

メニュー

- ▶ [本プロジェクトについて](#)
- ▶ [コンサル手順](#)
- ▶ [コンサルご依頼](#)
- ▶ [チェックリスト](#)
- ▶ [Q & A](#)

リンク

- ▶ [熊本大学](#)
- ▶ [厚生労働省](#)
- ▶ [関連サイト
\(作成中\)](#)

お問い合わせ

- FAX:
096-373-5534
- E-mail

本プロジェクトについて

■本研究事業の名称及び概要

■ 事業名：臨床倫理コンサルテーション事業

厚生労働科学研究補助金(医療技術評価総合研究事業)「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する判断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」(主任研究者尾藤誠司)平成18年度分担研究

■ 事業の概要と必要性

病院を中心とした臨床における倫理的な勘案事項に対して、適切な判断支援のためのツールを提供するとともに、迅速なコンサルテーションを無料で行ないます。医療現場においては、ニーズが非常に高い一方、実際に我が国ではこのようなサービスは存在しないことから必要性は大きいと想定されます。

■本研究事業の目的

■ 臨床倫理支援・教育・対話促進プロジェクトの目的は次の3点です。以下、臨床倫理問題は「医療現場で日常的に遭遇する患者ケアにおける倫理・社会・心理・法的問題」、臨床倫理は「臨床倫理問題を検討する実践的応用倫理活動分野」という意味で用います。



- 1 医療専門職に対して効果的な臨床倫理教育を行うための教育介入ツールを開発、提供します。
- 2 一般市民と医療専門職の臨床倫理問題に関する対話と意思疎通を促進するための機会を設けます。
- 3 臨床倫理問題に適切に対処するための支援活動を行います。

H18年の立ち上げ以降も必要に応じて研究・活動資金を獲得し継続的な組織運営を目指す予定です

■臨床倫理コンサルテーション事業とは？

■ 臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチームは、2006年9月より、第一線で患者診療に関わっている医療従事者の方々から、現場で生じる倫理的な悩みや疑問について質問を提示していただき、それらに対してアドバイスを行う倫理コンサルテーション・サポートを試験的に開始しています(「倫理コンサルテーション活動に関する研究」(倫理第175号):H18年9月6日、熊本大学大学院医学薬学研究部等倫理委員会で承認。今後2年間研究として活動内容を評価する予定)。

一般的に倫理コンサルテーションは、医療従事者の依頼に応じて、臨床倫理の専門家が患者診療における倫理的問題を同定、分析し、依頼者に適切な倫理的アドバイス(助言)を行う支援活動です。

我々は特定の医療機関から独立した形で臨床倫理領域の専門家による倫理コンサルテーション・チームを形成し、試験的な無償コンサルテーション活動を行っています。診療チームでの話し合いや倫理カンファレンスにおける検討にもかかわらず問題に対応しきれない状況になった場合には、是非倫理コンサルテーション・サポートをご利用ください。

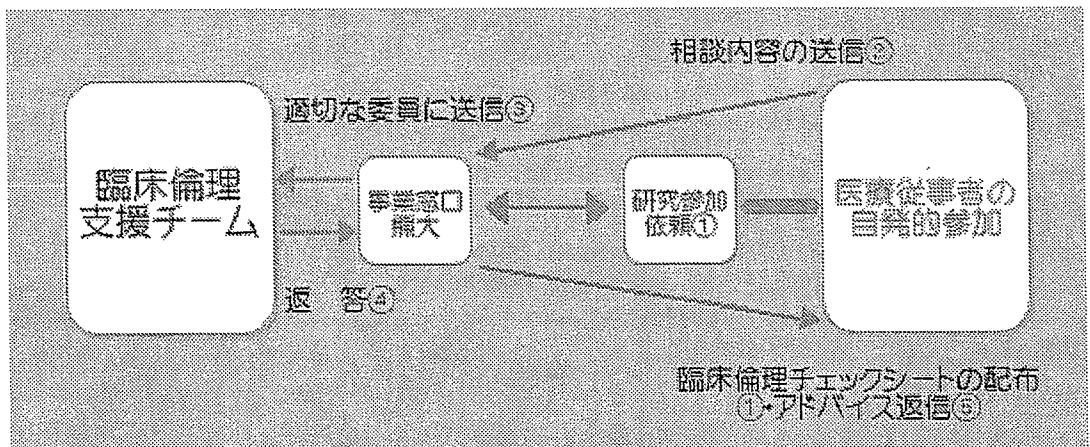
臨床倫理コンサルテーション事業で提供されるサービスの内容の詳細については別紙「『倫理コンサルテーション活動に関する研究』へのご協力御願い」を参照ください。

■本研究事業における臨床倫理支援チーム
(倫理コンサルテーションチーム)の構成(五十音順)

