

う上で行なわれた家族との相談・対話は比較的十分なものであった。一方で、「患者が何を利益とみなすか」に関する検討や、患者自身の選好及びその推定、複数の医療スタッフによる意思決定にいたるまでの検討については不十分性が示唆されるものであった。これらの医療プロセスを重要視した上、適切な意思決定がなされるような支援が今後是非とも必要であると思われる。

研究目的

医療の質のプロセスを測定する事は、アウトカムを測定することに比較して困難であることが多い。プロセスレベルでの評価は、医療者の行為そのものを測定するため、診療録や患者自身の想起等をリソースとして、実際に行なわれた医療者の履歴を数値化する、という作業が必要になる。チャートレビューなどにおいて医療プロセスの質評価がなされるにあたり、あらかじめ妥当性のある評価尺度を用いることになるが、多くの場合、それは臨床評価指標、すなわち、Quality Indicators (QIs) という形式をとる。

通常 QI は、糖尿病の外来診療など、ガイドラインが明確にある疾患において、眼科的診察の有無や、尿中アルブミンのチェックの有無などを QI として設定し、その達成度合いをみることで測定することが多い。その意味においては、QI を使って医療のプロセス評価を行なう場合には、特定の疾患診療分野においてエビデンスレベルの高いステートメントがあることが前提となる。

米国においては、この QI を用いた質評価が非常に広まりつつあり、Pay for Performance 制度にみられるように、個人個人の医師の診療行為について、QI を用いて測定することで、その医師の給料に影響するなどの試みがなされている。また、米国では、疾患特異性ではなく、母集団を焦

点化することで QI を活用する試みがある。Wenger らが行なっている ACOVE は、脆弱高齢者という母集団に焦点を絞った上で診療行為を測定するための評価尺度であり、様々な指標が生まれ、活用されている(1)。ACOVE には、終末期ケアに関する QI も入っており、我が国での文化的背景との違いがあるものの QI としては非常に参考になるものである。

平成 17 年度に我々が開発した“患者の利益査定プロセスに関する臨床評価指標”および“蘇生を行なわないという判断およびオーダー (DNR オーダー) のプロセスに関する臨床評価指標”は、前年度東京医療センターで調査を行なった結果、現場での利用に耐えるものであった。我々が今回の焦点であると認識している、“手続きの標準化による質向上”を進める上で、このような QI によるプロセス評価は必須のものであると考えられる。

本研究の目的は、病院で死亡した、脆弱高齢者・終末期患者の診療がどのように行われたか、記述し、上記の患者らに関する、終末期における診療方針決定プロセスを一定の手順で評価することである。

研究方法

研究デザインは、診療録調査および患者遺族に対する質問紙調査を用いた横断研究で

ある。研究対象は、研究期間中、協力病院の内科において死亡した悪性疾患をもつ、もしくは持たない 65 歳以上の患者（入院期間 7 日以上）である。まず、スクリーニングの後に対象となった患者の遺族に対し質問指標を送り、その返信の際に、患者自身の診療録を本調査目的に閲覧することのお願い文書を添えた。その説明文書に対して同意を遺族が表明した場合のみに限り、診療録を基にした QI 調査の対象とした。患者のスクリーニングから質問紙の配布に関しては、施設内の研究協力者が行い、連結匿名化情報となった質問紙票は東京医療センターに郵送された。その後、施設内で対象患者の入院診療記録を同定し、設定した“患者の利益査定に関する臨床評価指標”および“DNR オーダーの適切性に関する臨床評価指標”の 2 つの尺度を用いて、終末期ケアのプロセス評価を行なった。診療録調査は施設内の研究協力者が行ない、東京医療センターから本研究のためにトレーニングを受けた医師・看護師の免許を持つものが、調査補助のために施設訪問を行ったうえ調査を進行した。

診療録調査の内容としては、患者特性、担当科・担当医特性、終末期の療養環境、侵襲性の高い医療行為の実施の有無の他、平成 17 年度に学際的エキスパート・パネルを用いたデルファイ法により作成した、診療方針決定プロセスの評価、すなわち、「患者にとっての最善の利益の査定」についての評価項目（10 項目）、「DNR（Do not resuscitate）オーダー」についての評価項目（9 項目）を QI として設定し、各診療プロセスが行なわれているかどうかについて、“はい”“いいえ”“評価対象外”として

入力を行なった。

診療録調査にあたり、対象となるすべての施設における倫理審査委員会に申請を行ない承認を得た。

研究結果

協力施設は 10 施設であり、現在、7 施設で調査完了しているため、本報告書では 7 施設でのデータ解析結果を示す。現時点での患者/患者遺族数 213 名、患者平均年齢 80.5 ± 8.2 歳（65-101 歳）であった。女性の割合は 85 名（40%）、入院期間の分布としては、7 日-14 日が 47 名（22%）、2-4 週間 60 名（28%）、1 ヶ月以上が 106 名（50%）であった。

