

長寿医療研究開発費 平成22年度 総括研究報告

高齢者の終末期医療の在り方と倫理的課題に関する研究（22-3）

主任研究者 遠藤 英俊 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長

研究要旨

終末期医療は厚生労働省の指針にあるように多職種によるチーム医療が基本である。そこで終末期医療に関する多職種に意識の相違について検討するためにアンケート調査を行った。さらに高齢者の緩和ケアチームの構築についても検討した。調査内容としては日本老年医学会が2003年に発表した「終末期の立場表明」の現状と課題に関する調査研究として老年病専門医に対する終末期アンケート調査研究を行った。また老年病専門医と介護支援専門員に対して終末期医療の意識や定義についてアンケート調査を行った。その結果、専門医と現場の介護支援専門員との終末期の多くの質問で考え方が異なり、さらに介護支援専門員に対して研修や教育の必要性が明確となった。また介護施設における終末期ケアに関して調査を行った。以上の結果により終末期の現状の課題を明らかにし、具体的には立場表明の改訂、緩和ケアチームの構築など具体的に終末期医療研究の前進を図った。

主任研究者

遠藤 英俊 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部長

分担研究者

三浦 久幸 国立長寿医療研究センター 在宅医療支援診療部長

中島 一光 国立長寿医療研究センター 緩和ケア診療部長

西川 満則 国立長寿医療研究センター 内科総合診療部呼吸機能診療科医師

高橋 龍太郎 東京都健康長寿医療センター研究所 副所長

飯島 節 筑波大学大学院 教授

植村 和正 名古屋大学医学部附属総合医学教育センター 教授

A. 研究目的

終末期医療は厚生労働省の指針にあるように多職種によるチーム医療とその判断が基本である。そこで終末期医療に関する多職種に終末期の定義と処置に関する意識の相違を明らかにするため、老年病専門医、介護支援専門員、介護施設職員などへのアンケート調査を行った。また緩和ケアチーム（Advanced care planning）の構築に必要な人材

研修などの調査を行った。特別養護老人ホームでの死亡数が増加する中、どのような看取りケアを提供することができるのかが課題となっている。そこで、本報告では、現状を調査し、課題を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

調査内容としては日本老年医学会が2003年に発表した「終末期の立場表明」の現状と課題に関する調査研究として老年病専門医に対する終末期アンケート調査研究について植村分担研究者と共同で行った。さらに今年度は飯島分担研究と老年病専門医と同じアンケート調査用紙を用いて介護支援専門員に対して行った。

(倫理面への配慮) 本研究は専門医や介護支援専門員に対して無記名で行った。調査は質問紙を用い、非侵襲的検査であったが、老年病専門医の調査については名古屋大学医学部の倫理委員会の承諾のもとに施行した。対象は介護支援専門員73名であり、男性13名、女性60名で、過去の職種としては介護職が36名、看護師が24名、その他が13名であった。

横浜市内のS特別養護老人ホームを1998年4月から2008年6月までに退所した利用者168名のうち、自宅へ退所した1名とグループホームへ入所した2名を除く165名を対象とした。基本属性および終末期に関する情報を、診療録、死亡診断書、看護記録、介護記録、相談員記録より後方視的に調査した。

調査に関しては、対象施設の運営委員会及び施設長より承諾を得て実施した。得られた情報は個人が特定できないように記号化して処理した。

全国の特養1,200ヶ所を無作為抽出し、看護職リーダーを対象として調査票を配布した。調査の内容は、施設の基本属性、退所者数とその内訳、医療との連携、終末期の過ごし方についての意向確認の有無、医療的ケアの説明実施の有無、日常業務等の多職種間の役割分担状況であった。また調査時、看取りケアの課題に関するインタビュー調査への協力依頼を同封し、参加を募集した。調査票は無記名で回収とし、回答をもって研究の同意とした。なお、本調査は東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を受けて実施した。

