

高齢者終末期の質に関わる社会医学的研究
在宅療養支援診療所の医師は、高齢者の終末期
をどのように診断しているのか
医師へのインタビューによる質的研究

公益財団法人在宅医療助成 勇美記念財団による研究助成

完了報告書

助成対象年度 : 2011 年度前期

申請者 : 山口 鶴子

提出年月日 : 2012 年 8 月 30 日

完了報告書の提出にあたって

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け、昨年 7 月からインタビュー調査を開始、函館から沖縄まで 12 人の医師の方々にお話を伺うことができました。12 人のうち東京都区内が 3 人、農村部を含む地方都市が 9 人です。地方では、高齢化はすでにピークに達しており、家族の介護力の問題から自宅死亡割合は減少傾向にあり、施設での死亡が増えているということでした。確かに、全国の自宅死亡割合は、介護保険制度開始前の 1999 年には、15.0%でしたが、2005 年 12.2%まで低下し以後横ばい状態です。一方、老人ホームでの死亡が着実に増えています。東京では、団塊の世代の高齢化とともに 2045 年までその割合が上昇を続けると予測されており、いま地方で進行している在宅から施設への流れが、東京でも早晚主流になるものと思われます。高齢となり自分で生活ができなくなれば、施設に入所せざるを得ない未来、たとえば、地方から上京し営々と働き続け手に入れた我が家、あるいは、戦後の焼け野原から築き上げた家、親から受け継ぎ守ってきた家を終の棲家とできない未来が待っているということです。人生最期の暮らしがそれでいいのでしょうか？

インタビュー調査の分析には、診断のようなプロセスが含まれかつ領域密着型の事象の分析に適しているグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いました。医師の方々には、終末期の医療について自由に語っていただきましたので、診断だけではなく、看取り全般にわたって豊富なデータが得られました。分析の結果は、「終末期の判断・支援モデル」「終末期の医師の役割」「新しい看取りの文化」のテーマで、それぞれ本年 6 月の第 54 回日本老年医学会学術集会（東京）、9 月の第 3 回日本プライマリ・ケア連合会学術大会（福岡）、11 月第 77 回民族衛生学会（東京）で発表、来年 3 月の日本在宅医学会では、「スピリチュアル・ケアと在宅医療」のテーマで発表を予定しています。「終末期の判断・支援モデル」は日本老年医学会雑誌への投稿論文を執筆中です。

本研究で得られたモデルは、終末期は、本人が自分の病状と人生観を重ね合わせて判断したときであり、医師は、本人および本人のケアに係わる者の総和として、どこで、どのように暮らしたいかを聞きながら医療の選択肢を示し暮らしを支援するというものです。

この完了報告書には、インタビュー調査の逐語録の中から、本モデルの要素の意味をもっとも含んだ発言（具体例）を引用させていただきました。引用させていただいた発言以外にも数多くの実践に裏付けされた言葉に支えられたモデルであること、私にとっては、探し求めていた解であり臨床現場で役立つモデルであること、そして、私と同じように終末期の定義や医療に関する勧告やガイドラインの前で佇んでいる方々の参考になれば望外の幸せであることを申し添え、お忙しい中、インタビューに応じてくださった医師の方々、そしてこのようなチャンスを与えて下さった公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団に感謝申し上げます。

2012 年 8 月 30 日

山口 鶴子

目次

1 はじめに.....	1
2 高齢者終末期の質とは:本研究の焦点.....	1
3 終末期の医学的判断の難しさ:本研究の目的.....	2
4 高齢者終末期の診断に関するインタビュー調査.....	2
(1)調査対象者およびデータ収集	
(2)データ分析	
(3)用語の定義	
(4)倫理的配慮	
5分析結果:終末期の診断についての概念と関係図、サブ概念.....	3
(1)終末期の診断の不可能性	
(2)終末期の判断	
a. 本人の判断	
b. 医師の判断	
c. 家族の判断	
d. 最期までどのように生きたいのか意思決定プロセスの始点	
(3)終末期の医師の立ち位置	
(4)高齢者終末期の判断・支援モデル	
(5)高齢者終末期の判断・支援モデルのイメージ[本人が意思表示出来る場合]	
6 考察:医学的判断の困難さをどのように越えているか.....	8
7 おわりに.....	9

