

在宅医療ではどのように高齢者終末期の診断をしているのか：
終末期の診断の不可能性と判断のもとにケアすることの意義山口 鶴子*¹⁾ 山路 義生*^{1) 2)} 丸井 英二*¹⁾

目的：高齢者終末期の定義に関しては、2001年の日本老年医学会の「高齢者の終末期の医療およびケア」に関する「立場表明」の定義以上に具体的なものはなく、終末期の診断は現場の医師に委ねられている。しかし、実際には診断に困難を感じるという医師が少なくない。この現状は、一般社会の看取りに関する認識の広がりや、現場での多職種間の連携を阻む要因ともなっている。本研究は、在宅医療で看取りを行っている医師へインタビュー調査を行い、実践的な終末期の診断のモデルを得ることを目的とした。

方法：対象は、在宅医療で看取りをする診療所および病院医師で調査の協力が得られた12名である。全員男性で、年齢は40~80歳代（平均年齢：55歳）。2011年7月から北海道から沖縄までそれぞれの医療施設に出向いて「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った。モデルを得るための分析にはグラウンデッド・セオリー・アプローチを用い、モデルの記述にはステップコーディングによる質的データ分析手法を用いた。

結果：「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りという文化」など15の概念が生成した。それらの概念の関係図から「終末期の診断はできないが、本人や家族、専門医、在宅医の判断の総和として終末期の判断をしている」という四者判断モデルが得られた。

結論：本研究で得られたモデルは、終末期の判断は、終末期医療の意思決定のためだけでなく終末期の生活を支援する始点であるとするものである。このモデルは、在宅だけでなく高齢者入所施設など地域で多職種が連携してかかわる高齢者の医療・介護の現場で役立つと考える。

キーワード：高齢者終末期、在宅医療、看取り、終末期の判断モデル、質的研究

緒 言

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、わが国の医療政策の重要な課題となっている（厚生労働省医政局指導課長通知：疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について。2012；医政指発0330第9号。http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_keikaku/dl/tsuuchi_iryuu_taiseil.pdf）。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ならず依存しない高齢者ケアが定着した。2006年から在宅療養支援診療所がスタートし看取りまで行う在宅医療が提供されつつある。実践のためのテキストも数多く出版されている^{1)~4)}。合わせて特別養護老人ホームやグループホームなど施設での看取りの取り組みが始まっている。これらの施設での看取りケアは、医師の診断があって開始するとしている^{5) 6)}。しかし、実際には終末期の診断に困難を感じるという医師が少なく

ない。認知症高齢者の胃ろう栄養法がここ10年の間で急速に増え、医療倫理的にも医療経済的にも社会問題になった背景には、「終末期の定義の不明確性と医学的判断の難しさ」がその要因の一つであることが指摘されている⁷⁾。

終末期の定義に関しては、2001年の日本老年医学会の立場表明以上の具体的なものはなく、2012年の改訂（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。http://www.jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/jgs-tachiba2012.pdf）においても定義の変更はなかった。その間に病院での終末期における延命治療の中止が社会問題となり、厚生労働省や学会から終末期医療に関する勧告やガイドラインが相次いで公表された。終末期の判断は、「患者の状態を踏まえて医療・ケアチームの適切な判断による」とされ、病院では、医師単独ではなく行われていると推測するが、在宅医療においてはどうか。

在宅医療の現場では、現在“終末期の診断”が医師によって、いつ、どのように行われているのか、これまでこの点に深く言及した国内の論文には行き当たらなかった。そこで、本研究は、病院ではなく在宅や施設など本人の“生活”の場において、医療

* 1) 順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学

* 2) ライフケア・クリニック 希望

〔June 13, 2013 原稿受領〕〔Aug. 23, 2013 掲載決定〕

職だけでなく介護職もともに連携して看取りまで行うケアの現場での“終末期の診断”のモデルを得ることを目的として、実際に在宅医療で看取りを行っている医師にインタビュー調査を行い質的研究で分析を行った。

方 法

1. 調査対象者

対象は、看取りを行っている医師に機縁法で協力を依頼し、承諾が得られた12人である(表-1)。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)、在宅医療もっている病院医師3人。

