

入院高齢患者の「自らの生死」に対するイメージの実態

対象・方法:入院中の75歳以上の高齢者 (平均年齢=83.5歳、男:女=3:5)
質的研究・因子探索研究

1. 家族に負担がかからないことが優先
自分の介護が入ることで家族が不幸になるという認識 等
2. 今後の自分を予想しようとし
ない
情報がなくては自分に起きることがわからない 等
3. 死について語る場の探索
家族が死について語ることに消極的な態度を示す 等
4. 病院ができる医療への期待感
苦痛をとるためには病院の世話になるしかない 等

国立長寿医療センター中5階病棟研究より

家族の問題 1)

—本人としてvs家族として—

認知症が進行して口からの食事・水分が摂れなくなったとき(%)
回答者134名(男性44名、女性90名)平均年齢 71.69歳

ケア方法	本人自身 (%)	家族として (%)
他の人(医療者)に介護を任せる	35.0	40.0
一人で何とかする	10.0	15.0
食事の介助のみ希望	15.0	10.0
一人で行う(2000kcal未満)	10.0	15.0
一人で行う(2000kcal以上)	10.0	15.0
一人で出来るだけしたい	10.0	15.0
一人で出来るだけしない	10.0	15.0

平成17年度厚生労働省老人保健健康増進等事業による研究報告から
NPO法人 在宅ケアを支える診療所・市民全国ネットワークによる

家族の問題 2) —本人vs家族の意向—

最期を迎えるのはどこが最も望ましいか

対象	自宅	老健	特養	GH	病院	その他	無回答
老健家族	41.9%	26.4%	21.8%				
老健本人	66.8%	19.7%	14.6%				
特養家族	20.3%	63.2%	21.6%				
特養本人	22.3%	49.6%	16.4%				
GH家族	22.0%	36.1%	30.6%				
GH本人	38.1%	34.2%	13.4%				

愛知県下の老健・特養・GHのアンケート調査 利用者回答数 987名 家族回答数 955名
H17. 11. 10-11. 30 厚生労働科学研究費長寿科学総合研究事業(三浦昭)平成18年度報告から

家族の問題 3)

—家族それぞれの思いの異なり—

娘 藤原澄子 (48歳・パート主婦)
後妻 平野君江 (71歳・無職) 介護に疲れ殺意も
息子 平野久夫 (45歳・医師) 後妻を母と思っていない
平野宗吉 (73歳・無職) 脳梗塞等でねたきりに 一旦は息子に引き取られるが最後は後妻のいる自宅に
嫁 平野知美 (42歳・専業主婦) 夫をとるか、義父をとるか 私が介護を担う前に 義父には選んで欲しい
微熱のときに 「入院患者なら抗生剤や解熱剤をするが、 なにもしないで寝取ろう」

南木佳士(本名 露田哲夫)「家族」より

臨床倫理委員会


第三者の集まりでどこまで踏み込めるか

死なせるか
死なせるか
死なせるか

顕在化した臨床倫理委員会の問題

「否定できぬ選択肢」
「否定できぬ選択肢」
「否定できぬ選択肢」

医師の倫理観の隔たり 1)



「許されるべきでない」
 謝罪刑事責任、捜査見守る

医師の倫理観の隔たり 2)



医師の自律と自己決定の範囲

医師の自律

「医師は自己の倫理観に大きく背くことがない限りにおいて、患者自身の判断に従って患者に恩恵を与える」


バイオエシジスト 森川功著「生命倫理の基本原則とインフォームド・コンセント」

自己決定の範囲

「弱くある自由へ」 立岩真也氏

隠喩 (Metaphor)

ある事柄を別の何かを通して理解し、経験すること (Mark Johnson)
 ある事柄を別の何かによって解釈するという比喩的な表現 (Soslkice)



隠喩としての病い
エイズとその隠喩

戦いとしての医療
 医師は病気に対する戦いを先導する指揮官のように見なされる
 → 医学的司令官(行政)の指導のもとで、ガンやエイズに対する宣戦布告をすることがある。「かつて病気に対する戦いを望んだのは医師たちだったが、今や病気と闘っているのは社会全体である」(Susan Sontag)

参考: 生命倫理百科事典I(p522-533)

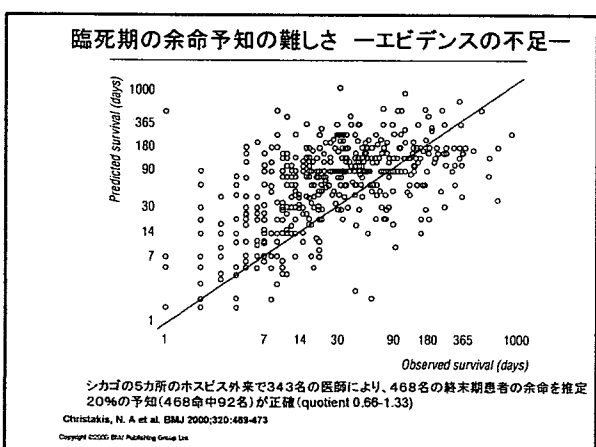
↓

「ねたきりや重度の認知症になってまで生きていたくはない」
 (ねたきりや重度の認知症は戦いに敗れた人?)