文献

表1. 高齢者終末期の質に関わる要因と先行研究

表2. インタビュー調査協力医師の属性

図1. 関係図

1. はじめに

超高齢者社会を迎え、本人の望む場所で看取りができる体制の確保が、我が国の医療政策の課題となっています[1]。1994年訪問看護ステーションがスタートし、2000年には介護保険制度が始まり家族の介護力のみで依存しない高齢者のケアが定着しました。2006年から在宅療養支援診療所の制度がスタートし看取りまで行う在宅医療が具体化されました[2-5]。合わせて特別養護老人ホームやグループホームなど介護施設での看取りの取り組みが始まっています[6-8]。看取りに関してはマスコミやテレビドラマ、映画などでも取り上げられてきました。また、介護職や家族、一般の方を対象とした終末期ケアに関する講演会やガイドブック[9]、医師自身の実践の書[10-14]も出版されています。しかし、こうした動きは、社会全体に波及するまでにはなっていません。『看取り』という言葉ひとつとってみても、病気の看護や介護の意味で用いられることも多く、死を看取るという意味で用いている高齢者ケアの現場と一般社会との間には、『看取り』の語意そのものに関してさえまだ共通の重みを持った認識に達しているとは言えない現状があります[15]。

2. 高齢者終末期の質とは；本研究の焦点

日本老年医学会の「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」2012（以下「立場表明 2012」）において生活の質（QOL）の高い状態とは、主観的な幸福感や満足感が高く、身体的に快適な（苦痛が少ない）状態とすると定義されています[16]。そのような状態が共通の価値として社会的に認知されるための要因として、次の8要因を想定し文献検索や先行研究を行い（表1）、実態について調べました。①一般社会で「終末期医療」や「看取り」の概念が共通の認識になっている。②本人が終末期に望む医療・ケアとそれらを受ける場所の意向を明らかにしている。③家族も本人の意向を理解し同意している。④終末期の診断がなされる前に、十分な医療を受けている。⑤医師により終末期の診断がなされ告知されている。⑥本人を取り巻く家族および医療・ケアの関係者の連携体制が構築されている。⑦終末期の医療・ケアが適切に提供される。⑧医師により死亡確認がされ遅滞なく死亡診断書が交付される。

これらの8要素のうち、②③に関してはリビングウィルやエンディングノートを事前指示書として作成しようという社会的な動きがすでに続けられています。書店でも購入できるようになりました。また本人の考えを記入する欄を設けた介護記録ファイル[17]や介護読本[18]の配布を始めた自治体もあります。終末期の胃ろう栄養に関しては意思決定プロセスに関するノートが発行されガイドラインが公表されました[19]。⑥、⑦は、施設や在宅での看取りケアの体制が整備され、質を高める研究[20, 21]もなされています。⑤の医師の終末期の診断に関しては、終末期医療に関する勧告・ガイドラインとして意思決定の手続きについて述べたものはあります[22]が、診断については、日本老年医学会の2001年の立場表明の終末期の定義が、「立場表明 2012」でもそのまま用いられています。本研究は、この⑤の終末期の診断に焦点を当てて調査研究を行ったものです。

3. 終末期の医学的判断の難しさ ; 本研究の目的

認知症高齢者が食べられなくなった場合の胃ろう栄養法が、ここ 10 年で急速に増え医療倫理的にも医療経済的にも社会問題になっています。日本老年医学会は、「立場表明 2012」の中で、「胃ろう造設を含む経管栄養や気管切開、人工呼吸器の装着などの適応は、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときは、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。」として胃ろう問題に関する学会としての立場を示しました。

この表明に至るまでに胃ろう造設施行要因等に関しての緻密な精力的な研究がなされています。日本においては社会的背景として患者家族の過大な経済的負担なく長期入院が成り立つ医療システムがあり、慢性疾患の特徴として終末期の定義の不明確性、医学的判断の難しさがあるため、人工的な水分・栄養補給法をしない選択肢の提示の困難さと胃ろう栄養法の利便性から、胃ろうが選択されている現状が浮き彫りにされました[23]。医療現場での「終末期の定義の不明確性と医学的判断の困難さ」と「選択肢の提示の困難さ」のうち、後者に関しては、上述のとおり意思決定プロセスに関するノートが発行されガイドラインが公表されました[19]が、これらは、「食べられなくなった 必要量とれなくなった」時、個別の事例ごとに倫理的妥当性を確保しながらどのように意思決定するかのガイドです。前者の「医学的判断の困難さ」は、残されたままです。終末期の判断がなくて、終末期医療およびケアは開始できないのではないかと、看取りは、終末期の診断があって始まるものではないかという素朴な問いを立て、実際に看取りを行っている医師に「どのように終末期の診断を行っているのか」を聞くことにしました。そして終末期の診断のプロセスを明らかにしようと考えました。

4. 高齢者終末期の診断に関するインタビュー調査

(1) 調査対象者およびデータ収集

対象は、機縁法で看取りを行っている医師に協力を依頼し了解が得られた 12 人です。属性は表2のとおりで、平均年齢は 55 歳、全員男性。施設形態別では、在宅療養支援診療所医師 9 人(うち外来診療機能なし2、あり5、有床診療所1、地域包括ケア1)、訪問診療を行っている病院医師 3 人です。