2. データ収集

データ収集は、2011年7月から2012年5月まで、それぞれの診療所や病院に向いて「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った。質問項目は、「高齢者の終末期の診断は、どんな基準、なにを根拠にされていますか」、「ご本人の意向(リビングウィル)を書類等で確認できたことはありますか」、「『看取り』という言葉はお使いになりますか」、「ご家族にはどのように説明されますか」、「認知症高齢者が徐々に食べられなくなったらどうされていますか」の5項目であるが、約1時間の時間のなかで、実践されていることを中心に聞き取りした。

調査は共著者(Y.Y)と2人で行い、在宅医のY.Yはインタビューアーを、筆者は録音・記録を担当した。

3. データ分析

データ分析は筆者が行った。逐語録の分析には、診断というプロセス性、社会的相互作用を有する事

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⁸⁾⁹⁾(以下M-GTA)を用いた。

分析結果は、調査協力医師に送り、発言の意味を誤解して分類していないかどうかチェックを受けた。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た。

4. 関係図, モデルの作成

データ分析で得られた『概念』を治療期から終末期、死に至るまでの時系列で配置して関係図を作成した。モデルの論述化には、小規模な質的データの分析・理論化に適したステップコーディングによる質的データ分析手法¹⁰⁾(以下, SCAT)を用いた。

5. 用語の定義

本研究では、質問項目の「高齢者の終末期の診断は、どんな基準、なにを根拠にされていますか」の「診断」は、「医師が医学的根拠に基づいて行う判断」、「判断」は「基準や根拠をもとに考えを定めること」とした。また、インタビュー調査のなかでは「かかりつけ医」や「病院での主治医」の用語も使われているが、「在宅医」は「かかりつけ医、訪問診療を行っている医師」、「専門医」は「入院治療を受けた場合の病院主治医(専門医の資格の有無を問わない)」とした。

6. 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った。

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・承認を得た。

結 果

1. 終末期の診断はできない

インタビュー調査のデータ(逐語録)の分析は、分析テーマを「終末期の診断について」とし、図-1のとおりまずM-GTAで行った。すなわち1人目のインタビュー調査終了後ただちに逐語録を作成した。その逐語録の中から分析テーマに関連のある発言(以下『具体例』)を抽出し、その発言の意味を解釈して分類し分析ワークシートを作成した。2人目からは、既成の分析ワークシートに該当しない具体例は新たに分析ワークシートを作成し分類した。それぞれの分析ワークシートに具体例の意味を包摂する概念名(以下『概念』)を付した。データ収集は、

