

日本の看取り、世界の看取り

「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」
「理想の看取りと死に関する国際比較調査」
「終末期、看取りについての国際制度比較調査」

summary

理想の看取りと死を考える

2011年3月

国際長寿センター

在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究

国際長寿センターは、1990年に、少子高齢化に伴う諸問題を学際的・国際的な視点で調査研究し、広く啓発および政策提言を行うために誕生しました。以降、世界11カ国の海外の姉妹センターとともに、いきいきと生活できる高齢社会を実現するために活動を続けています。

日本社会においては少子高齢化が急速に進行し、2050年には35%を超えるといわれています。この中で、高齢者が自立した生活を可能な限り長く続けていくこと、さらに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、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。

高齢者の自己決定とQOL、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「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」調査・研究委員会を組成し、各研究委員による個別研究に加えて、日本を含めた8カ国を対象とした「理想の看取りと死に関する国際比較調査」「終末期、看取りについての国際制度比較調査」を行いました。

この調査・研究では、海外各国と日本の看取りにおける環境の違い、そして日本の特質、さらに政策的示唆に至るまでを明らかにすることを目的とし、看取りにかかわる倫理的課題と今後の進むべき方向、および国際的にみた我が国の文化的、制度的、政策的位置と課題そして進むべき方向について重要な示唆を提供することができました。

本冊子は、「平成22年度 在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究 報告書」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

木村利人（恵泉女学園大学 学長）

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）

内出幸美（社会福祉法人典人会総所長）

鶴若麻理（聖路加看護大学 准教授）

磯部文雄（福祉未来研究所代表）

府川哲夫（前国立社会保障・人口問題研究所部長）

辻彼南雄（ライフケアシステム代表理事）

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）

中島民恵子（医療経済研究機構 主任研究員）

目次

「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」のまとめ…4

I 総論

認知症の看取り。世界の課題は？

1. 認知症の人の看取りに関する世界の課題と展望(抄)…5 長谷川 和夫

在宅の看取り。何が必要か？

2. 座談会 在宅介護・医療と看取りを考える(一部)…6 長谷川和夫、秋山正子、内出幸美、山崎章郎

認知症の看取り。倫理的課題解決のための提案

3. 認知症の看取りに関する倫理的問題と展望(抄)…7 箕岡 真子

II 「終末期、看取りについての国際制度比較調査」 「理想の看取りと死に関する国際比較調査」 報告と分析

日本、オーストラリア、チェコ、韓国、フランス、イスラエル、オランダ、イギリス 国際比較調査の目指すもの

1. 国際比較調査の視点(抄)…10 辻 彼南雄

各国の看取り。制度とガイドライン

2. 終末期、看取りについての国際制度比較調査(一部)…11 中島 民恵子

各国の看取り。医師、看護職、介護職の見た実情

3. 理想の看取りと死に関する国際比較調査(一部)…13 辻 彼南雄、渡辺 大輔、中島 民恵子

各国の看取り。医師、看護職、介護職の意識の違い

4. 理想の死、理想の看取りに関する意識についての国際比較分析(一部)…28 渡辺 大輔

III 海外各国の実情、分析、政策提言

イタリア、オーストラリアで何が起きているか？

1. 日本における認知症高齢者の end-of-life care(終末期ケア) への課題(抄)…29
—イタリア、オーストラリアの挑戦からの学び— 内出 幸美

台湾の高齢者福祉の実情

2. 台湾の高齢者福祉と在宅・施設介護サービスの現状と課題(抄)…32 鶴若 麻理

医療・介護費分析のいままでとこれから

3. 終末期の医療・介護費用について(抄)…34 府川哲夫

理想の看取り。行政のできること

4. 看取りに関する行政課題と展望(抄)…35 磯部文雄

「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」のまとめ

本人

- ・AD の人の個別性は失われた(lost)というよりも隠されて(concealed)いる(長谷川)
- ・本人自身が、身体機能は低下していても、自分のことをこの人は向いているか否かは分かっている(内出)

基本的な視点

- ・「寄り添うような他者との絆」(長谷川)
- ・「看取りの文化」を取り戻す(座談会)
- ・認知症における自律概念:「大切な人々との関係性の中で自身の願望や意思を表現できること」(箕岡)

家族、地域、医療、介護

- ・在宅介護は 24 時間対応している医療と介護があればできる(座談会)
- ・常に「快適ケア」ときに「治療」(箕岡)
- ・[看取りの満足度]=[患者本人の満足度]+[家族の満足度]+[医療介護スタッフの満足度](箕岡)
- ・PEG は説明し理解されたのちに(座談会)
- ・認知症を見据えた事前指示の重要性について啓発活動が重要(箕岡)
- ・死亡前 1 年間の医療費は年齢の上昇とともに低下。今後の先進国の死亡率低下は発症の遅滞によってもたらされる(府川)
- ・生命が有限であり、死も自然経過の一つとして認めることに気づけば、看取りまでのプロセスに関わりたいと願う自分に気づく。教育として推奨すべき(内出)

政策課題

- ・自宅における看取り…医療・ケアチーム
 - ・胃ろうの基準…設置ガイドライン
 - ・自然死についての理解の促進
 - ・医療についての事前指示法案
 - ・医療の制限・中止法案

・日本では、国民的コンセンサスがないたため終末期の場所、人工栄養補給、議論の主導権などで理想と現実のギャップが大きく、本人・家族・専門職ともに迷いが大きい(国際比較調査)

・終末期の医療(看護・介護)、医師(看護師・介護士の治療・介護行為を規定する法律や条例は、フランス、オーストラリア、イスラエルにおいて制定されている(国際制度調査))

1. 認知症の終末期

認知症の終末期は **Reisberg** による **FAST** の分類で 7 の d,e,f と定義される。この期間は数ヶ月～数年と続くこともあり、期間を一律に限定することは困難になる。ここが癌の終末期とは異なる。

2. 認知症看取り医療の課題

ステージは切れ目なくオーバーラップしながら、時には一進一退を繰り返してその全経過は 10～15 年とされる。軽度～中等症の期間では、認知機能の低下に伴って行動心理障害が認知症の約 80%におこるが、一過性で高度になると消褪する。主として社会心理性の誘因が指摘されている。家族や介護者にストレスをおこす大きな要因である。さらに経過のなかでは、身体合併症を伴うことが多くなる。時には治療薬物による副作用として、意識レベルの低下をおこし、いわゆるせん妄（意識障害+精神不安定+幻覚）を伴い、対応に苦慮することもみられる。特に認知症とは別に高齢に伴う身体障害は、看取りの時期にも頻発してくるので医療職と介護職等専門職間の密接な連携が必要である。

3. 認知症看取りケアの課題

パーソン・センタード・ケアの理念は、認知症の軽症から重症度そして看取りのステージに至るまで一貫して堅持されること、換言すれば認知症の人と出遭ったその日から一貫した理念で終末期の死を迎えるまで看取ることが期待される。認知症が高度になると何もかも分からなくなって、植物的存在になるという考えも疑問視されている。寄り添われていることの気配は認知症の人によって感知される可能性があるかも知れない。アルツハイマー型認知症の人の個別性は失われた（lost）というよりも、むしろ隠されている（concealed）と考えられる。

4. 家族や介護者へのケア

看取りの医療では科学の知に基づく普遍性、論理性そして客観性を超越したところ、ご本人の物語りを理解する努力が必要である。ご本人の内的体験を理解しようとする視点、3 人称から離れて 2 人称に近づこうとする努力の医療である。また、家族の悼みを慰め、時には家族のもつ後悔や不安等を和らげることが必要になる。グリーフケアである。

5. 看取りの文化的背景

深沢七郎氏の「楢山節考」は棄老伝説をテーマとした小説である。主人公の“おりん”という女性は貧困による食不足を解決する風習である姥捨に自分から進んで行こうとする。死を越えてかなたの世界へと歩みを進めていく態度である。残酷な風習であるが、おりんは息子夫婦の愛情を十分に理解している。看取りの文化の背景には、このような死に対する深奥な人の想い、そして寄り添うような他者の絆が込められている。

近年、終末期の医療とケアは施設中心、ことに病院中心になってきたが死を迎えるという人生の最重要イベントのなかでくらしを共にしてきた家族にかこまれ、温かい絆のなかでの在宅看取り医療こそが本来の姿である。

私自身、認知症のケアで大切なのは、新しい絆を作ることだと考えている。認知症の人は、認知機能の障害のために、関係性を失っていき、自分自身の内的体験と、現実にはできないこととの間にズレができて、問題行動と言われる周辺症状がおきてくる。ケアではそれを察して、ズレをなくすよう工夫するのだが、新しい関係性をその人との間に作る絆作りがケアの本質になってくると思う。

人を見送るというのは、我々人間にとってとても大事なイベントなのだから、それを病院に任せてしまうなんて、確かにもったいない。

在宅介護は、生活が基盤になっていくので、生活がしっかりしていて、24時間対応している医療と看護があればできることだ。特別養護老人ホーム等には、生活はあるわけだから、そこに医療が参加すれば、病院に入院する必要はないのではないかという気はしている。逆に言えば、そうした外付けの医療や看護がしっかり入るような仕組みがあれば土壇場になって、病院に行くような、もったいないことをしなくていいのではないか。

看取りの文化も取り戻さなければならぬと強く感じている。1975年頃に、病院死と在宅死が逆転して、そこからたった30年の間に看取りの文化は失われてしまった。

看取りの場に関わることで、看取ることの意義や、人生が終わることの大切さ等、特に小さい子どもも含めて目の当たりにすることで、得られる文化の継承がなされなければならないと思う。

孤独死する方をなくすには、一人にしないということはもちろん、お年寄りにきちんと向き合う心構えが必要だと思う。その人のアイデンティティは、その人の中にあるものではなく、介護する家族や地域との関係性の中から生まれるものだというのが私の信条だ。その人らしさというのは、いろんな関係性の中で作られていくからこそ面白いものだと思う。だからこそ私たちは、つながりや関係性を真摯に考えながら関わっていかなければならない。

胃ろうも経管栄養も、その場面を打開するために医療側から提供されるわけだが、しかしその時点だけではなくそれらを受けた人々がその後どうなるかもきちんと説明し、理解されたのちに行うべきだ。

I 認知症の人々の人格 (Personhood) をどのようにとらえるのか

(1) ‘抜け殻’ 仮説を乗り越えて：認知症の人々を ‘一人の人格をもったひと’ として尊重する必要がある。

(2) 過去と現在とのアイデンティティーを認める：個人史を尊重したケアが大切。

(3) 翻訳の倫理：我々は、認知症の人々を我々の価値観というフィルターを通して翻訳し価値づけている。

(4) 認知症における自律 (Autonomy) の概念：自律の概念：認知症ケアでは「大切な人々との関係性の中で自身の願望や意思を表現できること」と転換する必要がある。