2011 年 7 月から 2012 年 5 月まで、それぞれの診療所や病院に出向いて「終末期をどのように診断しているか」半構造化インタビュー調査を行いました。

(2) データ分析

診断という行為は、医師が、患者および家族に問い掛け、診察をし、身体的、精神的、環境的な情報を得て、その情報を再度投げかけて確認し、検査の結果と合わせて総合的に判断し、病態や病名の診断に至るといふプロセス性があります。また、その診断結果で、患者の心理や行動・生活に介入するという社会的相互作用があります。分析には、このようなプロセス性、社会的相互作用の分析に適しているグラウンデッド・セオリー・アプローチを用いました[24, 25]。

インタビュー調査毎に逐語録を作成し、逐語録から分析テーマ「終末期の診断について」に関連のある発言(以下具体例*)を抽出し、その意味を解釈して分類しグループ化(以下コーディン

グ*)しました。それぞれのグループに意味を表象する名を付けて要素(以下概念*)としました。それぞれの分析結果は、12人の医師全員に送り、発言の意味を誤解してコーディングしていないかどうかチェックを受けました。また、分析の経過およびデータの取り扱い・保存(grounded on data, coding & retrieval*)については共同研究者と外部オブザーバーからのチェックを受けました。(*)はグラウンデッド・セオリー・アプローチの用語

(3)用語の定義

終末期：病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態
[16]

看取り：死の看取り[26]

(4)倫理的配慮

調査対象者には、研究目的・計画方法等とインタビュー録音記録および逐語録の取り扱い・保管について記載した説明書を事前に送付し了解のもとに行いました。

また、本研究は、順天堂大学医学部研究等倫理審査委員会の審査・承認を得ました。

5. 分析結果：終末期の診断についての概念と関係図、サブ概念

12人の医師のインタビュー調査の分析から、「終末期の診断の不可能性」「終末期の判断」「終末期の医師の立ち位置」「納得の死」「住み慣れた地域で最期まで看取るという文化」など15の概念が生成し、これらの概念を治療期、終末期、死の時間軸の中に配置し関係図を作成しました(図1)。この関係図は、次のように読みとれます。すなわち、終末期は、医学的判断だけではない。だから、診断はできない。しかし、本人、家族、介護スタッフの総和として判断はしている。それは、最期までどのように生きていきたいのか意思決定の始点であり、医師は本人に人生の後輩としてどうしたいのかを聞き、生きていようがあるがままに暮らすことを支える。そのような終末期(看取り)の暮らし中で迎えた死であれば、本人及び家族やそこに係わる者の満足、納得が得られ、結果的に「納得の死」と言えるのではないのでしょうか。一方で、治療期だけが続いて迎えた死もある。それは、「ギアチェンジのなかった死」。また、「終末期の判断」が本人や家族間で一致せず医師に判断を委ね迎えた死もある。それは、「委ねられた死」。医療現場には、従来の価値、すなわち最期まで治療を続けることが医療者の使命であり、医師に判断を委ねるといふ医師・患者・家族関係があります。本人が望むように生き「納得の死」が迎えられるには、社会の共通の価値すなわち「住み慣れた地域で最期まで看取るという文化」の広がりが待たれます。

また、この関係図の3つの概念「終末期の診断の不可能性」「終末期の判断」「終末期の医師の立ち位置」の具体例を更に分析してサブ概念を得ました。【 】内はサブ概念、「 」内は医師の発言(具体例)、()内は文脈を明らかにするために筆者が補足したものです。

(1)終末期の診断の不可能性

【医学的な判断だけではない】

「もっと、生き方とか哲学とかスピリチュアルな判断も入れた、判断じゃないですかね。だから、医学

的な判断、重要だけれど、それだけじゃないんじゃないですかね。人間の終末期というのは。」

「死の診断は、もともとね、医者の特権的な権力なんだけど、そうすると、死につつある時も、診断ということになった時に、皆の感じる違和感は死の瞬間もずっと医者が全部、医者の側からすると責任をもって運営しなければならぬという息苦しさだし、本人や家族からしてみると、えー、死ぬ前からすっかりお医者さんのいいなりですかみたいところだと思うんだよね。」

(2) 終末期の判断

a. 本人の判断

【治療はもういいです】

「なぜさ、緩和ケアとか在宅ケアとかいうと、この治療はつらい、もう点滴はいいですとか、退院したいが先なんだよ。患者さんからすると、終末期だから帰りたいじゃなくて、もう、病院いいです。それ、効いているかどうかはいいとして、もう、点滴はいいですとか、もういいです、家に帰してくださいというのが先なんで、終末期だから、帰りたいんじゃないんだよ。」
「在宅で診ている限りは、点滴だってやれないわけじゃないけども、向こうが望まないのに無理にやることはないんで、少しでも、口から水分がとりなさいと。」

