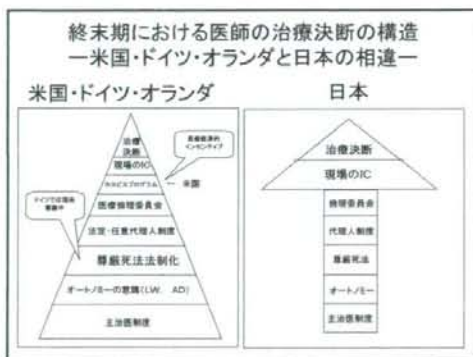
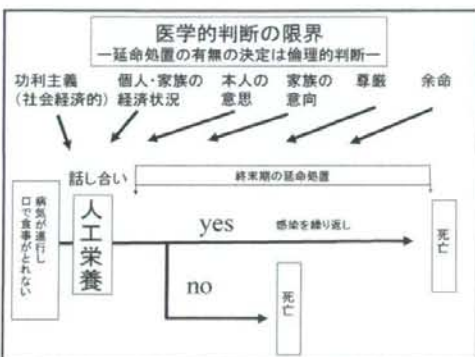




- ### 医療現場での終末期の倫理的問題
- 本人の意思が猜測できない
 - 意思決定能力の低下
 - 意思が推定できない(家族中心)
 - 患者本人の気持ちのゆらぎ
 - 次第に意欲低下、本人は栄養補給を望まなかったが、夫の設備で何とか買らうの承諾
 - しかし、その後食事摂取量改善すると再び買らうは拒否 等
 - 関係者間の意見の不一致
 - 患者-家族間
 - 本人は自分で言われなければ納得して居て、何にもしてほしくないが、家族は栄養補給を望んでいる 等
 - 患者-医師間
 - 認知症の患者本人が賢不妄行→医師は人工透析を拒否したが、家族が拒否 等
 - 家族間
 - 患者家族とは生命を失いたくない方針で居ていたが、遠方にすむ家族が強制し、生命を脅かす 等
 - 医師間
 - 神経科の方の人工呼吸器導入が医師により大きく異なる
 - 医療・介護制度上での対応
 - 安心感の確保のために行うべき
 - 医師介護で話し合いの時間が少なくなる
 - 治療の差し控え・中止について
 - 人工呼吸、経管栄養をいったん開始すると中止は難しい
 - 中止のみが議論となり話し合いが比較的議論にならない
 - その他、医療・ケアチームの構成の問題、医療倫理委員会の問題、施設の受け皿の問題など様々



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な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」(„Menschwürdig leben bis zuletzt“)ということを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>(Sterbegleitung)という、さらに続く問題は、この報告書では、事前指示の法制化により重要となる範囲で言及される。緩和医療ケア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。

高齢者における意思決定能力の問題

「医療判断における意思決定能力」とは意思決定能力ありとは病気・治療の一般的理解ができ、それに対する意見とその理由を述べることができる状態、理由の整合性は問わない

- 国立長寿医療センターの近隣介護施設での調査では167人の内、認知機能の検査で正常範囲は17人のみ
- 意思決定能力が低下している判断される者は全体の70～80%であった。

↓ 日本以外の先進国では医療代理人制度を作り対応を行っている

米国(1983): Durable Power of Attorney (特任委任状)
イギリス(2005): Mental Capacity Act
ドイツ: 民法第1896条2項で当事者に代わって意思決定を下す代理権を授与

事前指定(示)とは

・事前指定(示)とは、もともとはAdvance Directiveの和訳、1991年の米国 患者自己決定権法 事故や重症疾患によって意思決定能力が失われた時にどのような医療を希望、または拒否するのかを、意識が清明なうちに表明しておく

①リビング・ウィル

生前に行われる尊厳死に対してであれば「尊厳死の権利を主張して、延命治療の打ち切りを希望する」などといった意思表示のこと。またそれを記録した「遺言書」などのこと

②医療代理人の指名—通常の事前指示書は①と②両方により構成される

事前指示書(主にレット・ミー・ディサイド)、事前指示書、患者の事前の意思表示書(日本医師会ガイドライン)、尊厳死宣言書、蘇生拒否の指示(DNAR)等、使用する団体・機関のこれまでの経緯により、様々な呼称があり、それぞれ形式も異なる。

ポスター掲示

「私の医療に対する希望(終末期になったとき) 希望調査開始のお知らせ」

この「私の医療に対する希望(終末期になったとき)」調査票では、自身に本人が終末期を迎えた時に、どのような医療を希望されるかを希望していただきます。調査票によって、ご自身で医療方針を決定できるようになります。この希望調査票をご家族や担当医師に見せます。ご自分の希望を話しておかれた方は、医療費受付け配属用封筒をお受け取り頂き、調査票と調査票の二つをお取りいただけます。



事前指示書の例(国立長寿医療センター使用文書)

リビングウィル
+
代理人の指名
||
事前指示書

私の医療に対する希望 (終末期になったら?)