■ 浅井 篤	熊本大学大学院 医学薬学研究部 生命倫理学分野 教授
■ 板井 孝彦郎	富崎大学医学部生命・医療倫理学分野 助教授
■ 稲葉 一人	科学技術文明研究所 特別研究員
■ 掛江 直子	国立成育医療センター成育政策科学研究部 室長
■ 北村 俊則	熊本大学大学院医学薬学研究部臨床行動科学 教授
■ 白浜 雅司	佐賀市立国民健康保険三瀬診療所
■ 高橋 隆雄	熊本大学大学院社会文化科学研究科 教授
■ 田尻 和子	田尻法律事務所 弁護士
■ 田上 美季	熊本大学大学院医学教育部博士課程
■ 谷田 憲俊	山口大学大学院医学系研究科医療環境学 教授
■ 田村 正徳	埼玉医科大学総合医療センター小児科 教授
■ 千葉 華月	北海学園大学法学部 講師
■ 長尾 式子	東京大学大学院医学系研究科 研究員
■ 西島 信	総合病院鹿児島生協病院小児科医長
■ 尾藤 誠司	国立病院機構東京医療センター臨床疫学研究室 室長
■ 三浦 靖彦	医療法人財団慈生会野村病院 副院長

※浅井、板井、尾藤の3氏は主にマネージメントにあたります。

■本研究事業をご利用される際の手順



お問い合わせはメール・FAXでどうぞ。

Fax : 096-373-5534

E-mail : rinrisoudan-adm@umin.ac.jp

〒860-8556 熊本市本荘1-1-1
熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野
浅井 篤

[HOME](#) | [本プロジェクトについて](#) | [コンサルテーション手順](#) | [コンサルテーションご依頼](#) | [臨床倫理チェックリスト](#) | [Q&A](#) |

Copyright(C)2007 東京医療センター. All Rights Reserved.

メニュー
▶ 本プロジェクトについて
▶ コンサル手順
▶ コンサルご依頼
▶ チェックリスト
▶ Q & A
リンク
▶ 熊本大学
▶ 厚生労働省
▶ 関連サイト (作成中)
お問い合わせ
FAX: 096-373-5534
E-mail

コンサルテーションの手順について

- 1 倫理コンサルテーション事業への参加：**
 事業への参加は各医療職個人の自由な判断で行います(『倫理コンサルテーション活動』に関する研究)へのご協力お願い)をご参照ください)。このWebページをご覧になって、その趣旨にご賛同・ご理解頂いた医療職の方なら、どなたでもご参加頂けますが、必要に応じて、あなたが所属されている施設の皆さんに、臨床倫理支援チーム担当者が活動内容の詳細についてご説明させていただきます。
 そこでは、臨床倫理コンサルテーションについての詳細な説明及び『適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト』の配布(無料)や、その利用法の説明などを行います。
- 2 相談の送信：**
 相談依頼者は所定の『倫理コンサルテーション依頼用紙』に記入の上、事業側窓口(熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野)に連絡します。
- 3 依頼への対応：**
 連絡を受けた事業側窓口は相談内容を拝見させていただいた上、その内容に基づいて臨床倫理支援チームのうち最も適切な3名を選出します。
 その3名が相談内容を共有し議論したうえ回答します。
- 4 回答の返信：**
 所定の用紙『倫理コンサルテーション回答書』に記入した上、相談依頼者に直接回答書を送ります。
- 5 補足：**
 コンサルティングの基本は文書ですが、必要に応じて電話相談も可能です。また今後、WEBサイトを通じてのオンライン送信や、事業担当者が相談依頼者施設を訪ねるオンサイト相談も行ってゆく予定です。ワークショップ開催などのお知らせも随時させていただきます。院内講演会・研究会開催、模擬倫理委員会公開、市民との対話の機会としてのフォーラム実施、病院倫理委員会・臨床倫理検討部会への助言活動、倫理的問題に関する記述的研究デザイン実施の支援なども要請に応じて行います。

以上が本事業の説明となります。ぜひとも施設の職員の方々のご検討いただきたく存じます。なお、本事業にご参加いただける場合は、下記までご連絡して下さいますようお願い申し上げます。
 ご不明点等ございましたら、下記までご連絡下さい。

お問い合わせはメール・FAXどうぞ。



Fax : 096-373-5534

E-mail : rinrisoudan-adm@umin.ac.jp

〒860-8556 熊本県本荘1-1-1
 熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野
 浅井 馬



- メニュー
- ▶ 本プロジェクトについて
- ▶ コンサル手順
- ▶ コンサルご依頼
- ▶ チェックリスト
- ▶ Q & A
- リンク
- ▶ 熊本大学
- ▶ 厚生労働省
- ▶ 関連サイト
(作成中)
- お問い合わせ
- FAX:
096-373-5534
- E-mail