【病院には行きたくない】

「(体の具合が悪くなったら必ず病院になんてことは)ありえない。自分なりの納得というのがあるんですよ。それは、個人の問題ではなくて、(地域社会の)仲間の中でこんなもんだという温度がきまっているから、」

【暮らせなくなった時: 食べられない、しゃべれない、歩けない】

「帰れない理由、帰れない理由と言うのが、家族側してみると、連れて帰れない理由でもあるんですよ、私たち側からすると退院できない理由なんですけど、それを、調べてみたところ、ほとんど、さっきの三つなんですよ。食べられない人は連れて帰れない、連れて帰ってもしゃべれないのに、どうやって一緒に暮らそうとか、もちろん、歩けるようになって連れて帰りたいです。そういう意見なんです。だから、この三つが揃うと、家庭にはなかなか帰れないという現実があるんだなと思ったんですね。じゃ、これをひとつひとつね、クリアしていけば、家に帰れるんじゃないかと思ったんですね。歩けないならリハビリスタッフを充実して歩けるようにしようとか、全部ができるわけじゃないけど、それから、食べられないのは確かに深刻で、鼻から管入れて、胃から管入れてでも栄養と言う意味ではね、ある程度栄養できるんだろうけど、食べるという意味はもうちょっと違った、家族の一員としてとかね、そういった意味なんでしょう、食卓囲んでとか、じゃこれは食べるリハビリをしっかりとやんなきゃいけないということで、……、どういう人が(退院して自宅に)帰れないのか、よくね、2カ月入院した人は帰れないとか、いろんな言われている法則みたいのがあるんですよ、もうひとつ、それを、患者のADLに基づいて考えてみたいと思ったんですね。元気で生きているとは言えない三つの条件、三つともマイナスで揃ってしまうと、そこから先、積極的な医療をすべきかがとても難しい、ことだなと思ってますね。」

b. 医師の判断

【点ではない】

「ここから看取りだということは、画然とはできないよね。もう看取りの方にしているのかな、というくらいのことぐらいのところです。だから、その時には、積極的な治療はとらない、ということでしょうね。」

「診断がよくわからなくて、食欲なくなった、食べられいという場合は、いったん採血ぐらいだけして、よくわからないといって、これは、病院で精査してもらったほうがいいぞといって、それで、即、行ってくださいといって、それで、評価してもらった上で、診断がついたところで、こっちで考えるというパターンにしています。」

【長い時間軸の中で蓄積された情報の総和で判断する】

「長いことかかりつけ医をやっていると、だいたいその人のいろんなことも含めて一言で済んじゃうことなんですよ。こういう場で、出あった人は、そこに最大限配慮すべきだということを強調する意味があるけれども、あの家族だったらこうだよみたいなのが、地域の声が聞こえてくるような距離感で仕事をしていると、そんなに何度も言わなくても、親が昔どうやって亡くなったとか、そういう情報がみんな、スタッフが把握してて、みたいな。」

【判断は本人や家族、介護や看護・医療で係わる者の総和；標準化された基準はない】

「まず、重視すべきは、本人の判断、つまり「私は、終末期です」という人がいるんですよ。「なにもしないでください」って。そしたら、それも採用するののひとつの、全部採用しませんけど。本人の判断もやはり重要視すべきだし、日本的だけど家族の判断も大きいですよ。そして、医師の判断が加わって、それがこう・・・混じり合わされてでてくるのが、いまの僕の高齢者の終末期の判断かな。ブレンドの加減は、ケースバイケースという気がします。」

「基準や根拠は、その場その場で違うんです。なるだけ多くの人が集って、みんなの意見を聞いて、いろんな職種のいろんな年齢のそれぞれ生き方が違う、みんな、だれがみても、最期迎えるときだよねと思えば、それは、一応終末期でしょうね。そういうことですよ。」

c. 家族の判断

【医師は説得するのではない】

「本人がもう答える体力がなければ、主なる介護者というか、家族ですよ。家族の判断することが、医者意見と食い違っても家族意見の方を重視しなければならないでしょうね。だから、家族が納得するまでよく説明しなければならないんだけど、どうしても説明が不十分な場合も起こりますよ、その場合は家族の意見に従うよりしょうがないですね。医者が納得出来なくても、家族の意見は優先しなければならないんじゃないかな。」

【情で納得する】

「意外に帰ってしまうと、ちょっと、もう少し看ますと言う、情がどうかかわからないけども、それもわからないではないですよ。そこで落ち着いてらっしゃる姿をみればということがあるので。ただ、やっぱり、どうしても、そういう方は状態悪いし、ギリギリの栄養でしかみていないので、そうすると、何回かのエピソードを繰り返すうちに、看取るという方向になっていくことが多いと僕は思うんですけどね。それを、その状況に合わせて、我々からアドバイスをして行って支える、それが、家族だけに負担をかけないことが大事だと思うんですね。」