(5) 認知症の人々の尊厳に配慮した倫理的姿勢

① {完全な権利主体者である人のための倫理} から {周囲との関係性ゆえに倫理的存在である人のための倫理} へ

② {意思能力がある人のための倫理} から {意思能力が不完全な人々を支援する倫理} へ

③ {道徳的・論理的思考ができる人のための倫理} から {豊かな感情ゆえに倫理的存在である人のための倫理} へ

II 適切な認知症終末期ケア (看取り) のシステムづくり

(1) 倫理的に適切な看取りとは

① ‘看取り’ が意味するもの：看取りという言葉には「平穏な自然な死」のイメージがあり「無益な延命治療をしないで自然の経過で死にゆく高齢者を見守るケアをすること」。

②医学・倫理・法的視点のバランス： ‘看取り’ に入る条件は①医学的に末期であり治療の無益性が明確、②これ以上の積極的治療を望まない本人意思がある、③家族も同意、④意思決定に際して手続き的公正性を確保、⑤社会的コンセンサスがあることである。

i) 医学的視点：

a)終末期の定義：画一的定義は難しい。個別のケースごと、複数の医師の判断による。困難な場合は中立的第三者の倫理コンサルテーションや倫理委員会などに判断を仰ぐ。

b)エビデンスに基づいた倫理(Evidence Based Ethics) — 認知症終末期の経管栄養—

終末期認知症の経管栄養の医学的エビデンスとして、①誤嚥性肺炎を予防できなかった、②生存率を改善できなかった、③褥創・感染リスクを減らせなかったなどの研究結果が海外で報告され、PEG は終末期認知症の標準的治療ではなく経口摂取が第一選択とされる。

ii) 法的視点：

a) 医療同意の問題：法的には、本人の医療行為への同意が侵襲的医療行為の違法性阻却事由となるが、医療の同意が法律行為ではなく「一身専属的法益への侵害に対する承認」のため代理できるかどうかについて争いがあり、「家族等による同意は、本人の同意権の代行にすぎず、第三者に同意権を付与しているものではない」と解釈される。

iii) 倫理的視点：

a) 「医療」と「日常的ケア」の倫理的ちがい：PEG を医療処置と考えると正当な理由があれば差し控えや中止できるが、日常的ケア(食事)と考えるとやめることはできない。

b) 「標準的医療」と「標準的でない医療」の倫理的ちがい：PEG が通常標準的医療ならばやめてはならないが、標準的ではない医療ならば差し控えや中止の対象ともなる。

c)「差し控え」と「中止」の倫理的ちがい：「最初から PEG を実施しないこと」と「PEG を中止すること」は、倫理理論や海外の判例からは、倫理的違いはないといわれている。

d)「意図」と「予見」の倫理的ちがい：例えば、患者の死を‘意図’したのであれば、経管栄養を差し控えることは患者の死が早まることが‘予見’できたとしても、平穏な終末期という良い結果をもたらすので正当化される（二重結果の理論）。

（2）意思決定のプロセス（倫理的に適切な看取りをするための合意形成）

<本人意思>

①**自己決定権**：意思能力のあるすべての成人は、医療に関する自己決定をすることが保障される。それは、自律尊重という倫理原則、法的にはインフォームド・コンセントの法理。しかし、終末期医療に関する決定では十分なコミュニケーションが大切。

②**意思能力**：認知症という理由だけですべての場面で総合的に意思能力がないと判断してはいけない。ケースごと、慎重に、かつ経時的に意思能力を判定する必要がある。

③**認知症における自律 Autonomy の概念**：認知症の人の合理的な意思判断能力が不十分でも、大切な人々との関係性の中で自己という感覚を維持でき、それを表現したり価値観や願望を表現できる。認知症ケアにおける自律の概念とは、ひとりで自己決定をするという自律の個的側面だけでなく、関係性の中での自律に焦点をあてる必要がある。この、より広い自律の概念の実践として Shared Decision Making 共有された自己決定がある。

④**Shared Decision Making 共有された自己決定**：認知症の人と家族が十分なコミュニケーションをとり、本人に適切な説明をし、意思決定を支援する必要がある。本人に医療に関する意思能力がないことが明確な場合、家族などによる代理判断が行われることになる。

<家族の意思—代理判断>

①**事前指示 (Advance Directive)**：事前指示は主に、1) 延命などの治療内容に関するもの（これを書面で表したものがリビングウイル）、2) 代理判断者の指名からなる。

事前指示が現在の最善の利益と一致しない可能性がある場合は、事前指示と現在の最善の利益のバランスをとる。リビングウイルは作成時と実行時に署名が必要のため、認知症の場合十分ではなく代理判断者を選ぶことが重要で実践的。

②**代行判断 Substituted judgment**：明確で具体的な事前指示がない場合には、代行判断を実施する。代理判断者は、患者本人の価値観・人生観を考慮し、それと矛盾がない判断を本人に代わってなすことになる。

③**最善の利益判断 Best Interest judgment**：『本人にとって最も良いと思われる決定を代理判断者がすること』が最善の利益判断。「その治療による患者への利益が、本当に患者の負担を上回っているか？」を医学的事実と患者の価値観を考慮し、患者本人の立場で考える。家族・医師・看護師・介護担当者など関係者が話し合い独断を避けることが重要。

④**代理判断者 —今後の治療や看取りを決定するための議論の主導権を誰がもつか？**

本人が代理判断者を指名していた場合はその人が優先順位が一番目になる。現時点では成年後見人は生活・療養看護・財産管理の代理行為を行い、治療方針や終末期医療の意思決定は代理権に含まれないと考えられている。実際には家族が代理判断する役割を担うことが多い。パターンリズムを排する意味で医療を提供する人は代理判断者になれない。

(3) 認知症終末期の QOL

①治療のゴールを再考する—治癒から快適ケアへ：終末期の治療のゴールは本人の価値観に沿う必要がある。2008年の厚生労働省の調査で、死期が6か月以内の場合71%が延命治療を望まないと回答。治療目標を完治から快適ケアにして希望を見出すことがある。

②命の質と命の量 Quantity of Life の問題：アルツハイマー病終末期の延命治療は命の量を増やしても本人の QOL を高めると必ずしもいえない。アメリカでは入所者の体重減少にペナルティを科す新介護施設規則(1987)で、ルーチンに人工栄養を与える場合があり「安全性のみ強調し、その脈絡の QOL は単に生存することに他ならない」と批判がある。

③認知症終末期の緩和ケア

i) 『患者の意思によって延命治療をしないこと』と『安楽死』の倫理的違い

『患者の意思で延命治療をしないこと』は、延命治療がもはや無益と判断された場合、「延命治療をやめて病状を自然の状態に戻す」という緩和ケアを実践すること。一方安楽死は、行為の主体として「他人」が関与し身体的侵害で直接死をもたらすこと。積極的安楽死は患者の命を終わらせる目的で「何かをすること」で、消極的安楽死は患者の命を終わらせる目的で「何かをしないこと」である。

ii) 常に「快適ケア」、ときに「治療」—Cure sometimes, Comfort always

海外では終末期認知症患者に対して「緩和ケア」「ホスピスケア」の取り組みがはじまっている。痛みや呼吸困難緩和の医療・褥創処置、快適に過ごすケアは大切。

iii) ターミナルケアからエンドオブライフケア End of Life Care へ

平穏な終末期のために 1) 治療の無益性(futility)の認識, 2) 方針決定をする人々のコミュニケーション, 3) 終末期ケアの経過の合意, 4) 時宜を得た終末期緩和ケア実施が重要。

(5) 家族介護者の問題 (支援するために)

①家族介護者の役割と限界：家族介護者は身体的精神的疲労が重なり、時間的・経済的にも逼迫することがある。介護休暇のショートステイ、専門家のカウンセリングやアドバイスが役立つ。認知症本人の QOL、最善の利益のため施設入所を考慮すべき場合もある。

②QOLs (Quality of Lives) と QWL (Quality of Working Life)

i) 関係性の中での QOL — Quality of Life から Quality of Lives へ

認知症本人の QOL だけでなく、周囲の人々の QOLs を考えバランスが倫理的には適切。

ii) QWL (Quality of Working Life ; “生き生きとして労働する”)

介護従事者の労働環境が悪ければ、ケアを受ける認知症の人々や家族に影響が出る。

③看取りの満足度 (=終末期ケアの質を高めること)：看取りの満足度を高めるためのファクターは快適さ, QOL, 尊厳, 家族への支援, スタッフへの支援、の5つ。従って、[看取りの満足度]=[患者本人の満足度]+[家族の満足度]+[医療介護スタッフの満足度]である。

(6) 事前指示 Advance Directive および Advance Care Planning の重要性

オーストラリアでは「50歳を過ぎたら自分自身の将来の医療について考えておこう」というキャンペーンをしている。治療拒否の願望や、どこで最期を迎えたいか、誰にそばに居て欲しいか、誰に決めてほしいか、平穏な最期の日々を送るためにどうしてほしいかなども含まれる。今後、認知症を見据えた事前指示の重要性について啓発活動が重要。

1. 国際比較調査」の視点

フランスの歴史家フィリップ・アリエスは次のように述べている。

「病院で死ぬようになったのは、病院がもはや家では与えられなくなった手当の与えられる場所となったからです。病院はそもそもは貧窮者や巡礼者のための収容所だったのですが、それが医療センターとなり、そこで治療がなされ、死との戦いが行われるようになりました。かつて、病院で死ぬのは、医師が治療に成功しなかったからでした。今では治るためではなく、まさに死ぬために病院に来るようになっていて、あるいはこれからもそうなるようになっていくでしょう。」「(現在における) 死とは、治療の停止という技術的現象であり、その停止の決定は医師および病院のチームによってくだされるのです。」 (死を前にしての態度、「死と歴史」みすず書房 1983)

この指摘は現在も否定できず、各方面から問題があると論じられている。

しかし、高齢化社会の進むわが国で問題が多いと言われる終末期患者へのケアへの見直しは、少しずつではあるが進んできている。

ただ、高齢者の終末期ケアについて国際的な比較調査については乏しいのが現状である。

そこで、在宅介護・医療と看取りについて国際調査・研究に着手するにあたり、私たちの調査チームは次の2つの疑問についての議論から出発した。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」。

これらの2つの疑問に対する仮説として、「終末期の治療内容の違いが療養の場、ひいては死亡の場所を制約している」と考えた。医学技術の進歩は科学研究の成果であり、推奨される医療内容はほぼ世界共通である。しかし、死亡場所の比率の相違から、医療によって左右される「死」についての対応は、各国の専門家で異なっていることが予想された。

