩和医療研究会. 東京, 2006 年 8 月 26 日.

Kobayashi M, Ono T, Noguchi W, Matsuda A, Matsushima E: A longitudinal study on quality of life (QOL) in advanced gynaecologic cancer patients treated with radiation therapy alone or concurrent chemo-radiation therapy. 8th World Congress of Psycho-Oncology. Venice, 2006. 10. 20.

Kobayashi M, Matsushima E, Sugimoto T, Kishimoto S, Tsunoda A: A longitudinal study on self-esteem and quality of life (QOL) in head and neck cancer patients. 8th World Congress of Psycho-Oncology. Venice, 2006. 10. 20.

Matsushita T, Kobayashi M, Matsuda A, Matsushima E: A survey of physicians' attitudes for cancer disclosure in Japan. 8th World Congress of Psycho-Oncology. Venice, 2006. 10. 20.

中瀧陽子、新井文子、松島英介、三浦 修: 造血器腫瘍患者の QOL と心理特性. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006 年 12 月 1 日.

小林未果、松田彩子、松島英介、杉本太郎、角田篤信、岸本誠司: 頭頸部がん患者の手術前・後における QOL と心理特性について. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006 年 12 月 1 日.

松田彩子、大野達也、小林未果、野口 海、松島英介、加藤真吾、辻井博彦: 放射線治療を受ける婦人科系がん患者の QOL の推移. 第 19 回日本総合病院精神医学会総会. 宇都宮, 2006 年 12 月 1-2 日.

松下年子、野口 海、小林未果、松田彩子、
松島英介：一般病院臨床医におけるがん告知
に関する意識調査．第19回日本総合病院精
神医学会総会．宇都宮，2006年12月1
-2日．

崔 敬愛、松島英介、麻生佳津子、舛田昭
夫、横山和明、白澤 円、森川朋子、池田大
輔、今泉義虎、榎田浩史：慢性疼痛患者の心
理特性と対処方法．第19回日本総合病院精
神医学会総会．宇都宮，2006年12月1
-2日．

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

I. 回答医師の病院の属性について

全病床数

100床未満	381 (25.6%)
100床～299床	716 (48.1%)
300床～499床	245 (16.4%)
500床以上	148 (9.9%)

N=1490

およその年間入院患者数

49名以下	38 (2.6%)
50名～99名	68 (4.7%)
100名～299名	185 (12.8%)
300名～499名	157 (10.8%)
500名以上	1000 (69.1%)

N=1448

およその年間退院患者数

49名以下	41 (2.9%)
50名～99名	57 (4.0%)
100名～299名	181 (12.6%)
300名～499名	161 (11.2%)
500名以上	997 (69.3%)

N=1437

およその年間死亡退院患者数

9名以下	78 (5.3%)
10名～49名	445 (30.5%)
50名～99名	333 (22.9%)
100名以上	602 (41.3%)

N=1458

平均在院日数

10日未満	22 (1.5%)
10日～20日未満	683 (46.3%)
20日～30日未満	381 (25.8%)
30日以上	389 (26.4%)

N=1475

現在の入院患者の中で、終末期（余命 6 ヶ月あるいはそれより短いと思われる時期）の患者が占める割合

10%未満	1059 (74.0%)
10～20%未満	296 (20.6%)
20～30%未満	59 (4.1%)
30%以上	18 (1.3%)

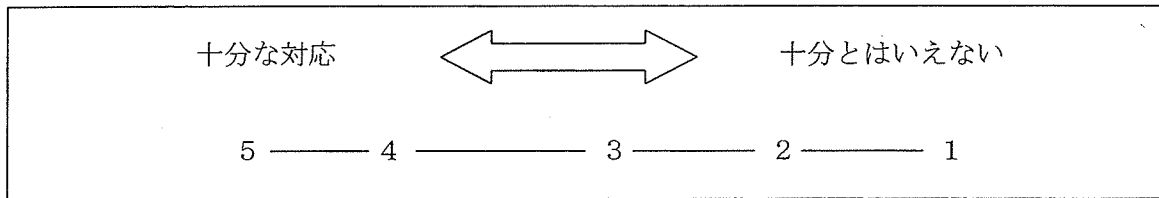
N=1432

II. 告知について

病名告知	65.9±32.4%
余命告知	30.1±29.5%
抗癌剤治療などの「積極的な治療」を目指すか、緩和ケアに徹するかなどの治療方針の確認	63.9±35.3%
延命処置の希望の確認	53.9±39.4%