医療に同意する希望(延命治療)を希望する場合は、以下の項目に「希望する」を記入してください。

1. 蘇生処置希望 (蘇生処置希望するかどうかを希望する)

2. 人工呼吸器希望 (人工呼吸器希望するかどうかを希望する)

3. 点滴希望 (点滴希望するかどうかを希望する)

4. 延命治療希望 (延命治療希望するかどうかを希望する)

5. その他希望 (その他希望するかどうかを希望する)

6. 代理人の指名 (代理人の氏名を希望するかどうかを希望する)

事前指示書を用いた医療決定プロセス

病勢が明らかで、状態が悪化している場合に用いる



これまでの提出状況

H19年5月の取得開始以降、H20年現在までに86名(51-91歳、平均74.8歳、男:女=47:39)の希望調査票が提出された。

主たる基礎疾患

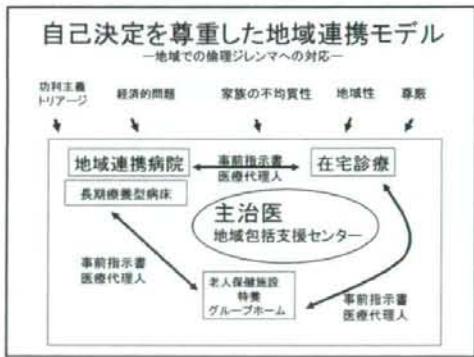
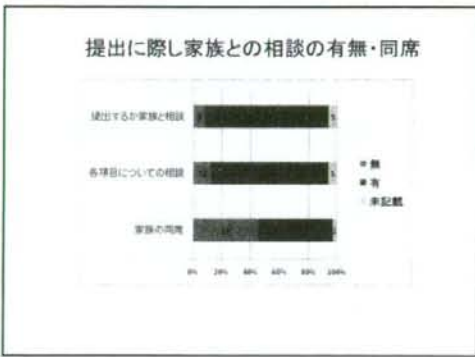
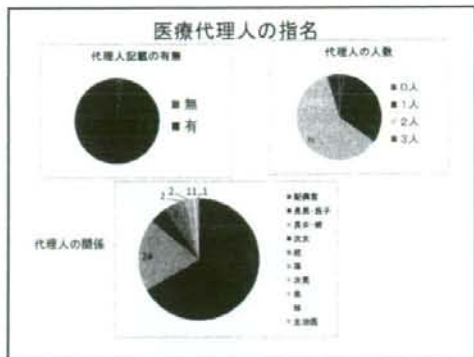
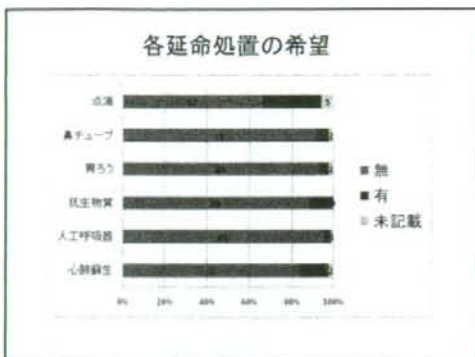
COPD(13名)、肺癌(10名)、糖尿病(5名)、狭心症(3名)、間質性肺炎、逆流性食道炎、股関節痛、脳梗塞(各2名)及びその他で、呼吸器疾患が多い状況であった。

主たる受診診療科

呼吸器科(36名)、循環器科(10名)、高齢総合科(7名)、内科(5名)、消化器科(4名)及びその他で、呼吸器科受診が約半数であった。

鎮痛剤の使用・最期を迎えた場所





死の文化を豊かに

「医者が病気でなしに、人間を見てくれることを切望する。医者の「良心」は、病人の人間としての威厳を顧慮すべきだからである。／晩年は矛盾に満ちた時代である。／その矛盾の中で、一番現代的なものは、自分は美しく死にたいのに、みにくく死ぬことしか許されないことだろう」



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

(高齢者の慢性閉塞性呼吸の終末期ケアに関する研究)

—高齢肺癌患者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

高齢肺癌患者の在宅での看取りは、医療行為(M)の有無、栄養状態(N)、支援体制(S)に影響されるが、主成分分析をもとに、在宅での看取り可能スコア(MNSスコア)を考案して評価したところ、本人よりもむしろ家族が在宅療養を希望した場合にMNSスコアが有用であることがわかった。

すなわち家族が安心して在宅を希望できる体制をつくるのが最も重要であり、今後はかかりつけ医や訪問看護体制などの情報をふくめてスコアを改良していく必要がある。

A. 研究目的

2007年に施行された「がん対策基本法」によって、がん患者の在宅緩和ケアの充実のための試みが全国で進められているが、癌患者のみならず、高齢者が住みなれた自宅で安心して終末期医療を受けられるようにするためには、これから解決すべき問題がまだまだ山積しているのが現状である。今回の我々の研究は、前回に引き続き、高齢者呼吸器疾患のなかでも肺癌患者に的を絞り、在宅で終末期を迎えるために必要な要因を検討し、病院から在宅への移行可能性をスコア化する試みをしたので報告する。