つまり、終末期の医療内容の決定は医療従事者の判断による影響が強いことが充分推測されるのである。それでは在宅での療養が比較的多い国々ではどのようなシステムのもとに、過度になりがちな医療に「抑制」をかけることができるのか、ということが次の疑問として残った。そこで、看取りの現場のケアスタッフの生の声を集める必要があると判断した。しかし、過去の経験から各国のケアスタッフに漠然とした問いを発しても理想的な答えしか帰って来ないことが充分予想されたので、典型的な臨床事例を創作し、それへの意見と実際の対応を聞く方法をとることにした。具体的にはケース A として末期がんの場合、ケース 2 として重度認知症の場合を想定して、日本国内および、イギリス、フランス、イスラエル、オーストラリア、チェコの各国の国際長寿センターおよびオーストラリアの Hammond Care 等、韓国アルツハイマー協会の協力を得て国際比較調査を実施した。

調査は、各国の看取りと死に関する諸制度とガイドラインに関する調査「終末期、看取りについての国際制度比較調査」、そして上記のケース A、B に関する対応を含む「理想の看取りと死に関する国際比較調査」の2種類である。

*本調査は医療、介護についての法律やガイドライン等を把握することを通して、「理想の看取りと死に関する国際比較調査」の回答を規定するバックグラウンドの1つと考えられる制度的背景を明らかにすることを目的としている。

*調査の回答はフランス、イギリス、イスラエル、オランダ、チェコの国際長寿センター (ILC) アライアンス各国センターから得た。なお、イギリスの調査は ILC-UK の依頼により The National Council for Palliative Care が協力し、オーストラリアについては Hammond Care の協力が得られた。

1)	<ul style="list-style-type: none"> ・フランス、オーストラリア、イスラエルにおいて制定されていた ・日本、イギリス、チェコ、オランダにおいては制定されていなかった ・フランスでは、「患者の権利及び生の終末に関する 2005 年 4 月 22 日の法律第 2005-370 号」(通称「レオネッティ (Leonetti) 法」) では、緩和医療や終末期医療について規定 ・イスラエルでは、末期患者法 (The Act of the Dying Patient) を 2006 年 12 月に施行
2)	<ul style="list-style-type: none"> ・既存の医療や介護サービス等に準じて支援が提供される国が多い ・フランスでは、家族または親族の介護者が終末期を迎える本人の死まで自宅で傍にすることができるように、1 日あたり 49 ユーロの手当てを 21 日間給付可能
3)	<ul style="list-style-type: none"> ・安楽死を明確に法律等によって禁止：フランス、イギリス、オーストラリア、イスラエル ・イギリスでは、安楽死や幫助自殺は法に反するものであるとされている。ただし、2010 年に公訴局長は検察官向けのガイドラインを発表し、どのような場合において幫助自殺を起訴すべきで、どのような場合に起訴が公共の利益になりにくいを示している ・イスラエルも、末期患者法で、積極的安楽死あるいは医師幫助自殺を禁止 ・安楽死に関する法律や規則が無いチェコ、日本においても、安楽死は原則的に認められるものではないことが示されている ・チェコでは、チェコ医療審議会 (Czech Medical Chamber) にて、効果のないケアは提供すべきでないと宣言されている。 ・オランダでは、安楽死法 (「要請に基づいた生命終結と、自殺ほう助に関する審査法」) を施行。対象は、患者の生命を終わらせる目的で医師が薬剤の投与を行うこと (安楽死)、または医師が処方して患者自身が用いること (自殺ほう助)。安楽死法には、医師が患者の命を絶てる、あるいは患者が自らの命を絶つ援助を医師が行える厳密な条件を指定 ・オランダ以外の国で安楽死は認められておらず、統計資料等はない

1)	<ul style="list-style-type: none"> ・フランス、イギリス、オーストラリア、オランダ、日本では複数の文書やガイドラインがある ・フランスでは、緩和ケア協会によるガイドラインや社会問題委員会の元で患者の権利に関する諸文書やがんと終末期ケアに関する諸文書等、様々な諸文書が示されている ・オランダでは、オランダ医師会が緩和ケアのガイドラインを作成。緩和ケア開始の指示・鎮静剤使用の条件・患者や近親者とのコミュニケーションを含む意思決定プロセスなどが示されている。その他、使用する薬や医師が書かなければならない報告についても記載。 ・フランス、イギリス、オーストラリアでは緩和ケア、終末期ケアに関する国家計画や国家戦略が立てられている ・フランスでは、2008 年に 2 億 3 千万ユーロの規模の全国計画「緩和ケア推進プログラム 2008-2012 (Programme de développement des soins palliatif 2008-2012)」を発表 ・イギリス保健省は 2008 年に「終末期ケア国家戦略 (End of life Care Strategy)」を発表
----	---

1)	<ul style="list-style-type: none"> ・各国ともに、法律や条例等は示されていない。 ・ただし、フランスではレオネッティ法において、合議プロセスが規定されており、(ある場合は) 本人の事前指示、家族や親しい親族の意見、医師の意見、(ある場合は) 後見人の意見等を踏まえて決定され、それらは記録に必ず残すことが示されている ・イギリスでは、イングランドとウェールズの意思決定能力法 (The Mental Capacity Act (2005)) 及びスコットランドの成年障害者法 (Adults With Incapacity Act (Scotland) 2000) が施行されている。意思決定能力法は継続的代理人制度(Enduring Power of Attorney)などによる財産管理を主とした従来の制度を、医療をはじめ生活全般の意思決定支援に広げたものである。対象は 16 歳以上かつ、発達障害 (Learning disability)、認知症、精神障害、脳障害 (けがによる) や脳卒中のある人等 ・オーストラリアでは、事前指示書 (Advance Care Directives) の作成が可能である。この文書では、当事者が、人工経管栄養等の処置を受けたいか否か、また蘇生を行ってほしいか否か、などといった治療に関する願いを記載できる。また、当事者は継続的代理人 (Enduring Power of Attorney) を置くことも可能であり、これは法的拘束力のある文書によって指名され、当事者がたとえば重度の認知症などで知的能力を失った際に、財産や財務に関する決定を行う者である。同様に、当事者は自ら後見人 (Guardian : 近親者・友人・または法定代理人) を指名することもできる。後見人は、当事者が何らかの理由によって、治療や他の処置への同意を行ったり取りやめたりできなくなった場合に、代わりにそれを行う役割を持っている。
2)	<ul style="list-style-type: none"> ・オランダやイギリスでは一部仕組みが作られている。その他フランスやオーストラリアでは家族会議や医師や他の専門職が家族と話し合いの場等が示されていた ・イギリスでは、重大な医療行為については、意思決定能力を失っている人に支援や代弁をしてくれる家族や友人がいない場合に当人の最善の利益を代弁する仕組み IMCA (Independent Medical Capacity Advocate) が設けられている。IMCA が直接的に意思決定を行うことはないが、NHS (National Health Service) や地方自治体に対して当該状況における当人の最善の利益を見出して表明するほか、家族や友人がいても虐待が問題になる場合には IMCA を呼ぶことができ、IMCA は本人の最善の利益に沿わない意思決定が行われようとしている場合にはその判断に異議を申し立てることもできる ・日本においては調停する仕組みは規定されていない。ただし 2010 年 3 月に医療裁判外紛争解決(ADR)機関連絡調整会議」が設置され、検討が進められている。
1)	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての回答で、統計資料等による明確な実施数は把握されていない ・イギリス、イスラエル、日本では比較的終末期に人工栄養手術が使われる傾向がある一方、チェコではあまり使われておらず、オーストラリアでは終末期ケアの段階で経管栄養が行われるケースは少ない傾向
2)	<ul style="list-style-type: none"> ・多くの国では終末期における人工経管栄養の使用に関する法や規則は無い ・イスラエルでは末期患者法において、死期間近の場合には「担当」医師の決定に基づいて、人工栄養や水分を差し控えることができる ・フランスでは、フランス癌センター連盟 (FNCLCC) によるガイドラインがあり、もし PS (Performance Status) が 2 (症状のため仕事不可) 以上または余命が 3 カ月未満の場合は腸ろう (enteral nutrition) は行わないことが示されている ・オランダでは、専門医団体が作成した医療ガイドラインに人工栄養がいつ必要か示されている。終末期における人工栄養や経管栄養は、患者を治療する医師に任されるが、患者法の全体的な定めでは、医師は医療倫理基準に沿って行動することが義務付けられている。また、オランダのナーシングホーム全国団体 (Arcares) の責任下でナーシングホームに入所する患者の栄養や水分補給に関する多職種ガイドラインが 2001 年に作成された。このガイドラインは、このような処置の開始が必要とされるあらゆる状況を示している。

本研究では、8カ国（日本、フランス、イギリス、イスラエル、オーストラリア、オランダ、韓国、チェコ）を対象に仮想的質問法を用いた質問紙調査を行った。典型的な終末期のあり方として想定される「2つの仮想ケース（末期がんケース A、認知症ケース B）」に対して専門職としての理想的判断と実際に行うであろう現実的判断を調べた。加えて、理想的判断と現実的判断の違いを分析するために、医療・介護経験、看取り経験、理想の死および理想の看取りについての意識についても調査した。

調査にあたっては、日本は国際長寿センター（日本）が実施し、海外のうち、フランス、イギリス、イスラエル、オランダ、チェコは各国の国際長寿センターが実施した。なお、イギリスの調査は The National Council for Palliative Care も協力している。韓国については韓国アルツハイマー協会、オーストラリアについては 2 機関（Hammond Care, Ramsay Health）の協力を得た。

日本国内の調査は、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（特別養護老人ホーム、介護老人健康保健施設、小規模多機能型居宅介護、グループホーム、診療所）1、訪問看護ステーション 1、病院 1）と医師個人 10 名を対象とした。

調査期間は 2010 年 10 月～12 月である。

本調査では、個人情報の保護などの厳しい倫理規定を設け、長寿社会開発センター研究倫理審査委員会の倫理審査を経たのちに匿名にて調査を実施した。

国別 職種別 回答数

	医師	看護師	介護士	ソーシャル ワーカー	その他	不明・ 無回答	計
日本	20 9.0%	59 26.7%	102 46.2%	21 9.5%	18 8.1%	1 0.5%	221 100.0%
フランス	12 70.6%	3 17.6%	0 0.0%	0 0.0%	2 11.8%	0 0.0%	17 100.0%
イギリス	5 50.0%	1 10.0%	0 0.0%	4 40.0%	0 0.0%	0 0.0%	10 100.0%
イスラエル	25 39.7%	17 27.0%	0 0.0%	15 23.8%	6 9.5%	0 0.0%	63 100.0%
オーストラ リア	11 19.3%	20 35.1%	8 14.0%	11 19.3%	7 12.3%	0 0.0%	57 100.0%
オランダ	10 35.7%	14 50.0%	0 0.0%	4 14.3%	0 0.0%	0 0.0%	28 100.0%
韓国	16 20.0%	44 55.0%	2 2.5%	18 22.5%	0 0.0%	0 0.0%	80 100.0%
チェコ	16 28.6%	17 30.4%	4 7.1%	12 21.4%	4 7.1%	3 5.4%	56 100.0%
計	115 21.6%	175 32.9%	116 21.8%	85 16.0%	37 7.0%	4 0.8%	532 100.0%