「たとえば、その人が自宅にいる必然性、いわば物語りのようなものですね、たとえば、この家をおばあちゃんが40歳の時に建てて、そこで、子供たちを育てて、子供たちが大きくなって、独り立ちして、最後の最後まで、その自分の建てた家で生活をしていて、やがて、その生活が寝たきりの状態になって最期を迎える、そういったひとつのストーリーとしてね、捉えていて、その中で最期まで自宅にいる意味とか、意義というものを、みんなで考えるような形にしています。」

d. 最期までどのように生きたいのか意思決定プロセスの始点

【本人の判断を終末期の支援の始点とする】

「一応、そう（病院主治医からも治療法がないので退院するかホスピスへ転院と）言われてから納得するまでに時間がかかりますよね。なんで、退院しなければいけないの、なんで転院しなければいけないの、なんで、退院しなければいけないのに治療はないの、病名知らないとどうにもならないけど。で、その上で、ちょっと時間があって、そうなのかなと思うのが人間なので、んー、やっぱり、本当は、全部情報を得てから、本人が納得したときが、終末期だと思う」

「在宅で私たちが係わるというその日から、急変する可能性も必ずあるわけですから、だから、我々が関与するとなった時点で、本人とあるいは本人が意思表示その他できなくて意見聴取ができない場合には、本人に一番近い方々と相談して、急変についても、どこまで医療提供を望むかということ、ちゃんと分かって頂いた上で（自宅に）帰ることにしています。」

「終末期の決定プロセスのあり方というのは、決定させるということじゃないんですよ。決定できなくていいんです。だったら、そのプロセスをなんども繰り返しながら、結局、決定できなくてそのまま亡くなくなってもいいんですよ。ただ、それにちゃんと付き合っ、そこに参画する人みんなで、「よくここまでがんばったね」と思えるように最期を迎えてもらえればいだけの話なんですよ。」

(3) 終末期の医師の立ち位置

【医師は人生の後輩としてどうしたいのかを聞く】.

「そのスタンスは、人生の後輩であるということに過ぎないですよ。」

「そんな(医師の)権力行使しませんよ、おばあちゃんどうしたいの？ 行きたくないんだ、じゃ明日も来るから、とか言って、権力振るわない、入院させられることを一番恐れているんですよ」

【生きたいようにあるがままの暮らしを支える】

「私たちの思いと、特に本人の思いとご家族の思いが異なっていて、本人が自宅にいたいと望んで、我々も、ご自宅にいさせてあげたいと思ってね、そこで、ご家族のご意見が違ったりすると、そこでひとつのジレンマが生じますけれども、最終的には、ご本人とご家族、ある程度お話をさせていただいた上で意思を統一していただいて、その下した決定には、基本的には医療者は、あまり意見を差し挟まないようにしていますけどもね。」

「在宅をずっとやっていると家族も気が変わったりすることも多々あるので、あんまり縛りつけをしないで、ですね。がんばれががんばれ、いわないで、もしも、家族がつかれちゃったというようだったら、すぐ、

施設に入れるとか、入院にするとか、そういう柔軟に対応できるように、日頃、関係をつくっていかうかなと思っているのですが・・・」

【独居者の最期も支える】

「私は、よく、たったひとりで息を引き取るということに対して、一時期は、仕事を始めた当初は、それ（孤独死）はかわいそうな事なんだと思ってた時期もあったんですけど、最近では、その人が本当にそう望んでいるのであれば、それを叶えるのは、ある意味では当然のことなのかなというふうに思っています。」

【看取るのではない 看取られる本人を支える】

「どちらかと言うと、私は、看取り重視じゃないんですね。看取りというのは、周りの人が、多分、主語だと思うんですけど、本人が最期までどう生きるかということで、それを周りがどう看取るかも大事でしょうけど、あんまり周りだけ、看取る側だけの話になると、どんなふうにしてもいいということになりますよね。孫が、とてもおばあちゃん孝行だから、なんとか生き延ばしてくださいみたいな話になると、たとえば、本人が望んでいたことと、違うんじゃないかなと、」

「主役はすでにもう家族である、周りの人になっている、本人のことは忘れ去られて、迷惑じゃない程度にどっかの片隅でね、小さくなって、家に帰りたいたいと言えば、帰宅願望だの、レッテル貼られて、息をひそめて生きているわけですよ、それはね、僕から考えたら一番の不幸だと思うんですよ。自分が、年をとったらという時の事を考えているんだけど、やっぱり、人は、自分の家で暮らすべきだと、住むということや暮らすということを支える医療に徹底して行った方がいいんじゃないかなと、」