N=1499

III. 回答病院における医療及びケアに対する達成度



疼痛緩和

1	28 (2.0%)
2	91 (6.3%)
3	336 (23.5%)
4	726 (50.7%)
5	251 (17.5%)

N=1432

疼痛以外の不快な（身体）症状緩和

1	17 (1.2%)
2	157 (11.0%)
3	577 (40.4%)
4	598 (41.9%)
5	78 (5.5%)

N=1427

患者への精神的な援助

1	69 (4.8%)
2	400 (28.1%)
3	625 (43.8%)
4	282 (19.8%)
5	49 (3.4%)

N=1425

患者への社会的な援助

1	132 (9.3%)
2	424 (29.9%)
3	546 (38.4%)
4	272 (19.2%)
5	45 (3.2%)

N=1419

家族への支援

1	94 (6.6%)
2	365 (25.7%)
3	620 (43.6%)
4	299 (21.1%)
5	43 (3.0%)

N=1421

IV. 回答病院において最も頻繁に行われていると思われる対応

患者の意思決定だけで十分と考えており、家族の意向を確認していない	11 (0.8%)
患者の意思確認とともに、必ず家族の意向も確認している	704 (48.6%)
先に家族に状況を説明してから、患者に意思確認するかどうか判断する	674 (46.6%)
上記以外	50 (4.0%)

N=1439

V. 患者が意思決定できると思われるケースでも、家族の意向を重視する理由
(複数回答可)

患者の意思を直接的に聞くことは、終末期という状況になじまない	365 (24.3%)
患者の意思決定だけで判断すると、家族から不満を言われる可能性がある	1059 (70.6%)
家族とのトラブルを避けるために、家族の意向を重視する	819 (54.6%)
家族の意思と家族の意向が違った場合には、家族の意向を聞く傾向が強い	319 (21.3%)
家族に状況を話し、「本人に話さないください」と言われれば、そうせざるを得ない	971 (64.8%)
意思決定できると思われる患者でも、患者に告知しないケースでは、家族の意向を聞かざるを得ない	893 (59.6%)
その他	80 (5.3%)

N=1499

VI. 回答病院において終末期患者が「尊厳ある死」を迎えるに際して、困難だと思う理由 (複数回答可)

告知に関する点	589 (39.3%)
医療行為の判断	469 (31.3%)
本人への精神的サポート	860 (57.4%)
緩和ケア体制の不十分	666 (44.4%)
家族への対応	555 (37.0%)
医療制度上の問題	563 (37.6%)
その他	61 (4.1%)
特に困難だとは思わない	123 (8.2%)

N=1499

VII. 回答病院において、困難を伴わず患者も家族も十分納得して「尊厳ある死」を迎えられた患者のうち、終末期患者のおよその割合

1割未満	369 (25.9%)
2～4割	378 (26.6%)
5～7割	297 (20.8%)
8割以上	230 (16.2%)
不明	150 (10.5%)

N=1424

厚生労働科学研究費補助金(効果的医療技術の確立推進臨床研究事業)
分担研究報告書

終末期における患者の意思決定に関する調査

分担研究者 松島たつ子 ピースハウス病院ホスピス教育研究所

研究要旨 ホスピス緩和ケア病棟の医師を対象に、終末期における患者の意思決定に関して質問紙調査を実施した。ホスピス緩和ケア病棟において、病状や予後についての説明、また、病状安定期に終末期の治療方針や代理意志決定などに関する話し合いは行われているが、患者からの質問がない場合はあえて触れないという傾向がみられた。患者側から自己の意思を明確に伝える者や代理意志決定者を指定する者は多いとはいえ、家族との話し合いについては十分行っていると評価していた。治療方針の決定が難しい時には、担当医のみの考えで行動することは少なく、チームでの検討を繰り返し行っていた。患者が自己決定をしていく過程をいかに支援していくのか、更なる検討が必要と考える。その際、チームの果たす役割が大きく、その充実も期待される。