■ コンサルテーションの依頼フォーム

■ 依頼フォーム ダウンロード



アクロバット形式のダウンロード
※マウス右クリックで「対象をファイルに保存」を選択してください



マイクロソフト形式のダウンロード
※マウス右クリックで「対象をファイルに保存」を選択してください。

【 記 入 例 】

お名前	浅井 篤	役職	医師
ご所属	熊本大学大学院医学薬学研究部	Eメールアドレス	
		ご連絡先電話番号	096-373-5534
Q1. 今回のコンサルテーション依頼の形態は？ (以下のいずれかに○をして下さい。)			
A個人○ B. 病棟チーム C. その他			
* 「個人」の場合、当該事例の患者さんとのご関係は？ [勤務時間帯の一定期間のみの担当医]			
Q2. 今回のコンサルテーションで相談されたいポイントは？ (注：患者さんおよびその関係者の個人情報は一切記入しないで下さい)			
超高齢で、コミュニケーションが十分にとれない、非悪性疾患による「末期状態」の患者さんの治療をどこまでするべきなのか、に悩みました。一応「ナチュラルコース」に決まっていますが、ある程度、それでも極めて低空飛行（プレショック状態）でした。そのまま見守っていましたが、それでよかったのか、それともさらに何か（人工呼吸など）すべきだったのか、よくわかりません。今後同様の事例に遭遇したら、どのように対処したらよいでしょうか、悩んでいます。また一応DNAR指示を出しましたが、適切だったか疑問です。教えてください。			
Q3. 現時点で医療サイドが「医学的に最善」と考えている方針は？	Q4. 現時点で「患者さんが最も望んでいる」と考えられることは？		
私は疾患および治療による苦痛を患者さんに与えないことが最善だと思いました。	全く不明です。対話が成立しませんでした。		
Q5. 現時点での患者さんのQOL	Q6. 現時点での「ご家族の意向」は？		
(身体的充足度・精神的満足度)は？	(「家族」の定義・キーパーソンの選定)		
不明です。呼吸苦があるようですが、精神的なQOLはわかりません。意識はありましたが・・・。	「ナチュラルコースで」 (“natural course”で)		
Q7. 担当医療チーム（看護師等コメディカルを含む）の意向は？ (○一致している・いない)			
「ナチュラルコースで」 (“natural course”で)	チームでの検討を行いましたか？	○YES N	
	「NO」の場合	○	
	その理由は？	今回の倫理コンサルテーション依頼検討で外してほしいメンバー名：な	

		し 特にコンサルテ ーションを依頼した いメンバー名：な し
--	--	--------------------------------------------



お問い合わせはメール・FAXどうぞ。

Fax : 096-373-5594 

E-mail : rinrisoudan-admin@umin.ac.jp 

〒850-8556 熊本市本荘1-1-1
熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野
浅井 篤

[HOME](#) | [本プロジェクトについて](#) | [コンサルテーション手順](#) | [コンサルテーションご依頼](#) | [臨床倫理チェックリスト](#) | [Q&A](#) |

Copyright(C)2007 東京医療センター. All Rights Reserved.

メニュー

- ▶ [本プロジェクトについて](#)
- ▶ [コンサル手順](#)
- ▶ [コンサルご依頼](#)
- ▶ [チェックリスト](#)
- ▶ [Q & A](#)

リンク

- ▶ [熊本大学](#)
- ▶ [厚生労働省](#)
- ▶ [関連サイト
\(作成中\)](#)

お問い合わせ

- FAX:
096-373-5534
- E-mail

チェックリスト



適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト
厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)
「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する診断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」



■ [臨床倫理チェックリストのダウンロード](#)
[アクロバット形式のダウンロード](#)
(475KB) ※マウス右クリックで「対象をファイルに保存」を選択してください

■ 目的 :

今日の医療現場には、多彩な臨床倫理問題(医療現場で日常的に遭遇する患者診療・ケアにおける倫理・社会・心理・法的問題)が溢れ、医療従事者を悩ませています。患者さんやその家族も診療の過程や結果に満足できないことも多々あります。このような現状をかんがみ、われわれ臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチームは、医療現場での諸手続きの質を担保するための臨床倫理(臨床倫理問題を検討する実践的応用倫理活動)に関するチェックリストを作ってみました。この小さなチェックリストは、医療現場の様々な意思決定に関わる手続き(プロセス)をより適切なものにするを目的にしています。いわば医療従事者が各自またはチームで使うための臨床倫理DIY(Do It Yourself)ミニ「手続きマニュアル」です。個々の問題に関する解決策に関しては本チェックリストの守備範囲を超えますが、臨床倫理的に考えて適切なアプローチをすることで、現場の多くの倫理的社会的問題には対処できると考えます。また必要に応じて、我々が開催予定の「倫理コンサルテーション」サポートと連結できる仕組みになっています。

■ 本チェックリストの使用対象者 :

主に入院患者さんの診療にあたる医療従事者の皆さんを対象に作られています。職種は全く問いません。医療従事者が患者さんの診療・ケアに当たるための配慮すべき「最大公約数」的な内容になっています。職種や診療科によってはその専門により特化した手続き論が必要になるかと思しますので、その場合は更なるリソースを参考にしてください。もちろん外来で診療に従事する場合にも使用していただけます。他の医療関連マニュアルと同じようにユニホームのポケットに入れて、必要な時に必要箇所をバラバラと開いて使ってください。患者さんやその家族の方と診療方針を考えると、医療従事者が自分の行動や態度を「自己点検」するための重要項目が、意思決定のプロセスの流れに合わせてリストアップされています。まずは「1 意思決定プロセスの重要事項と基本的な流れ(p6. 7)」を見て、大まかな内容を把握してください。そして具体的な内容は17項目に分かれており、それぞれについて自己点検のための箇条書きチェックリストが載っています。患者さんと診療方針を決めるプロセスの各ステップ毎にチェックリストを確認してください。チェックの数が多ければ多いほど、皆さんの取っている意思決定の手続きはより適切といえたとわれわれは考えます。チェック項目を達成すべき努力目標として心に留めつつ、同時に対応策を事例毎・状況毎に模索しつつ、意思決定のための手続きを進めてください。