日本老年医学会の立場表明 2001.6

立場
 ■立場-1:
 高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別に反対する。

【論拠】適切な医療およびケアを受ける権利は侵すことのできない基本的な人権である。この権利は、重度痴呆患者など判断能力が低下している患者にあっても保障されるべきものである。



終末期医療と法律

法律の議論は混迷状態

- ・ 安楽死行為と尊厳死行為
- ・ 死期の切迫と終末期
- ・ 苦痛の緩和と尊厳の維持
- ・ 病者の自己決定権、推定的意思
- ・ 本人の決定・家族の決定・医療的決定
- ・ 死の結果に対する法的責任の追及と医療決定のガイドラインの策定

第5回後期高齢者医療のあり方に関する特別委員会(平成18年12月12日) 町野翔氏

終末期医療に関する判例

- ・ 東海大学病院事件(点滴、フォーリー・カテーテル、エアウェイの撤去)横浜地方裁判所・平成7年3月28日・判例時報1530号28頁
- ・ 川崎協同病院事件(抜管)横浜地方裁判所・平成17年3月25日・判例時報1909号130頁＝判例タイムズ1185号114頁

その後東京高等裁判所→最高裁判所

・ 終末期医療の中止に関する裁判例はこれだけ。現在はこの判例を見ながら、ガイドライン作りなどを考えなければならない段階。

第5回後期高齢者医療のあり方に関する特別委員会(平成18年12月12日) 町野翔氏

医師による積極的安楽死と治療行為中止の一般的許容要件を提示した判決
1995横浜地裁判決

1. 治療行為の中止の要件について

- ①患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあることがまず必要である
- ②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それは治療行為の中止を行う時点で存在する必要がある
- ③治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投与、化学療法、人工透析、人工呼吸器、輸血、栄養・水分補給など、疾病を治療するための治療措置および、あるいは生命維持のための治療措置など、全てが対象となつてよいと考える

2. 安楽死の要件について

- ①まず、患者に耐え難い激しい肉体的苦痛が存在することが必要である
- ②次に、患者について死が避けられず、かつ死期が迫っていることが必要である
- ③さらに、患者の意思表示が必要である
- ④生命の短縮を承諾する患者の明示的意思表示がある

「医療と法」の現在

- ・ インフォームド・コンセントの原則が法論理として確立される

医師父権主義(Medical Paternalism)

患者主権主義(Patient Sovereignty)

↓

インフォームド・コンセントによって保障された自己決定権を根底におきながら、患者が自覚的に医療に参加し、そして医療行為の決定については、情報提供と同意・選択を通じて相互尊重と共同意思決定が重視される

文献 実務医事法講義

日本の医療倫理の歴史

—患者の権利—

- 1968年 国内初の心臓移植(「和田移植」)
- 1982年 薬害エイズ
- 1995年 東海大学「安楽死」事件(横浜地裁)
- 2000年 「エホバの商人」最高裁判決
- 2001年 ハンセン病国家賠償請求訴訟判決(熊本地裁)

生命倫理の欧米化の波

- ・ インフォームド・コンセント(IC)の導入(1992の医療法改正で確実に)
- ・ 治験におけるGCPの運用(1990-)—ICのレベルの欧米化
- ・ 臓器移植法(1997)—脳死が人の死となることを認めるとともに、政治的な妥協策として、厳格なインフォームド・コンセントをその必要条件に据えた
- ・ 個人情報保護法(2003)—家族に最初に告知することが問題化

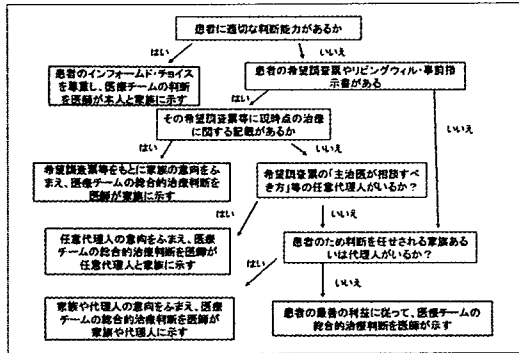
↓

この倫理の欧米化の波に揺れ戻しはおきるか？

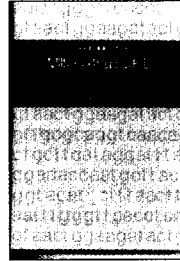
個人情報保護法以外は「日本の医療と法」ロバート・B. レフラーによる

希望調査票を用いた医療決定プロセス

病態が明らかで、状態が悪化している場合に用いる



ドイツ連邦議会のとりくみ

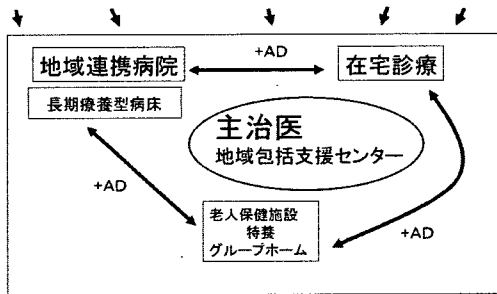


審議会は、事前指示の領域での法的不安定さを直面するとき、明確化への社会的影響が大きいことを認める。だから、審議会は「最後まで人間らしく生きる」(„Menschenwürdig leben bis zuletzt“)ということの中核に据える枠組みの中で、患者による事前指示というテーマを真っ先に取り扱い、できれば議会が現在の任期中に投票で必要な決定を下せるよう報告書の公表を決定した。<死に寄り添うこと>(Sterbenbegleitung)という、さらに続く諸問題は、この報告では、事前指示の法制化にとり重要となる範囲で言及される。緩和医療やホスピスの活動を含む、<死に寄り添うこと>の諸テーマは、審議会の最終報告の対象とされる予定である。