図 2 に死亡時の療養状況を示す。多くは死亡時個室であったが、10%少々は大部屋での死亡であった。約半数は病院の規定を超えて面会制限を抑え、極力制限がない形であった。また、80%以上は主治医によって死亡確認がなされていた。死亡時の医療行為の有無について図 3 に示す。蘇生に関連する医学的行為が行なわれているものの割合は少なかったが、医療行為のなされた割合にばらつきが見られた。

次に、“患者にとっての最善の利益の査定” QI に関する、基準達成割合を表 1 に示す。平均での達成率は 73.1%であった。患者の意思決定能力の判定や、患者の身体的・精神的苦痛の査定はおおむね行なわれている結果となったが、一方で、患者自身の治療方針に対する意向の記載割合は低く、また、「患者が何を利益とみなすか」に関する患者に近い人々の見解が記載されている割合は 30%未満と低い達成率であった。

次に、「DNR (Do not resuscitate) オーダー」についての QI 評価結果を表 2 に示す。全体の達成割合は 67.8% であった。4分の3以上は死亡 24 時間前までに、心肺蘇生術施行に関する指示が記載されていた。また、8 割以上は DNR 判断とした医学的根拠について記載がされていた。一方、患者の心肺蘇生術についての意向が検討されていた割合は 10% 前後であり、DNR 指示決定のプロセスにおいて、複数のスタッフによって検討が行われている割合は約半数であった。

考察

今回の我々の研究では、我が国においては、悪性疾患に限らず終末期の診療プロセスについて、QI を用いて評価し実証的に記述したはじめての試みである。本研究事業に参加した施設及び施設研究協力者は、自らの施設の診療を測定することに賛同頂いたグループであり、一般的な医療施設に比較してより質の高い医療、もしくは、終末期ケアについて感受性の高い施設であると考えることが出来る。そのため、予想に比較しておおむね高い達成率をみる事が出来た。療養環境については、死亡時刻にかかわらず大多数は主治医・担当医が死亡確認している事が確認され、患者にとっては何時でも主治医が自ら対応しているという美点がみられた一方、犠牲的な過労も案ずる結果であると思われた。

QI 評価の結果については、重要な点が浮き彫りになっているといえよう。すなわち、

情報の収集や、診療方針に関する家族との面談に関して言えば、本調査で得られた結果は我が国の医療の質の高さを示すものである。面談の回数も診療録から得られた情報としては十分に多く、少なくとも本研究事業に参加した施設では、情報の収集や家族とのコミュニケーションに対する意識は高いと考えられる。一方で、我々研究班が重要な意思決定を行なう上で肝要であると認識している医療プロセスである、患者にとっての最善の利益を意識した上希求すること、また、複数の医療職種が関与した上重要な意思決定を行なうこと、については、我が国において問題があることも浮き彫りとなった。今後、延命治療に関連する意思決定のプロセスの質を高めるような指針や推進へのアプローチを行なう上で、以上の点についてさらに意識を高くするような方略を考える必要がある。

結語

我々が今回行なった調査の結果では、重要な意思決定における適切な医療プロセスはおおむねおこなわれていたが、一方で、「患者の最善の利益」を意識した情報収集と査定、そして、複数スタッフでの検討に関してそのプロセスに問題があることが示唆された。これらを健全に医療プロセスに組み込むことを可能にするような支援が今後は是非とも必要となる。

参考文献

- (1) AGOVE

健康危険情報

特記すべきことはない。

研究発表

特になし

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

その他

表 1

“患者にとっての最善の利益の査定” Q1	対象患者	達成 (%)
患者自身の病状理解に関する情報が記載されている	142	49.3
患者の意思決定能力の有無の判定が行われている	200	81.0
患者の治療方針に対する意向が記載されている	135	31.9
患者の身体的・精神的苦痛が記載されている	198	96.0
患者の見当識に関する情報が記載されている	199	91.5
「患者が何を利益とみなすか」に関する患者に近い人々の見解が記載されている	210	29.0
患者の家族の治療方針に関する情報が記載されている。	212	79.2
患者の代理意思決定者が誰なのかについて記載されている。	212	89.2
患者の死亡1か月以内に、担当医療チームが最善と考える医療方針が記載されている	212	95.3
患者の死亡1か月以内に、担当医療チームが最善と考える医療方針についての情報が患者もしくは家族に提供されている。	212	88.7
全項目における平均達成率		73.1%