在宅支援型終末期ケアチーム、またその活動拠点である在宅医療支援病棟などに対するニーズを探るため、全国の在宅療養支援診療所医師1000人にアンケート調査を行い、在宅医療支援病棟や在宅支援型終末期ケアチームに対するニーズを調査した。また緩和ケアの領域で経験豊富な医師、看護師、薬剤師の意見の集約をはかった。

C. 研究結果

終末期の定義の考え方は、経口摂取困難な場合が18名、がんの全身転移が59名、植物状態が21名、多臓器不全で死亡が56名、昏睡状態が42名であった。

終末期の処置については、突然の脳卒中、悪性腫瘍、心不全や呼吸不全で入退院を繰り返

返す場合、認知症や脳血管障害で誤嚥性肺炎を繰り返している場合の4パターンに分類して質問した(表1、表2)。具体的には胃ろうについては本人の事前指定か、家族の希望があった場合に、造設を検討するを選択した人が多く、適応には慎重な判断が必要と思われた。悪性腫瘍の末期ではすべきではないと考える人が多かった。また経鼻栄養や、胃ろう、中心静脈栄養などは同様の傾向を示したが、末梢静脈栄養や輸血については原則として行うという結果を得た。すなわち上記2グループには経口摂取ができない場合の延命的要素の有無で本質的に異なる処置であると考えられた。

立場表明に関する調査(表3)では「死ぬ権利」、「高齢者に限らず、すべての人が各自の終末期のあり方について深く考え意思を表明することが望まれる」、「終末期の医療およびケアに関する事前指示書を普及させ携行できるようにすべき」などの意見があり、家族などの経済的要因に関する研究が必要である。また死の受容について医療者、患者教育の両者への死の教育が必要であり、具体的事例に則したガイドラインが必要等の意見が抽出された。

特別養護老人ホームでの調査では、調査総数165名のうち、施設内で死亡した者(施設内死亡群)が30名(18%)、病院で死亡した者(病院死亡群)が101名(61%)、長期入院により退所となった者(長期入院群)が34名(21%)であった。性別は男性38名(23%)、女性127名(77%)であった。施設内死亡に至った要因を明らかにするために、施設内死亡群とその他の2群に分けて退所時年齢、在所期間、入院回数、入院日数、子供人数、終末期に関するカンファレンス実施回数を説明変数として判別分析を行った結果、施設内死亡群では、カンファレンスの実施回数が多く、年齢がより高く、入院回数が少ないことが明らかとなった。終末期をどこで迎えたいかという本人の意思確認ができていたものは12名(7%)のみで、家族の意思確認ができたものは61名(37%)、どちらの意思も確認できていなかったものが100名(61%)であった。

特別養護老人ホーム全国調査の回収数は、431(回収率35.9%)であった。施設内での死亡があった施設は324(75.2%)、うち療養後の死亡(突然死を除く)があった施設は283(65.7%)であった。施設内で実施されている医療処置は、吸引(98.4%)、経管栄養(94.0%)、点滴(76.8%)の順で多くなっていた。常勤医師のいる施設は27(6.7%)で、夜間死亡した場合の往診体制が決まっている施設は326(75.6%)であった。

施設内で実施する医療ケアの説明をしている施設は232(53.8%)、終末期の過ごし方についての意向は340(78.9%)の施設で確認しており、看取りケア研修は254(58.9%)施設が実施していた。

在宅療養支援所へのアンケート調査には174人が回答した。在宅医療支援病棟に求める機能について問うたところ、在宅医が緊急入院、予定入院ともに症状緩和目的の入院を決定することができる機能や家族の休息のためのレスパイト入院機能の他に、在宅でのがん疼痛緩和の相談にのってくれる機能、在宅でのがん疼痛以外の症状を緩和にも対応してくれる機能、病棟ががん疼痛の教育研修をしてくれる機能も求められていた。高齢者の在宅疼

痛治療のサポートをしてくれる在宅支援チームが必要と思うかを問うたところ、「どちらかと言えばそう」と、「そう思う」との答えが多かった。緩和ケアの経験豊富な医師、看護師、薬剤師の集約をはかり、全人的終末期緩和ケアチームの役割、全人的終末期緩和ケアチームのメンバー構成、活動内容、各職種連携図を作成した。