A. 研究目的

終末期患者への治療の最終段階に直接関与するホスピス緩和ケア病棟の医師を対象に、患者への病状説明や医療者と患者との治療法についての話し合いの現状、終末期患者が意思決定能力を失った場合の代理意思決定の現状などを明らかにし、わが国の尊厳ある死に関する課題、および今後のホスピス緩和ケアのあり方を検討する。

B. 研究方法

2006年9月現在、全国の緩和ケア病棟届出受理施設の病棟医長、計162名を対象とした郵送法による自記式質問紙調査を行った。質問紙の内容は、入院時の患者の現状(病名・病状理解の状況、意思決定能力など)、終末期ケアにおける患者・家族との話し合いの現状、意思決定能力が失われた場合の代理意思決定の現状、治療の選択におけるチームの役割、医師の倫理的葛藤について、などであった。

調査依頼書にその目的・方法を明記、回答は無記名とし、データの解析には個人が特定されないよう倫理的配慮をした。なお、本研究はピースハウス病院倫理委員会にて研究の承認を得た。

C. 結果

97名より回答が得られた(回収率59.9%)。全国のホスピス緩和ケア病棟では入院時の患者の病名理解について、「必ず知っていること」を条件としているのは13%で、実際入院患者の90%以上が病名を知っているという施設は44%であった。病状まで詳しく認識している人が90%以上という施設は5%で、50%未満という施設が44%であった。

病名を知らない患者に対して、入院後に47%の施設では病名を伝えていた。病名を伝えなかった施設の理由は、「患者から質問がない」「家族の反対」「ケアをしていくうえで支障がない」

が上位を占めた。家族が病名を伝えることに反対する理由は、「患者の精神面への影響」「それに伴う病状悪化への心配」があげられた。

予後や死期が近づいた時の治療方針・代理意思決定者に関する患者との話し合いについては、「ある程度話し合う」というものが多かった。話し合わない主な理由としては、いずれも「患者からの質問がない」「ケアをしていく上で支障がない」が上位を占めた。

死期が近づいたときの治療方針について自分の意向(意思)を表明する人は、「時々いる」まで含めると76%となるが、代理意思決定者の表明については25%であった。患者の意識レベルが低下した時、患者の事前意思表明を尊重すること、また、家族や代理意思決定者と話し合うことについて、できていると評価するものが多かった。家族の意見がまとまらない時には、「配偶者など最も身近な人の意見を参考にして決定する」という回答が多かったが、「医療者にお任せしますと言われることがある」という回答は87%を占めた。その際、書面での依頼書が絶対必要というものは1%であった。医療者に判断を任された時、「チームで話し合った結果を家族に説明して決定する」が上位を占め、チーム内で意見が一致しない時も「チームミーティングを繰り返す」が多く、担当医のみの考えを元に行動する者は少なかった。

日々の臨床における倫理的葛藤については、「ある」が49%で、「あまりない」が51%であった。倫理的葛藤の具体的内容として、患者の意思が確認できない時の治療方針の決定や家族の意思が優先される時があげられている。同時に、病状安定期に終末期のことを話し合うことに悩んでいる様子もみられた。

D. 考察

ホスピス緩和ケア病棟において、医師は、病状や予後についての説明、また、病状安定期に終末期の治療方針や代理意志決定などについて話し合う姿勢を持っているが、患者からの質問がなければあえて触れないという傾向がみられた。また、そのことでケアに支障はないという意見も多かった。このことには、全てを言語化することを必要とせず、非言語によるコミュニケーションを尊重したケアを実践していこうという姿勢がみられる。

患者の側から終末期の治療について希望を伝える者はいるが、自己の意思を明確に伝える者や代理意思決定者を指定する者は多くなく、終末期の治療の決定において、患者の身近な家族との話し合いが重視されている。一方、医師が臨床の場で抱く葛藤として、家族の意思が優先され患者の意思と一致していないのではないかと悩むことがあるがあげられている。ホスピス緩和ケアにおける家族の存在の重要性を確認するとともに、患者個人の問題と家族との関係をどのように捉えていくのか、明確化することの難しさがうかがえる。

