



1. はじめに

現在の日本における終末期の医療・介護問題は、末期ガンだけでなく、認知症による意思疎通が困難である患者についての対応—とくに人工栄養施術の実施—が大きな問題となっている。この問題の背後には、専門職と患者・家族間の情報の非対称性だけでなく、職種による考え方の違いや、死生観の違い、国の制度の違いなどが影響しているだろう。

「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究調査」プロジェクトでは、各国の医療・介護に従事する専門職(医師、看護師、介護士)を対象としたアンケート調査を2度にわたって行ってきた*1。この2つの調査データを用いて、終末期の医療・介護問題の構造について、国際比較を通して紹介する。

調査では、末期のガンの人と、重度の認知症の人の2つの仮想ケースを提示し、それぞれについて、専門職としての理想的な判断(今後の医療・介護を行い看取るべき場所、具体的な対応の方針、など)と、これまでの経験から実際に行うであろう現実的な判断の双方を調べた。この理想と現実という観点を国際比較における視点として設定している点が、このプロジェクトの新しい視点である。

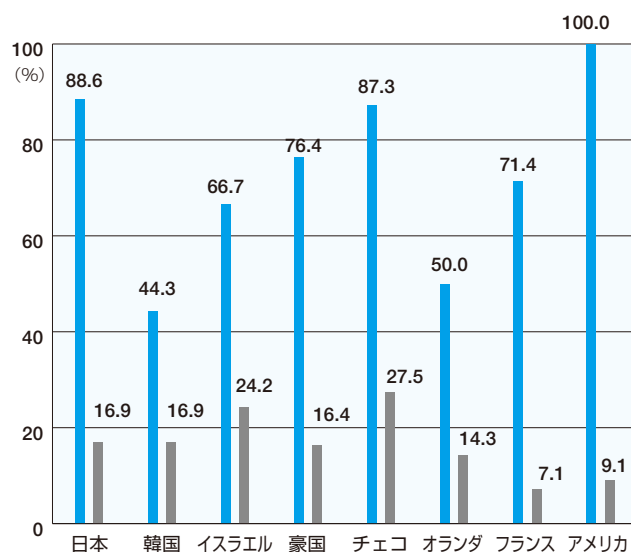


図1 ガンケース：看取りの場所と方針について理想と現実の「かい離」の割合

■場所 ■方針

ガンケース

- 末期ガンの女性、85歳。余命1か月の診断
- 独り暮らし、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。意思疎通は困難
- 誤嚥性肺炎を繰り返し、経口摂取が困難
- 夫婦2人暮らし。妻も高齢であり介護力は低く、親族は遠方に居住
- 本人の意思は不明。妻は在宅介護を希望

2. ガンの終末期の医療・介護

はじめに、ガンケースの結果について紹介する。国ごとに、理想と現実の選択肢が異なる、すなわち「かい離」がある人の割合を調べた結果、場所についてのかい離が大きく、方針についてのかい離は少ないという傾向は各国共通であることがわかる(図1)。日本、アメリカ、チェコ、オーストラリアではとくに場所についてのかい離が大きく、いずれも自宅を理想としつつ、病院・診療所など施設で最期を過ごすというものであった。方針についてはかい離が少なく、一貫した対応が取られている。

3. 重度認知症の人への(終末期)医療・介護

認知症ケースでは、このケースが「終末期」であるのか否かについて、国際間でも専門職間でも違いが見られた(図2)。アメリカ、オーストラリア、フランスなどの国が経口摂取が

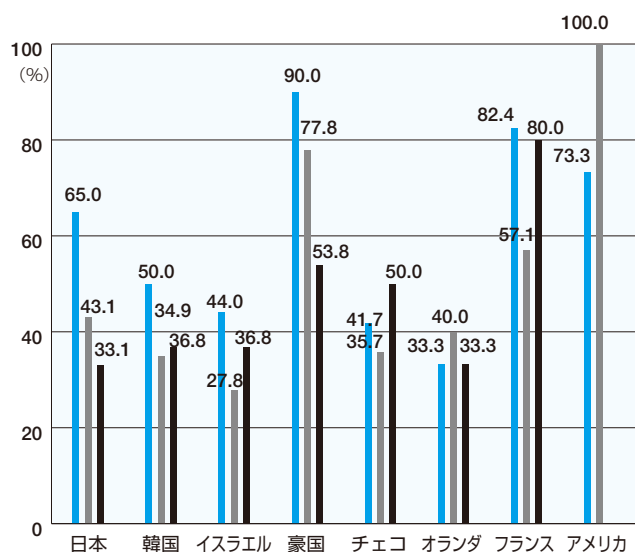


図2 認知症ケース：専門職別の終末期と判断した人の割合

■医師 ■看護 ■介護

【*1】以下の2回の調査となる。初回は2010年度に行われた調査であり、日本、韓国、オーストラリア、イスラエル、チェコ、フランス、オランダ、アメリカにおいて、利用者の看取りを経験したことがある施設に従事する専門職を対象とした調査を行った（なお、アメリカのみ調査は2011年に実施）。回収数は566。
2回目は、2011年に日本の中央区および守山市と韓国のソウルと光州における医療・介護施設に従事する専門職を対象とした調査を行った。2011年度調査については、2012年1月31日時点での回収データを用いた分析を行っている。回収数は1,215である。