国際比較調査のまとめ

- ・日本人は死について考えることが多い(P15)
- ・日本の専門職は治療方針の決定にあたって「家族の意向」「生存時間の延長」を比較的重視する場面が多い(p20 - p22)
- ・日本では「たとえ会話ができなくてもできる限り長い時間を共に過ごす看取り」「可能な限りの医療や介護を受けてもらう環境を整えての看取り」を望む割合は比較的少ない。また、宗教的儀礼は比較的軽視されている(p16, p17)
- ・日本では、国民的コンセンサスがなないため「終末期の場所」「人工栄養補給」「議論の主導権」などで理想と現実のギャップが大きく、本人・家族・専門職ともに迷いが大きいと思われる(p26, p22, p23, p18, p19)
- ・専門職の中では医師は「家族に囲まれての準備した死」を重視するのに対して、看護師は「迷惑をかけない短期間の死」を重視する傾向にあり、看護師は本人および家族の生活を重視していると思われる(p28)
- ・老人ホームや療養病床の待機時間が日本では長いのは事実だが、高齢者の絶対数と割合が多いことから来ていると思われる(p30)
- ・Bさんのケースで終末期であるとの判断を多く下し、かつ人工栄養補給を選択しない場面が多いのはオーストラリア、イギリス、フランスでいずれも看取りについての法制・ガイドラインの明確な国である。これは法制が有効に働いているのか国民性なのかはさらに調査すべきである(p27)

【ケース A 末期ガンケース】

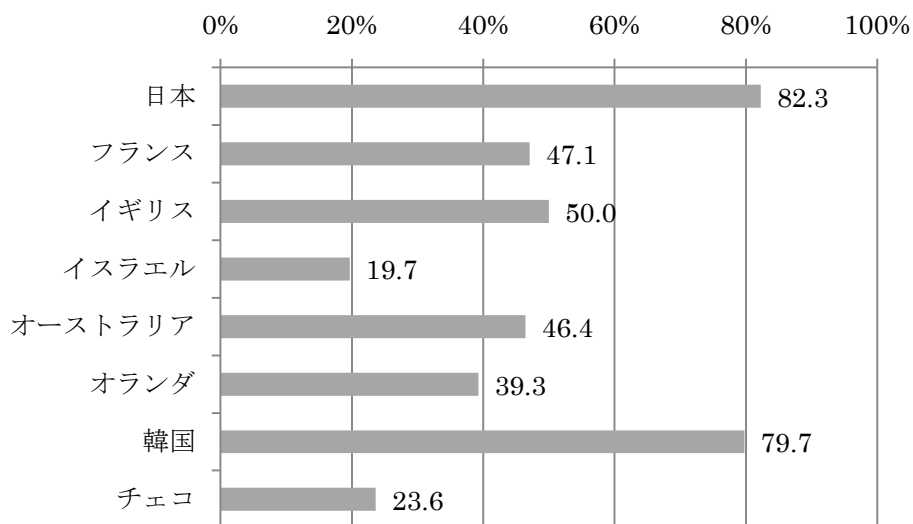
Aさん(女性、85歳)。現在入院中の末期がんの患者(余命1ヶ月)で、日々の痛みのコントロールに薬品が必要。本人の意識は一部はっきりしていないが、言葉による意思疎通は可能であり、記憶力も日常生活を送るのには問題がないレベルである。ただし、すでに足腰に影響が出ており、日々の排泄等に介助が必要となっている。家族については、すでに夫は死去しており、車で15分程の近隣に息子夫婦が住んでいるものの二人とも働いており平日に時間的余裕は少ない。また本人は金銭的にも豊かではなく、年金を主たる生計手段としており、自宅のトイレや段差などの改修も単独の資金で行うことは難しい。本人は夫との思い出がある自宅での最期を希望しているものの、「無理を言うてはいけないね」と話している。

【ケース B 認知症ケース】

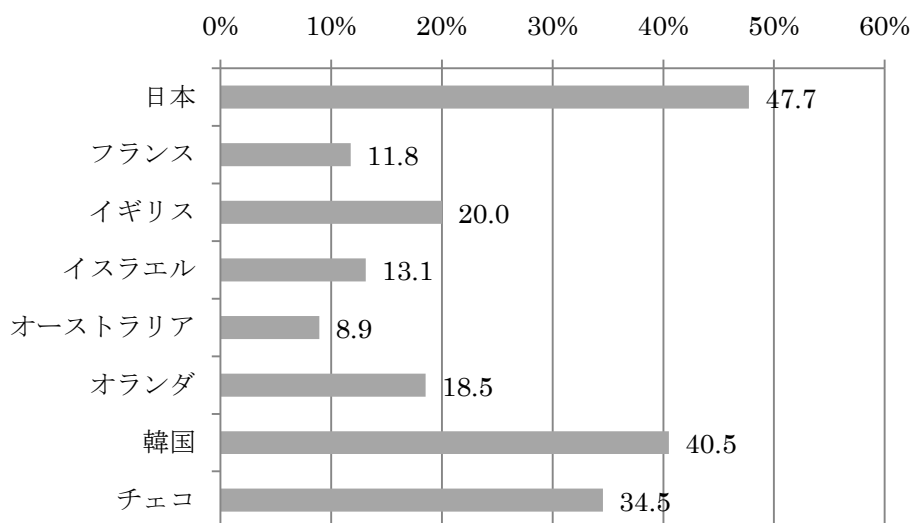
Bさん(男性、80歳)。自宅で妻と二人暮らしをしている。認知症(アルツハイマー病)と診断されてすでに10年が経ち、意識障害はないものの、近親者や介護士が呼びかけても目を動かさず程度であり一般的な意思疎通には多大な困難がある。また、半月前にひどい熱と咳のために病院へ受診したところ、肺炎と診断された。現在は、食物を呑み込むことができなくなってきており、点滴による薬剤と栄養剤の投与を行っている。口からの栄養摂取は不可能なため、十分な栄養摂取のためには近い将来に人工栄養摂取が必要となるが、この治療を行ったとしても余命は長くないと診断されている。妻(80)は在宅での生活の継続と看取りを希望しており、また少しでも長い時間を一緒に過ごしたいと希望しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいない。

○「死について考える頻度」「死の不安を感じる」ともに日本が一番高く、韓国がこれに次ぐ。イスラエル、チェコは低い。

4-1

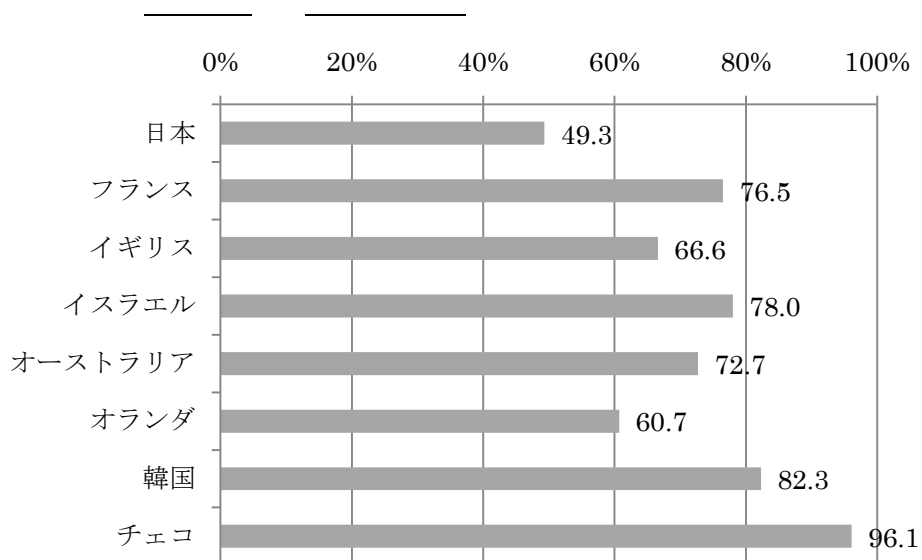


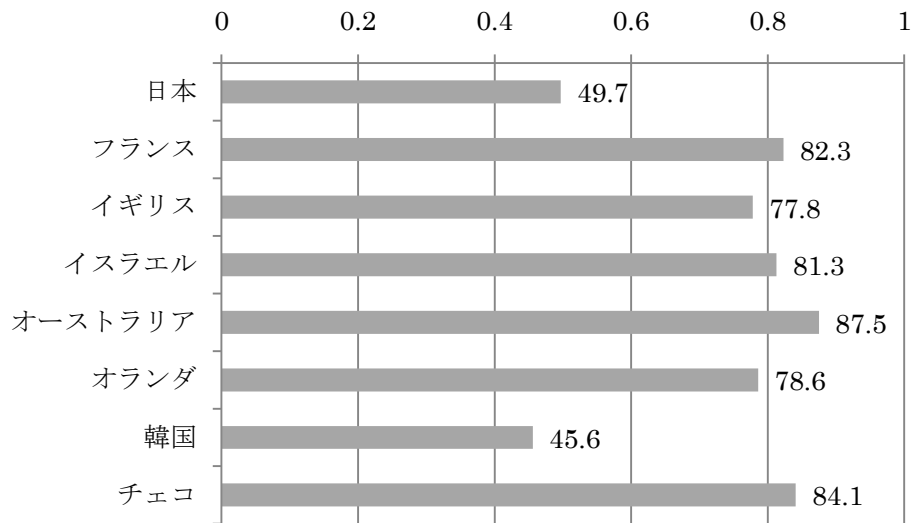
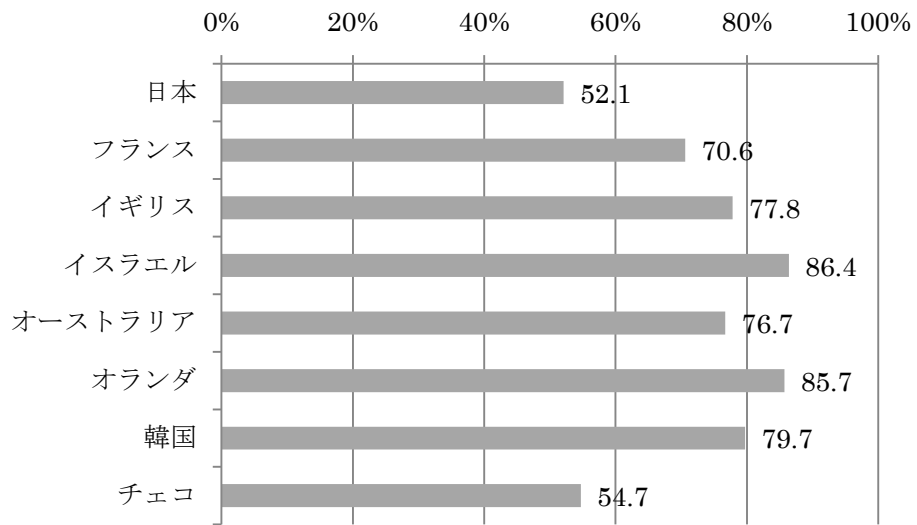
4-2