自己決定を尊重した地域連携モデル

—地域での倫理ジレンマへの対応—

功利主義 トリアージ 経済的問題 家族の不均質性 隠蔽 尊厳



厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

高齢者の呼吸器疾患の終末期ケアに関する研究

研究分担者 中島 一光

国立長寿医療センター 包括第三内科医長

研究要旨

高齢の呼吸器疾患患者のなかでも肺がん患者に的をしぼり、在宅での看取りを可能にする要因を検討したところ、統計学的に有意な要因は、輸液や酸素や吸引といった医療行為のないこと、アルブミンやコリンエステラーゼといった栄養学的指標が高いこと、社会復帰支援室の介入があることであった。

また、デンマークの在宅医療とイギリスのホスピスを視察して明らかになった事柄をあげた。なかでも、専門看護師を中心とした終末期医療体制、寄付金やボランティアの活用などは、わが国が在宅医療を推進するにあたって参考とすべき重要なポイントであると思われた。

A. 研究目的

わが国では約3人に一人がガンで死亡するとされているが、なかでも肺ガンは胃ガンを抜いて死因の第一位となっている。高齢者の場合には、手術療法が困難であるばかりか、副作用を考慮すると化学療法もままならないことも多い。そこで治癒よりもケアに重点をおいた緩和医療の充実が求められることになる。わが国では人口が高齢化しており、今後しばらくの間、このような肺がん患者がますます増加すると見込まれている。

一方、高齢者が住みなれた自宅で最期を迎えることができるように態勢を整備していくことは、高齢社会を迎えたわが国の重要な課題とされている。日本の年間死亡者は現在の110万人から2040年には170万人に増加すると見込まれているが、当センターにおかれた「在宅医療推進会議」では「在宅で最期を迎える人の割合を現状

の約12%から5年後には25%にまで引き上げる態勢づくりを目指すべきだ」としている。このような背景のなか、今回の我々の研究は、高齢者呼吸器疾患のなかでも肺がん患者に的をしぼり、在宅で終末期をむかえるために必要な要因を探ることにした。またがんを含めた在宅での終末期医療の現状について、イギリスとデンマークのホスピス事情を視察したのであわせて報告する。

B. 方法

当院における肺癌患者の在宅での看取りを可能にした要因を検討するため、2003年4月1日から2007年1月31日の間に、呼吸器病棟に入院し同一主治医が担当し、病院または在宅で看取られた43人を対象として、年齢、性別、病名や余命告知の有無、診断から最終入院までの期間、本人や家族や医療者の療養場所の意向、同居家族数や主介護者の種別、各種医療行為（麻薬、輸

液、吸引、酸素)の有無、栄養学的指標(血清アルブミン、総コレステロール、コリンエステラーゼ)を調査し、統計学的に検討を加えた。

C. 結果

対象は65歳以上が31人(男性24人、女性7人)、65歳未満が12人(男性7人、女性5人)であった。

単変量解析で、在宅での看取りとの関係が統計学的に有意であった要因は、以下の6つであった。

- 1・女性であること
 - 2・社会復帰支援室の介入があること
 - 3・平成18年度以降であること
 - 4・医療者や家族や本人が在宅での看取りを望むこと
 - 5・輸液や酸素や吸引といった医療行為がないこと
 - 6・アルブミンやコリンエステラーゼといった栄養学的指標が高いこと
- であった。

次に多変量解析の結果、

1. 酸素のないこと
 2. 吸引のないこと
 3. アルブミン値が高いこと
 4. 輸液のないこと
 5. コリンエステラーゼ値が高いこと
 6. 社会復帰支援室介入のあること
 7. コレステロール値が高いこと
- が関与していたことが明らかになった。

このように、肺癌患者の在宅での看取りを可能にする重要な要因は、輸液や酸素や吸引といった医療行為がなく、アルブミンやコリンエステラーゼといった栄養学的指標が高く、これに社会復帰支援室の介入が

あることであった。

D. 考察

高齢者の場合には、呼吸器疾患の悪化によって呼吸不全が進行しても、人工呼吸器の装着を希望しない患者が増えていることはすでに報告した。それがガンとなれば、なおさら人工呼吸器をつけるような延命治療を望まないケースがほとんどである。苦痛の大きい気管内挿管が必要となる人工呼吸器装着はもとより、気管内挿管の代わりに鼻マスクを用いる非侵襲的人工呼吸器も登場することはほとんどない。命の長さに絶対的価値を置いてきた医療が、長さよりもむしろその質の方に目を向け、疼痛をはじめとしたあらゆる苦痛の緩和を第一に考えるようになった結果であろう。そして、患者とともに病気に向き合い、医療の可能性ばかりではなく、限界についても正直に語りあい、限られた中で患者の望むところを最も大切にしようとする努力から生まれた必然である。

その結果、病院という治療の場において、最期を迎える必要はなくなってきた。患者が住み慣れた自宅で、残り少ない生を全うしたいと思うことは至極当然である。しかし、わが国における在宅での看取りは現実には容易ではない。それを阻む要因を考察する前に、在宅での看取りを可能にした要因を当院で経験した症例において検討してみた。すると、結果は、「比較的元気なうちに社会復帰支援室の介入がある場合に可能となる」ことが判明した。これらのケースでは病状が悪化したとあって再入院することなく、自宅で最期を迎えたのであるが、恐らくそれを可能にしたのは、今回充分検