B. 研究方法

昨年に引き続き、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に、2003年4月から2007年12月の間に、呼吸器病棟に入院し、肺癌で亡くなった65人を対象とした。

まず、2003年4月から2006年12月に亡くなられた43例において、在宅看取りと関連する要因を統計学的に検討し、主成分分析を用いて、在宅での看取り可能スコア(MNSスコア)を作成した。

次に2007年1月から2007年12月に亡くなられた22例において、MNSスコアの妥当性を検討した。さらに、全65例において、フィッシャー線形別分析を用い、MNSスコアの今後について考察を加えた。

C. 研究結果

前回報告したように、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主な要因は、以下の4つであった。

1. 社会復帰支援室の介入がある。
2. 医療者や家族や本人が在宅での看取りを望む。
3. 輸液や酸素や吸引といった医療行為が

ない。

4. 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。

さらに主成分分析を行うと、在宅での看取りに関連して、相対的に第一主成分負荷量が大きかったのは、次の7項目であった。

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。

このように、肺癌患者の在宅での看取りの可能性に影響する重要な要因は、輸液や酸素や吸引といった医療行為 (M: Medical intervention) 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 (N: Nutrition) が高く、これに社会的援助 (S: Social Support) があることであった。

M・N・Sそれぞれの要因を点数化し、図1に示すように、10点満点の在宅看取り可能スコア(MNSスコア)を考案した。

M: 医療行為

酸素なし (2)、あり (0)

吸引なし (3)、あり (0)

輸液なし (2)、あり (0)

N: 栄養

Alb 3.0以上 (1)、3.0未満 (0)

ChE 147以上 (1)、147未満 (0)

T. chol 174以上 (0.5)、174未満 (0)

S: 援助

復帰支援室介入あり (0.5)、なし (0)

として MNS スコアを計算し、昨年検討した患者 43 人に当てはめたと、4.5 以上の群では、在宅で看取りができる可能性がより高いことがわかった。(図2)

そこで、この MNS スコアの妥当性を検討するため、22 人の患者に適用してみることとした。結果は図3に示したように、的中率は 21.8%であった。

一方、フィッシャー線形判別分析 (図4) によれば、家族の意向の影響が最も大きかったため、家族が在宅を望む場合と病院を望む場合とで、それぞれ MNS スコアを検討した。すると、図5に示すように、家族が在宅を望む場合の MNS スコア的中率は 75.5%であったが、家族が病院を望んだ場合的中率はゼロであった。

ちなみに本人が在宅を望む場合の MNS スコア的中率は 37.5%、本人が病院を望む場合的中率はやはりゼロであったが、(図6) 本人だけでなく、家族も同じように在宅を望む場合には、MNS スコア的中率は 75%にアップした。(図7)

D. 考察

高齢者が安心して最期まで住み慣れた自宅で過ごせるように、さまざまな取り組みが日本各地で始まっている。半世紀前の日本では、自宅で最期を迎えるのが当たり前であったが、現在では 8 割の人が病院で亡くなる時代となっている。その理由はさまざまであるが、少なくとも「家族に負担をかけたくない」という思いと、「在宅では安心した医療を受けられない」という思いが、病院での看取りを高率に維持していると言われている。本音としては、病院で最期を迎えたいと積極的に希望しているわけでは

なく、条件さえ整えば自宅へ戻りたいという思いが隠されているのである。

癌の患者と非癌の患者では、退院後の在宅療養期間が大きく違い、家族の受け入れも当然のことながら異なってくる。高齢者が、自宅で、家族と、安らかな最期を迎えることができるようにするためには、まず癌の患者から在宅復帰できるように支援体制を作っていくことが現実的である。今回我々は、前回明らかにした癌患者の在宅での看取りを可能にする要因をスコア化しようと試み、MNS スコアを考案した。10点満点のスコアが4.5点以上あれば、在宅で看取りができる可能性がより高いと予測した。しかしながら、その的中率は家族の意向に大きく影響を受けていることが判明した。

自宅で家族が安心して看取りまでできる体制を構築する鍵は、家族を支える介護体制と患者に苦痛を与えない医療・看護体制の充実であろう。昨年報告したとおり、これについては西洋の福祉先進国から日本は大いに学ぶべきであろう。

E. 結論

高齢肺癌患者の在宅での看取りは、医療行為(M)の有無、栄養状態(N)、支援体制(S)に影響されるが、主成分分析をもとに、MNS スコアを考案して評価したところ、家族が在宅療養を希望している場合にMNS スコアは有用であることがわかった。