○配偶者・近親者に対しての「会話ができなくても長い時間をともにする看取り」「可能な限りの医療や介護」「本人の闘病が短い看取り」「宗教や文化儀礼に適う看取り」について日本では肯定的評価が比較的少ない

5-1





○Aさんの看取りへの意見の主導権について日本と韓国では理想は「Aさん本人」で、現実には「息子」が大きな割合を占めており、判断が異なっている。チェコ、イギリス、オランダでは現実においても「Aさん本人」が大きな割合を占めており、判断は変わらない。

A

	2-3							合計
	Aさん 本人	Aさん の息子	かかり つけ医	専門医	看護師、 介護士	ソーシャル ワーカー	その 他	
日本	167 75.6%	34 15.4%	8 3.6%	2 .9%	4 1.8%	5 2.3%	1 .5%	221 100.0%
フランス	12 70.6%	0 .0%	1 5.9%	2 11.8%	1 5.9%	1 5.9%	0 .0%	17 100.0%
イギリス	9 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	9 100.0%
イスラエル	57 90.5%	2 3.2%	0 .0%	1 1.6%	3 4.8%	0 .0%	0 .0%	63 100.0%
オーストラ リア	46 83.6%	5 9.1%	2 3.6%	0 .0%	1 1.8%	0 .0%	1 1.8%	55 100.0%
オランダ	28 100.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	28 100.0%
韓国	63 79.7%	9 11.4%	0 .0%	1 1.3%	5 6.3%	1 1.3%	0 .0%	79 100.0%
チェコ	13 23.6%	11 20.0%	7 12.7%	19 34.5%	2 3.6%	3 5.5%	0 .0%	55 100.0%
合計	395 75.0%	61 11.6%	18 3.4%	25 4.7%	16 3.0%	10 1.9%	2 .4%	527 100.0%

A

	2-3							合計
	Aさん 本人	Aさん の息子	かかり つけ医	専門医	看護師、 介護士	ソーシャル ワーカー	その 他	
日本	31 14.0%	142 64.3%	27 12.2%	8 3.6%	5 2.3%	8 3.6%	0 .0%	221 100.0%
フランス	5 29.4%	5 29.4%	2 11.8%	4 23.5%	0 .0%	0 .0%	1 5.9%	17 100.0%
イギリス	6 66.7%	0 .0%	0 .0%	3 33.3%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	9 100.0%
イスラエル	19 30.2%	30 47.6%	2 3.2%	6 9.5%	2 3.2%	1 1.6%	3 4.8%	63 100.0%
オーストラ リア	18 34.0%	17 32.1%	8 15.1%	10 18.9%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	53 100.0%
オランダ	12 42.9%	6 21.4%	2 7.1%	4 14.3%	2 7.1%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
韓国	21 26.6%	51 64.6%	3 3.8%	1 1.3%	3 3.8%	0 .0%	0 .0%	79 100.0%
チェコ	41 73.2%	1 1.8%	2 3.6%	9 16.1%	3 5.4%	0 .0%	0 .0%	56 100.0%
合計	153 29.1%	252 47.9%	46 8.7%	45 8.6%	15 2.9%	10 1.9%	5 1.0%	526 100.0%

○Bさんの看取りへの意見の主導権の理想が「妻」が多いが、現実は各国とも「医師」が増える傾向にある(Q3-4)

B

3-4

	Bさん 本人	Bさん の妻	かかり つけ医	専門医	看護師、 介護士	ソーシャル ワーカー	その 他	合計
日本	20 9.0%	177 80.1%	7 3.2%	1 .5%	2 .9%	12 5.4%	2 .9%	221 100.0%
フランス	0 .0%	16 94.1%	0 .0%	1 5.9%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	17 100.0%
イギリス	2 20.0%	7 70.0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 10.0%	10 100.0%
イスラエル	5 7.9%	45 71.4%	2 3.2%	5 7.9%	1 1.6%	0 .0%	5 7.9%	63 100.0%
オーストラ リア	11 20.0%	30 54.5%	6 10.9%	2 3.6%	3 5.5%	1 1.8%	2 3.6%	55 100.0%
オランダ	4 14.3%	23 82.1%	0 .0%	1 3.6%	0 .0%	0 .0%	0 .0%	28 100.0%
韓国	14 17.9%	53 67.9%	2 2.6%	1 1.3%	6 7.7%	1 1.3%	1 1.3%	78 100.0%
チェコ	1 1.9%	20 37.0%	7 13.0%	23 42.6%	2 3.7%	1 1.9%	0 .0%	54 100.0%
合計	57 10.8%	371 70.5%	24 4.6%	34 6.5%	14 2.7%	15 2.9%	11 2.1%	526 100.0%

B

3-4

	Bさん 本人	Bさん の妻	かかり つけ医	専門医	看護師、 介護士	ソーシャル ワーカー	その 他	合計
日本	2 .9%	130 59.4%	42 19.2%	7 3.2%	14 6.4%	21 9.6%	3 1.4%	219 100.0%
フランス	1 5.9%	9 52.9%	3 17.6%	3 17.6%	0 .0%	1 5.9%	0 .0%	17 100.0%
イギリス	1 11.1%	4 44.4%	1 11.1%	1 11.1%	1 11.1%	0 .0%	1 11.1%	9 100.0%
イスラエル	3 4.8%	37 58.7%	7 11.1%	11 17.5%	1 1.6%	0 .0%	4 6.3%	63 100.0%
オーストラ リア	3 5.4%	32 57.1%	10 17.9%	5 8.9%	4 7.1%	1 1.8%	1 1.8%	56 100.0%
オランダ	0 .0%	16 57.1%	2 7.1%	8 28.6%	0 .0%	1 3.6%	1 3.6%	28 100.0%
韓国	5 6.5%	54 70.1%	9 11.7%	1 1.3%	8 10.4%	0 .0%	0 .0%	77 100.0%
チェコ	7 13.0%	21 38.9%	4 7.4%	19 35.2%	1 1.9%	1 1.9%	1 1.9%	54 100.0%
合計	22 4.2%	303 57.9%	78 14.9%	55 10.5%	29 5.5%	25 4.8%	11 2.1%	523 100.0%

○Aさんの「もっとも望ましい」対応方針を選択する際の理由で、日本は「QOL向上」が少なく「家族の意向に合致」が多い

A

2-6

	抗がん剤を用いた積極的な治療	各種高度医療による積極的な治療	代替医療による積極的な治療	痛みのコントロールのみ	とくに何もしない	その他	合計
日本	.9%	.5%	1.8%	91.9%	.0%	5.0%	100.0%
フランス	.0%	.0%	.0%	94.1%	.0%	5.9%	100.0%
イギリス	.0%	.0%	.0%	50.0%	.0%	50.0%	100.0%
イスラエル	.0%	3.2%	.0%	87.3%	4.8%	4.8%	100.0%
オーストラリア	1.8%	.0%	.0%	90.9%	.0%	7.3%	100.0%
オランダ	.0%	.0%	.0%	82.1%	.0%	17.9%	100.0%
韓国	2.5%	7.6%	6.3%	79.7%	1.3%	2.5%	100.0%
チェコ	.0%	3.8%	.0%	90.6%	.0%	5.7%	100.0%
全体	1.0%	2.1%	1.7%	88.2%	.8%	6.3%	100.0%

(2-6)

	完治の可能性	生存時間の延びる可能性	QOL向上の期待	経済的	本人の尊厳の保持	家族の意向に合致	国や施設のガイドライン	その他	合計
日本	.0%	1.4%	21.4%	1.4%	64.1%	7.7%	.0%	4.1%	100.0%
フランス	.0%	.0%	52.9%	.0%	41.2%	.0%	5.9%	.0%	100.0%
イギリス	.0%	.0%	62.5%	.0%	25.0%	.0%	12.5%	.0%	100.0%
イスラエル	.0%	1.6%	59.7%	.0%	33.9%	.0%	1.6%	3.2%	100.0%
オーストラリア	.0%	1.8%	40.0%	1.8%	52.7%	.0%	.0%	3.6%	100.0%
オランダ	.0%	.0%	39.3%	.0%	57.1%	.0%	.0%	3.6%	100.0%
韓国	1.3%	.0%	29.5%	.0%	56.4%	6.4%	.0%	6.4%	100.0%
チェコ	1.8%	1.8%	34.5%	1.8%	60.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
全体	.4%	1.1%	33.1%	1.0%	56.0%	4.2%	.6%	3.6%	100.0%

○Aさんへの現実の対応が行われる際の理由で日本は「QOLの向上の期待」が少ない(Q2-7-2)

A

2-7

	抗がん剤を用いた積極的な治療	各種高度医療による積極的な治療	代替医療による積極的な治療	痛みのコントロールのみ	とくに何もしない	その他	合計
日本	5.9%	.9%	3.2%	83.1%	2.3%	4.6%	100.0%
フランス	.0%	.0%	5.9%	82.4%	5.9%	5.9%	100.0%
イギリス	.0%	14.3%	.0%	71.4%	.0%	14.3%	100.0%
イスラエル	6.5%	11.3%	.0%	72.6%	3.2%	6.5%	100.0%
オーストラリア	3.5%	5.3%	.0%	82.5%	.0%	8.8%	100.0%
オランダ	3.6%	.0%	.0%	78.6%	3.6%	14.3%	100.0%
韓国	5.2%	5.2%	3.9%	85.7%	.0%	.0%	100.0%
チェコ	13.2%	15.1%	.0%	66.0%	1.9%	3.8%	100.0%
全体	6.0%	4.8%	2.1%	80.0%	1.9%	5.2%	100.0%