今後、わが国における、尊厳ある生そして死への過程を支援するケアの実践ということを考える時、全てを言語化する必要性や患者の意思を必ず明確化しようとする必要性はないであろう。しかし、患者からの質問を待つだけでなく、もう一步踏み込んだコミュニケーションをとることにより、患者自身が自己決定していく過程を支援していくことができるのではないかと考える。また、家族が患者への病名告知を反対する理由として、患者が精神的に不安定になることを心配しており、家族の希望に添うだけでなく、家族の心理の理解とその支援も重要と考える。

治療方針の決定が難しい時は、チームによる話し合いを繰り返し行っている。看護師の倫理的な葛藤に関する調査結果と同様、ホスピス緩和ケアの実践においてチームケアの重要性が再確認された。しかし、チームメンバーとして、心理的側面のケアを専門とする者は多いとはいえ、患者・家族との一歩踏み込んだコミュニケーションをとっていくためにも、チームケアの

充実が今後の課題と考える。

E. 結論

患者との非言語的コミュニケーションの尊重や家族との対話の重視などが伺えるが、患者が自己決定をしていく過程をいかに支援していくのか、更なる検討が必要と考える。その際、チームの果たす役割が大きく、その充実も期待される。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

総説

√ 松島たつ子：ホスピスにおける遺族ケア, 家族看護 4(2) : 85-90, 2006

2. 学会発表

松島たつ子, 加藤雅志, 鶴若麻理, 西立野研二：終末期ケアにおいて看護師の直面する倫理的問題に関する調査, 第11回日本緩和医療学会総会, 神戸, 2006年6月

岩本貴子, 長澤裕子, 二見典子, 松島たつ子, 西立野研二：ホスピスにおける倫理的課題 3, 第30回日本死の臨床研究会, 大阪, 2006年11月

瀬戸ひとみ, 原田啓子, 志村靖雄, 松島たつ子, 西立野研二：ホスピスにおけるアートプログラムの実際, 第30回日本死の臨床研究会, 大阪, 2006年11月

張修子, 新原真由子, 二見典子, 西立野研二, 松島たつ子：在宅ホスピスにおける地域医療連携の実際, 第30回日本死の臨床研究会, 大阪, 2006年11月

H. 知的財産権の出願・登録（予定を含む）

特に行っていない

厚生労働科学研究費補助金事業（効果的医療技術の確立推進臨床研究事業）
分担研究報告書

「自宅で最期まで過ごす」ことについて

分担研究者 あおぞら診療所新松戸 和田忠志

研究要旨 本研究は、「自宅で最期まで過ごすこと」が、本邦においてなお困難な現状に鑑み、その解決にはどのような方策が必要かという目的意識で行われている。今回は、千葉県松戸市の在宅療養支援診療所、あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸で在宅医療を受けたがん死亡患者について調査した。また、非がん患者の緩和ケアについて多施設調査を行った。

A. 研究目的

在宅ケアにおける「尊厳死」の問題は、その死亡場所選択を含めた、「自己決定の困難さ」に本質がある。この問題に対して、国は平成18年度より「在宅療養支援診療所」制度を創設し、在宅医療推進に本格的に取り組み始めている。

わが国においては、「病院や施設で最期を迎えたい人」はその希望は確実に実現するが、「自宅で最期のときを過ごしたい人」は、国民の圧倒的多数であるにもかかわらず、たいていは、その希望は実現されない。本分担研究では「自宅で死亡したいという国民」の自己実現を行うための在宅医療における解決すべき問題点を明らかにすることを目的とする

B. 研究方法

1. 千葉県松戸市に所在する「あおぞら診療所」「あおぞら診療所新松戸」において、在宅医療を受けて死亡したがん患者161名を対象とし、在宅療養中のカルテを検索し、在宅医療を受けた期間、がんの原発部位、疼痛緩和において使用した薬剤、末期に実施した医療処置を調査した。
2. 対象施設7施設において在宅医療を受