家族が安心して在宅を希望できる体制をつくるのが最も重要であり、今後はかかりつけ医や訪問看護体制などの情報をふくめてスコアを改良する必要がある。

F. 研究発表

1. 高齢肺癌患者の在宅での看取りを可能にする要因の検討～MNS スコアの考案～；2008年日本緩和医療学会
2. これからの高齢者の終末期医療を考える「呼吸器疾患と終末期について」パネルディスカッション 研究成果発表会
2008年12月20日 大府

G. 知的財産権の出願・登録状況 なし

【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
芝崎正崇 国立長寿医療センター呼吸器科
千田一嘉 国立長寿医療センター呼吸器科
八木哲也 名古屋大学医学部附属病院
中央感染制御部

【添付資料】

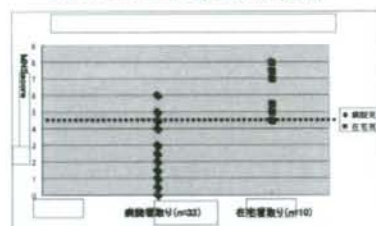
- 図1 MNS スコアの作成
- 図2 MNS スコアと看取り場所
- 図3 MNS スコアの在宅見取的中率
- 図4 フィッシャー線形判別分析
- 図5 MNS スコアの在宅看取的中率(家族の意向による)
- 図6 MNS スコアの在宅看取的中率(本人の意向による)
- 図7 MNS スコアの在宅看取的中率(本人と家族両方の意向による)

MNSスコアの作成

第1主成分の負荷量の大きな因子		スコア化	
医療行為 Medical intervention	酸素なし	2	これらの和が 「在宅看取り可能性スコア」 になると予測 →MNSスコア
	吸引なし	3	
	輸液なし	2	
栄養 Nutrition	Ab $\geq 3.0^*$	(0.70/0.70) * 1	
	ChE $\geq 147.0^*$	(0.80/0.75) * 1	
援助 Support	社会保険支援要介入あり	0.5	
* カットオフ値		10点満点	
+ (感度/特異度)			

〇 国立長寿医療センター 中絶部

MNSスコアと看取り場所



MNSスコアが4.5以上の群は在宅での看取りができる可能性が高い

〇 国立長寿医療センター 中絶部

MNSスコアの在宅看取り的中率

		実績		MNSスコアの在宅看取り 的中率 = 21.8%
		在宅	病院	
予測	在宅	3	11	
	病院	0	8	

〇 国立長寿医療センター 中絶部

フィッシャー検形判別分析

カテゴリー	判別係数	P値
支援要介入	0.0161	0.9899
病名告知	1.9664	0.4364
自覚告知	-0.2211	0.8548
場所の意向(医職)	0.9732	0.6041
場所の意向(家族)	-0.0903	<0.0001
場所の意向(本人)	-1.6960	0.0863
意識	-1.0851	0.4326
吸引	0.6284	0.7146
酸素	0.6724	0.8012
定数項		1.7442

判別的中率 = 90.32% n=65

〇 国立長寿医療センター 中絶部

MNSスコアの在宅看取り的中率

家族が在宅を望む場合

		実績	
		在宅	病院
予測	在宅	3	1
	病院	0	2

MNSスコアの在宅看取り
的中率 = 75.5%

家族が病院を望む場合

		実績	
		在宅	病院
予測	在宅	0	10
	病院	0	6

MNSスコアの在宅看取り
的中率 = 0.0%

〇 国立長寿医療センター 中絶部

MNSスコアの在宅看取り的中率

本人が在宅を望む場合

		実績	
		在宅	病院
予測	在宅	3	5
	病院	0	5

MNSスコアの在宅看取り
的中率 = 37.5%

本人が病院を望む場合

		実績	
		在宅	病院
予測	在宅	0	6
	病院	0	3

MNSスコアの在宅看取り
的中率 = 0.0%

〇 国立長寿医療センター 中絶部

MNSスコアの在宅看取り的中率

本人が在宅で

家族も在宅を望む場合

		実績	
		在宅	病院
予測	在宅	3	1
	病院	0	2

MNSスコアの在宅看取り
的中率 = 75.00%

本人が在宅で

家族が病院を望む場合

		実績	
		在宅	病院
予測	在宅	0	4
	病院	0	3

MNSスコアの在宅看取り
的中率 = 0.00%

岡山県保健医療センター 研究部

呼吸器疾患と終末期について

国立長寿医療センター
包括第三内科医長
中島 一光

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

はじめに

- わが国では高齢社会を迎え、肺炎、肺がん、肺気腫などの呼吸器疾患が増加し、呼吸不全によって終末期を終える高齢者が多くなってきた。
- 我々は、高齢者の終末期医療における呼吸不全治療のあり方を、患者の意思を尊重する立場から検討することにした。