D. 考察と結論

調査結果として、介護支援専門員にとり立場表明に関する認知度は低く、現場の間隔とはずれがみられた。しかしながらその内容は高齢者や患者の意識を反映している可能性があり、無視できないという結果であった。

日本老年医学会が 2003 年に発表した「終末期の立場表明」は時代と共に、終末期医療や倫理的課題は変遷し、その意義も変化する。そこで本研究において、その現状と課題を明らかにした。その結果専門医と現場の介護支援専門員との終末期の多くの質問で考え方が異なり、さらに介護支援専門員に対して研修や教育の必要性が明確となった。

終末期の倫理的課題としては、高齢者の終末期の判断において、胃ろうをはじめとして事前指定の導入が欠かせないと考えられる。また成年後見制度において、後見人が身上監護の役割をもつことが必要である。胃ろう造設において、成年後見人の判断を必要とするようにすれば、客観的判断を導入することで過度の胃ろう造設に警鐘をならすことが可能となる。この 2 点に関して本研究においては具体的に法律の改正も含めて戦略をたてる必要がある。

特別養護老人ホーム内で看取られた者は、年齢がより高く、入院回数が少なく、終末期に関するカンファレンスの実施回数が多かった。一方、終末期に関する本人の意思を確認することはきわめて困難であった。今後、特別養護老人ホームにおいて、本人や家族の意思の確認が困難な場合の終末期ケアの在り方について十分検討する必要がある。

特養における看取りケアの実施状況の背景を探るため、実態の客観的な指標である「施設内療養後死亡」と、主観的な指標である看護職リーダーからみた「看取りケア実施の認識」の 2 つの視点から、分析を試みた。療養後死亡の有無との関連では、終末期の過ごし方について本人や家族の意向を確認する、夜間死亡時の往診体制が決まっている、看取りケアに関する研修を実施する、本人や家族に施設内で実施できる医療的ケアの説明をする割合は、療養後死亡のある施設で有意に高かった。「看取りケアを実施している」という認識との関連では、施設内療養後死亡と同様の 4 つの項目に加えて、看取りケア委員会がある施設で有意に高かった。

在宅医療支援病棟の機能を補完する形で、在宅支援型終末期緩和ケアチームを構築する必要があると思われた。全人的終末期緩和ケアチームの役割として、一般病棟の患者を在宅医療支援病棟へ誘導する機能をもたせ、非がん患者や高齢者の特性を考慮して、在宅推進担当や高齢者総合機能評価担当をチーム構成員に置くことがチーム構築の重要なポイントであると思われた。平成 23 年度は、実際に構築されたチームを運用する。

E. 健康危険情報

特に問題となる事象はなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 遠藤英俊、三浦久幸：特集 認知症治療の今後を予測する 1. 認知症治療の現状と今後. 医薬ジャーナル. 46(5):67-71, 2010
- 2) 遠藤英俊、三浦久幸：社会的・制度的支援と家族介護 1) 介護保険. 神経内科. 72(Suppl. 6):217-221, 2010
- 3) 遠藤英俊、佐竹昭介、洪 英在、田代真耶子、三浦久幸、近藤真由：音楽療法. 内科系総合雑誌 モダンフィジシャン. 30(9):1169-1172, 2010

2. 学会発表

- 1) 遠藤英俊：介護保険の新たな展開. 第 52 回日本老年社会科学会 教育講演 1. 2010. 6. 17
- 2) 遠藤英俊：いま、ここが知りたい 1. 10 年目を迎えた介護保険の反省と今後の展望. 第 52 回日本老年医学会学術集会 神戸企画. 2010. 6. 24
- 3) 遠藤英俊：シンポジウム 15 「認知症の早期発見と予防に関するシンポジウム」. 第 49 回日本生体医工学会大会. 2010. 6. 27