け、自宅で死亡した非がん疾患患者症例、252例（男性103、女性149）を対象とし、死亡者の在宅医療実施中のカルテを主治医が検索し、その苦痛について調査した。

C. 研究結果

1. がん自宅死亡者

在宅医療を受けて死亡するまでの期間平均は106.9日であった。100日以内に125名（78%）が死亡し、200日以内に143名（89%）が死亡した。在宅緩和ケア期間中に麻薬を使用する必要があった患者は90名、麻薬使用率は55.9%であった。

死亡当日または前日に行われた医療処置では、在宅酸素療法が55名（34.2%）に使用され、抹消輸液は32名（19.9%）、中心静脈栄養は27名（16.8%）に行われた。

2. 非がん自宅死亡者

対象者の在宅医療開始時平均年齢は83歳、死亡時平均年齢85歳、平均在宅医療実施期間739日であった。主治医が、予測しなかった死は31%、予後を予測したケースは38%、明確に予後は予測できなかつたが概ね終末期と考えていたケースは21%であった。

死亡前一週間に、主治医から見て緩和すべき症状は、ケース全体の80%に存在した。緩和すべき症状では、呼吸困難感が痛みよりも高頻度であった。呼吸困難感の頻度は、基礎疾患がそれぞれ、呼吸器疾患、神経難病、心不全、腎不全、脳血管障害、認知症、老衰の患者で、おのおの100%、94.4%、77.0%、55.5%、63.1%、31.4%、63.2%であった。

D. 考察

1. がん自宅死亡者

在宅医療を受けて死亡したがん患者では、基本的に「末期」の判定基準として「予後6ヵ月以内」と判断された患者が導入されているが、その予後予測はほぼ正しいものと考えられた。医師が疼痛緩和に積極的に対応しても、麻薬使用率は5割強であり、病棟医療に比較して、在宅医療における緩和ケアでの麻薬使用率は低いと考えられた。医療処置では在宅酸素療法が、頻度が高く使用されており、緩和ケア目的で在宅酸素療法が行われていることが推測された。輸液は末梢輸液、中心静脈ルートからの輸液をあわせて四割以下の患者に実施されているのみであった。

2. 非がん自宅死亡者

非がん疾患では、死亡に関しても、予後予測が困難であり、ターミナルステージであるかどうかの判断が、がんに比べて非常に困難であることが明確であった。このことが非がんの緩和ケアを困難にしている要因であることが予想されていたが、私たちのデータでもその予想を裏づける結果が得られた。

最期の一週間に緩和すべき症状の第一は痛みよりは、呼吸困難感が優位であった。また、呼吸困難感呼吸器疾患、神経難病、心不全、腎不全、脳血管障害などの多くの疾患の末期患者で高頻度にみられた。

E. 結論

超高齢社会を迎え、在宅医療が推進されている。最期まで診療する在宅医療をどう推進するかが重要な課題である。

がん患者の場合、在宅医療のインフラストラクチャーが整備されるだけで、多くのがん患者が自宅で死亡可能と考えられる。また、自宅のほうが病院よりも苦痛が少ない可能性が高い。一方、非がん疾患の場合には、在宅医療のインフラストラクチャーが整備されるだけでは不十分で、予後予測の困難性や、呼吸困難感への対応などの技術的な問題を解決する必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

特になし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

特に行っていない

本研究は、「自宅で最期まで過ごすこと」が、本邦においてなお困難な現状に鑑み、その解決にはどのような方策が必要かという目的意識で行われている。今回は、千葉県松戸市の在宅療養支援診療所、あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸で在宅医療を受けたがん死亡患者について調査した。また、非がん患者の緩和ケアについて多施設調査を行っているので、その中間報告を行う。