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

人工呼吸器と患者の意思

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

調査対象と方法

- 対象：
平成16年度に
国立長寿医療センター呼吸器科から
呼吸器疾患で死亡退院した人について
- 方法：
診療録から後ろ向き調査をした

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

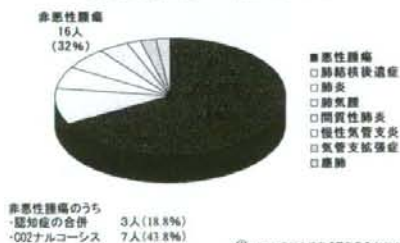
調査実施患者数

- 平成16年度の当科死亡退院者数：



長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

調査患者の疾患内訳



長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

悪性腫瘍の患者

悪性腫瘍患者33人において

- 侵襲的・非侵襲的、いずれの人工呼吸療法も実施した人は いなかった
- 積極的な心肺蘇生術を希望された人も いなかった

長寿科学総合研究成果委員会 2008.12.20

非悪性腫瘍の患者

一方、非悪性腫瘍患者の16人にも

- 侵襲的人工呼吸療法や心肺蘇生術を希望する人は いなかった
- 但し、CO₂ナルコーシスが7人おり、認知症を除く6人に、非侵襲的陽圧換気法(NIPPV)が試みられていた。

長寿科学総合研究成果委員会 2008.12.20

調査の結果

- 今回の調査では、呼吸器疾患の高齢者は、終末期に人工呼吸器や心肺蘇生術など積極的な治療を望んでいなかった。
- 肺機能が低下している高齢者の場合、いったん人工呼吸器を装着すると容易に器械依存的になってしまうため、人工呼吸器からの離脱が困難となることを敬遠した可能性がある。

長寿科学総合研究成果委員会 2008.12.20

NIPPV

- 非侵襲的陽圧換気法(NIPPV)はいつでも**自分の意思でマスクをはずす**ことができるため、終末期の迎え方を高齢者が自分自身で選択できる点が評価される。
- しかしその導入は必ずしも容易ではなく、受容できない人が6人中3人いた。
- また、患者自身の理解と協力なくしては呼吸器の使用を継続できないため、**認知症**の患者における適応は今後の課題である。

長寿科学総合研究成果委員会 2008.12.20

次の検討

- 呼吸器疾患の終末期には、高齢者は必ずしも積極的な治療を望んでいるとは限らなかったが、さらに調査症例を増やして検討した。
- また、患者の意志を尊重した治療法の確立が望まれるなか、NIPPV症例の実態を明らかにする。

長寿科学総合研究成果委員会 2008.12.20

方法

- 対象：
期間を平成16から17年度に広げて
国立長寿医療センター呼吸器科から
呼吸器疾患で死亡退院した人について
- 方法：
診療録から後ろ向き調査をした

長寿科学総合研究成果委員会 2008.12.20

患者数と疾患内訳

- 平成16-17年度
当科死亡退院者数



- 疾患内訳



長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

悪性疾患の患者

悪性疾患患者71人のうち

- 人工呼吸器装着や心肺蘇生術を施行されたのは
心筋梗塞を合併して急変した1人だけ

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

悪性疾患でない患者

一方、非悪性疾患患者40人のうち、

- 2人に侵襲的人工呼吸器が使われた。
 - 1人は間質性肺炎で、
 - 1人は非結核性抗酸菌症であった。
- 非侵襲的陽圧換気法（NIPPV）を希望した人は合計8人であった。

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

人工呼吸器を装着した症例 (1)

人工呼吸器を装着した2人のうち、

- 間質性肺炎の症例は
 - 患者の年齢が57才と若く、
 - 患者本人も家族も人工呼吸器装着の希望を明確に表明していた。

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

人工呼吸器を装着した症例 (2)

- もう一人の、非結核性抗酸菌症の症例では終末期治療に関する本人の意思は終始あいまいであった。
 - 近くに住む次男は人工呼吸器の装着に対して否定的であったが、
 - 長期出張の留守を任されていた長男の嫁が人工呼吸器の装着を強く要望した。心肺蘇生術も施行された。

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

代理人の問題

- この症例においては

「患者本人に代わって意思決定をする代理人が誰なのか」が明確ではなく、結果的に患者本人の意思がきちんと反映されたのか、誰のための処置であったのか、疑問が残った。

長寿科学総合研究成果発表会 2008.12.20

NIPPVの現状と問題点

- ここまで、当院呼吸器科から死亡退院した高齢患者の大多数が、終末期に人工呼吸器の装着を望んでいなかったことを報告したが、あわせてNIPPVの有用性についても述べた。
- 我々は次に、呼吸器疾患の急性期にNIPPVを施行した患者の状況を調べ、高齢呼吸不全患者の終末期医療におけるNIPPVの現状と問題点を明らかにした。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