(4) 高齢者終末期の判断・支援モデル

上述の(2)終末期の判断、(3)終末期の医師の立ち位置のサブ概念から次のような判断・支援モデルを得ました。

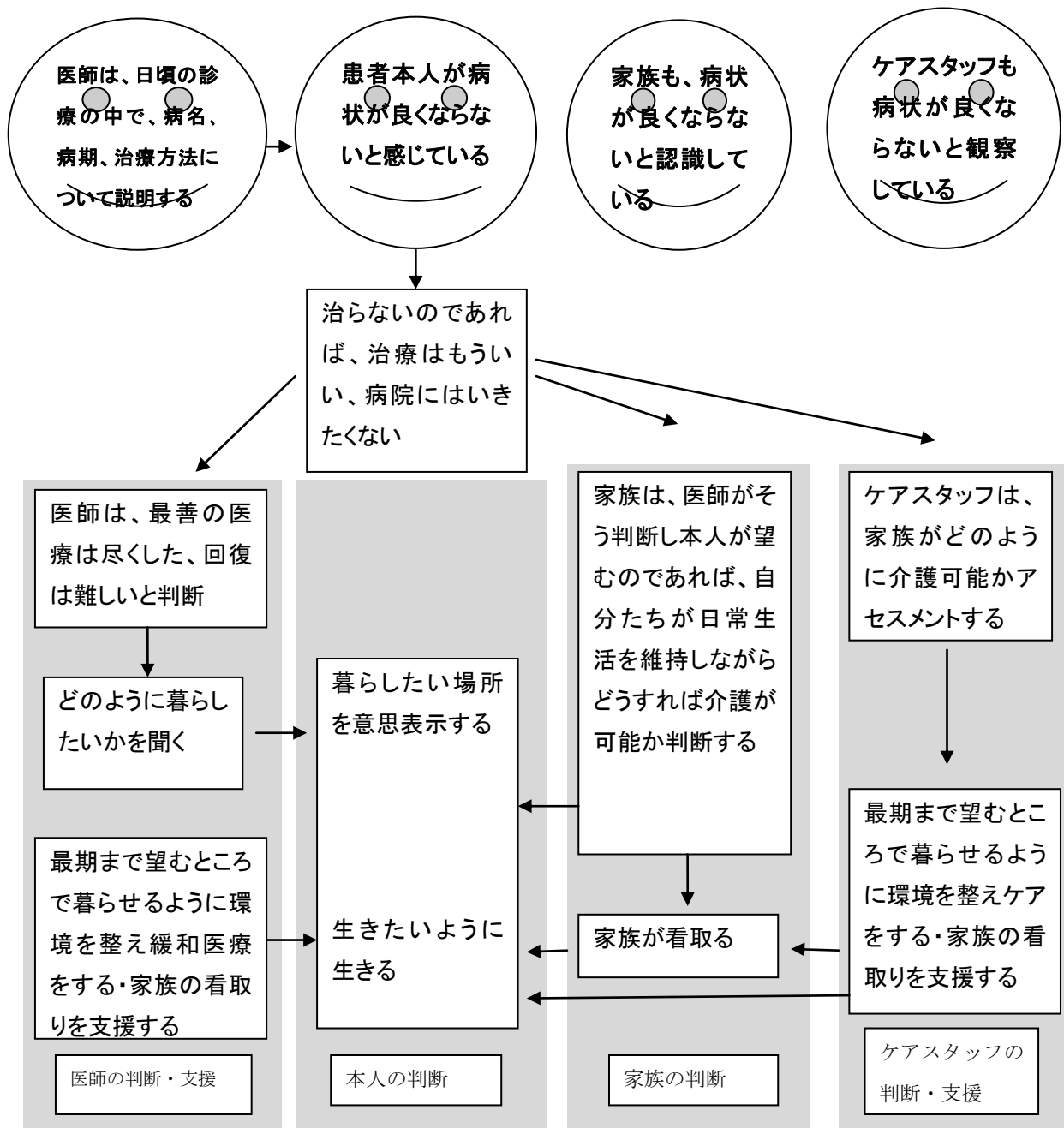
本人には、自らの人生観とそれまでの治療経過を重ね合わせた判断があります。本人から「治らないのであれば、治療はもういいです」、「病院には行きたくない」などの意思表示があれば、医師は、最善の医療は尽くしたか、回復の可能性はあるか医学的な判断を行います。さらに、「長い時間軸の中で蓄積された情報の総和」あるいは「本人や家族、介護や看護・医療に係わる者の総和」として終末期の判断をします。

