

日本の看取り、世界の看取り

調査編

「終末期、看取りについての国際制度比較調査」

「末期の医療、介護と看取りに関する国際比較調査」
専門職アンケート調査、施設アンケート調査、施設ヒアリング調査

(サマリー)

理想の看取りと死を考える

2012年3月

ILC-Japan

理想の看取りと死に関する国際比較研究

国際長寿センター(International Longevity Center-Japan)は、1990年に設立されました。それ以来、世界14カ国に誕生している海外の姉妹センターとともに、高齢者のみならずすべての世代が支え合ういきいきとした高齢社会を実現するために活動を続けてまいりました。

日本では少子高齢化が急速に進行し、2040年には出生が約58万人に対して死亡が約166万人に上ることが予想されています。この中で、高齢者が自立した生活を可能な限り長く続け、さらに日常生活において手助けが必要となっても充実した毎日を過ごしていくことに加えて、人生の終わりを迎えるにあたって高齢者本人にとって最期の段階まで自己決定に基づいてQOLが確保されること、および看取る人々が納得感を得られる環境がますます重要となってきます。

高齢者が自宅において自らの自己決定とQOLを確保するために、また看取りのあるべき姿を明らかにするために、私たちはその検討の出発点に国際比較の方法を採用し、日本において当然とされていることを見直しながら根底的な検討を加えたいと考えました。このために、国内外の医療・福祉・生命倫理など幅広い専門分野の研究者による「理想の看取りと死に関する国際比較研究」調査・研究委員会を組成し学際的な研究を開始しました。

その中で行われた「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」では国内の様々な医療・福祉機関、また海外各国の国際長寿センターおよび諸機関のご協力をいただきました。

この調査・研究によって、海外各国と日本の看取りにおける環境の違い、そして日本における特質、さらに政策的示唆に至るまでを明らかにし、本報告書において調査・研究の成果を集大成することができたことはわたくしどもの深くよるこびとするところであります。

本研究にあたってご尽力いただいた調査・研究委員の方々および調査にご協力くださった皆様に厚くお礼を申し上げます。

本冊子は、「平成23年度 理想の看取りと死に関する国際比較研究 報告書」のうち、国際比較調査の内容を要約したもので文責は国際長寿センターにあります。参考文献、引用文献なども省略しています。詳しくは報告書をご覧ください。

国際長寿センター

調査・研究委員会

主 査

長谷川和夫（聖マリアンナ医科大学 名誉教授）

委 員

磯部文雄（福祉未来研究所 代表）

内出幸美（社会福祉法人典人会 総所長）

木村利人（恵泉女学園大学 学長）

辻彼南雄（ライフケアシステム 代表理事）

鶴若麻理（聖路加看護大学 准教授）

中島民恵子（医療経済研究機構 主任研究員）

府川哲夫（前国立社会保障・人口問題研究所部長）

箕岡真子（東京大学大学院医学系研究科 医療倫理学分野 客員研究員）

渡辺大輔（成蹊大学アジア太平洋研究センター 特別研究員）

目次

1. 「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」の背景・成果・提言 4
一般社団法人ライフケアシステム代表理事 辻彼南雄
2. 終末期、看取りについての国際制度比較調査 8
医療経済研究機構 主任研究員 中島民恵子
3. 看取りに関するヒアリング結果 9
国際長寿センター
4. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査 10
ライフケアシステム 代表理事 辻 彼南雄
成蹊大学アジア太平洋研究センター 特別研究員 渡辺 大輔
医療経済研究機構 主任研究員 中島 民恵子
- 最期の日々を過ごす場所、理想と現実 11
- 治療や看取りの方針を決定する人、理想と現実 12
- 治療や看取りの方針決定の際に重視すべきこと 13
- 家族への説明内容 14
- 対応の基本方針、理想と現実 15
- 来たるべき死に向けた望ましい方針 17
- 認知症ケースを終末期と判断するか 18
- 死について考える頻度 19
- 死への不安・恐れ 19
- 理想の死、理想の看取り 20
- 最期を迎えたい場所 21
- 自分の最期を看取ってほしい人 21
5. 平成 22 年度看取りの国際比較調査結果に対する各国の考え方 22
医療経済研究機構 主任研究員 中島民恵子

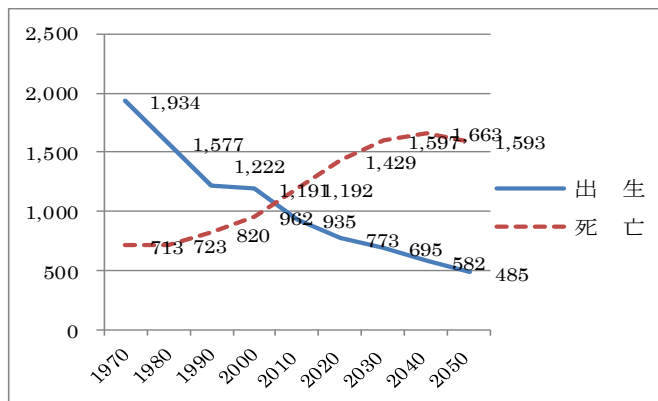
1. 「終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査」の背景・成果・提言

一般社団法人ライフケアシステム代表理事
辻彼南雄

1. 問題の背景

1) 出生数、死亡数

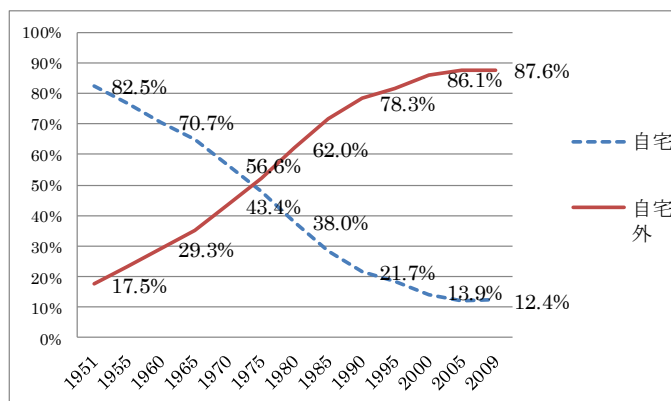
日本では、今後出生数が減少し死亡数が増えていく。



日本の出生数と死亡数(千人)の推移（「人口動態統計」「日本の将来推計人口」）

2) 死亡場所の推移

日本の死亡の場所の推移のデータを見ると現在 87.6%の方々は多くは病院で亡くなり、12.4%の方が自宅、つまり医療施設ではないところで亡くなっている。



日本の死亡場所の推移（厚生労働省「人口動態調査」）

各国の医療技術水準は同等であるのに、下表のような死を迎える場所の違いはなぜ生まれているのだろうか。

各国の病院死率の変化 (%)

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
日本	76.2	77.1	78.2	78.4	78.6	78.9	79.6	79.8	79.7	79.4	78.6	78.4
アメリカ			50.0	49.2	48.5	47.2	46.1	45.3		43.0		
イギリス									67.6	66.5	66.1	65.5
フランス	58.1					56.3	57.5	57.2	57.7	57.2	57.6	57.7
オランダ						31.0	29.0	29.0	28.0			
韓国	28.5	32.2	36.0	39.9	43.5	45.1	46.7			54.7		
オーストラリア	35.3							60.4				
チェコ										68.9	69.3	69.6

国際長寿センター調べ

2. 調査方法

われわれの調査は以下の2つの疑問から出発している。

疑問1 なぜ病院死が増え、在宅死が減ったのか

疑問2 死を迎える場所の違いは何から生まれるか

医療内容はほぼ世界共通であるとして、死亡場所の比率が異なるとすれば、それは国ごとの制度が違うためという説明もある。医療によって左右される「死」についての対応が各国の専門家で異なっていることも予想された。では、終末期の医療内容の決定には医療従事者の判断は何に影響されているのか。高齢者に多い疾病、特にがんと認知症によってはどのような差があるのだろうか。

そこで、以下の3つの仮説を設定した。

仮説1) 看取りの場の選択は、国の関連法整備によって影響を受けている

仮説2) 看取りの場の選択は、医療専門職の関連ガイドラインおよび各専門職の判断によって影響を受けている

仮説3) 看取りの場の選択は、がん患者と認知症患者では異なっている

この仮説検証のため、実際の調査としては以下の4調査を行った。

A. 終末期、看取りについての国際制度比較調査

(対象国：日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ、韓国、オーストラリア)

仮想ケース

- ・がんケース
 - 末期がんの女性、85歳。余命1ヶ月
 - 一人暮らし、息子夫婦が15分ほどの場所に居住
 - 在宅での治療継続を希望
- ・認知症ケース
 - 重度認知症の男性、80歳
 - 誤嚥性肺炎を繰り返し、経口摂取が困難
 - 夫婦2人暮らし
 - 妻は在宅介護を希望も、妻の介護力は低い

B. 専門職、機関への調査

a. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査：アンケート調査

(日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ、韓国、オーストラリア)

b. 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：施設質問紙調査 (日本、韓国)

c. 終末期の医療・介護と看取りに関する国際比較調査：ヒアリング調査 (日本、韓国、オーストラリア)