討できなかった、往診医と訪問看護や介護の力であったことは想像に難くない。

今回我々はデンマークの在宅医療とイギリスにおけるホスピスを視察した。日本とのあまりの差の大きさに、愕然とするばかりであったが、その内容をいくつか報告しておく。

デンマークにおける在宅死とホスピス

デンマーク第2の都市であるオーフス市を訪れ、ローカルセンター、家庭医、大学緩和チーム、そしてホスピスを視察した。

- デンマークではターミナルケアは全て無料であり、さらに患者家族には介護休暇と介護手当が支給される。しかし家族は身体的介護をするとは限らず、むしろ精神的介護を期待されている。
- ホスピスか在宅かは本人ではなく緩和ケアチームが決める。
- 亡くなる1-2日前(直前)は24時間人をつける。(家庭医を通してヘルパーをつける)
- 家庭医は家庭医専門医であり、自分の受け持ち1500程の患者リストを持ち、長い間の患者との付き合いで、密接な関係を築いている。
- 在宅で死を迎える理想の形は、患者が家庭医と密接にコンタクトできること、また在宅ケアのナースとも密接に連絡をとれること、さらに家庭医と在宅ケアのナースが密接に連絡を取ること。
- 家庭医では難しいときには専門医を呼んだり、緩和ケアチームと電話相談する。
- 緩和ケアチームも往診訪問する。

- 在宅医療の要はナース。病院ナースが介護プランをたててレポートを作成し、在宅ケアのナースへバトンタッチする。
- 在宅ケアのナースはミダゾラムの注射もできるが、そのタイミングもナースが判断している。
- ガン患者が病院に戻ることは少ない。
- 2002年には病院死は全体の50%で、在宅死は22%であった。
- 2006年には患者の70-80%が在宅死を希望し、ガン患者の25%が在宅死した。
- 家庭医に亡くなる前3ヶ月に診てもらうと、在宅死は5倍に増えるという。
- リビングウィルや事前指示書はないが、栄養点滴をしても栄養にならないこと、水分点滴の害について、症状悪化時のDNRなどについてあらかじめ患者や家族と何度も繰り返しよく話し合いを持ち、説明しておく。
- 緩和ケアチームでは、スタッフの精神的なケアや患者遺族のグリーフケアも行う。
- ホスピスの運営は州の仕事であるが、ボランティアや賛同者からなる理事会が資金を集めて建設し、所有している。入居者は無料。
- ホスピスに入る基準は、1. 回復しない病状で、治療が終了しており、残りの寿命が短いこと。(平均入所期間は17日)、2. 本人が希望すること、3. スタッフの働きにより何か得るものがあること。
- ホスピスの目的は在宅ケア態勢を支援すること。専門家スタッフを教育・養成すること。

イギリスにおけるホスピス

イギリスではロンドンにあるロイヤルフリーホスピタルとセントクリストファーホスピスを視察した。

- 緩和ケアチームにおいて、医師はリソースであり、コンサルタントである。メインはあくまでもナースであり、クリニカル・ナース・スペシャリスト（CNS）が中心となる。
- チームの目標は、患者が変わり行く状況に適應できるように支援すること。
- 家庭医（GP）や緩和ケアができる訪問看護師（コミュニティーナース）と連絡をとることも重要な仕事。
- イギリスでは病院で亡くなる患者が66%であるが、国は今後さらにこれを減らしたいとしている。
- 緩和ケアチームはガン患者以外にも、腎不全、心不全、認知症、HIVなどの患者にもかかわっている。
- 自己決定を促し、グリーフケアもする。
- 2000年からナースコンサルタントが認められた。CNSであって、患者とかわりあひながら、研究、教育、チームリーダをする。処方もできる。
- ナースには何段階もの階級がある。
- ホスピスの資金としてはNHSだけでは運用できず、寄付金（財団）で成り立っている。
- 患者が最期を迎えるときは、財団がナースを派遣し、24時間ケアをする。
- セントクリストファーホスピスでは、患者48%が自宅で亡くなり、30%がホスピスで亡くなり、20%が病院で亡くなるという。
- シシリーソンドース女史が1967年に

建てた施設で、その後の緩和ケアの精神を世界に広げる活動をしている。

- コミュニティーとの連絡を構築するため600人のボランティアを使う。
- そのため職安のようなインフラがある。
- 充実したボランティア養成カリキュラムがあり、トレーニングを受けなければならない。ボランティアを続けられるのは50-60%である。
- 約150人がグリーフケアをしている。患者にかかわる24人は、特別トレーニングを受けている。

E. 結論

今回我々の検討から、肺ガン患者の在宅での看取りを可能にするには、比較的状态が良いうちに社会復帰支援をすることが大切であるとわかった。今後は、これをスコア化するなどして、患者の個別評価に役立てる試みを続けたい。

また、わが国の在宅医療を推進するのに参考となることがらを、デンマークとイギリスの視察から浮き彫りにして提示した。ナースの働きが中心となっており、寄付とボランティアが不可欠であることが重要なポイントであると思われた。

