

在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究報告書

< サマリー >

-1. 「認知症の人の看取りにおける課題」

認知症介護研究・研修東京センター 名誉センター長
聖マリアンナ医科大学 名誉教授
長谷川和夫

認知症の看取りを考える場合、3つの課題がある。第一に、終末期の定義が明確でないこと、原因疾患、たとえばアルツハイマー型認知症ではいつから、どんな状態からを終末期と
いうのか必ずしも周知されているかに疑問がある。第二に、認知症は認知機能の障害が中核
にあって理解、判断、言語によるコミュニケーション能力の障害のため、本人の意思決定が
著しく低下しているために、本人のコンセンサスを得ることができない。第三に、認知症の
本人が尊厳をもってその人らしく終末期をすごしてゆくため、だれがどのようにして医学的
あるいは福祉の面からの判断を適切にしていくのかが問われる。

さらに、認知症の終末期に関する知見を整理し、アルツハイマー型認知症の概要、認知症
終末期の定義、アルツハイマー型認知症終末期の評価について述べている。

認知症のケアにおいては、“心理的なケア”や“対応型ケア”を超えて、個人が生きてゆ
く過程で、表現したり、受取っていく精神の独自性であるパーソンフッドを基礎に置くケア、
つまりパーソンセンタードケアこそが人の尊厳を支えるケアである。また、生活史のなかで
生まれ、育成された他者、ことに身近な人との関係性もケアのなかで尊重されることが重要
である。このパーソンセンタードケアは、その人の内的体験を理解しようとするケアであり、
その人のユニークな物語りを聴く姿勢をもつケアである。ケアをする側の都合で行うケアを
排除するケアでもある。そして、この理念は終末期になっても理念として堅持されていくこ
とが期待されている。

-2. 「人生最後の『自己決定』のための条件」

恵泉女学園大学 学長
木村利人

アメリカにおいては、1970年代から2000年代にかけて「尊厳死」をめぐる裁判事例の蓄
積がなされると共に、医療における「自己決定」を支える社会的条件や法制度面での展開が
大きく進展した。その特色は、第1に、全米の各州にリビング・ウィルや「持続的委任状」

(Durable Power of Attorney) を含めての自然死法や尊厳死法が制定されているということであり、第2に、連邦政府は「患者自己決定法 (Patients' Self Determination Act, 1990) を制定し、特に高齢者医療 (Medicare) など連邦政府にかかわりを持つ病院、施設などでは、文書または口頭により「延命治療の拒否」などの選択ができる事を、入院患者の各個人に伝えるべき事が規定されており、第3に、命の終わりを巡っての患者の自己決定を保障する立法としてオレゴン州では「尊厳死法 (Oregon Death with Dignity Act, 1994) の名称で立法がなされたということである。

また、アメリカでのホスピス運動とは、患者がいちばん望む場所 (自宅である) で、最後の時を充実して生き、安らかにいのちを終えるためのケアのシステムのことであり、在宅ケアのコンセプトをいう。したがって、本来のホスピスケアのサポートシステムは、看護師による痛み止めを中心にした「在宅末期ケア」ともっぱら末期のケアのための訓練を受けたボランティアによるサポートにより機能している。

さらに、新しいアドバンス・ディレクティブとしての「5つの願い」を紹介したうえで、人生の最後の時を「患者」としてではなく、尊厳を持ったかけがえのない一人の「人間」として無条件に受容する温かい在宅ホスピス・ケアのシステムが必要であるとする。それは、特別な専門的教育と訓練を受けたホスピス・スタッフによる「人間中心」のケアの発想で形成される新しいホスピス・システムであり、これを未来に向けて検討しなければならない時が来ている、と結んでいる。

-1. 「成長」をめざす発達上の課題と可能性 - 終末期における内面生活

国際長寿センター米国 理事長
ロバート・バトラー

バトラー氏は終末期について、人生の末期であっても「成長」の機会をまっとうする機会であるという本人からみた立場に立って問題の提起を行っている。このため、終末期の内面研究の重要性が指摘される。

しかし一方で、特にアメリカでみられるような、自律性が強調され、自死を主張することについては賛成していない。そして、死の体験は単に医師や死にゆく患者の手中にあるのではないと述べている。