3. 成果

20年在宅医療を日本で行ってきた医師の立場から実感していることは、終末期であっても国民の高度医療、病院医療への期待の高さである。在宅では胃ろうを含む外科手術的なことができないため、希望がある場合には現状としては病院にご紹介する傾向にある。その時点で入院されるということが多いように思う。それに対応して、その医療処置を判断する医師・ナース・その他多くの医療従事者もそれを良しとする傾向があると思う。

その結果、病院で治療を始めてその後に「中止をする」というのは非常に難しい。したがって、効果が十分はっきりしなくても医療処置を「継続していく」という傾向にあって、亡

くなられるまでその治療をしていく。それが今の日本の高い病院死の数字になっているのではないかと考えられる。

その過程で認識されることが少ないのは、自分の死や家族の看取りの時期が 100%やってくるということである。それを指摘する医師などの専門家も少ない。

今回のアンケート調査の結果から日本の特徴と思われるものをいくつか挙げてみたい。

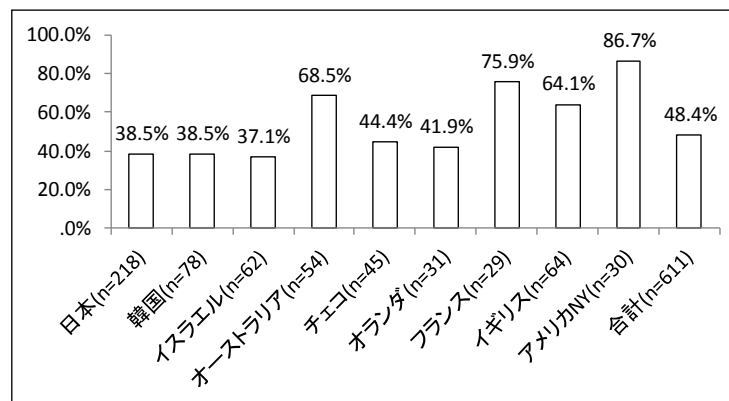
末期がんの仮想ケース A において、専門職が「終末を迎えることができるように支援すべき場所（理想）」は、日本においては「自宅」と考えるのが 79.2%であるのに対して、「終末を迎えるであろうという現実的判断（現実）」は実に 8.2%まで低下してしまうのである（11 ページ）。これは比較対象の各国に比べて顕著な乖離である。このことは、現実には自宅やナーシングホーム・ケア付き住宅で最期を迎えるための医療・介護チームの配置を含む環境整備が十分ではないことを示しているのではないだろうか。

また、終末期認知症の仮想ケース B で「医学的知見以外の家族への説明内容」で「余命」を説明する場合は日本では少なく 26.2%である（14 ページ）。

同じく B ケースで「実際の対応の基本方針を選択した理由」への回答では「生存時間が延びる可能性が高い」が 38.8%で最も多く、「家族の意向に合致する可能性が高い」が次いで 31.6%を占め、調査国中で非常に多い傾向を示している。また、同じ質問で「本人の尊厳が保持される」との回答は、日本では 16.7%に過ぎないが、日本を除く各国ではより多く選択されている（16 ページ）。

これらの結果は、上に述べた私の実感とも関連するが、我が国における看取りに関するコンセンサス作りが不十分であることを示唆していると思われる。

また、がんについては終末期の医療・介護の具体的な方針については、各国ともそれほど多くの違いはないが（15 ページ）、認知症の特徴は終末期を判断するのが非常に難しい疾病であるということである。そこから、終末期と思わない場合は治療を続け、終末期と思う場合は現状維持を選ぶことになる（下図）。



B ケースを終末期と思うか（「はい」の割合）

このことに関連していると思われるのは、調査対象国のうち日本に次いで高齢化が進んでいるフランス（高齢化率 16.8%, 2010 年, World Population Prospects, UN 以下同）、英国（16.6%）、オランダ（15.3%）ではそれぞれ終末期関連の法律と国家戦略、ガイドラインが成立しているということである。フランスでは「レオネッティ法(2005 年)」「緩和ケア推進プログラム(2008 年)」、英国では「意思決定能力法(2005 年)」「終末期ケア戦略(2008 年)」、オランダでは「安楽死法(2001 年)」「緩和ケア計画(2008 年)」である（8 ページ）。そして、たとえばフ

ランスではレオネッティ法成立までに20年以上もの期間にわたって国民的な議論が行われたとのことである。

上の図にみられる国ごとの違いは、それぞれの国の文化というよりも、以前から長寿先進国であった欧米諸国の歴史と、近年急速に長寿社会となってきた日本との国民的な議論の蓄積の差がもたらしているものではないだろうか。

また、認知症は、今後世界中で増え、そして亡くなる方が増えていくことは明らかである。各国単位ではなくグローバルな問題として、良い看取りを受けられる権利が世界中で認められる運動を作っていく必要があると思う。死にゆくときも、最期までその人らしく扱われることは基本的人権のひとつであると訴えていくことは非常に重要であると思われる。

最後に、3つの「仮説」の検証について述べておきたい。

仮説1) 看取りの場の選択は、国の関連法整備によって影響を受けている

仮説2) 看取りの場の選択は、医療専門職ガイドラインおよび各専門職の判断によって影響を受けている

今回の調査結果から、仮説1, 2については、妥当性は得られたと思う。ただし、結果として成り立っている法律や国家計画の内容もさることながら、それらを作り上げる前提としての国民的なコンセンサスの積み重ね方の結果からの影響というべきかもしれない。これをまず、わが国は見習うべきであろう。

仮説3) 看取りの場の選択は、がん患者と認知症患者では異なっている

がんについての終末期の医療・介護の具体的な方針については各国ともに標準化され実行されようとしており、その理想と現実には大きな違いはない。しかし、認知症の場合は各国で差が現れるという意味で世界的に標準化されておらず、そういった意味で、がん患者の看取りの場と認知症患者の看取りの場に違いが表れていると言えるであろう。一言で言えば、認知症の看取りの正解的標準化はがんに比べて遅れているということである。

4. わが国の政策への提言

最後にこれまで述べてきたことのまとめを政策への提言として簡単に整理したい。

1) 認知症の終末期のケアのあり方についての国民的議論が必要

急速に増加しつつある認知症の終末期ケアの基準について、特に、その「終末期」の判断についてはわが国においては医学上のコンセンサスがなく、他のケア専門職にもないのが現状である。当事者である国民を広く巻き込んだ議論をしていく必要があると考える。

2) 国レベルでの法整備が必要

看取りの問題は国民とケア専門職の共通の課題であり、「がん」と「認知症」などの疾患の相違に留意しつつ、終末期ケアに関する新しい法整備が必要と考える。その根拠として、日本国憲法第13条に「生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利」が規定されているが、「尊厳をもって看取られる権利」は高齢化社会の幸福追求権ではないかという理念も提言したい。

3) 看取りにかかわる在宅ケア専門職の教育推進

病院外で看取ることのできる「専門職」が育成されていない現状がある。上記と並行し、専門職の行動ガイドラインを早期に作成し、そのガイドラインに基づく専門職の教育を急ぐべきである。それと同時に、在宅ケア専門職、つまり診療所医師、訪問看護師、介護職の連携促進事業の促進が、現在あるケア専門職間の意向もしくは判断のズレの問題の解消となるであろう。

2. 終末期、看取りについての国際制度比較調査

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

緩和ケア・終末期ケアに関する制度、戦略およびガイドライン、認知症の人のガイドラインの有無を整理した。表1では、制度を「安楽死関連」「終末期関連」の2つに分けている。「安楽死関連」には、本人の痛みやさまざまな苦痛などから「早く命を終わらせたい」という意思に対する、積極的安楽死、消極的安楽死、自殺ほう助に関する制度が含まれる。「終末期関連」には、延命治療が無益と判断された場合に、延命治療を受けずに自然の経過の死を迎えたいという意思の尊重が含まれる。なお、本人の意思を尊重する1つの方法として事前指示(Advance Directive)が多くの場合、規定されている。

	法律		戦略	ガイドライン/指針
	終末期関連	安楽死関連		
日本				終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(厚生労働省)他
韓国				延命治療中止に関する指針(医師会等)
チェコ				チェコ医療審議会勧告
イスラエル	末期患者法(2006)			
フランス	レオネッティ法(2005)		緩和ケア推進プログラム(2008)	緩和ケアに関するガイドライン(緩和ケア協会)他
イギリス (主にイングランド)	(意思決定能力法)(2005)		終末期ケア戦略(2008)	終末期の治療とケア(医療評議会)他
アメリカ	患者の自己決定法(1990)	オレゴン尊厳死法(1991)含、3州		延命措置の終了及び死にゆく人のケアに関するガイドライン他
オーストラリア		安楽死法(1997)×終末期患者の権利法(1995)	緩和ケア国家戦略(2000)	施設高齢者ケア、コミュニティケアにおける緩和ケアアプローチのガイドライン(政府)他
オランダ		安楽死法(2001)	緩和ケア計画(2008)	緩和ケアのガイドライン(医師会)他

3. 看取りに関するヒアリング結果

国際長寿センター

終末期の医療、介護をめぐる現状と問題の所在の把握、看取りに関する特徴や違いがどのような背景によって規定されているのかを明らかにすることを目的とする。

下表は、実際に対応の基本方針を決定する際の「最も重視する理由」を質問したものである。オーストラリアは特に認知症のケースで「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多い。また日本は「家族の意向に合致する可能性が高い」が特に多い。