2-7

	完治の可能性	生存時間の延びる可能性	QOL向上の期待	経済的	本人の尊厳の保持	家族の意向に合致	国や施設のガイドライン	その他	合計
日本	.0%	5.5%	15.6%	2.3%	54.1%	16.1%	.5%	6.0%	100.0%
フランス	.0%	6.3%	43.8%	.0%	31.3%	.0%	12.5%	6.3%	100.0%
イギリス	.0%	12.5%	50.0%	.0%	37.5%	.0%	.0%	.0%	100.0%
イスラエル	.0%	3.3%	36.1%	3.3%	19.7%	6.6%	23.0%	8.2%	100.0%
オーストラリア	.0%	1.8%	40.4%	1.8%	42.1%	7.0%	.0%	7.0%	100.0%
オランダ	.0%	3.6%	32.1%	.0%	57.1%	3.6%	3.6%	.0%	100.0%
韓国	.0%	3.9%	22.1%	1.3%	58.4%	9.1%	.0%	5.2%	100.0%
チェコ	5.5%	3.6%	34.5%	.0%	38.2%	1.8%	16.4%	.0%	100.0%
全体	.6%	4.4%	26.0%	1.7%	46.9%	10.0%	5.2%	5.2%	100.0%

OBさんの「もっとも望ましい」対応方針を選択する際の理由で、イギリス、オーストラリア、オランダは「本人の尊厳」が多く、日本は「家族の意向に合致」が最も多い。

B

3-7

	人工栄養補給の実施	漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療	嚥下訓練等(リハビリテーション)の実施	現状を維持(点滴による薬剤や栄養剤の投与)し、積極的な治療等を行わない	特に何もしない	その他	合計
日本	46.2%	.9%	16.7%	27.1%	2.7%	6.3%	100.0%
フランス	17.6%	.0%	23.5%	35.3%	11.8%	11.8%	100.0%
イギリス	22.2%	.0%	11.1%	22.2%	.0%	44.4%	100.0%
イスラエル	50.8%	.0%	7.9%	25.4%	7.9%	7.9%	100.0%
オーストラリア	15.1%	.0%	9.4%	45.3%	11.3%	18.9%	100.0%
オランダ	29.6%	.0%	11.1%	25.9%	14.8%	18.5%	100.0%
韓国	59.7%	2.6%	6.5%	22.1%	2.6%	6.5%	100.0%
チェコ	45.5%	2.3%	6.8%	38.6%	.0%	6.8%	100.0%
全体	43.2%	1.0%	12.3%	29.2%	4.9%	9.4%	100.0%

3-7

	完治の可能性	生存時間の延びる可能性	QOL 向上の期待	経済的	本人の尊厳の保持	家族の意向に合致	国や施設のガイドライン	その他	合計
日本	2.3%	20.5%	11.0%	.0%	26.5%	35.6%	.0%	4.1%	100.0%
フランス	.0%	11.8%	35.3%	.0%	35.3%	17.6%	.0%	.0%	100.0%
イギリス	14.3%	.0%	14.3%	.0%	71.4%	.0%	.0%	.0%	100.0%
イスラエル	1.6%	6.5%	38.7%	.0%	30.6%	9.7%	8.1%	4.8%	100.0%
オーストラリア	5.7%	1.9%	22.6%	1.9%	54.7%	5.7%	.0%	7.5%	100.0%
オランダ	11.1%	3.7%	22.2%	.0%	40.7%	7.4%	3.7%	11.1%	100.0%
韓国	2.6%	32.1%	16.7%	1.3%	34.6%	10.3%	.0%	2.6%	100.0%
チェコ	3.9%	3.9%	49.0%	2.0%	35.3%	2.0%	3.9%	.0%	100.0%
全体	3.3%	15.6%	21.6%	.6%	33.7%	19.6%	1.6%	4.1%	100.0%

- Bさんの対応方針で現実に「人工栄養実施」が少ないのはフランス、イギリスである。日本はイスラエル、韓国、チェコとともに「人工栄養実施」が多いグループであり、とくに「人工栄養実施」についての理想の方針と現実の方針のギャップは最大である。現実に実施する割合も最も多い
- Bさんへの現実に対応が行われる際の理由で、日本は「生存期間が延びる可能性」「家族の意向に合致」が最も多い

B

3-8

	人工栄養補給の実施	漢方薬治療等の代替医療による積極的な治療	嚥下訓練等（リハビリテーション）の実施	現状を維持（点滴による薬剤や栄養剤の投与）し、積極的な治療等を行わない	特に何もしない	その他	合計
日本	71.6%	.0%	6.0%	18.8%	1.4%	2.3%	100.0%
フランス	17.6%	.0%	5.9%	52.9%	17.6%	5.9%	100.0%
イギリス	33.3%	.0%	.0%	50.0%	.0%	16.7%	100.0%
イスラエル	70.5%	.0%	3.3%	18.0%	6.6%	1.6%	100.0%
オーストラリア	41.2%	.0%	9.8%	35.3%	2.0%	11.8%	100.0%
オランダ	44.4%	.0%	3.7%	33.3%	11.1%	7.4%	100.0%
韓国	69.6%	2.5%	3.8%	20.3%	.0%	3.8%	100.0%
チェコ	63.8%	.0%	4.3%	21.3%	4.3%	6.4%	100.0%
全体	63.6%	.4%	5.3%	23.1%	3.2%	4.3%	100.0%

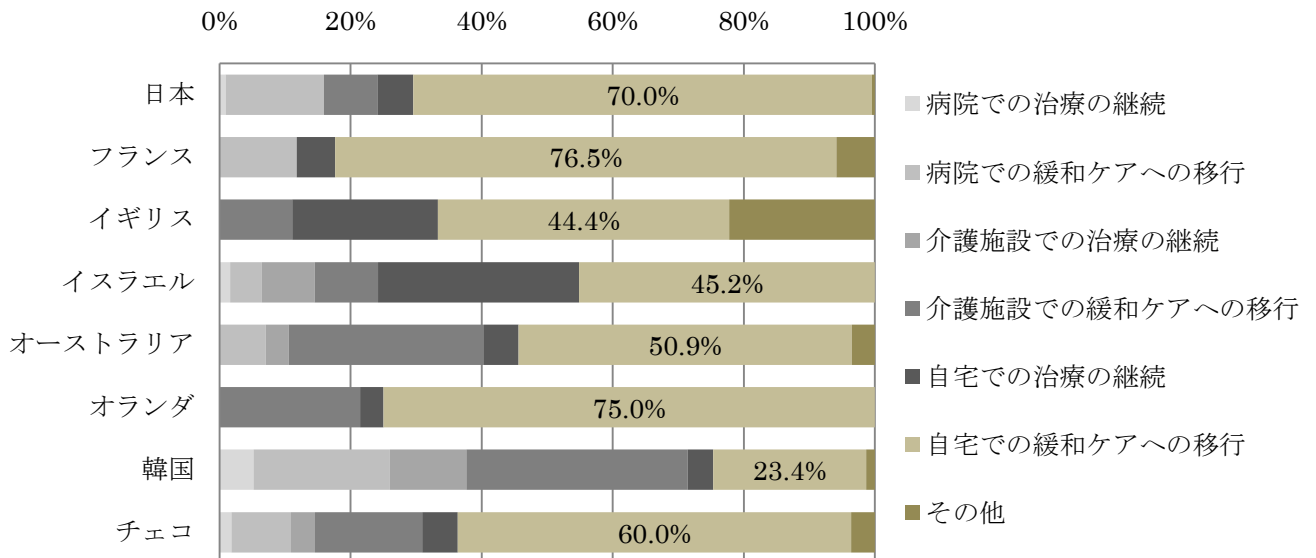
3-8

	完治の可能性	生存時間の延びる可能性	QOL向上の期待	経済的	本人の尊厳の保持	家族の意向に合致	国や施設のガイドライン	その他	合計
日本	2.9%	38.8%	6.7%	.5%	16.7%	31.6%	.5%	2.4%	100.0%
フランス	5.9%	17.6%	5.9%	.0%	35.3%	29.4%	5.9%	.0%	100.0%
イギリス	.0%	14.3%	28.6%	.0%	57.1%	.0%	.0%	.0%	100.0%
イスラエル	.0%	8.6%	29.3%	.0%	20.7%	10.3%	24.1%	6.9%	100.0%
オーストラリア	3.9%	7.8%	23.5%	.0%	49.0%	9.8%	2.0%	3.9%	100.0%
オランダ	18.2%	4.5%	18.2%	.0%	31.8%	9.1%	.0%	18.2%	100.0%
韓国	1.3%	42.7%	17.3%	.0%	26.7%	10.7%	.0%	1.3%	100.0%
チェコ	.0%	7.3%	41.5%	.0%	31.7%	4.9%	14.6%	.0%	100.0%
全体	2.9%	27.1%	16.7%	.2%	25.4%	19.6%	4.8%	3.3%	100.0%

○Aさん、Bさんともに、死に向けた望ましい方針では韓国を除き各国とも「自宅での緩和ケア」が最も多い(Q2-8, 3-9)

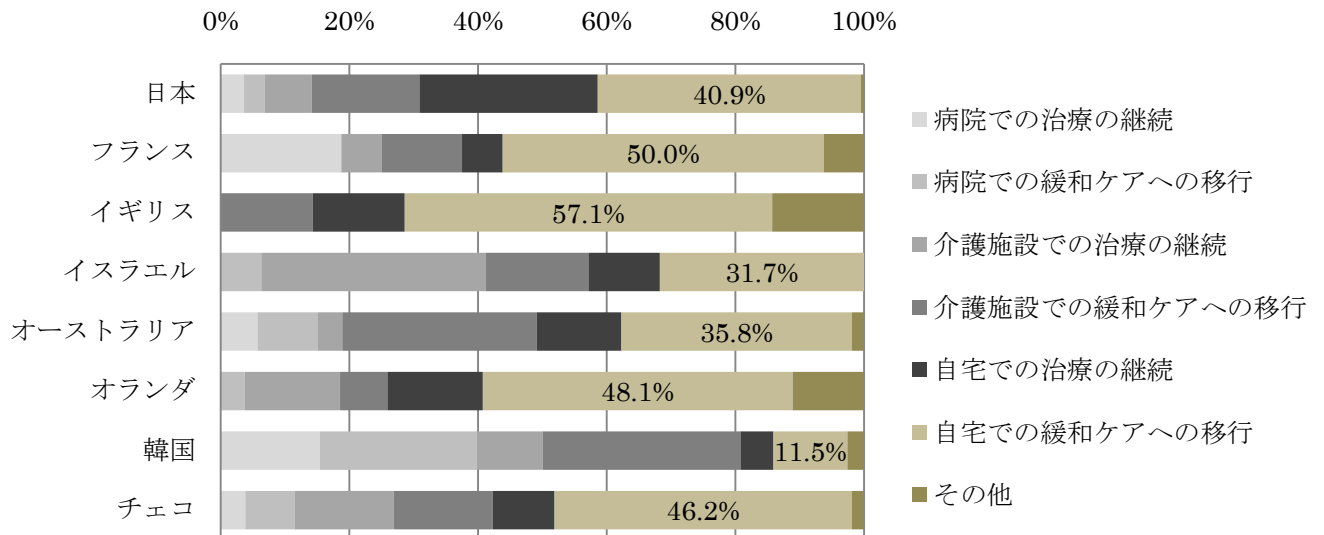
A

(2-8)