そして、「人生の後輩としてどうしたいのかを本人に聞き」ながら「生きたいようにあるがままの暮らしを支える」ための医療およびケアを提供します。

本人の意思が確認できない時は、本人の意思を推測できる家族の意見を尊重し、「説得するのではなく」家族が「情で納得する」のを待ちます。

以下にそのイメージを示します。

(5) 高齢者終末期の判断・支援モデルのイメージ(本人が意思表示できる場合)



6. 考察: 終末期の定義の不明確性に由来する医学的判断の困難さをどのように越えているか

本研究のモデルは、2つの点で医学的判断の困難さを乗り越えています。ひとつは、終末期の定義の「近い将来の死が不可避となった状態」であるかどうかの判断は留保し、「病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な限りの治療によっても病状の好転や進行の阻止が期待できなくなった」状態であることのみを医学的に判断する点です。終末期の定義の「近い将来」の期間の捉え方にばらつきがあり、このことが高齢者の終末期の医療およびケアの在り方を議論する際に混乱を招く要因となっているとの指摘があります[27]。

ふたつ目は、終末期の判断は本人の人生観に基づく人生の終末期[28]としての判断であることです。そして、本人の判断、医師の医学的判断、家族の判断、ケアに係わる者の判断の総和として終末期の共通認識に立ち、本人の判断を終末期医療・ケアの開始点とし、本人の望むところで暮らすための医療およびケアを選択します。

言い換えれば、本モデルは、終末期は、医師が医学的に判断しようとしてもできない本人の心理的事象であるという考えに立つモデルです。

高齢者終末期の医療およびケアの物差しが本人の満足であれば、住み慣れたところ、生き生きとした記憶が呼び覚まされるものや人に囲まれたところで生きたいように生きることが基本となります。本人の望まないところでの医療やケアは満足度が高いものには成り得ないはずであります。本研究のモデルは、その当たり前のことを明らかにしました。

加齢とともに認知機能が低下し言語による意思表示が困難になっても、本人の意思を押し量り受け止め、医療やケアを提供する研究が進められる必要があると考えます。

7. おわりに

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の助成を受け行いました。

また、順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座丸井英二教授の御指導の下、山路義生非常勤講師／ライフケア・クリニック 希望(のぞみ)院長、大学院生岡本裕樹、地域医療振興協会台東区立老人保健施設千束看護介護長 真下美千代の諸氏の協力を得て、以下の体制で行いました。

- (1) 調査協力者の選定、依頼: 丸井、山路
- (2) インタビュー調査: 山口、山路
- (3) 逐語録作成、分析: 山口
- (4) 共同研究者による質的研究としての評価: 山路、岡本、真下、丸井
- (5) スーパーバイザーによる質的研究としての評価: 外部研究者に依頼
- (6) 報告書作成: 山口、山路

東邦大学看護学部近藤麻理教授には、外部スーパーバイザーとして貴重なご意見をいただきましたことを感謝いたします。

文献

1. 厚生労働省医政局指導課長通知, 疾病・事業および在宅医療に係る医療体制について, 平成 24 年 3 月 30 日医政指発 0330 第 9 号; Available from: http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_taisei1.pdf
2. 新田國夫, 看取りの考えかた. 家で死ぬための医療とケア 在宅看取り学の実践 新田國夫編著 2007, 東京: 医歯薬出版.p8-13
3. 平原佐斗司, 非がん疾患の緩和ケア. 在宅医療 午後から地域へ 日本医師会編 2010, 東京: 日本医師会.p119-124.
4. 桜井隆, 在宅での看取り. 在宅医学 日本在宅医学会テキスト編集委員会 2008, 東京: メディカルレビュー社.p77-81.
5. 遠藤英俊, 高齢者の在宅医療総論. 在宅医療ガイドブック 田城孝雄編著 2008, 東京: 中外医学社.p225-233.
6. シルバー総合研究所編集, 特養・グループホーム編., 看取りケアと重度化対応マニュアル 2007, 日総研: 名古屋.
7. 櫻井紀子編著, 高齢者介護施設の看取りケアガイドブック 2008, 東京: 中央法規.
8. 岡本綾, 内田富美江., 「死にゆく人」へのケア 高齢者介護福祉施設での看取りケア指導テキスト, 櫻井紀子監修 2009, 東京: 筒井書房.
9. 杉山孝博, 介護職・家族のためのターミナルケア入門 2009, 雲母書房: 東京.
10. 若月俊一, 信州の風の色 地域農民とともに 50 年. 1994, 東京: 旬報社.
11. 黒岩卓夫, 和解のある老いと死 家族にとっての看取りとは, 1995, 教育史料出版会: 東京.
12. 櫻井隆, 大往生なんか、せんでもええやん! 2010, 東京: 講談社.
13. 石飛幸三, 口から食べられなくなったらどうしますか 「平穏死」のすすめ 2010, 東京: 講談社.
14. 佐藤伸彦, 家庭のような病院を 人生の最終章をあったかい空間で 2008, 東京: 文藝春秋.
15. 山口鶴子, 丸井英二, 高齢者終末期の質に関わる社会医学的要因の研究—新聞記事にみる「看取り」の用語調査から—第2回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会プログラム・抄録集(札幌), 2011: p. 178.
16. 日本老年医学会. 「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」2012.; Available from: <http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/tachiba/jgs-tachiba2012.pdf>.
17. 千代田区保健福祉部介護保険課, チームケアファイル, 2012.
18. 千代田区保健福祉部介護保険課, 医療と介護の便利帖, 2012.
19. 日本老年医学会. 高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養