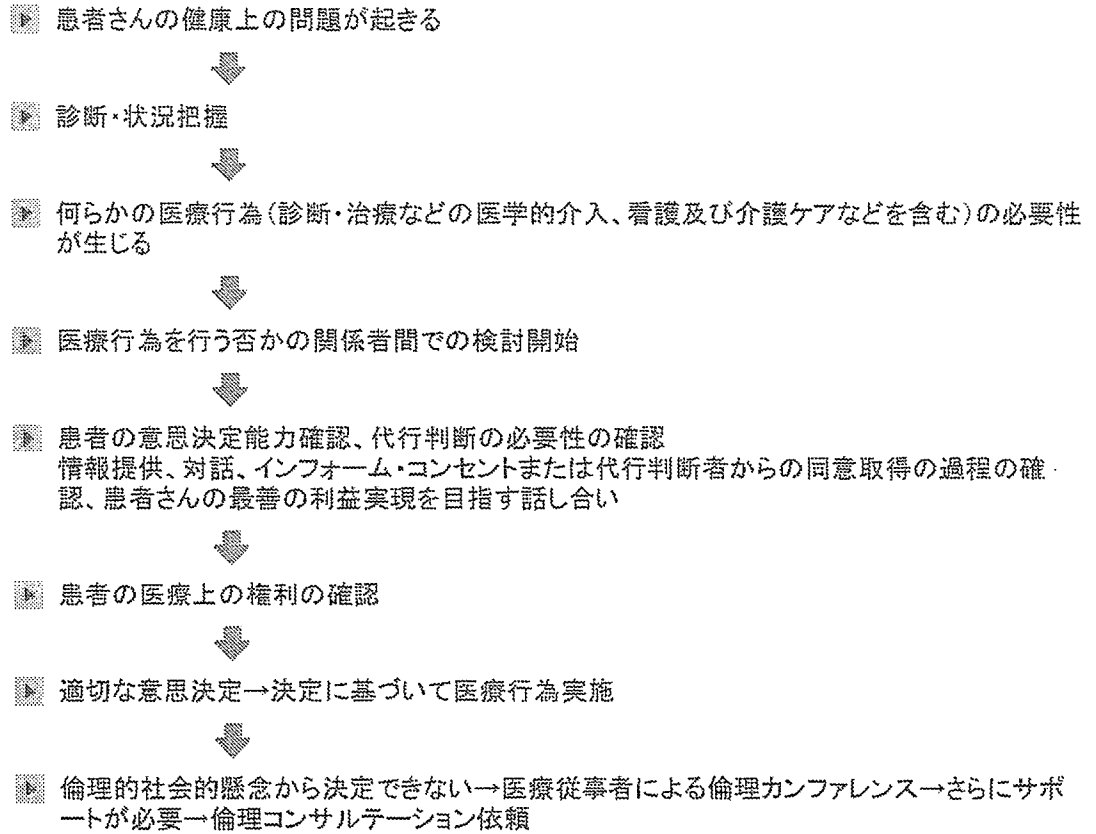
■ 倫理コンサルテーション・サポート :

われわれ臨床支援・教育・交流促進プロジェクトチームは、2006年10月より、第一線で患者診療に関わっている医療従事者の方々から、現場で生じる倫理的な悩みや疑問について質問を提示していただき、それらに対してアドバイスを行う倫理コンサルテーション・サポートを試験的に開始する予定です(熊本大学大学院医学薬学研究部等倫理委員会での承認後、2年間研究として活動内容を評価する予定です。)一般的に倫理コンサルテーションは、医療従事者の依頼の依頼に応じて、臨床倫理の専門家が患者診療における倫理的問題を同定、分析し、依頼者に適切な倫理的アドバイス(助言)を行う支援活動です。

我々は特定の医療機関から独立した形で臨床倫理領域の専門家による倫理コンサルテーション・チームを形成し、試験的なコンサルテーション活動を行っています。診療チームでの話し合いや倫理カンファレンスにおける検討にもかかわらず問題に対応しきれない状況になった場合には、是非倫理コンサルテーション・サポートをご利用下さい。

意思決定のプロセス

浅井・田上・尾藤編「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」抜粋



2つの参考資料 :

浅井篤・田上美季・尾藤誠司編、臨床倫理支援・教育・交流促進プロジェクトチーム著、「適切な手続きのための臨床倫理チェックリスト」、厚生労働科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業)「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する診断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」平成18年度報告書

浅井篤・福原俊一編、重症疾患の診療倫理指針ワーキンググループ著、「重症疾患の診療倫理指針」、医療文化社、2006年、東京

厚生労働科学研究補助金(医療技術評価総合研究事業)
「脆弱高齢者・終末期患者への診療に関する診断、および診療行為の質の評価と改善に関する研究」



お問い合わせはメール・FAXでどうぞ。

Fax : 096-373-5534

E-mail : rinrisoudan-adm@umin.ac.jp

〒860-8556 熊本県本荘1-1-1
熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野
浅井 篤

[HOME](#) | [本プロジェクトについて](#) | [コンサルテーション手順](#) | [コンサルテーションご依頼](#) | [臨床倫理チェックリスト](#) | [Q&A](#) |

Copyright(C)2007 東京医療センター. All Rights Reserved.