認知症ケースへの対応方針における現実的判断の理由（問 3-8-2）

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本(n=209)	6 2.9%	81 38.8%	14 6.7%	1 .5%	35 16.7%	66 31.6%	1 .5%	5 2.4%
韓国 (n=75)	1 1.3%	32 42.7%	13 17.3%	0 .0%	20 26.7%	8 10.7%	0 .0%	1 1.3%
オーストラ リア(n=51)	2 3.9%	4 7.8%	12 23.5%	0 .0%	25 49.0%	5 9.8%	1 2.0%	2 3.9%

オーストラリアにおけるインタビューの中から、いくつかのキーワードを抽出することができる。すなわち、「人生の生きがいと奪われたときに、それにとって代わること」「本人が治療の仕方を決めていく」「生活の質が低くならないように」「(介護者の) コアアイデンティティや生きがい」などにみられる自立した生活重視の姿勢である。

一方で韓国のインタビューでは、「孝の概念が強く、できるだけ長生きをさせてあげたい」「自分の家で親を見る傾向がまだ高く、施設に来ることは恥であるという傾向がある」や「病院に入院させると親孝行、老人ホームに入所させると恥という考えもまだ結構残っている」という発言が特徴的であった。

すなわち、オーストラリアでは個人からの社会への働きかけを中心とする生活の質が最も重視され、韓国においては縮小しつつあるとは思われるが儒教的な規範が認められる。

これらが、オーストラリアにおいて「生存時間が延びる可能性が高い」で選択が少なく「本人の尊厳が保持される」「QOLの向上が期待できる」が多いことの背景を一定程度表しているのではないだろうか。また、日本においてはこれらの規範性が希薄であることから、判断基準が明確ではなく、当面の当事者である家族の意向が多く意識される構造があるとも考えられよう。

また、オーストラリアにおける緩和ケアチームが院内、ナーシングホーム、地域にわたって広範に終末期ケアにコミットしていることは社会全体に大きな影響を与えていることは注目すべきものであると思われた。

4. 終末期の介護・医療と看取りに関する国際比較調査

ライフケアシステム 代表理事 辻 彼南雄
成蹊大学アジア太平洋研究センター 特別研究員 渡辺 大輔
医療経済研究機構 主任研究員 中島 民恵子

9ヶ国調査：回答者の専門職種

	医師	看護師	介護士	ソーシャル ワーカー	その他	PT・OT(リ コード)	合計
日本	20	59	103	23	8	7	220
韓国	16	44	2	18	0	0	80
イスラエル	25	18	2	15	3	0	63
オーストラリア	11	20	8	11	2	5	57
チェコ	17	17	2	12	5	0	53
オランダ	15	15	0	1	2	0	33
フランス	17	7	0	2	3	0	29
イギリス	35	14	0	18	0	0	67
アメリカ NY	15	15	0	0	0	0	30
合計	171	209	117	100	23	12	632

*アメリカについての補足。アメリカは州制度を採用しており、かつ公的医療保険がないため州ごとに大きな違いがある。また、今回調査に協力していただいた ILC 米国は大都市であるニューヨークに所在している点、医療施設であるため介護職が回答者にはいない点、積極的に経管栄養施工を行っている施設である点が指摘でき、アメリカ全体を代表していない。本報告ではアメリカ全体を代表していない点に注意を喚起するため、アメリカ NY として表記した。

9ヶ国調査の調査実施機関・対象

国名	調査実施機関・対象
日本	ILC 日本；12 事業所（特別養護老人ホーム 7、グループホーム 2、複合施設 1、訪問看護ステーション 1、病院 1）、医師個人（10 名）
韓国	韓国アルツハイマー協会
イスラエル	ILC イスラエル
オーストラリア	2 医療・介護施設（HammondCare, Ramsay Health）
チェコ	ILC チェコ
オランダ	ILC オランダ
フランス	ILC フランス
イギリス	ILC イギリス
アメリカ NY	ILC 米国

※とくに記述がない場合、2010 年 10～12 月に実施（アメリカのみ 2011 年 10～12 月）

調査項目

【属性】

性別／生年・満年齢／現在の勤務先／資格／勤務形態／職種／実務経験年数／在宅支援実務経験年数／最近 1 年間の臨終立ち会い経験

【がんケースについて】

終末を迎えるように支援すべき場所

実際に終末を迎える場所

施設や病院の待機時間、利用可能性

今後の方針決定の議論の主導権を持つことがふさわしい人

これまでの経験を踏まえ、実際に議論の主導権を持つ人

今後の治療や看取りの方針を決定する際に、重視すべきこと

基本的な医学的知見以外に家族（息子夫婦）に説明すること

対応の基本方針として望ましいこと、理由

対応の基本方針として実際に選択をすること、理由

来るべき死に向けた方針としてもっとも望ましいこと、理由

【認知症ケースについて】

このケースは「終末期」か、理由

（以下、がんケースと同じ）

【死についての意識】

死について考える頻度／死への不安・恐れ／死についての考え方／自身の「理想の死」／自身は最期を迎えたい場所／配偶者や近親者の「理想の看取り」／近親者を看取りたい場所

最期の日々を過ごす場所、理想と現実

終末期を過ごすもっともふさわしい場所は、末期がんのケース、終末期認知症のケースともに、各国とも理想は「自宅」だが、現実はずいぶん「自宅」が最も多いわけではない。理想と現実のギャップは日本が一番大きい。

終末期を迎える「もっともふさわしい」場所（理想 がんケース %）問 2_1_1

	自宅	介護付き 住宅	グループ ホーム	老人 ホーム	療養病床	病院・ 診療所	ホスピス (施設)	その他
日本	79.2	1.8	.5	1.4	1.8	2.7	12.2	.5
フランス	51.7	41.4	.0	.0	.0	.0	6.9	.0
イギリス	79.7	1.6	1.6	.0	3.1	3.1	3.1	7.8
イスラエル	79.4	.0	.0	1.6	3.2	1.6	12.7	1.6
オーストラリア	62.5	10.7	.0	5.4	5.4	1.8	12.5	1.8
オランダ	67.7	.0	.0	.0	.0	.0	32.3	.0
韓国	59.5	7.6	1.3	.0	7.6	.0	24.1	.0
チェコ	50.9	3.6	.0	1.8	1.8	.0	41.8	.0
アメリカ NY	93.3	.0	.0	.0	.0	.0	3.3	3.3

「実際に」終末期を迎えることになると思う場所（現実 がんケース %）問 2_1_2 補問

日本	8.2	.9	.0	7.7	11.8	59.5	11.4	.5
フランス	7.1	17.9	.0	.0	25.0	32.1	17.9	.0
イギリス	20.6	.0	30.9	16.2	14.7	10.3	4.4	2.9
イスラエル	33.3	1.6	.0	3.2	34.9	11.1	14.3	1.6
オーストラリア	8.9	7.1	.0	16.1	7.1	14.3	46.4	.0
オランダ	33.3	.0	.0	.0	3.0	12.1	51.5	.0
韓国	35.4	8.9	.0	.0	21.5	1.3	32.9	.0
チェコ	12.5	.0	.0	.0	42.9	17.9	26.8	.0
アメリカ NY	.0	.0	.0	46.7	.0	40.0	.0	13.3

終末期を迎える「もっともふさわしい」場所（理想 認知症ケース %）問 3_2_1

	自宅	介護付き 住宅	グループ ホーム	老人 ホーム	療養病床	病院・ 診療所	ホスピス (施設)	その他
日本	76.0	4.1	1.8	11.3	5.0	.5	.9	.5
フランス	44.8	17.2	.0	.0	13.8	3.4	17.2	3.4
イギリス	66.2	1.5	16.9	4.6	3.1	.0	.0	7.7
イスラエル	52.4	4.8	.0	7.9	31.7	.0	1.6	1.6
オーストラリア	46.4	12.5	.0	17.9	14.3	1.8	7.1	.0
オランダ	68.8	.0	.0	.0	28.1	.0	3.1	.0
韓国	25.3	20.3	.0	3.8	43.0	2.5	3.8	1.3
チェコ	35.2	7.4	.0	3.7	24.1	7.4	20.4	1.9
アメリカ NY	96.7	.0	.0	.0	.0	.0	3.3	.0

「実際に」終末期を迎えることになると思う場所（現実 認知症ケース %）問 3_2_2

日本	22.7	1.8	2.3	23.6	21.8	26.4	1.4	.0
フランス	11.1	18.5	.0	.0	22.2	40.7	7.4	.0
イギリス	13.4	1.5	43.3	29.9	1.5	1.5	1.5	7.5
イスラエル	24.2	.0	1.6	9.7	54.8	3.2	1.6	4.8
オーストラリア	8.9	7.1	.0	32.1	16.1	23.2	8.9	3.6
オランダ	24.2	.0	.0	.0	66.7	6.1	3.0	.0
韓国	15.2	17.7	.0	7.6	49.4	5.1	5.1	.0
チェコ	3.7	.0	.0	.0	40.7	46.3	5.6	3.7
アメリカ NY	33.3	.0	.0	.0	6.7	53.3	.0	6.7

治療や看取りの方針を決定する人、理想と現実

方針決定の主導権は、各国ともがんケースの場合は本人、認知症ケースの場合は息子がとるのが理想と考えられているが、現実とは異なることが多い。理想と現実のギャップは日本が一番大きい。