補給の導入を中心として. 2012; Available from:

http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/guideline/jgs_ahn_gl_2012.pdf.

20. 樋口京子, 【多様なケアマネジメント】 高齢者の終末期におけるケアマネジメント. ケアマネジメント学, 2009(8): p. 31-38.
21. 樋口京子, 【高齢者の終末期をめぐる諸問題】 高齢者の終末期におけるケアマネジメント. Geriatric Medicine, 2009. 47(4): p. 471-475.
22. 井藤英喜, "立場表明"後の 10 年を振り返って. 日本老年医学会雑誌, 2012. 49(1): p. 63-66.
23. 会田薫子, 延命医療と臨床現場 人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学 2011, 東京: 東京大学出版会
24. 木下康仁, グラウンデッド・セオリー・アプローチ 質的実証研究の再生 1999, 東京: 弘文堂.
25. 木下康仁, グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い, 2003, 弘文堂: 東京.
26. 竹之内裕文, 「看取り文化」の再構築にむけて, 老いる人／看取るシステム 高齢社会を生きる, 清水哲郎編 2007, 東信堂: 東京.p95-116
27. 百瀬由美子, 高齢者の終末期の医療およびケア 「立場表明」10周年にあたって 高齢者の終末期医療およびケアのあり方に関する認識 日本老年医学会役員を対象とした調査結果から. 日本老年医学会雑誌, 2012. 49(1): p. 67-70.
28. 清水哲郎, 人生の終末期における医療と介護. 老いる人／看取るシステム 高齢社会を生きる, 清水哲郎編 2007, 東京: 東信堂.p15-46.

表1. 高齢者終末期の質に関わる要因と先行研究

	想定され得る要因	先行研究
【終末期告知前】	①一般社会で「終末期医療」や「看取り」の概念が共通の認識になっていること	山口鶴子,丸井英二:高齢者終末期の質に関わる社会医学的要因の研究—新聞記事にみる「看取り」の用語調査から— 第2回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会プログラム・抄録集 2011;p178
	②本人が終末期に望む医療・ケアとそれらを受ける場所の意向を明らかにしていること	
	③家族も本人の意向を理解し同意していること	
	④終末期の診断がなされる前に、十分な医療を受けていること、	
【終末期告知】	⑤医師により終末期の診断がなされ告知されること	本研究
【終末期告知後(いわゆる看取り期)】	⑥本人を取り巻く家族、医療・ケアの関係者の連携体制が構築されること	山口鶴子,田城孝雄:認知症高齢者の終末期における地域連携室の役割について—介護老人保健施設での看取りの事例調査より— 日本老年医学会雑誌 2011;48:臨時増刊号(学術集会講演抄録集);p107 山口鶴子:介護老人保健施設でのターミナルケア(看取り)の現状について アンケート調査報告・資料集 2011
	⑦終末期医療・ケアが適切に提供されること	
【死後・死亡時】	⑧医師により死亡確認がされ、遅滞なく死亡診断書が交付されること	

表2.インタビュー調査協力医師の属性

ID	年齢	性別	施設形態	施設所在地	録音時間
Dr 1	54	男	無床診療所	東京都	1 時間 22 分
Dr 2	42	男	在宅療養支援診療所	栃木県	36 分
Dr 3	47	男	地域包括ケアセンター	滋賀県	1 時間 15 分
Dr 4	82	男	無床診療所	東京都	1 時間 9 分
Dr 5	57	男	在宅療養支援診療所	宮城県	1 時間 41 分
Dr 6	59	男	有床診療所	鹿児島県	1 時間 11 分
Dr 7	50	男	無床診療所	東京都	1 時間 7 分
Dr 8	51	男	無床診療所	北海道	46 分
Dr 9	56	男	病院	岩手県	1 時間 48 分
Dr10	52	男	病院	長野県	1 時間 14 分
Dr11	45	男	無床診療所	長野県	1 時間 21 分
Dr12	60	男	病院	沖縄県	59 分

図1 関係図 分析テーマ：終末期の診断について