F. 研究発表

高齢肺癌患者の在宅での看取りを可能にする要因について；2007年日本緩和医療学会

【研究協力者】

西川満則 国立長寿医療センター呼吸器科
横江由理子 国立長寿医療センター看護部
千田一嘉 国立長寿医療センター呼吸器科
八木哲也 国立長寿医療センター呼吸器科

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

（分担）研究報告書

認知症、神経内科疾患患者の終末期ケアに関する研究

研究分担者 武田章敬 国立長寿医療センター

第一アルツハイマー型認知症科 医長

研究要旨

当院神経内科に入院され、死の転帰をとった高齢者の6症例について終末期の医療の方針決定と実際に提供されたケアの内容を調査した。今回検討した症例で事前指示のある症例は一例もなく、患者の意思表示が可能な場合を含めて、御家族の意向が方針決定に重要な役割を果たしていた。患者本人の希望と御家族の希望が異なる場合、双方が納得できる治療法を選択できるように総合的な調整が必要であると考えられた。

A. 研究目的

昨年度までの本研究において、当院神経内科に入院され、死の転帰をとった症例につき調査を行い、高齢の症例では事前指示のある症例が少なく、ほとんどの症例において御家族の意向で方針が決定されていたこと、筋萎縮性側索硬化症の患者においては事前指示が有効に機能していたこと、終末期の方針決定に関して、御家族の意向、医療側の葛藤、施設入所の条件など複雑な要素が絡んでいること、事前指示の有効性の問題や終末期と判断してよいかどうかの問題があることなどを報告してきた。

本年度の研究においても引き続き、現在行われている終末期ケアの方針決定と実際に提供されたケアの現状を調査し、問題点を明らかにして、指針構築のための基礎的なデータを提供することを目的とする。

B. 研究方法

平成19年度に当院神経内科に入院し、

死の転帰をとった患者を対象として、終末期の医療に関する方針決定の状態と実際に行われた医療について、診療録および主治医へのインタビューをもとに検討を行った。

C. 研究結果

対象となったのは6症例であった。各症例を提示する。

症例1（82歳、女性）

脳梗塞、うつ病、認知症の既往あり、脳梗塞、てんかんにて入院となった。貧血、心不全を合併し、輸血、中心静脈栄養、利尿剤、酸素吸入等の治療を行ったが、徐々に心不全は悪化。患者の事前指示はなく、御家族は人工呼吸器、心臓マッサージを希望されず、呼吸状態悪化し死亡された。

症例2（79歳、女性）

幻覚・妄想を伴うパーキンソン病にて外来通院中、肺炎のため入院となった。抗生剤による治療により、肺炎は改善し、嚥下訓練を行ったが、肺炎を繰り返した

め経口摂取を断念した。御家族は胃瘻造設を希望されたが、患者は拒否したため中心静脈栄養を継続した。3ヵ月後に患者が胃瘻造設に同意し、予定されたが、心不全を来たした。御家族は人工呼吸器、心臓マッサージを希望されず、死亡された。

症例 3 (76 歳、男性)

パーキンソン病にて外来通院中、貧血、腹水、多発性肝腫瘍を認め入院となる。検査にて大腸癌を認めた。手術適応なく、丸山ワクチン、腹水穿刺・ろ過濃縮再静注等の治療を行った。御家族が本人への告知を希望されず、告知は行わなかった。御家族は状態悪化時の人工呼吸器、心臓マッサージは希望されず、疼痛管理のみ希望された。その後、腸管穿孔による腹膜炎を来し死亡された。

症例 4 (82 歳、男性)

脳梗塞を繰り返し、臥床状態であったが、意識状態悪化し、脳梗塞の診断で入院となる。入院後再度脳梗塞を来し、意思疎通は全くできなくなった。肺炎を繰り返し、治療を行ったが、御家族は状態悪化時の人工呼吸器、心臓マッサージを希望されなかった。肺炎悪化により死亡された。

症例 5 (64 歳、男性)

肺癌による辺縁系脳炎により入院を繰り返していた。肺癌は治療ができないと言われていた。痙攣にて入院となり、脳に多発脳転移を認めた。患者は意思疎通は困難であり、御家族は状態悪化時の人工呼吸器、心臓マッサージを希望されなかった。意識障害悪化し、死亡された。

症例 6 (84 歳、女性)

多発性脳梗塞のため、臥床状態で胃瘻より経管栄養を行っていたが、肺炎・呼吸不全のため入院となった。患者は意思疎通ができず、御家族は状態悪化時の人工呼吸器、心臓マッサージを希望されなかった。下血あり、御家族と相談の上、輸血は行い、上部消化管内視鏡は行わなかった。肺炎悪化し、死亡された。

D. 考察

今回提示した症例は全て、患者本人の事前指示はなく、御家族の希望により人工呼吸器の装着や、心臓マッサージが行われなかった。当院で多くみられる高齢者の終末期では意思表示困難な症例が多く、治療に関しては御家族が判断されることが多いという現状を反映している。症例 3 と症例 5 は悪性腫瘍の末期の症例であり、特に症例 3 は意思疎通が可能であったが、御家族が患者への告知を希望されなかった。基本的には患者本人に病名告知をすることが原則であるが、高齢者医療においてはこのように患者本人が必ずしも意思疎通困難でなくても治療法の選択を御家族がすることがありえることを示している。

症例 2 では嚥下障害のため御家族が胃瘻造設を希望したが、患者本人は希望されなかった。この症例は幻覚・妄想あり、意思疎通も十分とは言えず、高カロリー輸液を続けながら患者や御家族と話し合いを続け、3ヵ月後に患者本人が胃瘻造設に同意された。本症例のように患者本人と家族の希望が異なる場合、患者の認知機能、理解力等を考慮に入れ、患者・御家族の合意を目的とした調整が必要となる。