今後の治療や看取りの方針を決定するために主導権を取るのが「もっともふさわしい」人
(理想 がんケース %) 問 2_3_1

	本人	息子	かかりつけ医	専門医	日常的にケアにかかわる看護師、介護士	ソーシャルワーカー	その他
日本	75.6	15.4	3.6	.9	1.8	2.3	.5
フランス	65.5	.0	17.2	6.9	3.4	6.9	.0
イギリス	85.7	1.6	4.8	3.2	4.8	.0	.0
イスラエル	90.5	3.2	.0	1.6	4.8	.0	.0
オーストラリア	83.6	9.1	3.6	.0	1.8	.0	1.8
オランダ	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
韓国	79.7	11.4	.0	1.3	6.3	1.3	.0
チェコ	23.6	20.0	12.7	34.5	3.6	5.5	.0
アメリカ NY	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0

「実際に」今後の治療や看取りの方針を決定するために主導権を取るとされる人
(現実 がんケース %) 問 2_3_2 補問

日本	14.0	64.3	12.2	3.6	2.3	3.6	.0
フランス	32.1	32.1	14.3	17.9	.0	.0	3.6
イギリス	38.2	23.5	16.2	19.1	1.5	.0	1.5
イスラエル	30.2	47.6	3.2	9.5	3.2	1.6	4.8
オーストラリア	34.0	32.1	15.1	18.9	.0	.0	.0
オランダ	39.4	21.2	6.1	15.2	12.1	3.0	3.0
韓国	26.6	64.6	3.8	1.3	3.8	.0	.0
チェコ	73.2	1.8	3.6	16.1	5.4	.0	.0
アメリカ NY	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0

今後の治療や看取りの方針を決定するために主導権を取るのが「もっともふさわしい」人
(理想 認知症ケース %) 問 3_4_1

	本人	息子	かかりつけ医	専門医	日常的にケアにかかわる看護師、介護士	ソーシャルワーカー	その他
日本	9.0	80.1	3.2	.5	.9	5.4	.9
フランス	.0	93.1	3.4	3.4	.0	.0	.0
イギリス	15.3	69.5	3.4	3.4	3.4	.0	5.1
イスラエル	7.9	71.4	3.2	7.9	1.6	.0	7.9
オーストラリア	20.0	54.5	10.9	3.6	5.5	1.8	3.6
オランダ	12.1	84.8	.0	3.0	.0	.0	.0
韓国	17.9	67.9	2.6	1.3	7.7	1.3	1.3
チェコ	1.9	37.0	13.0	42.6	3.7	1.9	.0
アメリカ NY	6.7	93.3	.0	.0	.0	.0	.0

「実際に」今後の治療や看取りの方針を決定するために主導権を取るとされる人
(現実 認知症ケース %) 問 3_4_2 補問

日本	.9	59.4	19.2	3.2	6.4	9.6	1.4
フランス	3.6	53.6	17.9	21.4	.0	3.6	.0
イギリス	5.9	47.1	8.8	20.6	8.8	5.9	2.9
イスラエル	4.8	58.7	11.1	17.5	1.6	.0	6.3
オーストラリア	5.4	57.1	17.9	8.9	7.1	1.8	1.8
オランダ	.0	54.5	9.1	27.3	.0	6.1	3.0
韓国	6.5	70.1	11.7	1.3	10.4	.0	.0
チェコ	13.0	38.9	7.4	35.2	1.9	1.9	1.9
アメリカ NY	.0	100.0	.0	.0	.0	.0	.0

治療や看取りの方針決定の際に重視すべきこと

がんケースの場合は各国ともに「本人の苦痛を取り除く」が最も多い。認知症ケースの場合は「妻の意向」が最も重視される。日本では「家族の負担を軽くする」が比較的多い。

(本人の意向を踏まえたうえで) もっとも重視すべき点 (がんケース %) 問 2_4

	息子の意向	できるだけ長い時間生きる	本人の苦痛を取り除く	本人のこれまでの生活の継続	家族の負担を軽くする	その他
日本	6.3	.0	57.9	31.7	2.7	1.4
フランス	.0	.0	69.0	27.6	.0	3.4
イギリス	3.2	.0	61.9	31.7	.0	3.2
イスラエル	3.2	.0	69.8	25.4	.0	1.6
オーストラリア	3.6	.0	76.4	14.5	.0	5.5
オランダ	3.0	.0	57.6	39.4	.0	.0
韓国	3.8	.0	53.2	31.6	10.1	1.3
チェコ	3.6	5.4	78.6	7.1	1.8	3.6
アメリカ NY	3.3	.0	90.0	.0	6.7	.0

(本人の意向を踏まえたうえで) もっとも重視すべき点 (認知症ケース %) 問 3_5

	妻の意向	近親者の意向	できるだけ長い時間生きる	本人の苦痛を取り除く	本人のこれまでの生活の継続	家族の負担を軽くする	その他
日本	56.6	.9	.5	10.9	15.4	14.9	.9
フランス	51.7	3.4	6.9	24.1	3.4	10.3	.0
イギリス	36.4	6.1	1.5	30.3	13.6	1.5	10.6
イスラエル	46.0	11.1	3.2	28.6	7.9	1.6	1.6
オーストラリア	41.1	.0	.0	42.9	5.4	8.9	1.8
オランダ	51.5	3.0	.0	33.3	6.1	6.1	.0
韓国	57.7	2.6	.0	19.2	15.4	5.1	.0
チェコ	32.1	7.5	1.9	18.9	20.8	7.5	11.3
アメリカ NY	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0

家族への説明内容

家族への説明内容では、日本では「家族の介護負担」「経済的負担」を比較的重視し、家族介護者への配慮を行っている。日本とフランスは「余命」の説明が少ない。フランスでは家族への説明が全般的に少ない。

医学的知見以外のへの家族への説明内容（がんケース % 複数回答可）問 2-5

	余命	事前指 示書	代替的 な 治療法	本人が感 じる痛 み・苦しみ	利用可能 な医療介 護制度	死の 瞬間	経済的 負担	家族の 介護 負担	死後 の 悲嘆
日本	48.6	25.0	22.3	72.3	75.9	31.8	42.3	50.0	10.5
フランス	11.4	5.1	1.3	35.4	39.2	16.5	5.1	11.4	1.3
イギリス	66.1	45.2	19.4	72.6	71.0	40.3	17.7	41.9	29.0
イスラエル	60.0	34.5	18.2	74.5	63.6	34.5	23.6	32.7	41.8
オーストラリア	50.0	21.4	23.2	75.0	78.6	39.3	12.5	23.2	26.8
オランダ	75.8	18.2	6.1	72.7	72.7	.0	6.1	51.5	9.1
韓国	53.6	57.1	39.3	85.7	50.0	14.3	32.1	46.4	10.7
チェコ	69.6	55.1	33.3	79.7	75.4	43.5	18.8	29.0	47.8
アメリカ NY	53.3	46.7	36.7	100.0	80.0	3.3	.0	.0	13.3

医学的知見以外のへの家族への説明内容（認知症ケース % 複数回答可）問 3-6

	余命	事前指 示書	代替的 な 治療法	本人が感 じる痛 み・苦しみ	利用可能 な医療介 護制度	死の 瞬間	経済的 負担	家族の 介護 負担	死後 の 悲嘆
日本	26.2	19.5	23.5	42.1	82.4	22.6	34.4	75.6	10.0
フランス	14.1	3.8	.0	17.9	50.0	12.8	2.6	20.5	1.3
イギリス	61.3	25.8	17.7	50.0	83.9	24.2	29.0	48.4	17.7
イスラエル	66.1	33.9	14.3	51.8	67.9	28.6	26.8	44.6	42.9
オーストラリア	40.4	5.8	11.5	50.0	86.5	32.7	13.5	38.5	26.9
オランダ	57.6	9.1	6.1	54.5	75.8	.0	9.1	69.7	6.1
韓国	57.1	35.7	28.6	53.6	60.7	14.3	46.4	64.3	7.1
チェコ	68.1	46.4	23.2	69.6	73.9	47.8	29.0	43.5	50.7
アメリカ NY	56.7	46.7	13.3	100.0	76.7	.0	.0	10.0	16.7

対応の基本方針、理想と現実

がんケースでは、各国において基本方針の理想、現実ともに「疼痛ケア」が最も多く、理由は「尊厳保持」が最も多い。現実の理由では、日本は「家族の意向」が多く、イギリスとオーストラリアは「ガイドライン」が多い。

「もっとも望ましい」対応の基本方針（理想 がんケース %）問 2-6

	抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他
日本	.9	.5	1.8	91.9	.0	5.0
フランス	2.5	7.6	6.3	79.7	1.3	2.5
イギリス	.0	3.2	.0	87.3	4.8	4.8
イスラエル	1.8	.0	.0	90.9	.0	7.3
オーストラリア	.0	3.8	.0	90.6	.0	5.7
オランダ	.0	.0	.0	81.8	.0	18.2
韓国	.0	.0	.0	96.4	.0	3.6
チェコ	.0	4.7	.0	68.8	.0	26.6
アメリカ NY	.0	.0	.0	100.0	.0	.0