表-1 インタビュー調査協力医師の属性

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

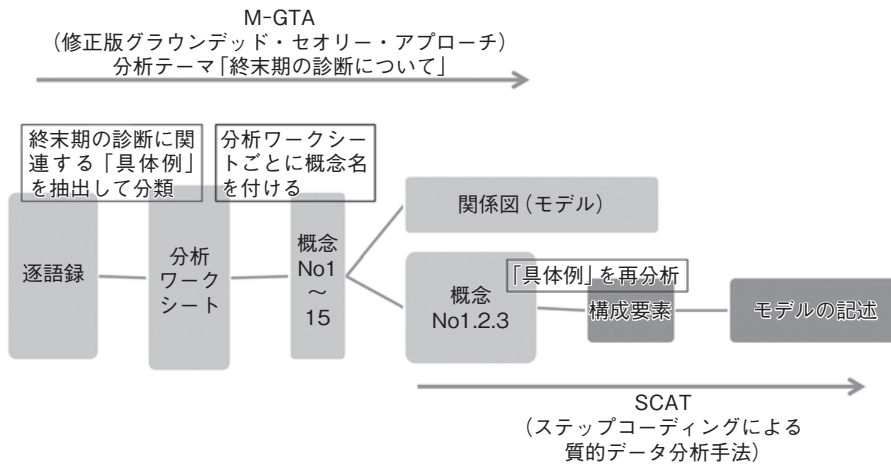


図-1 分析方法

表-2 分析結果

No	概念	概念の構成要素	
1	終末期の診断の不可能性	「EBMではない」「病期の診断と違う」「医学的な判断だけではない」「看取りの時期という言い方はする」「生き方とも入れた判断」	
2	終末期の判断 本人、家族、専門医、 在宅医の四者判断 モデル	本人の判断	「モデルは人生の中にある」「基準は暮らしの中にある」「自分が死ぬという事は言われなくてもわかる」「死ぬ前から診断されることへの違和感」「治療はもういいです」「病院には行きたくない」
		家族の判断	「一緒に暮らした過去の時間・記憶」「一緒に暮らせるかどうか」
		専門医の判断	「治らない」
		在宅医の判断	「画然とはできない」「標準化された基準はない」「説明と選択肢の提示の繰り返し」「全員の納得」
3	終末期の医師の立ち位置	「激励しない」「大騒ぎしない」「医者への権力行使をしない」「人生の後輩」「どうしたいのか聞く」「看取られる本人を中心に」	
4	リビングウィルを作成するとき		
5	事前指示（リビングウィル）の効力		
6	ホスピスに感じるギャップ		
7	不幸な終末期の気づき		
8	依頼された在宅看取り		
9	終末期の判断の不一致		
10	終末期でない看取りがある		
11	病院でもない自宅でもない看取りの場所		
12	ギアチェンジのなかった死		
13	委ねられた死		
14	納得の死		
15	住み慣れた地域で最期まで看取るとい文化		

新たな分析ワークシートすなわち概念の生成がなくなり報告書（山口鶴子，山路義生，丸井英二：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2012. [\[kuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20120920054128.pdf\]\(http://kuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20120920054128.pdf\)\) 作成期限となった時点で終了とした。](http://zaita-</p>
</div>
<div data-bbox=)

M-GTAにより『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文化』など15の『概念』が得られた（表-2）。

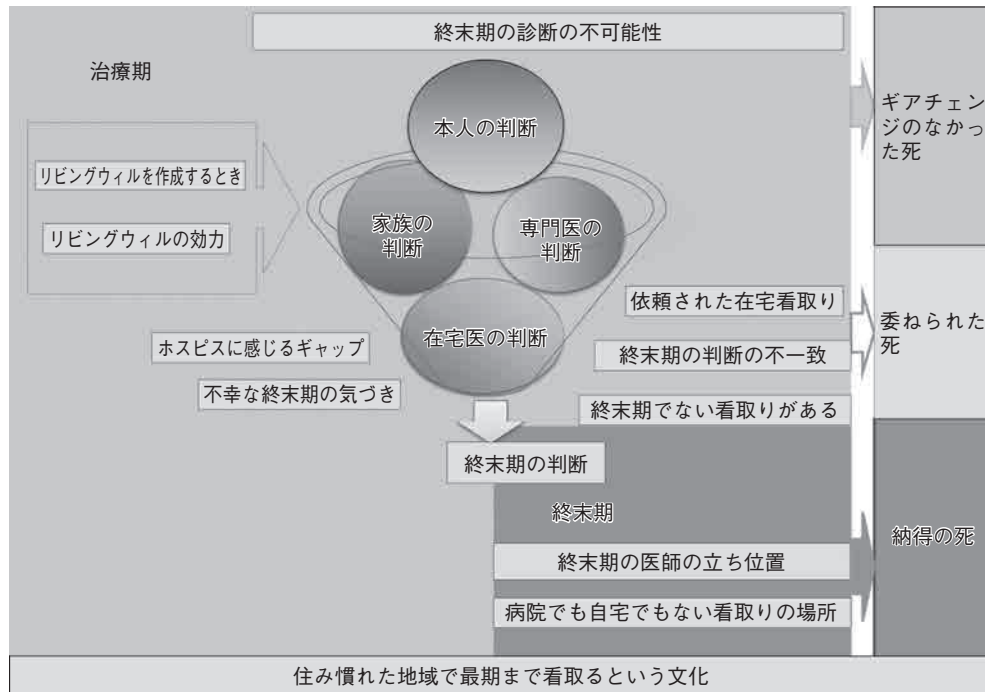


図-2 関係図 分析テーマ：終末期の診断について

これらの『概念』を治療期，終末期，死の時間軸で配置し，次いで概念間の関係性とプロセス性が明らかになるように縦軸で展開して関係図（図-2）を得た。関係図から，終末期の診断は不可能であるが，本人や家族，専門医，在宅医の判断の総和として『終末期の判断』をしている。終末期においては『医師の立ち位置』は先頭に立つ治療者としての位置から家族も視野に入れたケアチームの一員に位置が変わる¹¹⁾。本人の望みが，延命から緩和へとギアチェンジし，家族や医療・介護チームの看取りのなかで『納得の死』を迎える。