E. 結論

高齢の症例において自分の意思を事前に表明した症例はなく、ほとんどの症例において御家族の意向が方針の決定に重要な役割を果たしていた。意思疎通の可能な症例では治療法の選択につき本人の意思確認が必要と考えられるが、特に本人の希望と御家族の希望が異なる場合、本人の意思決定能力、理解力を考慮に入れた上で総合的な調整が必要と考えられた。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成

(在宅終末期医療・ケアにおける病院とホームドクターの連携についての研究)

研究分担者 山本 楯 山本医院

研究要旨

在宅終末期においては、医学的状況に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであり、在宅終末期診療を進める上で、事前指示書など、本人の意思を反映した診療体系の構築が必要であると考えられた。H19年度はかかりつけ医における事前指示書の取得に向けての実際の運用方法を検討した。これを基に H20 年度は実際の運用を開始する計画である。

A. 研究目的

本研究班はこれまでの研究で、高齢者の終末期の地域連携を進めるに際し、本人の意思決定、医療倫理委員会、自然死の法制化、介護・福祉施設のハード・ソフト面など課題が山積していることを明らかとしてきた。本研究班のH18年度以降の研究では、厚生労働省の「終末期医療における決定プロセスのガイドライン」をもとにして、高齢者終末期ガイドラインの作成を試みると共に、同センターを地域の基幹病院とする終末期の地域連携の確立を目的としている。本分担研究では終末期の地域連携を検討する上での、かかりつけ医の役割や在宅終末期医療を進める上での問題点や今後のあり方の検討を行う。H19年5月に国立長寿医療センターで終末期の事前指示書の取得が開始されたが、現在は長寿医療センター内での運用に限定されている。本研究では地域連携の中で事前指示書の開始に向けて検討を行った。

B. 研究方法

国立長寿医療センターで用いられている事前指示書のかかりつけ医での使用につき開始の

可能性を検討した。

倫理面への配慮

本研究は倫理問題を扱うため、研究実施機関の倫理委員会の承認を経て、本人・家族の同意書を入手して、無記名でかつ、個人データを特定できないようナンバーリングしたもののみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

平成18年度の分担研究では、在宅終末期においては、医学的状況に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであり、在宅終末期診療を進める上で、事前指示書など、本人の意思を反映した診療体系の構築が必要であると考えられた。

国立長寿医療センターではH19年5月より終末期の事前指示書の取得を開始しているが、現在の運用がセンター内の使用に限られているため、地域連携の中での本人の意思の継続性が保てない状況にある。今回、センター病院のみでなく、病診連携の中での事前指示書の運用を行うため検討を行った。

国立長寿医療センターにおける終末期の事前指示書では本人の自由意志により記載後、意思決定能力を確認した後にメディカル・ソーシャルワーカーが受け取りを行っている。かかりつけ医においてもポスター貼付など本人の自由意志による取得を行い、強制的取得にならざるよう留意する必要がある。また、診療所では、ソーシャルワーカーは必ずしも配置していないため、看護師等診療所スタッフによる以外ないが、生命維持処置の説明内容等が偏ることのないようにインフォームド・コンセントの均てん化を行う必要があると考えられた。このため、事前指示書の説明者の研修を国立長寿医療センターで行う予定としている。事前指示書運用に関する倫理的問題については当面、当研究班を中心にコンサルトの体制を整えることとしている。体制が整い次第、大府市内の研究参加希望のかかりつけ医において、順次事前指示書の取得を開始する予定としている。

D. 考察

H19 年度に厚生労働省、日本医師会、日本学術会議、日本救急医学会など終末期のガイドラインが発表されたが、その根幹におかれているのは、本人の意思表示の尊重であり、実践における具体的な意思確認方法の検討が急がれている。本研究は基幹病院とかかりつけ医の連携の中で共通の事前指示書を用いることで、よりスムーズな連携を試みる研究である。H20 年度に実際の取得開始を行いその連携上の問題点を検討する。

E. 結論

在宅終末期においては、医学的状况に加え、入院するかどうか、在宅で終末期を迎えるかの判断に本人・家族の意思が大きな影響を及ぼすことが明らかであり、在宅終末期診療を進める上で、事前指示書など、本人の意思を反映した診療体系の構築が必要であると考えられた。H19 年度はかかりつけ医における事前指示書の取得に向けての実際の運用方法を検討した。これを基に H20 年度は実際の運用を開始する計画である。

F. 研究発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

高齢者の終末期医療・ケアの地域連携モデルの構築と終末期ガイドライン作成
(高齢者の終末期看護・介護と家族支援に関する研究)
(分担) 研究者 林 尚子 (国立長寿医療センター 副看護部長)

研究要旨

今回の研究では、当院に入院した患者の具体的な症例検討を実施し、終末期の開始時期に関連する9項目の要因を見出した。また「患者の最期の過ごし方を決定するために整うべき条件」の6項目を見出した。看護側と患者側の共通要因として本人の意思、症状、家族、サポート体制の項目があることがわかった。そこで、疼痛緩和、ADLへの援助、患者の意思決定への支援に着目し終末期看護における看護計画¹⁾を実践した。症例数が少ないことでケアの有効性の検証までには至っていない。今後看護計画の見直しと症例数を多くし検討を継続し看護師の役割とその標準化に向けていきたい。