B

(3-9)



○日本は「老人ホーム」「療養病床」の平均待機期間が長い(Q2-2)

A

(月) (Q2-2)

		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)
日本	平均値	2.50	5.06	10.19	4.58	1.31	2.76
フランス	平均値	1.31	2.25	2.63	1.86	1.25	1.79
イギリス	平均値	2.25	2.55	1.49	1.00	1.00	0.54
イスラエル	平均値	8.35	11.05	6.09	1.44	2.00	1.64
オーストラリア	平均値	1.93	3.50	1.77	1.19	1.17	0.82
オランダ	平均値	9.50	9.25	4.59	1.97	1.13	0.54
韓国	平均値	4.50	4.00	2.33	1.50	2.32	2.71
チェコ	平均値	14.03	3.00	32.35	1.31	1.33	2.03
合計	平均値	6.58	5.05	9.64	2.47	1.49	1.99

B

(月) (Q3-3)

		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)
日本	平均値	4.13	4.44	8.86	5.34	3.46	3.44
フランス	平均値	1.29	2.75	2.6	2.09	0.67	1.95
イギリス	平均値	3.33	2.50	1.30	1.17	1.00	0.75
イスラエル	平均値	11.86	22.00	4.07	1.60	1.00	1.27
オーストラリア	平均値	2.82	3.00	1.93	2.25	1.00	1.00
オランダ	平均値	12.00	12.00	5.03	2.08	1.75	0.68
韓国	平均値	4.50	6.00	1.50	1.75	2.20	3.22
チェコ	平均値	11.75	.	34.60	1.26	0.00	2.65
合計	平均値	7.09	6.77	9.77	2.73	2.34	2.16

○日本はAさんBさんともに、終末の場所としてふさわしいところは「自宅」だが、実際には自宅以外が多い。日本のふさわしいところと実際のギャップは調査各国と比べてもっとも大きい

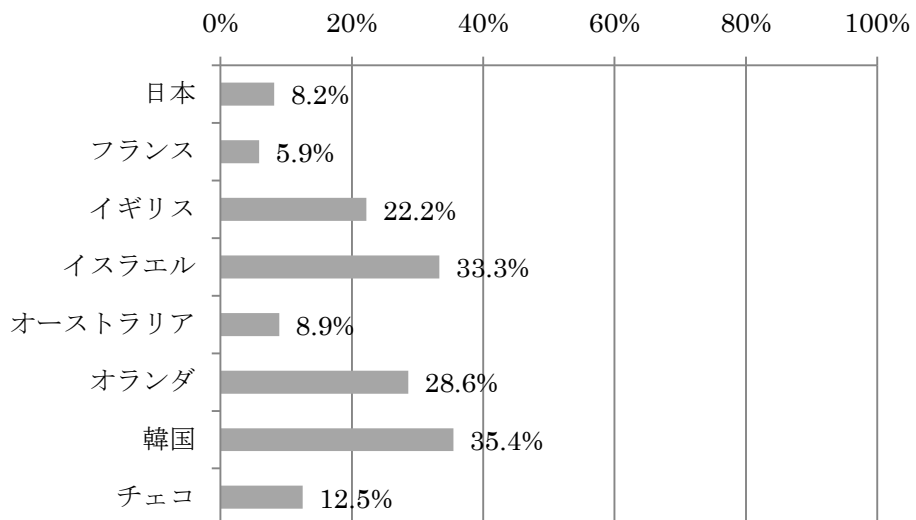
A

(2-1)



A

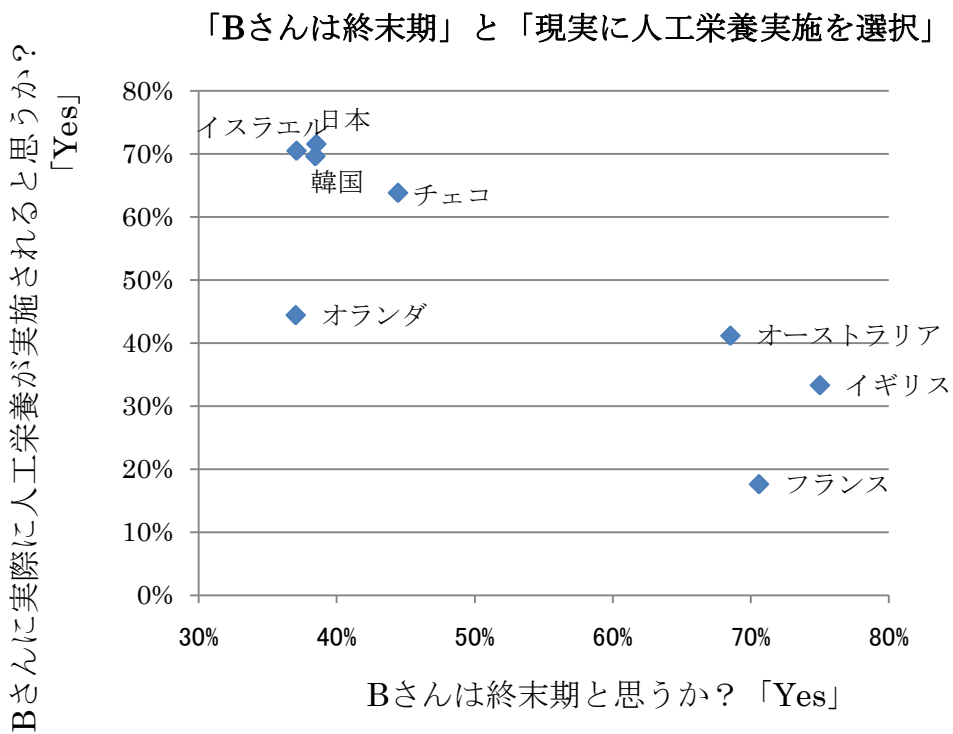
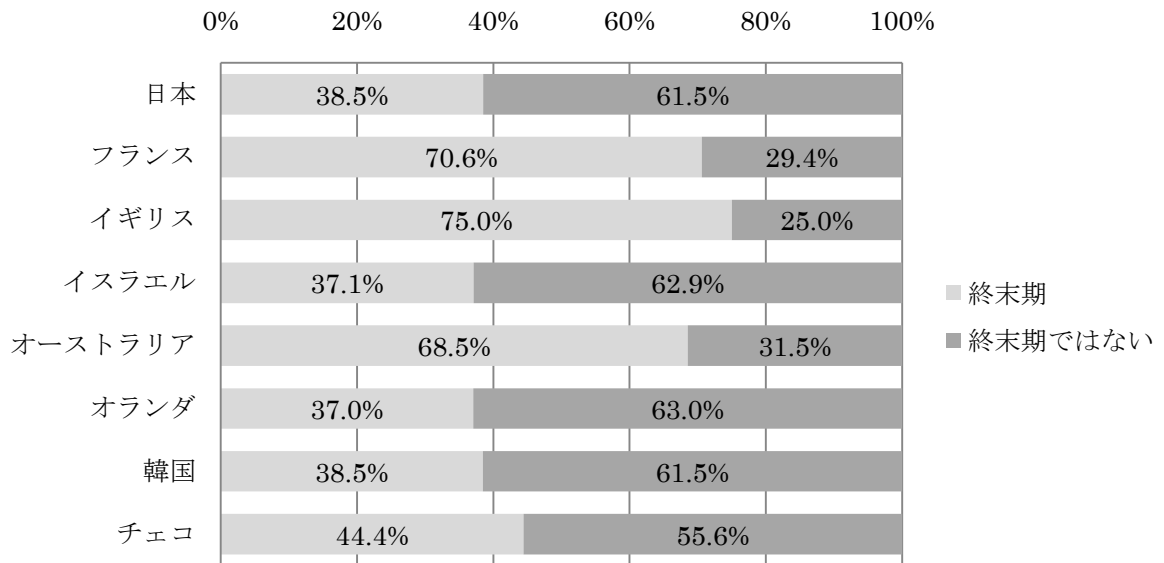
(3-2)



PEG

- ・「Bさんは終末期」と考えているのはイギリス、フランス、オーストラリアで多く、「終末期ではない」と考えているのは日本、韓国、イスラエル、オランダ、チェコに多い

B (Q3-1)



4. 理想の死、理想の看取りに関する意識についての国際比較分析(一部)

渡辺大輔

理想の死および理想の看取りについて意識を測定する尺度の開発を目的として、理想の死および理想の看取りそれぞれについての調査項目を用いた因子分析を日本、韓国、イスラエル、オーストラリア、チェコの5カ国のデータを用いて行った。その結果、理想の死については「迷惑をかけない短期間での死」「家族に囲まれての準備した死」が潜在因子として抽出され、理想の看取りについては「長い時間を過ごす看取り」「短期で低コストの看取り」「コミュニケーション可能な看取り」が潜在因子として抽出された。

次に、理想の死、理想の看取りそれぞれの因子得点を職種間（医師、看護師、介護職）を説明変数として平均値の比較（一元配置分散分析）を行った。

表 職種と理想の死、理想の看取りについての因子得点に関する一元配置分散分析

	理想の死		理想の看取り		
	迷惑をかけない短期間での死	家族に囲まれての準備した死	長い時間を過ごす看取り	短期で低コストの看取り	コミュニケーション可能な看取り
医師 (n=79)	-0.21±0.99	-0.05±0.77	0.09±0.77	-0.24±0.91	-0.04±0.85
看護師 (n=146)	0.15±0.79	0.06±0.84	-0.07±0.89	0.30±0.86	-0.01±0.88
介護職 (n=219)	-0.02±0.90	-0.03±0.76	0.00±0.83	-0.11±0.96	0.03±0.74
F 値	4.59*	0.78	0.99	11.96***	0.23

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

職種間で比較した結果、有意差がみられた因子得点は理想の死についての「迷惑をかけない短期間での死」と、理想の看取りについての「短期で低コストの看取り」であった。両者とも、看護師が重視しており、医師がもっとも重視していない傾向が示された。看護師ほど短期での死や看取りを想定していることがわかる。また介護職は「迷惑をかけない短期間での死」についてはほぼ平均である0に近く、「短期で低コストの看取り」についてはそれほど重視していない傾向にあった。そこで、これらの違いについて Tukey b を用いて多重比較を行った結果、前者については医師と看護師について1%水準で有意差があった。すなわち、看護師は医師よりも「迷惑をかけない短期間での死」を重視している。また、後者については看護師と医師および介護職の間で有意な差がみれた（いずれも0.1%水準で有意）。すなわち看護師は有意に「短期で低コストの看取り」を重視している。看護師は、患者や家族の経済状況は負担感などを重視しているためと考えられる。

表 日本における職種別の理想の死、理想の看取りについての因子得点の平均値±S.D.