このプロセスの積み重ねが，『住み慣れた地域で最期まで看取するという文化』という共通の価値観を生み出す。『リビングウィルを作成するとき』，『リビングウィルの効力』は，このプロセスへの寄与因子として作用し，『ホスピスに感じるギャップ』，『不幸な終末期の気づき』は阻害因子として働く。このプロセスを経ず治療が最期まで続いた場合は『ギアチェンジのなかった死』，終末期の判断がみんなの総意に達しなかった場合は判断が医師に委ねられる『委ねられた死』がある。

2. 高齢者終末期の四者判断モデル

関係図から「終末期の診断はできないが，本人や家族，専門医，在宅医の判断の総和として終末期の判断をしている」という四者判断モデルが得られた。そうであるとすると，「四者はそれぞれ何を根拠に

どのように判断するのか。在宅医は最終的にどのように判断するのか」，四者判断モデルの記述をするためのことば（構成要素）を得るために，図-1の後段のとおりSCATで再分析を行った。

再分析では，『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3つの概念の『具体例』をSCATの分析データとした。つまりSCATの表の「テキスト」欄に『具体例』を書き込み，そこから四者判断モデルに関連する語句を「注目すべき語句」欄に書き出し，それらを言い換えるためのデータ外の語句を次の欄に記入，それを説明するための語句をさらに次の欄に記入して，表から浮かび上がることば（構成要素）を抽出した（表-2）。

四者判断モデルは，本人の判断は，人生で出会った人の中にモデルがいる。日常の暮らしの中に基準がある。それらを判断の根拠としている。自分が死ぬということは言われなくてもわかっている。死ぬ前から終末期と診断され医者への言いなりになることに違和感がある。自分の人生観と重ね合わせて「治療はもういいです」「病院には行きたくない」などの言葉で意思表示をする。

家族は，本人と過ごした過去の時間や記憶をもとに，本人の望んでいることを推測しながら判断する。自分たちの生活が続けられるかどうかが必要条件となる。

専門医は，検査を行い医学的根拠に基づき有効な治療法があるかどうか，治る可能性はあるかどうか

判断する。

在宅医は、回復の可能性はあるか、最善の医療は尽くされたかどうかを訪問診療という長い時間軸のなかで病歴や病状の経過から医学的判断をする。病状の説明と選択肢の提示を繰り返しながら本人の意思を確認する。全員の納得を根拠として医療倫理的判断をする。終末期であっても入院治療で症状緩和が望めると判断すれば、入院医療を勧める。症状緩和できない病態であると判断をした場合は、入院を強制しない。激励や大騒ぎをしない。医者への権力を行使しない。在宅医療で最善を尽くす。苦痛を緩和する。家族もケアする。人生の後輩としてどうしたいのかを聞きながら、看取られる本人を中心に暮らしを支える。その延長線上に『納得の死』がある。

本研究のモデルから、終末期を定義するとすれば、「本人が人生の終末期と判断し、本人の判断を家族や医師がそれぞれの根拠に基づいて判断し了解したとき」である。終末期の判断は、終末期の支援の始点である。終末期の医療・ケアに標準化されたものではなく、医師は、病状や療養環境の変化に合わせて最期まで判断と選択肢の提示を繰り返す。

考 察

本研究は、「終末期の診断をどのように行っているか」、入院医療とは異なる在宅医療の現場でのモデルを得る目的で、インタビュー調査を行った。調査は12人と限られた人数ではあったが、インタビューアーを務めたY.Yが在宅医であったことから豊富なデータが得られた（山口鶴子、山路義生、丸井英二：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2012. http://zaitakuiryoyu-mizaidan.com/data/file/data1_20120920054128.pdf). 分析には、量的研究ではアプローチが困難な「どのように」というテーマであるため質的研究を用いた。

インタビューデータは、12名の逐語録の文字数を合わせて25万字に及んだ。このデータの分析には、M-GTAを用いた。概念・関係図から生成した四者判断モデルの記述には、概念1.2.3の『具体例』約2万字をSCATで再分析を行った。M-GTAは、分析結果のプロセス性を関係図として視覚化し結論（本研究の場合はモデル）を得るには優れているが、その記述するための手法は示されていない。したがって、SCATを用いてモデルを記述するためのことば（構成要素）を抽出した。得られたモデルは、終末期はいわゆる病気のステージではなく生き方や価値観も含めた人生の終末期という考え方に立つものであ