できない状況を「終末期」とみなしており、その傾向は医師がより大きい。他の国では「終末期」と判断する専門職は4割前後であり、意見が分かれていることがわかる。また、日本では医師と看護・介護職との差が大きい。

認知症ケースについて、ガンケースと同様に理想と現実のかけ離れについてまとめたものが図3である。ガンケースに比べて、場所についてのかけ離れが多く多くの国で減少している反面、方針についてのかけ離れが多く多くの国で増加している。これは、自宅での介護を可能とみなす割合が増えていること、対して方針については専門職の中でも外でも一貫した方針がないため、かけ離れが大きくなっていることを示している。方針については、現実には人工栄養施術（胃ろうなど）を行うしつつ、理想としてはそれ以外の方針（現状維持、何もしない、リハビリテーションなど）とするものが多い傾向にあり、とくに日本、チェコ、イスラエル、アメリカで顕著であった。対してオーストラリアやフランスは現状維持を選ぶ傾向が見られた。

さらに、認知症ケースへの対応方針の選択理由について比較したものが表1である。日本以外の国が「本人の尊厳の保持」や「QOLの向上」を理由として方針を決めている（ただし、その方針は国ごとに異なり、人工栄養施術か現状維持が多い）。日本では人工栄養施術が多いことから「生存時間

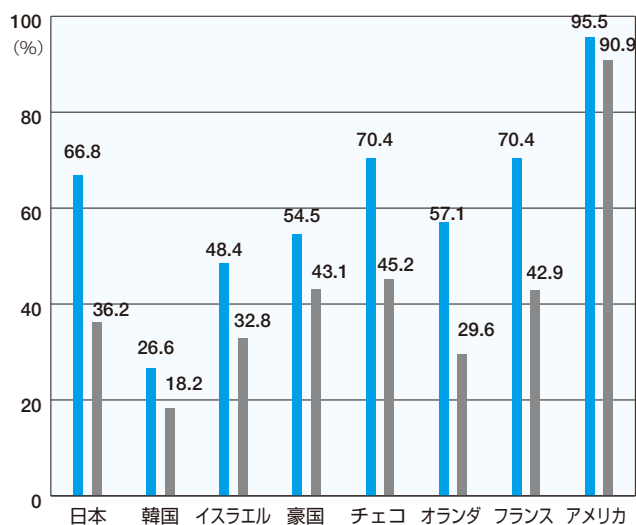


図3 認知症ケース：看取りの場所と方針について理想と現実のかけ離れの割合
■場所 ■方針

が延びる」がもっとも多いが、「家族の意向に合致する」が3割以上を占めている点に特徴がある。

日本はケースを終末期とみなすか否かの判断が分かれていることから、方針についてコンセンサスが乏しく、そのため専門職内でも判断が分かれ、最終的には家族の意向によって決まるという経路があることがわかる。

4. 新しい終末期の医療・介護体制の構築に向けて

本研究の知見をまとめると、ガンに関する治療・介護の方針については、どの国においてもコンセンサスがみられた。しかし、自宅を理想の看取りの場所と考えつつ、実際にはそれができていない国が多い。すなわち、在宅での末期ガンの見取りを可能にするための制度的対応は不十分であるといえる。

認知症については、ケース事例に対しての治療・介護の方針について、国ごとの違いが大きく、国際的なコンセンサスが乏しかった。

ガンについては在宅医療のより積極的な進展、とくに訪問看護・介護などの充実が重要であること、認知症については症状が多様であることを踏まえ、各国ごとに本人の尊厳やQOLを重視しつつ、家族が支えることが可能な体制づくりを進める必要がある。そのためには、とくに認知症について職種間の共通理解を構成してゆくことが肝要であるといえる。

	生存時間	QOL向上	尊厳の保持	家族の意向	その他
日本	38.8%	6.7%	16.7%	31.6%	6.2%
韓国	42.7%	17.3%	26.7%	10.7%	2.7%
イスラエル	8.6%	29.3%	20.7%	10.3%	31.0%
豪国	7.8%	23.5%	49.0%	9.8%	9.8%
チェコ	7.3%	41.5%	31.7%	4.9%	14.6%
オランダ	4.5%	18.2%	31.8%	9.1%	36.4%
フランス	10.3%	13.8%	41.4%	20.7%	13.8%
アメリカ	4.5%	31.8%	22.7%	22.7%	18.2%

表1 認知症ケース：方針についての現実的判断の理由の割合