この観点から、終末期の内面生活を語るに際しては、肉体的な衰え、痛みと苦悩、死の悲しみ、遺族や友人との別れ、意識を鈍らせる医療の侵襲だけが問題になるわけではないと指摘される。そして重要なのは、臨床医、家族、その他の、重病であったり末期に至っていたりする患者の身近にいる人々が、死までの期間が数年、数ヶ月、数日のいずれであっても、本人がそれまで生きてきた人生を受け入れ (その意義を見出す) 周囲と円満な関係を作り、

対立を解消し、行ってきたことや過ちを償うための自然な求めに対して細心の気遣いをする
ことであるとされる。

つまり、バトラー氏の考え方の基本には、人は最期の瞬間まで成長を続けるものであるが、
その死は本人だけのものではないという観点がある。そして、最期の段階の成長とは、本人
の自らの一生を集大成しようとする努力に対して周囲の人々が細心の気遣いをするその関
係性の中に存在すると指摘していると思われる。

この考えの上に立って、無益で耐え難い負担を与える医療の介入が余りに多いこと、終末
期における患者、家族、医師相互の関係は尊厳ある死にとってきわめて重要な意味を持つこ
と、医師、看護師やその他の医療従事者が「よりよい死」を提供するための研修を受けてい
ない場合には、死に関して話し合うことは不可能であることなどが指摘される。

-2. 「地域での end-of-life care と看取りの方向性

介護施設、グループホームを中心として」

社会福祉法人典人会 総所長
内出幸美

まず、グループホームにおいて「人生の終末期を共に過ごす者の心構えとしては、終末期
だけを充実させればよいというものではなく、日常の関わりの延長が終焉につながらなけれ
ばならない」という原則が述べられる。そして、密着度の高い関わりがあると、その人のち
よっとした会話、表情から意を汲み取ることが可能であることが報告される。

また、オーストラリアとの共同研究の中から文化の相違を見出している。ひとつは安全性
に対する考え方の違いである。オーストラリアでは柵の存在が安全を確保し、安心して暮ら
すためのものと考えられ、日本ではそれは事業主主体のケアとみなされる。それは、「自由」
という価値観の内容が違うところからもたらされている可能性があり、オーストラリアでは
安全な環境で自分のしたいことをする機会であり、日本では他の人に貢献し続けることによ
って自分自身を表現する機会であるという違いである。

さらに、入居者の適応範囲の考え方にも違いがある。オーストラリアでは適応範囲を明確
にしており、身体状況が重度の段階になるとハイケアであるナーシングホームに移り住むこ
とになる。一方、日本では生活や関係の継続性を重視し、一緒に暮らしている仲間が最期ま
でいっしょに暮らし続けることこそが自然で入居者の尊厳を守ることに繋がるとされる。

そして、「町全体、地域全体が一つの自分たちの家になるような、皆が手助けをし合っ
ていけるような町づくり」が提唱される。

-3. 「日本、シンガポール、台湾のアドバンス・ディレクティブ

高齢者の終末期を支えるものとして」

聖路加看護大学 准教授
鶴若麻理

アジアの国のいくつか、台湾やシンガポールでは、アドバンス・ディレクティブを法制化している。しかしながら、台湾やシンガポールでは、一般国民にアドバンス・ディレクティブが普及されているとは言い難い。鶴若氏は、その普及率が低い要因や背景を探りながら、わが国の老人大学で実施したアドバンス・ディレクティブに関する調査も示し、医療における事前指示の可能性について考察している。

人口約 440 万人のシンガポールでは、2006 年 5 月現在で 3840 名がアドバンス・ディレクティブを作成しているが、法律が制定されてから 10 年だが普及率が低い。また、2000 年にスタートした台湾のアドバンス・ディレクティブ制度だが、登録者はまだ 1 万 5 千人足らずであるという。