上記の方針を選択する理由（理想 がんケース %）問 2-6-2

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	.0	1.4	21.4	1.4	64.1	7.7	.0	.0
フランス	1.3	.0	29.5	.0	56.4	6.4	.0	1.3
イギリス	.0	1.6	59.7	.0	33.9	.0	1.6	.0
イスラエル	.0	1.8	40.0	1.8	52.7	.0	.0	.0
オーストラリア	1.8	1.8	34.5	1.8	60.0	.0	.0	1.8
オランダ	.0	.0	42.4	.0	54.5	.0	.0	.0
韓国	.0	.0	55.2	.0	41.4	.0	3.4	.0
チェコ	.0	3.2	32.3	1.6	53.2	1.6	1.6	.0
アメリカ NY	.0	.0	6.7	.0	83.3	10.0	.0	.0

「実際に」選択することになる対応の基本方針（現実 がんケース %）問 2-7

	抗がん剤	高度医療	代替医療	疼痛ケア	何もしない	その他
日本	5.9	.9	3.2	83.1	2.3	4.6
フランス	5.2	5.2	3.9	85.7	.0	.0
イギリス	6.5	11.3	.0	72.6	3.2	6.5
イスラエル	3.5	5.3	.0	82.5	.0	8.8
オーストラリア	13.2	15.1	.0	66.0	1.9	3.8
オランダ	3.0	.0	.0	81.8	3.0	12.1
韓国	.0	.0	3.6	89.3	3.6	3.6
チェコ	1.6	12.5	1.6	73.4	4.7	6.3
アメリカ NY	.0	.0	.0	90.0	.0	10.0

上記の方針を選択する理由（現実 がんケース %）問 2-7-2

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	.0	5.5	15.6	2.3	54.1	16.1	.5	6.0
フランス	.0	3.9	22.1	1.3	58.4	9.1	.0	5.2
イギリス	.0	3.3	36.1	3.3	19.7	6.6	23.0	8.2
イスラエル	.0	1.8	40.4	1.8	42.1	7.0	.0	7.0
オーストラリア	5.5	3.6	34.5	.0	38.2	1.8	16.4	.0
オランダ	.0	3.0	39.4	.0	51.5	3.0	3.0	.0
韓国	.0	3.6	39.3	.0	46.4	.0	7.1	3.6
チェコ	.0	4.8	25.8	6.5	43.5	3.2	3.2	12.9
アメリカ NY	.0	.0	7.1	.0	67.9	25.0	.0	.0

認知症ケースでは、各国において基本方針の理想、現実ともに「疼痛ケア」が最も多く、理由は「尊厳保持」が最も多い。現実の理由では、日本は「尊厳保持」「QOL」が少なく「家族の意向」「生存時間」が多い傾向がある。イギリスとオーストラリアは「ガイドライン」が多い。

「もっとも望ましい」対応の基本方針（理想 認知症ケース %）問 3-7

	人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他
日本	46.2	.9	16.7	27.1	2.7	6.3
フランス	59.7	2.6	6.5	22.1	2.6	6.5
イギリス	50.8	.0	7.9	25.4	7.9	7.9
イスラエル	15.1	.0	9.4	45.3	11.3	18.9
オーストラリア	45.5	2.3	6.8	38.6	.0	6.8
オランダ	34.4	.0	9.4	25.0	12.5	18.8
韓国	10.7	.0	14.3	35.7	14.3	25.0
チェコ	23.9	1.5	11.9	25.4	4.5	32.8
アメリカ NY	6.7	.0	23.3	60.0	.0	10.0

上記の方針を選択する理由（理想 認知症ケース %）問 3-7-2

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	2.3	20.5	11.0	.0	26.5	35.6	.0	4.1
フランス	2.6	32.1	16.7	1.3	34.6	10.3	.0	2.6
イギリス	1.6	6.5	38.7	.0	30.6	9.7	8.1	4.8
イスラエル	5.7	1.9	22.6	1.9	54.7	5.7	.0	7.5
オーストラリア	3.9	3.9	49.0	2.0	35.3	2.0	3.9	.0
オランダ	9.4	3.1	28.1	.0	40.6	6.3	3.1	9.4
韓国	.0	6.9	37.9	.0	37.9	10.3	6.9	.0
チェコ	6.6	4.9	21.3	.0	57.4	3.3	1.6	4.9
アメリカ NY	.0	.0	33.3	.0	36.7	26.7	.0	3.3

「実際に」選択することになる対応の基本方針（現実 認知症ケース %）問 3-8

	人工栄養	代替医療	リハビリ	現状維持	何もしない	その他
日本	71.6	.0	6.0	18.8	1.4	2.3
フランス	69.6	2.5	3.8	20.3	.0	3.8
イギリス	70.5	.0	3.3	18.0	6.6	1.6
イスラエル	41.2	.0	9.8	35.3	2.0	11.8
オーストラリア	63.8	.0	4.3	21.3	4.3	6.4
オランダ	46.9	.0	3.1	34.4	9.4	6.3
韓国	17.9	.0	7.1	46.4	14.3	14.3
チェコ	40.0	.0	9.2	33.8	3.1	13.8
アメリカ NY	73.3	.0	.0	26.7	.0	.0

上記の方針を選択する理由（現実 認知症ケース %）問 3-8-2

	完治可能性	生存時間	QOL	経済的	尊厳保持	家族の意向	ガイドライン	その他
日本	2.9	38.8	6.7	.5	16.7	31.6	.5	2.4
フランス	1.3	42.7	17.3	.0	26.7	10.7	.0	1.3
イギリス	.0	8.6	29.3	.0	20.7	10.3	24.1	6.9
イスラエル	3.9	7.8	23.5	.0	49.0	9.8	2.0	3.9
オーストラリア	.0	7.3	41.5	.0	31.7	4.9	14.6	.0
オランダ	19.2	3.8	26.9	.0	26.9	7.7	.0	15.4
韓国	6.9	10.3	13.8	.0	41.4	20.7	6.9	.0
チェコ	3.7	16.7	18.5	.0	38.9	9.3	1.9	11.1
アメリカ NY	.0	3.3	23.3	6.7	30.0	30.0	.0	6.7

来たるべき死に向けた望ましい方針

がんケースでは各国とも「自宅での緩和ケアへの移行」がもっと多い。日本は他国との比較では「介護施設での緩和ケアへの移行」が少ないグループに入る。また、方針を選択する理由では「QOLの向上が期待できる」が比較的少ない。

日本の認知症ケースでは、「自宅での緩和ケアへの移行」が比較的多い。治療と緩和ケアを合わせた場合、「介護施設」利用は比較的少ない。方針を選択する理由では日本では「QOLの向上が期待できる」が比較的少ない。

来たるべき死に向けたもっとも望ましい方針（がんケース %）問 2-8

	病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本	.9	15.0	.0	8.2	5.5	70.0	.5
フランス	5.2	20.8	11.7	33.8	3.9	23.4	1.3
イギリス	1.6	4.8	8.1	9.7	30.6	45.2	.0
イスラエル	.0	7.0	3.5	29.8	5.3	50.9	3.5
オーストラリア	1.8	9.1	3.6	16.4	5.5	60.0	3.6
オランダ	.0	.0	.0	18.2	3.0	78.8	.0
韓国	.0	7.1	.0	.0	7.1	82.1	3.6
チェコ	1.5	2.9	2.9	13.2	19.1	55.9	4.4
アメリカ NY	.0	.0	.0	.0	.0	100.0	.0

上記の方針を選択する理由（がんケース %）問 2-8-2、複数回答可

	完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本	0.5	4.1	25.5	4.5	82.7	19.1	0.5	4.1
フランス	0.0	0.0	51.7	0.0	82.8	6.9	0.0	3.4
イギリス	0.0	8.8	44.1	2.9	89.7	22.1	11.8	7.4
イスラエル	0.0	0.0	36.1	1.6	65.6	3.3	3.3	3.3
オーストラリア	0.0	1.8	35.1	1.8	63.2	12.3	5.3	8.8
オランダ	0.0	0.0	30.3	0.0	84.8	9.1	0.0	9.1
韓国	1.3	2.6	44.2	7.8	64.9	16.9	1.3	0.0
チェコ	1.8	7.3	47.3	9.1	78.2	21.8	7.3	1.8
アメリカ NY	0.0	0.0	13.3	0.0	83.3	33.3	0.0	0.0