当院におけるNIPPVの現状

平成15年4月～平成19年1月までの約4年間に、呼吸器科に入院しNIPPVを装着した患者で年齢、性別、基礎疾患、導入の成否、転帰について調べた。(終末期でない症例も含む)

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

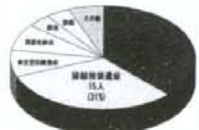
NIPPV施行患者数

- 平成15年4月から3年10ヶ月間



年齢：57-89歳（平均75歳）

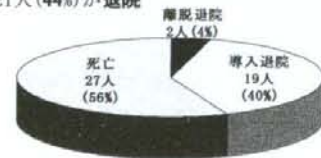
- 疾患内訳



長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

NIPPV導入の成否と転帰

- 44人(92%)が導入に成功、4人(8%)が拒否
- 21人(44%)が退院



長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

自己決定と自然死

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

NIPPVと自己決定

- 死亡したケースの中には、患者本人が明確にNIPPVの装着を拒否したにもかかわらず、家族の意向で装着し、最後まで患者の意思が無視されたまま死を迎えたケースがあった。
- インフォームドコンセントや自己決定権について、現場の苦悩が現れたケースがあったためその概略を提示する。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

症 例

- 症例 60歳代 女性
- 肺非定型抗酸菌症による荒蕪肺
- 人工呼吸器装着等、延命処置は希望しない
- CO2ナルコーシスとなった
- 当初NIPPVに同意したが、3日目から拒否
- 夫はNIPPV中止を快諾せず
- 意識状態に応じてNIPPV脱着を繰り返し
- NIPPVをつけられたまま死亡

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

3つの問題点

1. いつでも外せるから、とマスクの装着を説得したのに、外して欲しいと懇願する患者の意思を無視したことは、インフォームドコンセント上問題ではないか？
2. 泣いて嫌がる患者に、苦痛を伴うマスクを装着することは、自己決定権の侵害であり、傷害ではないか？
3. 「死んでも嫌だ」と拒否する患者に、「嫌でも仕方がないだろう」「やってみて奇跡を信じよう」等、無理やり治療を押し付けたことは、家族を含めた医療側の集団的なパターナリズムではないか？

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

インフォームド・コンセント

本人の同意がなければ、

いかに患者を治そうという善意に満ちた治療行為であっても、患者に苦痛を与えることは傷害である。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

事前指示書

事前指示書には次の2つが必要。

1. 自分の終末期医療のあり方に関する明確な指示。
2. 自分が判断できない場合の代理人の指名。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

代理人の指名

- 何らかの理由で患者本人が治療に対する意思ができない場合には、家族などの近親者に意見を求めるのが現実的である。
- この場合、家族内で意見の一致がみられなかったり、あるいは意思決定が患者の意思の代弁ではなく家族の希望であったりするなど、問題となるケースもみられる。
- そのため、事前に患者自身が自ら代理人を指名しておくことが重要となる。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

適切な代理人とは

- 留守を預かった嫁としての責任
- 身勝手な夫に苦勞した妻
- 年金の問題など

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

肺疾患末期における人工呼吸療法

- 先のケースで、患者の意思を優先してNIPPVを中止したらどうなったのであろうか。程なくCO2ナルコーシスから呼吸停止を来したであろう。
- NIPPVは肺の換気を改善しようとするもので、肺の疾患自体を治す治療法ではない。従来の人工呼吸器でも同じことである。
- 自然に任せれば死が避けられない状況下において、器械をつけて少しでも死期を先に延ばそうという試みは、治療というよりむしろ延命処置的。

医療科学学会研究発表委員会 2008.12.20

自然死と安楽死

- そのままにすれば自然に死が訪れることを**自然死**という。
- 人工呼吸器による延命処置をやめれば、当然延命処置を続けるよりは死期が早まるけれども、自然に死を迎えさせること(自然死)と死期を早めること(安楽死)とを根本的に**区別して考えるのが**、現在の欧米における考え方となっている。
- 日本ではその区別がしっかりと理解されないまま、**安楽死と混同**されている。

医療科学学会研究発表委員会 2008.12.20

人工呼吸器をはずすこと

- 視察したドイツ・オランダ・アメリカのいずれの国においても、本人が文書で治療拒否の**事前指示書**を書いているなら、延命治療を中止し、人工呼吸器をはずすことが可能であった。
- これはオランダで行われている**安楽死とは全く異なるもの**との認識であった。
- 自分の死に関する**自己決定権 (Autonomy)**の考え方が最も重要視されている。

医療科学学会研究発表委員会 2008.12.20

西欧では

- ドイツでは、病院内で臨床に関する倫理委員会を開いて問題を検討する。
患者が**事前指示書**を書いていない場合には、家族もしくは法定代理人をたてて裁判所が判断。
- オランダでは、患者の既往歴や現病歴を把握している**家庭医**の役割が大きい。
- アメリカでは、連邦政府が「**患者の自己決定権法**」を定め、リビングウィルを法的に認めた。