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

表1. 終末期の処置その①

	自立した生活を送っていた方が突然 脳卒中を発症した				悪性腫瘍が着実に進行している			
	1:○	2:△	3:×	4:無	1:○	2:△	3:×	4:無
1. 経鼻経管栄養	27	25	10	11	10	30	21	12
2. 胃瘻の増設	11	34	16	12	2	28	32	11
3. 中心性脈栄養	25	29	6	13	18	33	12	8
4. 末梢からの点滴	36	15	8	14	27	22	9	15
5. 輸血	25	19	15	14	23	23	16	11
6. 消炎鎮痛薬(NSAID)の投与	38	9	8	18	56	7	2	8
7. 抗菌薬の投与	40	8	7	18	42	9	6	16
8. 疼痛に対する麻薬の投与	30	14	14	15	58	10	0	5
9. 呼吸困難に対する麻薬の投与	27	18	11	17	45	13	5	10
10. 気管切開	12	35	11	15	4	26	25	18
11. 人工呼吸器の装着	10	38	11	14	5	26	27	15
12. 全身清拭または入浴	63	3	0	7	59	4	1	9
13. 心電図モニター	47	9	3	14	30	9	16	18
14. 血圧モニター	44	11	4	14	31	9	16	17
15. 酸素吸入	5	10	1	12	45	12	6	10
16. 昇圧剤の投与	33	15	9	16	14	19	21	13
17. 人工透析の導入	14	23	18	18	3	26	26	18
18. 心肺蘇生術	28	18	15	12	12	18	28	15

表2. 終末期の処置その②

	心不全や呼吸不全などで入退院を繰り返している				認知症や脳血管障害があり誤嚥性肺炎を繰り返している			
	1:○	2:△	3:×	4:無	1:○	2:△	3:×	4:無
1. 経鼻経管栄養	13	31	14	15	15	32	14	12
2. 胃瘻の増設	4	39	15	15	9	43	14	7
3. 中心性脈栄養	7	34	15	17	6	37	17	15
4. 末梢からの点滴	29	18	9	17	25	21	14	13
5. 輸血	19	26	15	13	17	22	21	13
6. 消炎鎮痛薬(NSAID)の投与	37	9	10	17	44	5	9	15
7. 抗菌薬の投与	41	9	7	16	40	10	6	17
8. 疼痛に対する麻薬の投与	28	13	14	18	29	9	18	17
9. 呼吸困難に対する麻薬の投与	29	17	12	15	22	16	16	19
10. 気管切開	5	35	15	18	4	31	19	19
11. 人工呼吸器の装着	7	35	17	14	4	29	23	17
12. 全身清拭または入浴	61	3	2	7	60	4	1	8
13. 心電図モニター	38	12	9	14	26	11	17	19
14. 血圧モニター	32	12	11	18	26	11	17	19
15. 酸素吸入	48	12	3	10	37	11	11	14
16. 昇圧剤の投与	18	23	13	19	20	20	16	17
17. 人工透析の導入	4	32	19	18	4	28	23	18
18. 心肺蘇生術	15	27	15	16	15	23	20	15

表3：「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」に関して、それぞれの立場は現在実現されていると思われますか。

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。				
実現度	概ね実現 14.8%	かなり実現 44.0%	あまり実現されていない 30.9%	6.2%	4.9%
立場-2	高齢者の終末期の医療およびケアは、患者の個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行われなければならない。				
実現度	概ね実現 10.3%	かなり実現 41.6%	あまり実現されていない 32.9%	ほとんど実現されていない 14.4%	2.9%
立場-3	終末期医療では、患者の生活の質(QOL)の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである。				
実現度	概ね実現 9.9%	かなり実現 46.9%	あまり実現されていない 33.7%	8.2%	2.9%
立場-4	終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。				
実現度	5.4%	かなり実現 34.2%	あまり実現されていない 46.9%	ほとんど実現されていない 13.6%	1.7%
立場-5	終末期における医療およびケアは医学のみならず看護・介護、社会・心理など、幅広い領域を含む集学的医療およびケアである。				
実現度	4.1%	かなり実現 34.6%	あまり実現されていない 44.0%	ほとんど実現されていない 17.3%	1.7%