鶴若氏は、シンガポールや台湾の普及率の極めて低い要因を日本の老人大学受講生へのフォーカス・グループ・インタビュー調査もふまえて考察している。

まず一つは、アドバンス・ディレクティブ作成に関して、専門家による的確な情報提供、相談システムの構築の必要性である。

また、アドバンス・ディレクティブ作成プロセスにおける家族の役割の重視の必要性である。シンガポールでは家族をその作成プロセスから遠ざけてしまったことによって、人々がアドバンス・ディレクティブを家族とともに作成している実感が得られていない。フォーカス・グループ・インタビュー調査から作成する当事者は、作成する意味や意義として、患者の権利であるという捉え方や自律的な生き方をするためというよりはむしろ、家族へのメッセージや家族の身体的精神的負担を避けたいという気持ちを第一に考えていることから、家族とかかわりをもちながらアドバンス・ディレクティブを作成できる形を模索する必要性が示されている。

-4. 「私の母の死」

ミシガン大学 名誉教授
ジョン・キャンベル

キャンベル氏によるご母堂の看取りの記は、アメリカにおける看取りについて非常に多くの情報を提供している。ご本人の生き方で特に注目されるべきは次のような部分ではないだろうか。

- ・自律性の強さ
 - 独居の継続
 - 経済的自立
 - 高齢になってからの転居と自身による居場所づくり
 - 事前指示（「医療代理権授与」、「リビングウィル」、「5つの願い」の作成）
 - 葬式の内容の指定
- ・遠くに暮らす家族との紐帯
 - メール、電話による交流（訪問する回数こそ多くないですが、ニュージャージーに住んでいた時と同じくらい家族との交流がありました）
 - （頻繁ではないが）家族の集まり（家族全員が2、3日間、彼女のアパートのところに滞在しました。この時初めて孫息子の日本人のお嫁さんや、最近生まれたひ孫二人にも会いました。母は素晴らしい時間を過ごしました）

また、キャンベル氏の報告内容からは以下のような部分が注目される。

- ・医療/介護における問題点
 - ナースングセンターの医療提供体制（スタッフの方でも医師が誰か、予約の状況すら把握していませんでした。誰も、母の医療に注意を払っておらず、何人もの医者が前の医者が出した処方箋を確認せずに薬を処方するので、ある時は強力な鎮痛剤が出て非常に困惑したり、ある時は薬により視力がひどく低下したりということがありました）
 - 感染（手術処置の質については判断が難しいですが、明らかに母の一度目の手術は失敗で、再手術を受けなければなりません。また、感染したのは病院だったのか LVL ナースングセンターだったのか不明ですが、腫の辱創から MRSA にも感染してしまいました）
 - 介護（アパートに多くの方が毎日介護サービスの為に入出入りするの、彼女は混乱し、介護は必要であるのに介護の人に対していらいらすようになりました）
- ・ケアマネジメント（「ケアマネジメント」会社からプロを雇い、彼女の代弁をしたり、私達に彼女の情報を流したりしてもらうことにしました。こういう方法がうまくいくケースはよくあると聞いていたのですが、残念なことにこの会社はあまり役に立ちませんでした）
- ・ホスピスケア（アメリカでは毎年約 100 万人が亡くなる際にホスピスケアを受けており、これは全死亡者の 35%以上である）

理想の看取りと死に関する国際比較調査に向けて

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所 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

高齢者自身がこれまで歩んできた生活の延長線上において、在宅や施設にて家族や周囲の人々とよりよく生き、そしてよき死を迎えることはいかにして可能であるのか、という問題意識により、7カ国を対象として国際比較調査の準備を進めている。そのために、今後、国際長寿センターの各国ネットワークを通じて関係機関に依頼し「理想の死」「理想の看取り」がどのように意識されているかについての意識調査を行う予定である。その際、本人やその家族の終末期や看取り時のQOLを確保するために大きな役割を果たし、また影響を与える医療・福祉専門職の認識も把握し、家族、医師、看護師、福祉専門職間の認識の違い、そして国際的な違いについても明らかにする。

調査の実際は次年度から開始する。その方法は、仮想的質問法を用いたアンケート調査であり、「がん」および意思決定の問題を含む「認知症」に関する仮想的な2つのケースを作成し、それらに対する関係者の意識を把握していく。

「文献レビュー」

成蹊大学アジア太平洋研究所 特別研究員
渡辺大輔

「文献レビュー」は、国内における研究と海外の研究を分けて掲載している。対象としたものは国内で66論文、海外からは23論文である。これにより、国内外の「在宅介護・医療と看取り」に関するこれまでの研究の積み重ねを俯瞰することができる。