来たるべき死に向けたもっとも望ましい方針（認知症ケース %）問 3-9

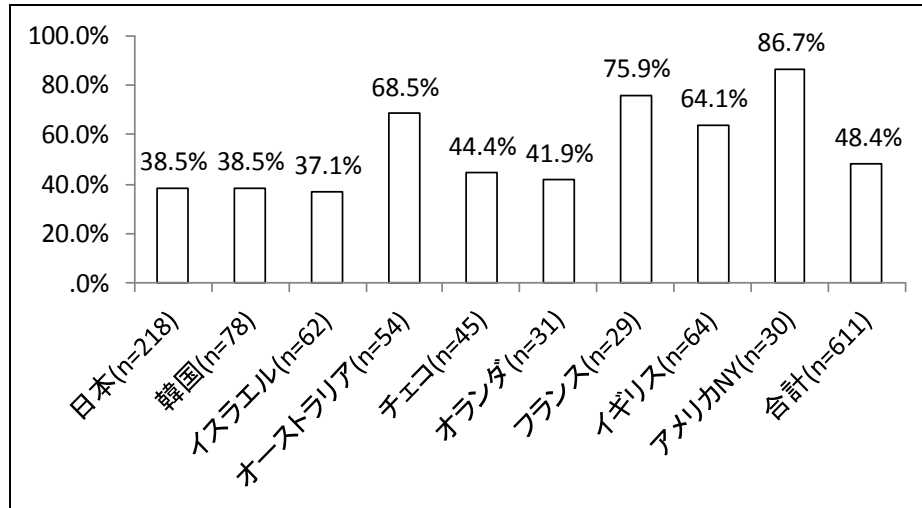
	病院・ 治療	病院・ 緩和ケア	介護施設・ 治療	介護施設・ 緩和ケア	自宅・ 治療	自宅・ 緩和ケア	その他
日本	3.6	3.2	7.3	16.8	27.7	40.9	.5
フランス	15.4	24.4	10.3	30.8	5.1	11.5	2.6
イギリス	.0	6.3	34.9	15.9	11.1	31.7	.0
イスラエル	5.7	9.4	3.8	30.2	13.2	35.8	1.9
オーストラリア	3.8	7.7	15.4	15.4	9.6	46.2	1.9
オランダ	.0	3.2	12.9	9.7	19.4	45.2	9.7
韓国	18.5	3.7	3.7	11.1	7.4	51.9	3.7
チェコ	9.1	7.6	6.1	21.2	12.1	39.4	4.5
アメリカ NY	.0	.0	.0	.0	13.3	86.7	.0

上記の方針を選択する理由（認知症ケース %）問 3-9-2、複数回答可

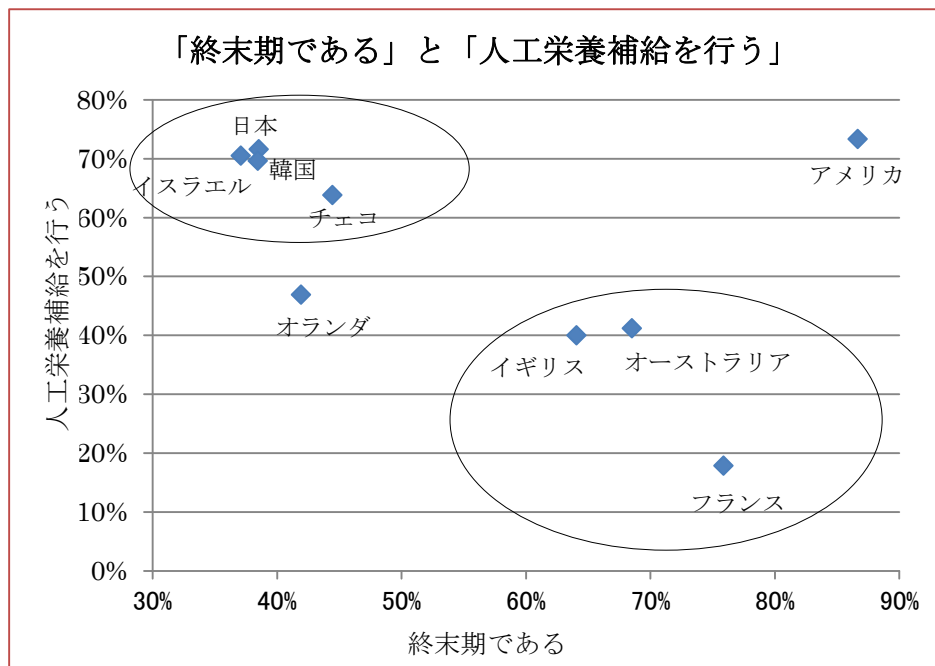
	完治 可能性	生存 時間	QOL	経済的	尊厳 保持	家族の 意向	ガイドライン	その他
日本	2.7	15.9	18.2	2.7	42.7	61.4	.9	1.4
フランス	2.6	33.3	26.9	9.0	46.2	24.4	.0	1.3
イギリス	.0	1.6	33.9	.0	38.7	30.6	16.1	9.7
イスラエル	1.9	1.9	28.8	1.9	50.0	26.9	3.8	9.6
オーストラリア	.0	13.2	56.6	7.5	64.2	30.2	3.8	5.7
オランダ	3.3	.0	16.7	.0	43.3	63.3	3.3	3.3
韓国	3.4	10.3	41.4	.0	69.0	51.7	10.3	3.4
チェコ	8.8	14.7	42.6	2.9	77.9	42.6	11.8	11.8
アメリカ NY	.0	.0	3.3	3.3	60.0	43.3	3.3	.0

認知症ケースを終末期と判断するか

日本は、終末期と判断する割合が低く人工栄養補給を行う割合が高い国のグループ（日本、イスラエル、韓国、チェコ）に入る。オーストラリア、フランス、イギリスは終末期と判断する割合が高く人工栄養補給を行わない傾向である。



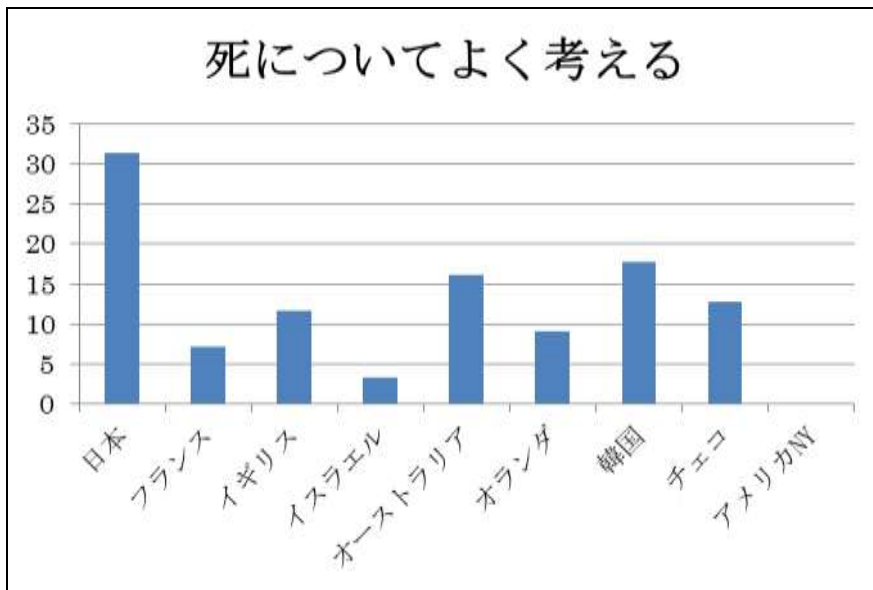
認知症ケースが終末期にあたるかどうかの判断（問 3-1）



「終末期である」（問 3-1）と「実際には人工栄養補給を行う」（問 3-8）

死について考える頻度

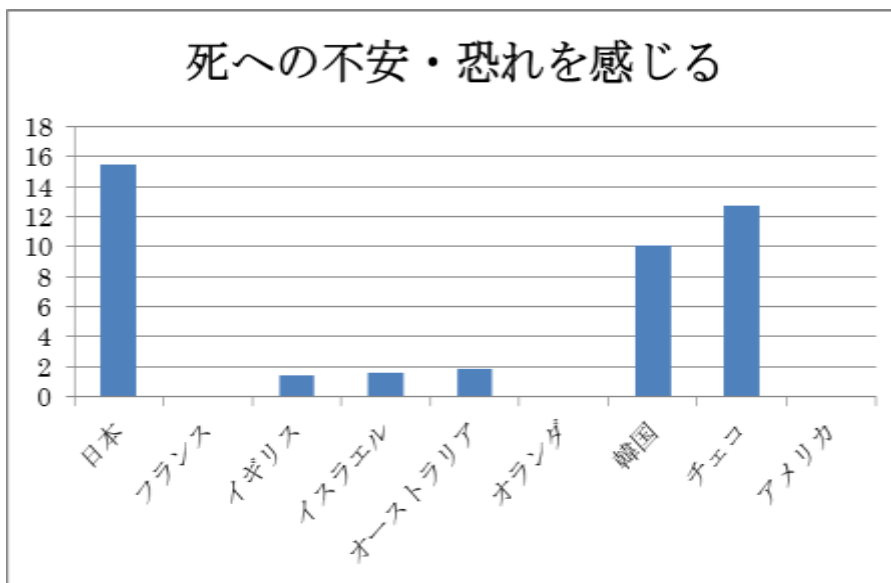
日本は死について考える頻度が高い。



どの程度死について考えるか (%) 問 4_1

死への不安・恐れ

日本は死への不安・恐れを感じる割合が高い。



死への不安・恐れを感じるか (%) 問 4_2

理想の死、理想の看取り

各国ともに共通して「苦痛・恐怖の少ない死」「長い闘病生活のない死」が多い傾向である。「あまりお金をかけない死」「できるだけ長生きをした後の死」については考え方が分かれている。フランス、オランダは「あまりお金をかけない死」が比較的少ない。フランス、オランダ、アメリカは「できるだけ長生きをした後の死」が比較的少ない。