A. 研究目的

前回の研究で高齢者の終末期看護を考える場合、患者の病状に応じた時期を見逃さず支援することが重要であると述べた。そこで、当院に入院した患者で終末期の開始時期に関連する要因を検討した。

そして、疼痛緩和、ADLへの支援、患者の意思決定への支援、家族への支援に着目し看護計画¹⁾に基づいた看護を実践した。

B. 研究方法

1) 高齢者の終末期の開始時期に係る要因の分析を行う。

2) 終末期における看護計画¹⁾に基づき看護を実践する(資料1)。対象は、国立長寿医療センターの「希望調査書」に示されている「生命維持処置を行わなければ、比較的短時間で死にいたるであろう、不治で回復不能の状態」にある患者とした。平成19年に当院に入院した6例の患者を本人の意思、告知、症状、ADL、家族の5つの視点を診療録及び看護師への

インタビューで検討した。

C. 研究結果

1) 終末期看護の開始時期の要因

当院に入院している患者10症例の検討を行った。高齢者は日々身体症状の変化や環境の変化など一定ではなく、終末期の開始時期を捉えることは困難であった。しかし、時期に関連するいくつかのキーワードが検出された。それは①本人の意思②病状の変化③家族の協力④外泊⑤代弁者となる役割⑥社会復帰支援室⑦老・老介護⑧社会資源の活用⑨在宅医の9つであった。また患者側に関連する要因として

- a 苦痛の有無
- b 症状が安定している
- c 本人、家族が意思を持っていること
- d 栄養状態
- e サポート体制(在宅医・訪問看護)
- f 家族の介護力の有無

の6項目を見出した。

2) 当院に入院している患者6症例を本

人の意思、告知、症状、治療、ADL、家族の項目に分け検討した。(表1)

症例A (83歳、女性)

家族の希望で病気の告知はなく苦痛を除去してほしいという希望であった。患者は「早く家に帰りたい」と訴えていた。症状は極めて悪く麻薬を使用する状況で、ADLはすべて介助が必要であった。本人の意思は確認できないまま死亡となった。

症例B (82歳、女性)

症状は軽く治療も補液だけで、自分でトイレまで歩行できる状況であった。告知はしていないが外泊を経験し自宅に戻ったが入退院の繰り返しである。

症例C (81歳、女性)

本人の意思は自宅への希望が強かった。しかし症状は悪化し鎮痛剤を使用していた。ADLは移動介助が必要であった。一日外泊を試みたが、家族は介護に対して不安が強く自宅で看っていくことはできないと訴えていた。

症例D (60歳、女性)

病名の告知は行われ在宅の予定であった。症状は呼吸困難など苦痛を伴っていて、酸素使用、麻薬も使用していた。ADLは移動の介助が必要であった。症状が悪化しそのまま病院での見取りとなった。

症例E (64歳、女性)

病名の告知は行われ、化学療法の治療にも家族とともに意欲的だった。症状は痛みと呼吸困難が強く、家族が付き添っていた。しだいに症状が悪化し疼痛緩和を実施していた。在宅にもどることはなかった。

症例F (84歳、女性)

本人の家に帰りたいという気持ちは強く、

家族も在宅への意向を示していた。症状は痛みも軽度で治療も補液のみであった。在宅への希望があったことで、社会復帰支援室との連携を実施し外泊予定も計画されていた。しかし夫の死亡時期と重なり延期された。その後症状も悪化し始め、患者・家族の希望により病院での療養生活となった。夫の死亡後一日だけ外泊した。

D. 考察

私たちは、高齢者の終末期看護を実践していく時、どの時期にその支援をしていくかが重要であると考えていた。しかし今回の研究において、高齢者は病状の変化や環境の変化など一定ではなく、終末期看護の開始時期を見極めるのは困難であることがわかった。しかし患者の自己決定及び意思確認に影響するであろう項目を見い出すことができた。そして「患者が最期の過ごし方を決定するための整うべき条件」の患者側の関連要因を考慮した上で、終末期看護を実践する必要性を認識した。

症例検討では、本人の意思が明確になったとしても、症状の悪化とADLの問題に対して家族(介護者)の意思決定が左右されていることがわかる。社会復帰支援室が関わったとしても本人の意思どおりになることは限らない。当然の結果と言えそうであるが、その結果に看護師としてジレンマを感じている。

患者の自己決定を尊重するならば、病院内での看護師の役割は、患者ではなく家族(介護者)に目を向け支援しなければならない現状があることも事実である。私たち看護師は、患者が自己決定できる

ように支援することは当然ではあるが、患者が自己決定できそれが尊重されるためには環境（家族＝介護者）作りが重要であると考えます。患者が最期までの期間の過ごし方や過ごす場所は重要なことである。患者がどこでどのように生活するかその選択を援助する看護師の役割は大きい。

E. 結 論

本研究において、高齢者の終末期看護を考える場合、患者が自己決定できそれを尊重するためには環境（家族＝介護者）作りへの支援活動を行うことである。さらに終末期看護の標準化に向けて症例数を多くし研究を進めていく予定である。