本プロジェクトについて

コンサルテーションの手順

コンサルテーションのご依頼

臨床倫理チェックリスト

Q&A

メニュー

本プロジェクトについて

コンサル手順

コンサルご依頼

チェックリスト

Q & A

リンク

熊本大学

厚生労働省

関連サイト
(作成中)

お問い合わせ


FAX:


096-373-5534

E-mail

Q & A


倫理コンサルテーション依頼にあたってのQ&A


 倫理的問題とはどんな問題のことですか？


 倫理的問題とは、現場で遭遇する、純粋に医学上または看護学上の知識・技術・経験だけでは対処できない、あらゆる葛藤や社会的懸案を含みます。


「倫理的に考える」とことは、「何が正しいのか、何が間違っているのか」「どんなことが善い事、どんな事が悪いことなのか」「どういう選択が適切で、どういう選択が不適切なのか」を考えることです。


「担当チームの中で治療方針をめぐる意見の相違が起こった場合はどうしたらいいのか」「患者や患者の家族が、適応がない治療を望んだ場合はどうすればいいのか」「家族が反対しているときに、患者への病名説明はどうしたらいいのか」「この患者さんには、どこまで積極的に治療をしたらいいのか」「治療を拒否する患者さんにどう対処したらよいか」「患者さんの意向と家族の希望が異なる場合はどうしたらよいか」「この患者さんに心肺蘇生術を行うべきなのか」「一旦始めた延命は決して中止してはいけないのか」「どのような状況なら患者さんの意に反した医療を行っても許されるのか」「患者さんの死を早めるような行為は常に間違っているのか」などが具体例になります。


 どんなことを相談すればよいのでしょうか？


 基本的に、どのような内容・どのような事例に関することでも結構です。日常の診療業務で感じる悩み・疑問ややりきれない思い、関係者間の意見の相違など、第三者的立場にあるコンサルト・チームからのコメントが欲しいことならどんなことでも結構です。


 昔の事例でもいいですか？依頼回数に制限はありますか？


 現在でも過去でもいつでも、どのような事例でも結構です。回数には制限はありません。

 依頼用紙に何をどのように記入すればよいのでしょうか？

 倫理コンサルテーション依頼用紙の書式は、あくまでも一つの例です。必ずしもすべての欄を埋める必要はありません。まずはご連絡をいただくことが大切ですので、メモ程度でも大丈夫です。書きたくない箇所、よくわからない箇所は書く必要はありません。

 コンサルテーション・チームからの回答はどのくらいで着きますか？

 1週間を目途に回答いたします。ただ、現在進行中の事例に関わる相談で、至急回答を必要とする場合はその旨お書きください。可能な限り、早くご返事いたします。

 誰でも依頼していいのでしょうか？

Q 職種・職位に関係なくどんな方でも結構です。

Q プライバシーは守られますか？

A 依頼をしていただいた方の個人情報に接するのは、浅井・板井・尾藤の3名のみです。あなたのプライバシーは厳重に守られ、この3名以外にあなたがコンサルテーション依頼を知ることはありません。

Q 自分が所属している施設管理者の許可は必要でしょうか？

A 必要ありません。医療従事者としての個人的な悩みや疑問を依頼していただくことが目的です。所属施設で扱っている個人情報を施設外に持ち出すことにはなりません。

Q 回答をどう活用すればいいのでしょうか？

A 回答に書かれた意見を参考意見として現場の診療に活かしていただいたり、診療チームとの話し合いの際の一つの意見として提示していただいても結構です。また、依頼された方の疑問解消や納得のためだけに個人的に活用していただいても結構です。

Q 回答書を他の人に見せてもいいのでしょうか？

A ご自由に見せていただいて結構です。

Q コンサルテーションにあたるチームメンバーは、どのように選定されるのでしょうか？

A 原則3名で常に両性を含み、異なる専門を背景としたメンバーを、依頼内容に応じて板井および浅井が選びます。

Q 病院にある倫理委員会との違いは何ですか？

A 複数の臨床倫理領域の専門家が、依頼内容に応じて迅速に対応することができます。事例やあなたの働く施設と利害関係が全くない異なる専門のメンバーが、多角的視点から協議しながら依頼内容を検討し回答します。

Q どのような媒体で送ればいいですか？

A Eメールの添付ファイルでお送りいただくことがベストですが、FAXまたは郵送でも結構です。

最後に倫理コンサルテーション依頼の詳細については、「倫理コンサルテーション活動に関する研究」へのご協力お願いをご参照ください。ご不明な点がございましたら下記までお知らせください。

お問合せはメール・FAXでどうぞ。



Fax : 096-379-5534

E-mail : rinrisoudan-admin@umin.ac.jp

〒860-8556 熊本南本荘1-1-1
熊本大学大学院医学薬学研究部生命倫理学分野
浅井 篤

[HOME](#) | [本プロジェクトについて](#) | [コンサルテーション手順](#) | [コンサルテーションご依頼](#) | [臨床倫理チェックリスト](#) | [Q&A](#) |

Copyright(C)2007 東京医療センター. All Rights Reserved.