自身の理想の死 (%) 「ややそう思う」「そう思う」の計 問 4-3

	家族や親しい人に迷惑をかける死	苦痛・恐怖の少ない死	長い闘病生活のない死	死ぬ準備を整えたのちの死	家族や親しい人に囲まれての死	あまりお金をかけない死	自己決定による死（尊厳死など）	できるだけ長生きをした後の死
日本	84.0	91.7	86.9	67.1	73.2	72.7	69.5	17.3
フランス	78.6	66.7	92.9	64.3	89.3	28.6	74.1	3.6
イギリス	80.9	87.9	82.4	35.4	79.1	57.6	86.6	34.3
イスラエル	83.3	89.8	89.8	76.3	78.0	70.2	62.7	27.1
オーストラリア	76.8	94.5	91.1	83.9	85.7	56.4	91.1	19.6
オランダ	57.6	96.9	97.0	75.8	93.9	21.9	87.9	9.1
韓国	92.4	96.2	96.2	86.1	83.5	77.2	83.5	44.3
チェコ	65.3	82.0	83.7	46.8	60.4	38.3	92.3	33.3
アメリカ NY	100.0	100.0	96.7	70.0	76.7	66.7	100.0	.0

各国ともに共通して「事前に死に逝く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り」「家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り」「家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り」が多い傾向である。その中で日本は「たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り」「可能な限りの医療や介護を受けもらう環境を整えての看取り」「本人の闘病が短い、短期間で看取り」「死にゆく本人が信仰する宗教のないし文化的な儀礼に適う看取り」が比較的少ない。

近親者の理想の看取り (%) 「ややそう思う」「そう思う」の計 問 5-1

	たとえ会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り	可能な限りの医療や介護を受けもらう環境を整えての看取り	事前に死に逝く本人と治療等の希望について話し合った上での看取り	死にゆく本人と最後まで会話ができる状態での看取り	家族や親しい人が来るべき死までに本人と会うことのできる看取り	あまりお金をかけない看取り	本人の闘病が短い、短期間で看取り	死にゆく本人が信仰する宗教のないし文化的な儀礼に適う看取り
日本	55.3	49.3	86.6	64.1	86.6	31.5	52.1	49.8
フランス	88.9	74.1	96.3	70.4	84.6	25.9	77.8	77.8
イギリス	90.9	50	96.9	75.4	92.2	29.2	89.2	92.3
イスラエル	89.8	75.8	89.8	89.8	89.8	34.5	86.4	81.4
オーストラリア	96.4	78.0	92.9	67.9	89.3	45.5	76.8	87.5
オランダ	84.8	72.7	93.8	57.6	93.9	13.8	87.9	75.8
韓国	58.2	60.6	77.2	92.4	91.1	64.6	79.7	45.6
チェコ	98.0	82.3	94.0	82.4	88.2	23.4	54.8	84.1
アメリカ NY	63.3	96.2	100.0	96.7	100.0	70.0	100.0	100.0

最期を迎えたい場所

自身が最期を迎えたい場所は、各国とも「自宅」が最も多い。「ホスピス(施設)」は各国で違いがありフランス、オーストラリア、韓国が比較的高い。

自身の最期を迎えたい場所 (%) 問 4-4

	自宅	介護付き住宅	グループホーム	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	その他
日本	71.7	3.7	1.4	2.3	1.4	3.7	6.4	9.6
フランス	67.9	3.6	.0	.0	.0	7.1	14.3	7.1
イギリス	82.6	1.4	.0	.0	.0	.0	4.3	11.6
イスラエル	95.0	.0	.0	.0	.0	3.3	.0	1.7
オーストラリア	78.6	3.6	.0	.0	.0	7.1	10.7	.0
オランダ	93.9	.0	.0	.0	.0	.0	6.1	.0
韓国	60.8	7.6	.0	3.8	7.6	1.3	19.0	.0
チェコ	84.3	.0	.0	.0	.0	2.0	3.9	9.8
アメリカ NY	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0

近親者を看取りたい場所も、各国とも「自宅」が最も多い。韓国では「療養病床」「病院・診療所」「ホスピス(施設)」が比較的多い。

近親者を看取りたい場所 (%) 問 5-2

	自宅	介護付き住宅	グループホーム	老人ホーム	療養病床	病院・診療所	ホスピス(施設)	その他
日本	67.8	2.8	.9	5.1	1.9	7.9	7.0	6.5
フランス	80.8	3.8	.0	.0	.0	7.7	3.8	3.8
イギリス	79.1	3.0	1.5	.0	.0	1.5	3.0	11.9
イスラエル	95.1	.0	.0	.0	1.6	1.6	.0	1.6
オーストラリア	87.3	3.6	.0	.0	.0	1.8	3.6	3.6
オランダ	100.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0	.0
韓国	43.0	7.6	.0	3.8	12.7	12.7	17.7	2.5
チェコ	90.7	3.7	.0	.0	.0	1.9	.0	3.7
アメリカ NY	86.7	.0	.0	.0	.0	.0	.0	13.3

自分の最期を看取ってほしい人

各国とも、「配偶者」「子」が多い傾向は共通している。日本は「宗教者」が少ない。韓国、イギリス、アメリカは「医師」の割合が比較的高い。

自分の最期を看取ってほしい人 (%) 問 5_3

	配偶者	両親	子	孫	かかりつけ医	専門医	看護師	介護士	施設職員	友人	近隣住民	宗教者	きょうだい	その他
日本	68.1	15.7	70.8	20.8	10.2	2.8	8.3	5.1	3.7	18.1	3.2	1.9	3.2	9.7
フランス	70.6	11.8	58.8	29.4	5.9	.0	.0	5.9	.0	23.5	.0	5.9	.0	.0
イギリス	80.0	40.0	40.0	10.0	10.0	10.0	10.0	.0	.0	.0	.0	10.0	.0	20.0
イスラエル	83.6	21.3	75.4	32.8	6.6	4.9	4.9	9.8	4.9	18.0	1.6	13.1	1.6	3.3
オーストラリア	85.2	18.5	79.6	35.2	5.6	1.9	5.6	1.9	.0	33.3	.0	13.0	3.7	7.4
オランダ	97.0	39.4	84.8	24.2	.0	.0	6.1	3.0	.0	33.3	.0	.0	9.1	.0
韓国	70.9	2.5	38.0	2.5	19.0	7.6	10.1	11.4	8.9	5.1	.0	17.7	.0	6.3
チェコ	77.4	28.3	75.5	17.0	.0	.0	5.7	.0	.0	17.0	1.9	15.1	.0	5.7
アメリカ NY	100.0	33.3	96.3	14.8	11.1	7.4	3.7	.0	.0	29.6	.0	14.8	.0	.0

5. 平成 22 年度看取りの国際比較調査結果に対する各国の考え方

医療経済研究機構 主任研究員
中島民恵子

1. 目的

平成 22 年度に実施した看取りの国際比較調査結果の国ごとの違いが明らかとなった点に関して、それぞれの国がそれらの結果をどのように捉えるかを明らかにすることで、結果に影響を与えている文脈（制度、国民性、文化等）を明らかにすることを目的としている。

2. 方法

平成 22 年度の調査結果を調査対象国（イスラエル・韓国・チェコ・オランダ・オーストラリア・イギリス・フランス）と今年度対象国として加わったアメリカに送付し、以下の 1)～3) の 3 点について、回答を求めた。イスラエル・チェコ・イギリス・フランス・アメリカに関しては「国際長寿センター（ILC）アライアンス各国センター」から、オーストラリアに関しては「HammondCare」、韓国に関しては「韓国アルツハイマー協会」の協力を得た。

- 1) 日本においては終末期の場所についても「理想」（自宅）と「現実」（病院）に大きな差が見られます。貴国においてこの差を縮めるための努力としてはどのようなものが主なものでしょうか？（例えば、住宅政策、終末期医療・介護についてのガイドラインの設定、訪問診療・訪問介護の充実、医師や看護師・介護士への教育プログラム（とくに death education）など）
- 2) “B 氏は終末期段階にある”と“B 氏は実際に人工栄養を行うだろう”との回答を重ね合わせてみると、大きく二つの国のグループ（日本・イスラエル・韓国・チェコとオランダ・オーストラリア・イギリス・フランス）に分かれているように見えます。これは何によるものであるとお考えでしょうか？（例えば、国民性、終末期に関する法律やガイドラインの整備など）

3. 結果

1) 終末期の場所に関する「理想」と「現実」のギャップ

イスラエルにおいても、同様のギャップが存在しており、そのギャップを縮小するための対策として、①末期患者法の活用、②在宅における終末期専用のサービス提供があげられていた。イスラエルには 4 つの HMO（Health Maintenance Organization）があり、各団体に在宅ケアが展開されている。最大の HMO である Haklalit では、在宅ホスピス（緩和ケアの訓練を受けた医師・看護師・ソーシャルワーカーで構成されるチームによる地域ベースのケア）が提供されている。定期的な訪問や必要に応じた訪問等の 24 時間ケアが提供されている。ただし、このサービスはイスラエルの全地域をカバーするには至っていない。

フランスにおいては、在宅での看取りが困難となっている理由として、①関連専門職による地域の緩和ケアネットワークの不足、②親族の受入困難といった文化的理由があげられていた。①に対応するためにフランス大統領により、2008 年 6 月に緩和ケアの発展に向けた 2008-2012 年の新たなプログラムが発表されている（表 1 参照）。なお、アルツハイマー病の人に関しては、毎年 10 万人が亡くなっているが亡くなる際の状況についてはあまり明確にさ