<背景>在宅医療における日本人死亡の現状

① 「在宅医療推進」の背景

日本は本格的な高齢社会へ向かっている。この問題に対応するために、在宅医療が注目されている。

2005年における日本人の死亡場所

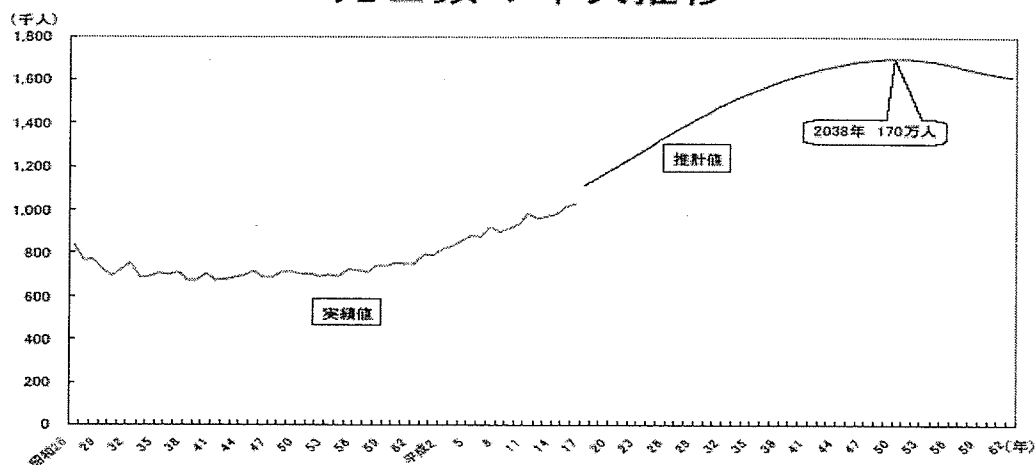
	実数	比率
全死亡	108万人	100%
自宅死亡	13万人	12%
施設	2万人	2%
病院・有床診療所・緩和ケア病棟	93万人	86%

2005年における全死亡は108万人であった。うち、自宅死亡は12%で、施設をあわせても居宅死亡率は14%（15万人）にとどまる。一方、病院・診療所（含緩和ケア病棟）での死亡は93万人である。

2038年には170万人が死亡すると推定されている。いかなる方策を講じても、この時期には、現在よりもはるかに国民医療費を要するが、医療費の伸びをできる限り抑えるためにも、「病院死亡を増やさない」という政策意図がある。今後、病院死亡が100万人前後で推移すると仮定しても、2025～2050年には、居宅での死亡者は50～70万人にのぼるといふ推定になる。

グラフ 死亡数の年次推移

死亡数の年次推移



資料: 平成16年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成17年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成14年1月推計)」(中位推計)

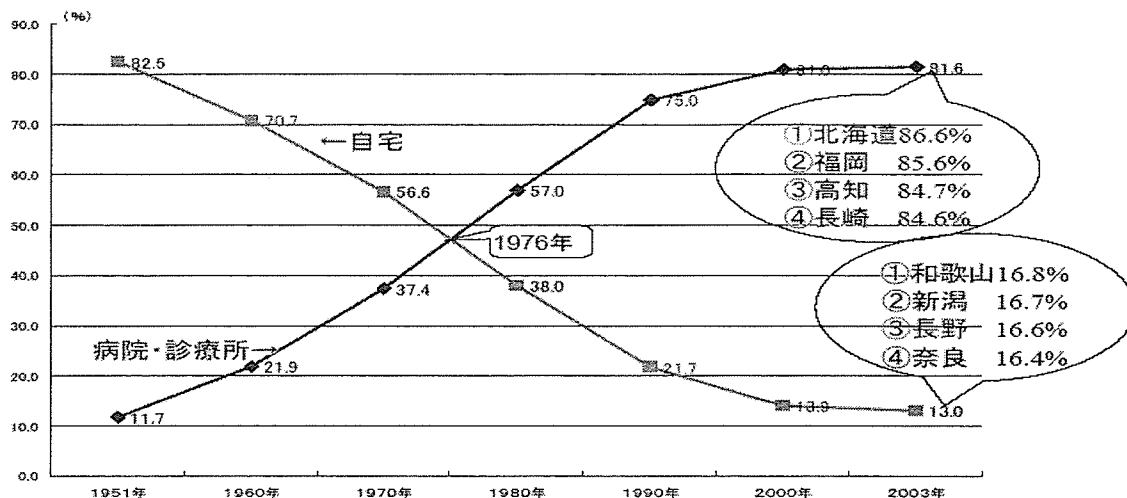
このような仮定をみる場合、「いかに最期までみる在宅医療が希求されているか」の政策的意図の輪郭を理解できる。この将来の人口推計・死亡推計を背景に、ひとつの実験として「在宅療養支援診療所」制度が創設された。