Ⅱ 分担研究報告書

病院で死亡した患者の終末期ケアに関する遺族への自己記入式調査票を用いた調査

分担研究者 松村真司 松村医院 院長

研究要旨

今回、死別した患者の家族に対して、終末期における医師や看護師の対応、家族への配慮、延命治療に移行する可能性が潜在的に存在する侵襲性の高い医療行為の開始や治療方針の決定に関する話し合いの頻度など、死別した家族の観点から見た、終末期ケアの評価を行った。また、患者遺族の観点から、終末期における医療サービスの評価も合わせて行った。対象施設は、全国 9 箇所の 200 床以上の一般病院で、これらは、研究班の呼びかけに協力を申し出た病院である。本報告は、このうちすべての患者家族に関する調査が完了した 8 施設のデータ、269 名についての結果を報告する。回答者全員の平均年齢は 63.9 ± 11.9 歳（21—102 歳、中央値 64 歳）であった。患者が入院中に受けた医療に対する家族の主観的評価は遺族による病棟ケアに関する評価尺度（Care Evaluation Scale）を用いて測定した。すべての質問に対して回答を行った 143 名の患者遺族の平均は 72.68 点（範囲 3—100 点、標準偏差 24.9）であった。また、各質問項目の 5 点満点の評価での平均点は 3.58 点（範囲 3.38—3.83 点）であった。これらのうち、比較的高いスコアを示していたものは、「医師からご家族への説明について」「医師の対応について」であり、「患者さんの精神的配慮について」「看護師の対応について」については比較的低いスコアであった。

治療方針決定における話し合い・確認や、延命・救急処置についての話し合い、確認などは 8-9 割が行われていると回答されており、終末期にこれらの確認が行われていることが伺えた。ただし、これらの話し合いが行われていない場合には、患者遺族の病棟ケアに関する主観的評価が低いこともあわせて明らかになった。また入院中の療養環境では、なくなったときには多くの場合個室に移っていたが、10%の患者は大部屋での死亡を迎えていた。今回の結果は、現在多くの高齢患者が急性期の一般病院で亡くなっている現状において、どのような終末期医療が行われるべきであるか、という議論のための基礎データとなることが期待される。今後、さらにデータの集積と詳細な解析を続け、わが国の終末期医療の現状をより深く検討していく予定である。

病院で死亡した患者の終末期ケアに関する遺族による自己記入式調査票を用いた調査研究

研究協力者 氏名 松村真司
所属 松村医院
役職 院長

A. 研究目的

非悪性腫瘍における終末期に提供されるケアは、潜在的に患者の苦痛を加えたり、長期化するケアなどによって家族の疲弊を生じる問題点がかねてから指摘されている。とりわけ、脆弱高齢者や終末期患者に対する、気管内挿管、人工呼吸器の装着、人工透析、輸血など、延命治療に移行する可能性のある医療サービスを開始する判断や実際の医療行為については、臨床に携わる医療者の中でも非常にばらつきが大きく、コンセンサスが得られていない。患者が終末期に近づいてきた場合に、侵襲性の高い治療行為の是非を、患者自身とのコミュニケーションを通じて決定していくのが理想ではあるが、現実にはこのようなことは困難であることが多い。

このように、患者や家族とのコミュニケーションを十分に経ないままに、治療が始まった場合、患者自身ならびに家族へのストレスは大きく、その不満足が医療者や病院などの施設側に向かうことも少なくない。

ただし、実際の臨床現場では、さまざまな疾患を抱える患者に遭遇することが多く、そのような患者や患者家族にどのような医療サービス、とりわけ侵襲性の高いサービスを提供しているかに関する実証データは

不足しているのが現状である。

本研究班はそのような観点から、16年度において脆弱高齢者における診療方針の決定の際に行われる「患者の最善の利益」の査定のプロセスを中心とした、意志決定プロセスの適切性を評価するための尺度を作成し、質評価を行った。そして、17年度には、その一環として、死別した患者の家族に対して、終末期における医師や看護師の対応、家族への配慮、延命治療に移行する可能性が潜在的に存在する侵襲性の高い医療行為の開始や治療方針の決定に関する話し合いの頻度など、死別した家族の観点から見た、終末期ケアの評価を行った。また、患者の家族からみた、終末期に行われた医療ケアに対する主観的な評価もあわせて実施した。

本年は、昨年に引き続き調査の対象施設を拡大し、より多くの施設および患者・患者家族のデータを収集し、病院で行われている悪性腫瘍以外の原因疾患のために死亡した患者の診療方針決定に関するより一般性の高い評価を行うことを目的とした。

B. 研究方法

研究デザイン：

高齢者の終末期医療に関する、患者家族への調査をアウトカムとする横断研究である。

対象：

対象施設は、全国9箇所の200床以上の一般病院で、これらは、研究班の呼びかけ

に協力を申し出た病院である。本報告は、このうちすべての患者家族に関する調査が完了した8施設のデータを用いた。参加施設に関する特徴を表1に示す。

これらの施設において、平成16年10月1日から平成17年9月30日までの間に病院で死亡した65歳以上の患者を対象にしている。担当科は、内科（一般内科、専門内科、老年科、総合診療科）に限定している。また、入院期間が7日以上であった患者に限り、悪性腫瘍を主病名にもつ患者、死亡1ヶ月以内に全身麻酔手術が行われている患者、死亡時の主治医がすでに当該施設に勤務していない患者、患者診療録上、遺族調査の対象となる家族が精神疾患を抱えていることが明らかな患者は除外している。

測定項目：

対象患者の死亡時の担当医に対して、本調査協力の同意が得られた患者のうち、対象患者遺族（患者の第一連絡者として診療録に記載されている家族の氏名欄）に、調査に関する説明文書とを送付し、同時に調査票を同封し、返送を依頼した。

遺族による、終末期患者のケアについての主観的評価尺度として、森田らが開発したホスピス緩和ケア病棟ケアに対する評価尺度（Care Evaluation Scale for Hospice and Palliative Care :CES）を使用した。