れていない。介護者支援を増加させるため、2008 - 2012 アルツハイマー計画では、各地域で一時預かり・患者ニーズや介護者の期待への対応方法を発展・多様化させる、様々な取り組みがなされている。またこの計画では、在宅支援を強化する専門スタッフによる介入も提供しており、2009 - 2012 の間に 500 の専門チームを編成することが提唱されている。

なお、アメリカ、チェコ、オーストラリア、韓国に関しては差を縮めるための努力や取り組みについての言及はなかった、それぞれの国において「自宅」での看取りが困難である背景等が示されていた。

アメリカでは、緩和ケアはホスピス（施設）で提供されることが多いが、在宅ホスピスの利用を可能にしていくことにより、在宅での看取りという理想に近づけることができると指摘している。例えば、1991年にウィスコンシン州の Gundersen Lutheran Health System が始めた「Respecting Choices（選択を尊重する）」プログラムは、終末期ケアに関する人々の選択を確実に尊重する支援を行う、革新的で国際的に有名なプログラムである。目的は必ずしも在宅での死を支援することとは限っていない（それを望まない人もいるかもしれないため）が、患者の選択が絶対に無視されないように設計されている。プログラムでは、生前遺言やその他法的文書を完成させるよりも、事前のケア計画プロセスに重点を置いており、地域全体の様々な機関が関わっている。

チェコは、最良の場所として自宅を選んだ割合が対象国の中で最も低く（50.2%）、回答者の半数は、自宅以外の専門的ケアを選んでいる。それは主に①サービス提供体制と②制度運用上の影響があげられていた。①サービス提供体制に関しては、病院および施設ケアが非常に整っており、病院（急性期及び急性合併症）や療養型病院（急性期後及び時によって介護）においては「登録料（3米ドル/日）」以外は患者の自己負担がない。また、専門的緩和ケアやその他末期患者へ必要なサービスを提供するホスピスも存在している一方で、在宅ケアサービスのシステムはあまり発展しておらず、大きなバリアも存在している。②一般医への報酬は登録患者数と患者の年齢に基づいて支払われるが（患者自宅への訪問を含む）、それに加えて「バーチャル予算」が設定されている。「バーチャル予算」は、専門医や看護師によるケア、看護補助職、処方薬などに使われることとなっているが、保険会社による制限がかけられているため、重度の障害がある患者や末期患者がいる場合に一般医は彼（女）らに十分なケアや支援を行うことが困難となっている。これらのことから、施設での終末期ケアが在宅での終末期ケアと同等にふさわしい選択肢であると考えられていると言えるだろうとの指摘がされていた。

オーストラリアにおいては、理想の看取りが「自宅」である割合も 46.4%、実際の看取りが「自宅」と答えた割合も 8.9%と他国に比べて比較的低かった。その主な理由として、在宅における独居高齢者の看取りに関しては財源として担保されていない点が指摘されていた。ただし、Aさんに家族介護者おり協力が得られる場合は、一般医・地域の看護師・必要に応じて緩和ケア専門職の支援を得て症状がある程度コントロールできれば、在宅での死は実現可能性がかなり高くなるとのことであった。

韓国においては、場所に関しては個人的な立場と文化的な理由などがあると指摘されていた。韓国では、儒教思想が受け継がれており、国家でも「先・家庭、後・福祉」主義を選択してきた。ほとんどの場合は家庭で終末期を過ごしていたが、2002年頃から終末期ケアが行われる場所として、病院と家庭の割合に変化がみられ始めた。その背景には、核家族化、アパート団地の密集、女性の社会進出、従来の医師による往診制度がなくなる等の社会的な要

因と、老人福祉施策として 24 時間安心して利用できる在宅サービスの不在があると指摘されている。また、誰もが気軽に病院を利用できることも背景要因の一つと考えられる。この状況において、今後、高齢者が家庭で生活し続けられる空間確保のための住宅内のバリアフリー化や改造、訪問看護の活性化、在宅ケアサービスの多様化、終末期ケアの報酬調整、家族介護者を対象にした緩和ケアの教育などについて改善される必要があると示されていた。

表 1 フランスの緩和ケアプログラム

<p>○プログラムは、以下 3 つの軸に沿ってコーディネートされた一連の対策となっている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 1 軸：病院及び施設での緩和ケアユニットを引き続き発展させる。 ・ 2 軸：研修及び研究政策を展開する。 ・ 3 軸：親族へ支援を提供する。 <p>○それに対していくつかの対策が提案されている。プログラム実施のために政府は計 2 億 3,000 万ユーロを投じる予定である。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院以外での緩和ケアサービス開始 (特に高齢者向けの医療／社会的施設及び在宅緩和ケアネットワークの展開)。 ・支援の質向上 (特に小児緩和ケア)。 ・医療専門職や一般市民向けのキャンペーンを通じた緩和文化の普及。 <p>○3 軸にある、親族や一般市民への対応には、以下の内容が含まれている</p> <p>XIV - 緩和ケア研修を含む、親族や介護者への支援 (毎年 200 万ユーロ)。</p> <p>XV - 一時宿泊場所の展開 (ナーシングホームの中に 100 か所。費用：5 年間で 130 万ユーロ)。</p> <p>XVI - 在宅緩和ケア実施を促進するためのボランティア養成。毎年 7,000 人のボランティア養成を目指す (毎年 150 万ユーロで 5 年間実施)。</p> <p>XVII - レオネット法の普及を通じた医療専門職に対する緩和ケア情報の提供 (70 万ユーロ)。 一般市民向けの緩和ケア情報キャンペーン及び支援サービス (500 万ユーロ)。</p> <p>XVIII - 地域における緩和ケア・サポート情報デーの企画。</p> <p>病院の医療委員会は、緩和ケアの実施に関する年間報告を作成しなければならない。</p>

2) 終末期段階との判断と人口栄養との関連

チェコにおいては、緩和ケアが最近よく議論されているものの、それは主にがん患者に限られたもので、認知症に関してではないため専門職はおそらく B さんの状態を末期の認知症ではないと捉えているだろうという点が指摘された。また、専門職は急性期医療を中心とした教育を受けており、人口構造や慢性疾患の増加を踏まえて考えた場合に、緩和ケアや長期ケア (介護) に関する教育は極めて不十分であるといった、現在の医療教育に関しても指摘がなされていた。

イスラエルにおいては、①末期患者法の定め、②命は神聖なものであるというユダヤ文化の価値観の存在があげられていた。末期患者法によると、延命治療及び効果のないその他の医療処置は、患者の死が間近で患者が処置の制限を求めたり事前指示書を残したりした場合にのみ、差し控えることができるが、その場合でも水分と食料は差し控えることができない。この法律はまだ十分には医師・患者・家族には浸透していないが、法律として終末期であっても本人の意思が明確でない場合は差し控えが認められていないため、終末期と判断しない場合でも B さんの状況においては人工栄養が選択されたとも推察された。また、認知症は何年も続く退行性疾患であるため、いつ生命が終わるか分かりにくく評価しづらい点が多い。このため、終末期の決定に関する問題が浮かび上がったり、QOL 対延命の問題が起きたりするが、命は神聖なものであるというユダヤ文化における基本的な価値観がまずあり、それは同時にイスラエルの医師の間で実践の指針となるものとの指摘がなされていた。

韓国においては、人工栄養については、文化的な違いや本人の意思決定と家族の意向なども大いに影響すると指摘されている。介護者が 50-60 代の場合には儒教的思想が根強く残

っており、特に、患者が配偶者の場合は「生」への愛着が強いため、人工栄養を実施するケースが増えていると考えられていた。また、韓国の場合、認定（療養等級 1-3 級）を受けられなかった患者のほとんどが老人病院に入院することになり、病院では簡単に IVH が実施されているため飲食物を口腔で摂取しにくくなり、最後には人工栄養を実施することになるケースが多いことが指摘されていた（特に、脳血管性認知症の場合に失語症と共に嚥下障害になるケースが多くなるため、人工栄養を選択するケースが多い）このような状況に対し、韓国でも海外で定められているような国家のガイドライン設定が必要であるとの指摘もあった。

オーストラリアにおいては、重度認知症が末期疾患と捉えられているため、重度認知症患者が病院で人工栄養を開始する可能性は極めて低いとの指摘がなされていた。オーストラリアでは、エビデンスに基づく医療・実践に関係するものとして、基本的に人工栄養または PEG が、誤嚥リスクにより重度の認知症患者の生存期間を延ばすという証拠はないと認識されており、オーストラリアの結果はイギリスでも類似の結果であり、この国における緩和ケアの定着を反映しているといえるだろうと考えられていた。

フランスでは、これらの違いに関して、①終末期における人工栄養の役割や意味に関する文化的理由、②人工栄養適用に関するガイドラインの有無、③終末期における人工栄養の経験の 3 つが関連しているのではないかと示されていた。特に、患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合はレオネッティ法により、頑固な治療及び栄養補給は推奨されていない。さらに、FNCLCC（癌センター全国連盟）が策定したガイドライン ii に従うことが求められているため、B さんへの人工栄養が勧められることは多くないことが指摘されている。

4. 考察

国ごとの見解は多様であったが、終末期に関する法律やガイドライン等があるイスラエルやフランスにおいては、それらの規定との関連があることが推察された。また、多くの国でサービス提供体制の状況が終末期の場所の選択にも関係していると考えられたが、オーストラリアのように財源的制約により「自宅」という選択は困難であるといった状況も見られていた。