一方、昨年の報告書に掲載したとおり、私たちの分析では、「医師の訪問サービスとしての在宅医療」は1986年から2003年までの間、増えていない¹⁾。これまで厚生労働省は「在宅医療が増えている」見解を示してきたが、そこで増えているのは「在宅医療費」である。それには、インスリン自己注射等の医療費も含有され、実際の「医師の訪問サービス」を、必ずしも反映しなかった。しかし、上記の人口動態予想で希求されている在宅医療は、これまで厚生労働省が「増えてきた」と考えた「在宅医療」とは根本的に異なるものである。つまり、医師が患者宅を定期的に訪問し、かつ、24時間対応までを行い、みとりまで行う「本来の在宅医療」が増えることが希求されている。

昨年の報告書でも述べたとおり、実際には、自宅で療養を希望するADL低下障害者や終末期の方で、在宅療養を希望する人が多いことは種々のアンケート調査からも明確である。日本においては、「病院で終末期を療養し、最期を迎える権利」は保障されているが、「自宅で終末期を療養し、最期を迎える権利」は保障されていない。

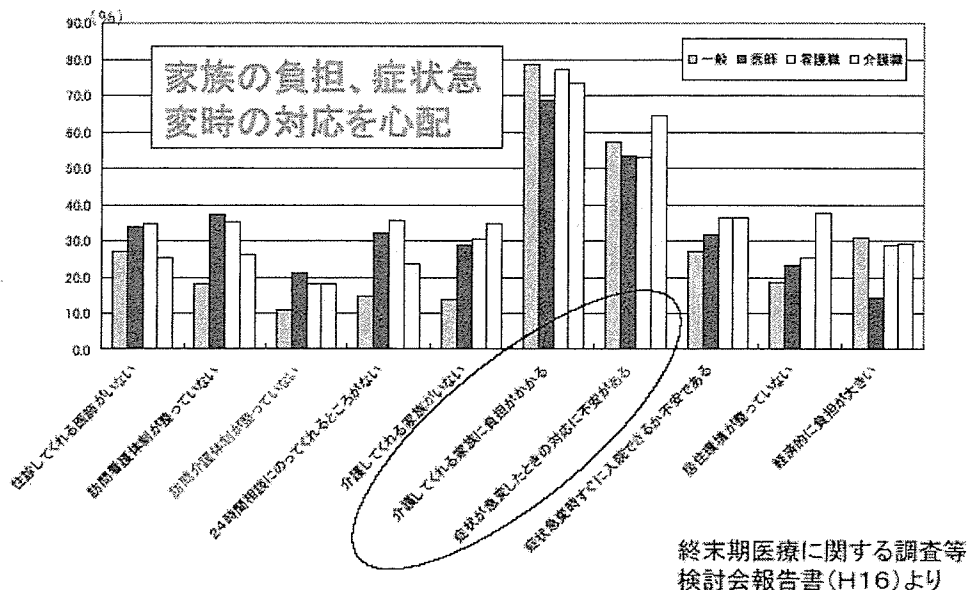
一方、自宅死亡率は2003年の13%から2005年の12%と、なお低下を続けており、「自宅で死亡することができない現状」は緩和されず、より病院死亡が優位になった。

グラフ 自宅死亡率の推移（人口動態統計調査）



自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかお答えください。



② 医療費抑制政策と在宅医療

日本は急激な高齢化が進行しており、今後、多くの高齢者を診療し、多くの患者を看取る必要がある。一方、経済は低迷しており、医療費の増加に関しては、極めて抑制的な政策がとられている。しかし、日本医療費の水準はOECDヘルスデータ(2002, 2004, 2005)によれば加盟国中 17 位であり、低い水準にある 2)。かつ、健康達成度の総合評価 (1997 年 1 位)、平均寿命(継続して 1 位)、健康寿命などは高水準にあり、日本医療のコストパフォーマンスは、世界で最も高い水準にあると考えられる。