る。

本研究では、調査対象者（在宅医療従事医師）数が限定されていることおよび終末期の診断という専門的かつ医師個人の医療倫理的価値判断が含まれるテーマのため、機縁法にて調査協力を打診した。女性医師は打診したが協力は得られなかった。結果的に男性のみ12人と少人数から得られたモデルでただちに一般化は困難であるが、終末期の判断は、終末期医療の意思決定のためだけでなく終末期の生活を支援する始点であるとする本モデルは、在宅だけでなく高齢者の生活の場となっている介護入所施設においても適用できる実践的なモデルであると考ええる。

これは、「治療はもういいです」、「病院には行きたくない」などの言葉をも意思表示と解釈し意思表示ができる場合を想定したモデルであるが、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、本人の意思を推しはかり受け止め、医療やケアを提供する研究がさらに進められる必要がある。

本研究は、公益財団法人 在宅医療助成 勇美記念財団の研究助成を受け行った。

謝 辞

本研究は、順天堂大学大学院医学研究科公衆衛生学講座 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 真下美千代の両氏には共同研究者として、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助言をいただいたことを感謝申し上げます。

文 献

- 1) 新田國夫：家で死ぬための医療とケア 在宅看取り学の実践。東京：医歯薬出版、2007。
- 2) 日本医師会編：在宅医療 午後から地域へ。東京：日本医師会、2010。
- 3) 日本在宅医学会テキスト編集委員会：在宅医学。東京：メディカルレビュー社、2008。
- 4) 田城孝雄：在宅医療ガイドブック。東京：中外医学社、2008。
- 5) シルバー総合研究所編集：看取りケアと重度化対応マニュアル 特養・グループホーム編。名古屋：日総研、2007：160。
- 6) 櫻井紀子：高齢者介護施設の看取りケアガイドブック。東京：中央法規、2008：47。
- 7) 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。東京：東京大学出版会、2011：184～186。
- 8) 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。東京：弘文堂、1999。
- 9) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践。東京：弘文堂、2003。
- 10) 大谷 尚：SCAT：Steps for Coding and Theorization 一 明示的手続きで着手しやすく小規模データに適用可能な

質的データ分析手法— 感性工学, 2011: 10: 155~160.
11) 山口鶴子, 山路義生, 丸井英二: 高齢者終末期における
医師の役割—看取りをする医師へのインタビュー調査か

ら— 第3回日本プライマリ・ケア連合学会学術大会ブ
ログラム・抄録集, 2012: 164.

**HOW HOME CARE PHYSICIANS MAKE DIAGNOSIS
AT THE ELDERLY END-OF-LIFE : IMPOSSIBILITY OF END-OF-LIFE DIAGNOSIS
AND SIGNIFICANCE OF CAREGIVING UNDER END-OF-LIFE DECISION-MAKING**

TSURUKO YAMAGUCHI^{*1)}, YOSHIO YAMAJI^{*1, 2)}, EIJI MARUI^{*1)}

^{*1)}DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH, JUNTENDO UNIVERSITY GRADUATE
SCHOOL OF MEDICINE, TOKYO, JAPAN, ^{*2)}LIFE-CARE CLINIC NOZOMI, TOCHIGI, JAPAN

Aim : To develop a decision-making model for elderly end-of-life.

Methods : A semi-structured interview study was conducted with 12 physicians in Tokyo and other prefectures. The process of data collection and analysis followed the Modified Grounded Theory Approach and the Steps for Coding and Theorization. We set up the theme of data analysis as “diagnosis regarding the elderly end-of-life” and then drew practical instances from the data coded to establish categories.

Results : Fifteen categories emerged, of which five were main categories : Impossibility of end-of-life diagnosis, Decision-making at the end-of-life, Physician’s position in terminal care, Death with a feeling of achievement, and Culture of “Mitori” in the each community’s manner of staying together until death. Considering the connections between these categories, a practical model was developed.

Conclusions : The practical model is that diagnosis at the elderly end-of-life is not possible. However, decision-making is to be done as the starting point of asking how the patient wants to live at the end-of-life and thinking what doctors and care providers could do to support the patient and his/ her family.

Key words : end-of-life of the elderly, home care, terminal care, decision-making model, qualitative study