医療科学学会研究発表委員会 2008.12.20

日米間での大きな違い

- 2005年3月、アメリカでは約15年間にわたって植物状態が続き、**尊厳死**をめぐる議論となった女性(テリー・シャイボー)が、栄養補給装置をはずされて14日目に死亡した。
- 夫が尊厳死を要求しているのに対し、両親が治療継続を求め、連邦最高裁まで争われた結果であった。
- 最後は大統領を巻き込んだ大論争に。

医療科学学会研究発表委員会 2008.12.20

同じ2005年3月、日本では

- 一方、わが国では1998年に気管支喘息の発作で心肺停止状態からこん睡状態となった患者が、気管内チューブを抜かれた後に筋弛緩剤を投与され死亡した事件(いわゆる川崎協同病院筋弛緩剤事件)の判決公判が横浜地裁で開かれた。
- 被告の医師が殺人罪で懲役3年、執行猶予5年が言い渡された。

医療科学学会研究発表委員会 2008.12.20

終末期医療と刑法

- 終末期治療にあたり、何よりも患者の意思が尊重され、医師も刑法の殺人罪などで裁かれることがなくなるようにするには、法整備に加え、事前指示書の整備や院内臨床倫理委員会の設置などの取り組みが必要であると思われた。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

患者の尊厳を保つために

- 終末期の治療のあり方を、患者と共に考え、悩み、サポートしていくことが我々医療従事者の重要な仕事となってきた。
- パターンリズムと延命至上主義を見直し、患者の自己決定を支え、最期の時まで患者本人の尊厳を保つ努力が求められている。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

終末期の在宅医療

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

終末期の在宅医療

- 高齢者が住み慣れた自宅で、家族とともに、安らかな最期を迎えることができるよう態勢を整備していくことは、高齢社会を迎えた我が国のきわめて重要な課題である。
- 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。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

終末期の在宅医療

- 我々呼吸器科では、まず高齢がん患者に的を絞って、在宅で終末期を迎えるために必要な要因を探ることにした。
- また在宅での終末期医療の現状について、アメリカ、イギリス、デンマークのホスピス事情を視察したので報告する。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

肺癌患者の在宅での看取りを可能にした要因の検討

対象患者	検討要因
<ul style="list-style-type: none">2003年4月1日～2007年1月31日呼吸器病棟入院同一主治医が担当し病院又は在宅で看取られた43人	<ul style="list-style-type: none">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介護者の種別各種医療行為（麻薬、輸液、吸引、酸素）の有無宗教学的指図（血清アルブミン、総コレステロール、コリンエステラーゼ）

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

在宅での看取りを可能にした要因

多変量解析の結果、次の7つの要因が関与

1. 酸素のないこと
2. 吸引のないこと
3. 輸液のないこと
4. アルブミン値が高いこと
5. コリンエステラーゼ値が高いこと
6. コレステロール値が高いこと
7. 社会復帰支援室介入のあること

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

在宅医療を支える看護と介護

- ・ 自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。
- ・ 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、往診医と訪問看護・介護の力であったことは想像に難くない。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

アメリカ

- ・ デイケアでは、看護師たちがチームを組んで高齢者一人一人のケアプランをきめ細かく話し合い、積極的なケアが実践されていた。
- ・ 医師であるメディカル・ディレクターのもとで、ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner) という看護師がチームリーダーとなり、看護師それぞれの任務が効率よく分業化されている。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

アメリカ

- ・ 緩和ケアのスタッフにとっては、人工呼吸器の取り外しに立ち会うことも重要な任務。
- ・ 緩和ケアのスタッフは、患者が死を迎えた後の遺族の心のケアまでカバーしている。ここでもナース・プラクティショナー (NP) がプログラム・コーディネーターをつとめていた。
- ・ 在宅ホスピスにおいては、教育を受けた専門看護師が、服薬指示から死亡の確認まで、かなりの裁量を与えられている。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

欧州では

1. デンマークの在宅医療
 2. イギリスのホスピス
- ・ 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。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

デンマーク

- ・ ホスピスか在宅か、本人ではなく緩和ケアチームが決める。
- ・ 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。
- ・ 亡くなる1-2日前 (直前) は自宅に24時間スタッフが付く。
- ・ 従って患者が病院に戻ることは少ない。

長寿科学総合研究推進委員会 2008.12.20

デンマーク

- ・家庭医は「専門医」であり、一人あたり約1500名程度の受け持ち患者リストを持っている。
長い間の患者との付き合いで密接な関係を築いている。
- ・家庭医だけ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したりする。

高齢科学総合研究推進委員会 2008.12.20

デンマーク

- ・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し、そのタイミングも判断している。
- ・リビングウィルはないが、栄養点滴に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・家族と繰り返しよく話し合いを持ち、よく説明してある。