医療費が高いことが指摘され、「医療費の効率的利用」が語られているが、「費用対効果

比」で最も効率的な本邦において、これ以上の効率化が可能かどうかは疑問である。これに対する回答の一つは「長野県モデル」であろう。長野県は、平均寿命が男性1位、女性3位であり、かつ、老人医療費は日本最低である)。また、在宅医療が進んだ諏訪中央病院所在地である茅野市が長野県で最も老人医療費が低いとされる。このように医療費が低くても効率的な老人医療が行われる要因は多元的とされるが、その要因の一つが在宅医療の普及であると考えられる。在宅医療推進は、医療費抑制政策であるとともに、自宅で最期を迎えたい多くの国民の自己実現の方策でもある。

③ 在宅療養支援診療所の現状

「みとりまで可能な在宅医療を普及する」目的で「在宅療養支援診療所」制度が発足した。「在宅療養支援診療所」とは、「24時間対応型の在宅医療を実施する診療所」と要約できる。24時間365日にわたり、患者の相談に応じ、かつ、24時間にわたり往診と訪問看護の双方ともに可能であることが要求される。この条件は自院の能力で行っても良いし、連携により行っても良いが、いずれにしろ、この三つを24時間にわたり有することが必須の要件である。

在宅療養支援診療所は、厚生労働省データによれば2006年7月1日現在で、9434箇所となっている4)。また、朝日新聞の調査によれば、2006年7月1日で9720箇所であるという。つまり、在宅療養支援診療所は、一般診療所9万8千箇所の一割に達している。現在は一万箇所をゆうに越えていると推定される。在宅療養支援診療所は偏在することが分かっており、朝日新聞によれば、在宅療養支援診療所に対する各県における75歳以上の人口は、最も在宅療養支援診療所の多い大阪府で517人、最も在宅療養支援診療所の少ない富山県で4925人という5)。

④ 在宅療養支援診療所としてのあおぞら診療所の現状

あおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸は、千葉県松戸市に所在する在宅療養支援診療所である。ここ2年間のあおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸における看取り数、夜間診療数を示した。

		あおぞら 診療所	あおぞら 診療所新松戸	合計
在宅医療実施中の 患者数(人)	2007年1月末現在	202	200	402
常勤医師数(人)	2007年1月末現在	3	2	5
死亡患者数(人)	2005年1月～2006年12月	115	139	254
死亡がん患者数(人)	2005年1月～2006年12月	50	71	121
在宅看取り数(人)	2005年1月～2006年12月	71	72	143
在宅看取り率	2005年1月～2006年12月	62%	52%	56%
在宅死亡者のうち がん死亡(人)	2005年1月～2006年12月	34 (47%)	46 (63%)	80 (56%)
がん死亡者の 在宅看取り率	2005年1月～2006年12月	68%	65%	66%
非がん死亡者の 在宅看取り率	2005年1月～2006年12月	57%	38%	47%

<自宅死亡したがん患者の特性について>

はじめに

日本人の自宅死亡率は12%程度であるが、がん患者の自宅死亡率はなお6%程度であり、がん患者の自宅死亡をサポートすることは極めて重要だと考えられる。このような問題意識から、在宅医療を受けて自宅で死亡したがん患者の特性を調査した。

[対象]

1999年4月から2006年11月までのあおぞら診療所・あおぞら診療所新松戸で訪問診療を受け、居宅で死亡した患者161名を対象とした。このうち、自宅死亡159名、施設死亡2名である。男性92名、女性59名であり、死亡時平均年齢は70.5歳であった。

[方法]

在宅医療を受けて死亡した患者カルテを検索し、在宅医療を受けた期間、がんの原発部位、疼痛緩和において使用した薬剤、末期に使用した輸液などの医療処置を調査した。

[在宅医療を受けた期間]

在宅医療を受けて死亡するまでの期間平均は106.9日であった。30日以内に死亡する方が64名で全体の40%を占めている反面、50日以上生存する人が69名(4

3%) 存在する。また、100日以内に125名(78%)が死亡し、200日以内に143名(89%)が死亡している。

在宅医療受療期間	1~10	11~20	21~30	31~40	41~50	51~100	101~200	201~
人数	23	24	17	14	14	33	18	18