表 2

「DNR (Do not resuscitate)オーダー」についてのQI	対象患者	達成 (%)
患者自身の病状理解に関する情報が記載されている	138	44.9
患者の意志決定能力の有無の判定が行われている	198	78.8
患者の心肺蘇生術についての意向が検討されている	138	12.3
患者の家族の心肺蘇生術についての意向が記載されている。	205	69.3
死亡 24 時間前までに、心肺蘇生術施行に関する指示が記載されている	199	76.9
DNR 指示が出された患者における他の諸治療について、具体的な指示が出されている	161	95.0
DNR 指示に従って、心肺停止時に心肺蘇生術が行われなかった	159	96.9
DNR 指示の医学的根拠が記載されている。	159	83.0
DNR 指示決定のプロセスにおいて、複数のスタッフによって検討が行われている。	162	53.1
全項目における平均達成率		67.8%

図1 データの流れ

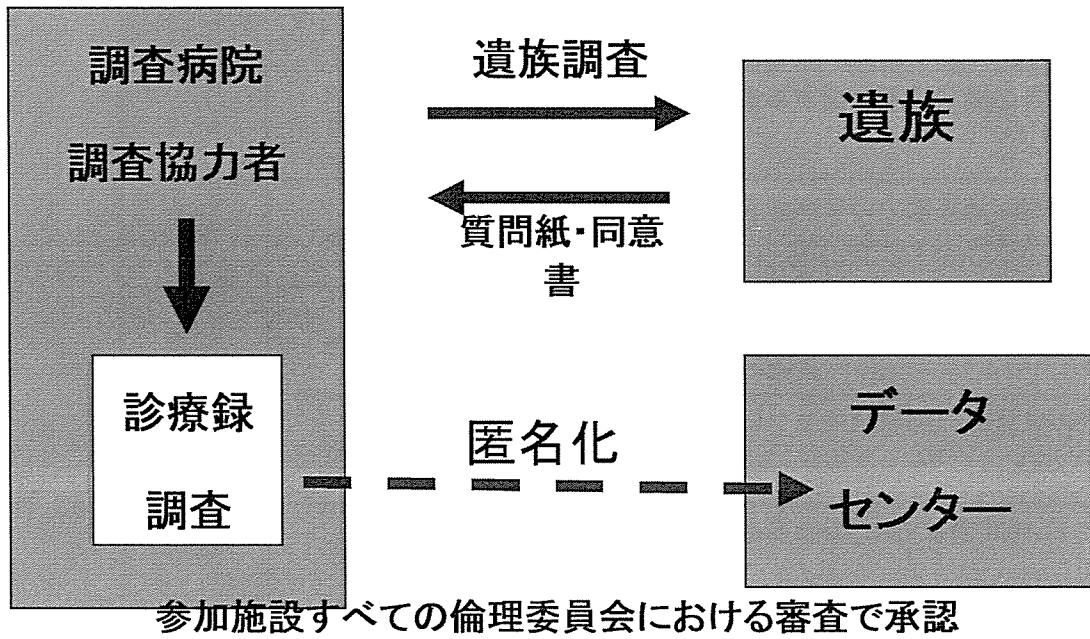


図2 死亡時の療養状況

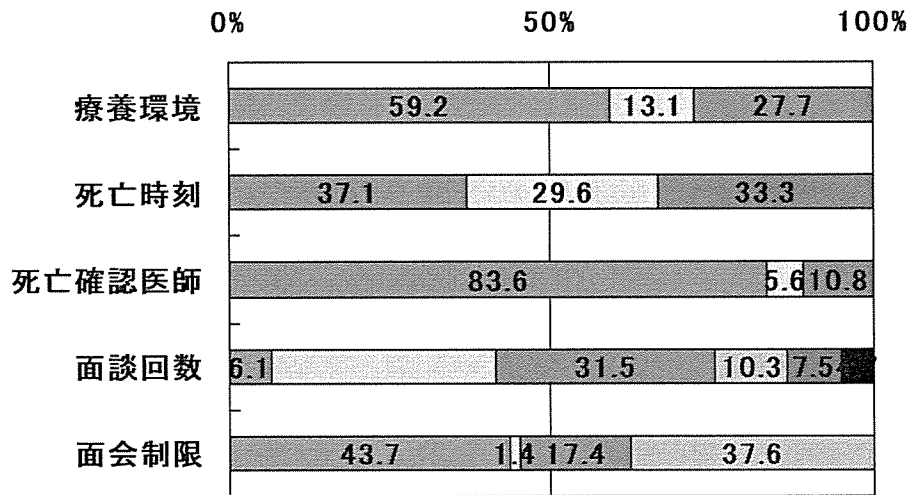


図3 死亡時の医療行為