高齢科学総合研究推進委員会 2008.12.20

デンマーク

- ・2002年
- 病院死は全体の50%で、
- 在宅死は22%であった。
- ・2006年
- 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。
- ・亡くなる3ヶ月前に家庭医に診てもらおうと、在宅死は5倍に増えるという。

高齢科学総合研究推進委員会 2008.12.20

デンマークのホスピス

- ・ホスピスの建物は、地域の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。
- ・その運営は州の仕事である。
- ・入居者は無料。

高齢科学総合研究推進委員会 2008.12.20

デンマークのホスピス

- ・ホスピスに入る基準：
 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患者に何か得るものがあること。
- ・ホスピスの目的：
 1. 在宅ケア態勢を支援すること。
 2. 専門家スタッフを教育・養成すること。
 3. 国に対し終末期医療に関する提言をする。

高齢科学総合研究推進委員会 2008.12.20

イギリスのホスピス

- ・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。
- ・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、在宅で24時間ケアをしている。

高齢科学総合研究推進委員会 2008.12.20

イギリス

- ・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。
- ・ナースには何段階もの階級がある。
- ・2000年からナースコンサルタントが認められた。CNSが、患者と関わり合いながら、研究、教育、チームリーダーをする。処方もできる。

医療科学学会研究成果発表会 2008.12.20

イギリス

- ・チームの目標は、患者が変わり行く状況に適応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。
- ・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。

医療科学学会研究成果発表会 2008.12.20

セントクリストファーホスピス

- ・シシリーソングダース女史が1967年に建てた施設で、緩和ケアの精神を世界に広げる活動をしている。
- ・ここでは、
 - －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。

医療科学学会研究成果発表会 2008.12.20

ボランティア

- ・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っている。
- ・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。
- ・希望者のうち、ボランティアを続けられるのは50-60%である。
- ・約150人が遺族のグリーフケアをしている。
- ・寄付金を集めるのも大切な仕事。
- ・患者に直接かかわるのは24人で、特別なトレーニングをうけている。

医療科学学会研究成果発表会 2008.12.20

まとめ

アメリカ、デンマーク、イギリスの視察から

1. 専門看護師を中心とした終末期医療体制
2. 寄付
3. ボランティアの活用

などが、在宅医療を推進する際に参考とすべき重要なポイントであると思われた。

医療科学学会研究成果発表会 2008.12.20

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。H20年度は実際に終末期のリビングウィルや事前指示書を取得している、かかりつけ医等の現状を調査し、この運用上の問題点を抽出した。実際に病院・診療所ですでに用いられているリビングウィル・事前指示書の内容（医療代理人の記載欄の有無）、取得時期等もそれぞれ異なり、標準化されたものがない状況であった。今後、国全体での取り組みを進めるにあたり、取得の目的をより明確とし、推奨されるリビングウィル・事前指示書の内容（医療代理人の記載欄の有無）、取得時期等につき、さらに検討する必要があると考えられた。

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。H20年度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。また、実際にリビングウィルや事前指示書を用いている病院・診療所等を過去の報告やインターネット等で調査し、抽出した。これらの運用状況から問題点を抽出した。

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とのみ扱うことで研究に倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

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受け取りを行っている。これに対し、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と考えられた。また、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標準的なインフォームド・コンセントを行う必要があると考えられた。

これらの考察と並行し、実際に事前指示書等を用いている病院・診療所を調査した。5カ所以上の病院・診療所等が抽出されたが、事前指示書等を用いていることを公表している病院・診療所等は少ない状況にあった。用いられているリビングウィル・事前指示書の内容もそれぞれ異なり、尊厳死宣言書に近い内容のものから、国立長寿医療センターで用いている事前指示書と同様延命処置の内容まで含めているものもあった。また、取得時期も、判断能力のしっかりしている、より早期の時期の取得を目指すもの、終末期になったの取得する体制のものとなっていた。また、医療代理人の記載欄のない様式のものが多い状況であった。

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、患者の意思を共通し把握する書式を開発することで、よりスムーズな連携を考察する研究である。H19年度までの考察をもとに当初、H20年度より大府市近隣の診療所での事前指示書の取得を進める予定であったが、「後期高齢者終末期相談支援料の凍結」という事態を受け、今後の全体の動向が定まるまで、実際の運用開始を見合わせざるを得なかった。並行し、実際に事前指示書等を用いている病院・診療所を調査したが、事前指示書等を用いていることを公表している病院・診療所等は少なく、用いられているリビングウィル・事前指示書の内容（医療代理人の記載欄の有無）、取得時期等もそれぞれ異なり、標準化されたものがない状況であった。今後、国全体での取り組みを進めるにあたり、取得の目的をより明確とし、推奨されるリビングウィル・事前指示書の内容（医療代理人の記載欄の有無）、取得時期等につき、さらに検討する必要があると考えられた。

E. 結論

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