F. 研究発表

なし

G. 参考図書

- 1) 監修：関口恵子，経過別看護過程の展開，2007，学研

表 1 症 例 検 討

症例	病 名	年 齢	性 別	本人の意思	告知	症 状	治 療	ADL	家 族
A	転移性肝癌	83歳	女性	早く家に帰りたい	無	苦痛・痛みあり	麻薬使用	ベッド上生活 全介助	告知してほしくない。苦痛は除去してほしい。延命処置希望なし
B	胆管がん	82歳	女性	確認できず	無	吐き気・痛み軽度	補液	トイレ歩行	自宅に帰る
C	胃癌	81歳	女性	早くここから出して、家に帰りたい	無	全身黄染・下肢浮腫	鎮痛剤使用	移動介助	介護に対して不安がある。家でみていくのはできない。
D	肺癌	60歳	女性	家に帰りたい	有	呼吸困難・食欲不振	補液・酸素投与・麻薬使用	移動介助	在宅の予定だったが、状態が悪くなりそのまま病院で看取ることとなった。
E	肺癌	64歳	女性	治療に意欲あり	有	頸部痛みあり・呼吸困難	化学療法	歩行可能	家族とともに積極的な治療意欲あり。家族付き添い
F	腭頭部癌	84歳	女性	家に帰りたい。	無	痛み軽度・発熱・食欲不振	検査目的・補液	歩行可能	退院予定だったが、夫死亡のため病院にお願いすることになった。

資料1 看護計画

問題点名称: ターミナル期にある患者・家族の身体・心理的苦痛および負担

計画区分名称	計 画 名 称
【病態生理因子】	癌の作用に関するもの(癌を特定する) 癌性疼痛
【治療関連因子】	不十分なペインコントロール
【状況因子】	不十分な鎮静 発熱、発汗、皮膚の湿潤 不適切な姿勢 満たされない依存欲求、抑圧されている不安、緊張、ストレス 知覚耐性閾値の低下
【患者目標】	症状(★特定)が軽減したと表現することができる 症状(★特定)が軽減する方法がわかる 症状(★特定)の緩和方法を実践することができる 心身共にできるだけ安楽に過ごすことができる 最期のときを家族と共に過ごすことができる
【OP】 (観察・診断計画)	苦痛の程度とその原因・誘因 ・疼痛: 訴え、表情、ペインスケール ・身体症状の出現の有無と程度: 全身倦怠感、食欲不振、便秘、不眠 呼吸困難、悪心・嘔吐、せん妄 ・精神症状の出現の有無と程度: 社会的苦痛、スピリチュアルペイン ・治療の効果、副作用 ・ADLへの影響 ・症状、予後、治療に対する認識、思い ・最期のときを過ごす場所の希望 ・家族に対する思い
【TP】 (看護実践計画)	疼痛緩和への援助 ・痛みの訴えに対する速やかな対応 ・疼痛緩和、副作用防止のための指示薬物の確実な施行 ・対症療法として指示されている薬物の確実な施行 ・安心を与えるように十分な説明を行う ・支持的な精神療法の実施 ADLの援助 ・食事への援助 栄養価の高いものを少量でもよいので、無理しない程度に勧める ・排泄への援助 疼痛コントロールでオピオイド鎮痛薬を使用することが多く、 特に、便秘への対応が重要 ・睡眠の援助 睡眠を阻害する心理的要因、環境要因の除去に努め、 就寝前の口腔ケアや清潔援助を行う 睡眠を助ける薬物を効果的に利用する ・精神的支援、スピリチュアルケア ＜症状、予後について真実を説明された後の支援＞ 安易な励ましは避ける できる限り患者のそばで必要な援助を誠実に行う さりげない気遣いと言葉かけを行う ＜スピリチュアルケア＞ 患者の訴えを傾聴する(家族の思いも含む) 家族や希望する人と過ごす時間をつくる 瞑想や祈り、リラクゼーションのためのプライバシーを提供する ＜家族への精神的支援＞ 家族の負担、苦悩、悲嘆、意思決定への援助を行う 家族の思いを傾聴する 患者に対する思い、患者の思い 症状、予後、治療に対する認識、思い 最期のときを過ごす場所の希望 ケアに参加できるように配慮する ねぎらいの言葉かけを行う 家族の感情(不安、心配)の表出を促す 必要な休息がとれるように配慮する

計画区分名称	計 画 名 称
【EP】 (教育・指導 情報提供計画)	<p>患者の意思決定、自己決定への支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者・家族の思い、話に耳を傾け、誠実に対応する ・病名、病状、予後についての医師の説明に必ず同席する ・患者が希望する者も同席して説明を受けられるように仲介・調整する ・医師の説明に患者・同席者はどう反応し、理解しているか十分に観察する ・必要に応じて補足説明をし、医師に再度説明を求める <p>家族への情報提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <患者の状況を理解するための情報提供> <ul style="list-style-type: none"> ・家族が不在時の患者の状態をきめ細かく説明する <意思決定への支援> <ul style="list-style-type: none"> ・家族間の正確な情報の共有、オープンなコミュニケーションが図れるように支援する <支援ネットワーク、社会資源活用への支援> <ul style="list-style-type: none"> ・社会復帰支援室(Ns、MSW)に相談する ・障害者手帳、介護保険などの利用 ・ボランティア:社会福祉協議会、在宅ホスピスや介護ボランティア組織など ・在宅ホスピスを助ける治療・有料サービス:在宅酸素療法、ベッド、食品関係、生活用品のレンタルなど

監修関口恵子, 経過別看護過程の展開, P68, P69, 2007より抜粋