本調査項目については昨年度の報告書に詳細が述べられている。「医師の対応」「看護師の対応」「患者さんへの精神的配慮」「医師から患者さんへの説明」「医師からご家族への説明」「連携や継続性について」という6つの中項目に関する全18項目の尺度で評価を行った。それぞれは、ケアを改善すべきところが「大いにある」から「全くない」の6段階Likert尺度を用いて評価を依頼した。また、これらのケアを「必要としなかった」あるいは「該当しない」の選択肢を設けた。

さらに、引き続き、治療方針に関する決定のための確認や話し合いが患者および患者家族に対して行われたかどうか、6項目を用いて尋ねた。

さらに、入院中の療養環境について、「入院中ずっと個室」「亡くなったときは個室」「ずっと大部屋」「覚えていない」の4つの選択肢で尋ねた。

同意が得られた患者は、質問票記入後、直接郵送でデータセンターに送付するよう依頼した。

分析：

記述解析として、遺族の主観的評価について記述解析を行い、それぞれの項目についてスコアを算出した。また、あわせて家族との間に、実際の治療方針における話し合いがどの程度もたれたのかを調査した。

（倫理面への配慮）

本研究プロトコールは国立病院機構東京医療センターの倫理委員会の承認を得た。

また、協力施設すべての倫理委員会の承認を得た上で研究は実施された。

C. 研究結果

本年度の研究期間中は、9 施設の患者が参入基準を満たした 285 名が研究対象となった。このうち、研究への同意が得られ、2007 年 2 月 19 日現在データを入手できている 8 施設、269 名についての結果を本報告書では報告する。

【担当患者・担当科・担当医特性】

施設ごとの回答者の年齢、性別の特性を表 1 に示す。

回答者全員の平均年齢は 63.9±11.9 歳 (21-102 歳、中央値 64 歳) であった。回答者 269 名のうち、女性は 173 名 (64%) と過半数は女性であった。回答のあった 260 名中、同居は 212 名 (79%)、また、最後の 1 週間、付き添っていた時間については「なし」が 14 名 (5.2%)、「1-3 日/1 週間」が 32 名 (11.9%)、「4-6 日/1 週間」が 38 名 (14.1%)「毎日」が 178 名 (66.2%) であった。患者との関係については配偶者が 115 名 (42.8%)、子供 118 名 (43.9%)、親 2 名 (0.7%)、兄弟姉妹 11 名 (4.1%)、その他 21 名 (7.8%) であった。

【患者が入院中に受けた医療に対する家族の主観的評価】

遺族による病棟ケアに関する評価尺度 (Care Evaluation Scale) の結果を表 3 に示す。

「医師の対応について」「看護師の対応について」「患者さんの精神的配慮について」「医師から患者さんへの説明について」「医師からご家族への説明について」「ご家族への配慮について」「連携や継続性について」の項目に分かれ、それぞれについて 2-3 項目の質問があり、全部で 18 項目について、質問した。改善すべきところが「大いにある」を 0 点、「全くない」を 5 点とし、「大いにある」、「かなりある」、「ある」、「すこしある」、「ほとんどない」、「全くない」の 6 段階で、0-100 点になるように合計点をスコア化した。

すべての質問に対して回答を行った 143 名の患者遺族の平均は 72.7 点 (範囲 3-100 点、標準偏差 24.9) であった。また、各質問項目の 5 点満点の評価での平均点は 3.58 点 (範囲 3.38-3.82 点) であった。

これらのうち、比較的高いスコアを示していたものは、「医師からご家族への説明について」「医師の対応について」であり、「患者さんの精神的配慮について」「看護師の対応について」については比較的低いスコアであった。それぞれのスコアと標準偏差について、表 2 に示す。

【治療方針決定における話し合いや確認について】

治療方針の決定や、延命・救急処置に関する意向の確認について、家族と医師との間に話し合いがもたれたかの質問をおこなった。結果は表 3 に示す。

「治療方針における確認や話し合いについて」、治療方針についての患者さんご自身の意向については 50%が「十分にあった」、

34%は「ときどきあった」、と答えており、8割強があったと答えていた。また、治療方針における家族の意向は、「十分にあった」が62.3%、「ときどきあった」が31.1%と9割以上が、なんらかの話し合いがもたれた、と回答していた。

【延命・救急処置についての意向の確認】

延命・救急処置（心臓や呼吸が停止した場合の心臓マッサージや人工呼吸など）に関する話し合いについての質問では、「家族と医師の間に話し合い」が「あった」と答えたものが84.7%、「患者さんご自身にとっての利益と不利益についての説明」が「あった」と答えた人が72.6%であった。「患者さんご自身の意向について家族と医師の間に話し合いがあったか」という問いには64.9%が「あった」ことえ、若干少ない傾向がみられた。「ご家族の意向について、家族と医師の間に話し合いがあったか」の問いに対しては85.6%が「あった」と答えており、家族との話し合いは大部分がなされていることが明らかになった。

【死亡時・死亡直前の療養環境】

遺族調査から得られた死亡時・死亡直前の療養環境について図1に示す。死亡時の療養環境は「入院中ずっと個室」と答えたものが68名（26.5%）、「亡くなった時は個室」のものが163名（63.4%）、「ずっと大部屋」のものが25名（9.7%）、「その他」が1名（0.4%）であった。

【遺族の主観的評価と、家族との話しあいについて】

図2-図7に、CESスコアにおける患者家族との話し合い、説明の有無の影響を示す。

治療方針における患者さんご自身の意向の確認、治療方針における家族の意向の確認がなされているもののほうが、主観的なケアに対する評価が高かった。

図8に死亡場所とCESスコアの関連を示す。大部屋で死亡したもののCESスコアが低かった。

考察

わが国における、悪性腫瘍以外の疾病における終末期の診療内容と、遺族の主観的な評価の関連に関する多施設調査は乏しく、本調査の結果は、現在多くの高齢患者が急性期の一般病院で亡くなっている現状において、どのような終末期医療が行われるべきであるか、という議論のための基礎データとなることが期待される。

CESを用いた遺族の主観的な評価は各項目において3.37-3.82に分布していた。比較的低かった項目は「患者さんの気分が陥込んだときに、スタッフは適切に対応していた（3.37）」「医師は患者さんに将来の見通しについて十分説明していた（3.47）」「看護師は必要な知識や技術に熟練していた（3.49）」「患者さんの希望がかなえられるように、スタッフは努力していた（3.50）」であった。一方、「医師はご家族に、現在の病状や治療内容について、十分説明していた（3.82）」「胃枝はご家族に将来の見通しについて十分説明していた（3.74）」「治療の選択についてご家族の希望が取り入れられるように配慮していた（3.77）」など、医師から家族への説明についての項目が比較的高いスコアを得ており、遺族の主観的評

価を通じて、患者よりも家族のほうに医療スタッフが注意を払っていたことが推察される。

また、終末期においての、治療方針決定に関して行われた確認・話し合いについては、患者自身の意向について、あるいは治療方針についての話し合いが、家族となされているものが8割から9割と大多数を占め、終末期についての治療方針の決定の際には医療スタッフと家族の間でほとんどの場合話し合いがもたれていることが明らかになった。また、延命・救急処置の開始についても、7-8割の遺族が、患者への利益・不利益、患者/家族の意向についての話し合いがあったと回答しており、多くの場合に話し合いがもたれていることも明らかになった。しかし、患者自身の意向についての話し合いは、家族の意向の話し合いに比べ若干低くなっていた。終末期において、患者の意向よりも、家族の意向のほうに優先されている現状をこのデータも反映していると考えられる。また、入院中の療養環境も、なくなったときには多くの場合個室に移っていたが、10%の患者は大部屋での死亡を迎えていた。

これらの終末期の状況や、終末期における患者・患者家族のコミュニケーションと遺族の主観的評価を比較すると、話し合いがなされているもののほうが、CES スコアは高値であり、評価が高いことが裏付けられている。また、大部屋で死亡した患者の遺族の評価は低くなっており、死亡時の療養環境、あるいは、死亡前の患者・患者家族と医療スタッフとのコミュニケーションと、遺族の主観的評価の間の関連が強いことが示唆されていると考えられる。

本研究のデータを解釈する上ではいくつか注意しなければならない点がある。第1に、本研究は協力を申し出た病院および研究に参加を表明した遺族に限定されている。診療に不満であった遺族や、十分なケアが行われていない病院は参加していない可能性があり、主観的評価などは現在のわが国の終末期医療を正確には反映していない可能性があると考えられる。今回のデータよりも低い評価である可能性が高いと考えられるため、より一層の介入が必要であると考えられる。

また、今回使用した CES は、妥当性・信頼性が確認された、精度の高い尺度ではあるものの、もともと緩和ケアのために開発された尺度の一部を利用しており、これらが一般の終末期における医療サービスの評価に適しているものかどうかは今後の検討が必要である。しかし、今回使用した項目は緩和ケアに特異的な項目ではなく、かつ今回の調査でも終末期のコミュニケーションや療養環境と関連があることが示唆されている。今後、一般病棟での終末期患者に対する本尺度の妥当性の検証が必要であると考えられる。

最後に、本研究で用いているのは、患者の遺族が見た、主観的評価である。本来は、最後を迎えた患者自身の評価をアウトカムに使うのが理想ではあるが、それは困難である。患者遺族の主観と、患者自身の満足との関連が十分かどうか、またどちらが「本当に」達成すべきアウトカムなのか、に関しては十分な検討が必要であると考えられる。

以上の限界を踏まえても、わが国において多施設で死亡した患者の終末期の療養状況、終末期のコミュニケーションと、遺族

の主観的評価が明らかになったことは、今後のわが国の終末期医療におけるあり方の議論には重要な知見が得られたと考える。

その他
特になし

D. 結論

【参考資料】

別添： QILS CRF ガイド

今回の研究で、わが国の病院で死亡した患者の終末期医療の状況や療養環境と、遺族の主観的評価とを比較した。今後、施設を拡大し、よりデータを蓄積するとともに、診療録から得られた療養状況と、遺族の主観的評価との関連を検証し、より実際に行われた医療サービスと、患者遺族の評価との関連をさらに検証していく予定である。

健康危険情報

特記すべきことはない。

研究発表

論文発表

特になし

学会発表

平成 19 年 3 月 18 日（日）

第 15 回 日本総合診療医学会学術集会
シンポジウムⅡ

「延命治療の中止をめぐって：Living will
と家族の希望」（石川県 金沢）

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特許取得

特になし

実用新案登録

特になし