	理想の死		理想の看取り		
	迷惑をかけない短期間での死	家族に囲まれての準備した死	長い時間を過ごす看取り	短期で低コストの看取り	コミュニケーション可能な看取り
医師 (n=79)	-0.25±0.83	0.16±0.57	-0.24±0.95	-0.36±1.00	0.24±0.59
看護師 (n=146)	0.13±0.83	-0.10±0.83	-0.41±0.79	0.18±0.83	-0.28±1.08
介護職 (n=219)	0.02±0.84	-0.11±0.75	-0.23±0.78	-0.32±0.95	-0.05±0.78

日本では、理想の死について、残る4カ国の傾向とはかなり異なっている。具体的には、医師と看護師の違いが大きく、医師は「家族に囲まれての準備した死」を重視するのに対して、看護師は「迷惑をかけない短期間での死」を重視する傾向にあり、また介護士は「家族に囲まれての準備した死」をそれほど重視していない傾向にある。この傾向は、理想の看取りについても同様であり、すべての職種において「長い時間を過ごす看取り」は重視されていないが、「短期で低コストの看取り」を看護師が重視し、逆に医師は「コミュニケーション可能な看取り」を重視するという結果が示された。

これらの結果は、一見看護師は家族のことを考え、医師は身体のことのみを重視しているのではないかという私たちの素朴な直感からは反するように思われる。しかし看護師が重視していることは「負担」という側面からみると、たんに身体だけでなく患者本人や周囲への負担の軽減を重視していると理解するべきである。今回の調査結果からは、専門職の考え方の違いだけでなくその「質」が理解可能になったといえる。

I. はじめに

認知症高齢者に対する国民の意識は、1990年以前は治療や一方的な処遇の対象であった。しかし、パーソン・センタード・ケアが専門職に浸透し、地域の中で暮らす本人の生活を大切にす機運が高まり、かけがえのない存在として認め合い・支え合うという意味で care から reciprocity (相互恩恵主義)へと価値が変換しはじめている。認知症高齢者の end of life は、人生の一部であるという考え方も一般的になっている。これは、本人の死は本人だけのものではなく家族、身近な人、地域との関係が重要であることを意味する。

II. イタリアの end of life care

<イタリア・アルツハイマー病協会、クレモーナ緩和医療研究所へのヒヤリング結果>

1. イタリアの高齢者福祉

イタリアには国レベルの公的介護保険制度はない。現物より現金給付が主流。1980年代より要介護高齢者急増への最重要施策として介添手当を月額 450.78 ユーロ家族に支給。現物給付は著しい地域格差がある。2003年のイタリア福祉白書では、“家族は、子どもの誕生、失業、疾病等、ライフサイクルにおける重大な出来事の発生時に保護システム、強力な社会的緩衝として存在してきたしこれからもし続ける”とし、家族を高齢者介護の中心に位置づける。しかし、女性の社会進出や急激な高齢化で家族中心の介護供給に限界が生じ、特に1990年代後半からは移民労働者中の介護労働が普及。近年、孤独死の問題もマスコミに取り上げられ、ミラノでは270,000人の高齢者の3分の1が一人暮らしで、そのさらに3分の1が自宅での孤独死であった。

2. イタリア・アルツハイマー病協会(AIMA)の活動と end-of-life care

AIMAによるサービス(いずれも無料):①家族の病気の理解の促進、②アルツハイマー・カフェ、③電話相談、④社会的・法的コンサルタント、⑤家族のつどいの会、⑥ボランティア・グループへの支援、⑦個人々人への精神面の支援、⑧介護者のためのオリエンテーリング・マニュアル、⑨有償の介護ヘルパー(外国人労働者が多い)の専門教育、⑩情報のキャンペーン(会報の発行など)、⑪病気やサービスについての情報提供、⑫その他の積極的活動(募金等)

アルツハイマー・カフェはオランダからヒントを得た。2006年から本人と家族が映画を観る、踊る、音楽を聴く、遊ぶ、外出する企画を実行。活動中、訓練を受けたボランティアが心理士等のサポートを受けながら見守る。これは end of life の段階でも行われる。

また、電話相談件数の10%が end of life に関するものだった。もっとも頻繁なのは、PEGや経管栄養、水分補給目的の点滴などについて誰が決定をするかという質問。

5. イタリアにおける end-of-life care の課題

(1) 国民のコンセンサス … 緩和ケアに対する理解

終末期におけるPEG、点滴、延命薬物の使用が欧米に比較して多い。ローマ・カトリックが90%以上でいのちを守るといふ宗教的背景がある。延命措置が苦を長くするかも

しれないという地道な啓発活動が必要。その上に、事前指示書の法的整備の課題がある。

(2) 家族介護への支援

認知症高齢者の 85%は自宅におり家族は社会から見放されて疲弊している。「認知症の人は何も望んでいないので何も必要ではない」と思われていると指摘する。家族介護者のニーズは以下のとおり:①一時的預かり、②タイムリーな支援、③適切なカウンセリング、支援・ネットワークの情報、④ケアサービスの実施と評価、⑤ 高齢者介護の組織化とトレーニング、⑥家族の責任感を軽くすること、⑦介護に関する知識

(3) 外国人介護人に対する対策

専門家は緩和ケアについて研さんを積んでいるが、実際に家庭で介護している海外からきた介護ヘルパーは多く何の教育もされていない。その教育と待遇面の改善は緊急の課題。

6. イタリアにおける理想の看取りへの挑戦

緩和医療研究所では、医師は、科学的な cure から認知症高齢者のいのちの豊かさの追求という生命の倫理にシフトしていかなければならないと力を込めて話していた。

一方、家族の立場としてのアルツハイマー協会の指摘の第 1 点は、本人と家族の理想は、専門的な介護が受けられる環境をつくること。家族も情報を得たいという意識を持ち、訓練されたスタッフを雇い入れる経済的な余裕も必要。第 2 点は、事前指示書の法整備の必要性。第 3 点は、家族介護の意義の再認識。「母が自宅で寝ていると近所の人たちが皆何かをしてくれた。一人ではなかった。公的なサービスはなかったけれど、亡くなることを人生として自然として捉えられていた」という。「日本では家族で介護しようと思えばできるし、介護保険制度に委ねることもできる。選択できるのは素晴らしい」とのこと。

7. イタリアとの比較検討

急速な少子高齢化の進行は両国に共通する課題である。伝統的な家族の役割は確かに過去においてある程度共通する。イタリアでは家族の役割を再評価する傾向が見られ、日本は介護保険制度に見られるように家族の解体を前提に地域全体でカバーしようとする方向。科学的 cure から生命倫理を考える風土・土壌づくりは両国において大切な視点。

III. オーストラリアの end-of-life care

<家族、訪問看護師、事老年内科医、デイケアセンター長へのヒヤリング結果>

1. 認知症高齢者の end-of-life care

1997 年に「住み慣れた場所で高齢期の人生を送る(Aging in place)」という基本方針が導入された。2000 年に政府が策定した National Palliative Care Strategy では、あるべき緩和ケアの姿が打ち出され、コミュニティを中心にさまざまな取り組みが行われている。また、2004 年に高齢者ケア施設と地域サービス向けに「緩和的アプローチのためのガイドライン」を策定した。

加えて「エビデンス・ベースの実践プロジェクト」が継続的に実施されている。多くの調査・研究により、重度認知症高齢者に対しては意味のないケアで延命を試みるのではなく、症状を和らげ関係性に基づいた個別ケアのアプローチを支持している。

2. 事前介護指示書

高齢者介護施設等に入居するにあたり、担当者が施設マネジャーと共に「事前介護指示

書(AD)」を作成することが一般的。AD が法的に意味をなすか否かは州毎に判断が異なる。

3. 在宅での家族介護

重度認知症高齢者や家族に対しては、ナーシングホームレベルのケアを在宅で受けることができる認知症専門長期在宅高齢者ケアが提供される。充実したサービスを組織的に展開しているが、老老介護が多くなり、家族の支援は大きな課題となっている。

4. ケアの協同へのアプローチ

NSW 保健省が発行している「End-of-life care のためのガイドライン」の 8 原則の一つに「ケアに向けての協同アプローチ(A collaborative approach to care)」がある。

在宅サービスとして、シドニー北部地区では、重度認知症高齢者の家族に対し、認知症アドバイスセンター、電話相談サービス、デイケア、レスパイトケア等の各種のサポート体制が整備されている。初期の段階であれば後見人手続きの支援や家族のつどい等を紹介して、コミュニティとの交流も絶やさないように働きかける。家族は、地域ベースの緩和ケアチームを利用できる。また、本人の生活に根ざした活動(得意料理、好きなゴルフ、音楽鑑賞など)を毎日のように行うと心身の機能低下がゆるやかになる。

5. オーストラリアとの比較検討

オーストラリアの実践の背景には、緩和ケアのガイドラインで示されている理念や技術の徹底した研修及び end-of-life care の国民的コンセンサスがある。日本の場合、家族の負担だけがクローズアップされるが、家族介護の成功事例を集積し、詳細な分析を重ねることで国民のコンセンサスを得ていくことが肝要。

オープンに話せる関係も大切である。孫世代に看取りをさせるかを尋ねると、孫はそういう場面から引き離す風潮で、理由は、死はネガティブで忌み嫌われるものという。日本では、親族総出で看取るという風習は今でも息づいていると思われる。

IV. まとめ

1. 家族の絆を大切にすることを共に歩み創り上げていく(協同)という姿勢

介護に専念すると生活空間が狭まり人とのつながり、時間のつながりまでも遮断される。その中で、本人や介護者を人格的に認めるような関わりで救われる。本人自身は、身体機能は低下していても人が自分の方を向いているか否かは分かっている。

2. 認知症高齢者の end of life のイメージをネガティブからポジティブへの転換

在宅で本人を理解している人たちと生活することで、昔を思い出し、介護者も尊重され、専門スタッフもやりがい感を維持するポジティブなイメージへ転換を。

3. 「看取り教育」

幼い頃から親族などの近い人々の看取りや誕生に参加できるような流れを教育として推奨すべき。

1. 台湾の高齢化と少子化の現状

台湾の高齢化率は、2009年現在で10.63%。平均寿命は男性76.03歳、女性82.34歳。合計特殊出生率は1.03。高齢化率は2030年に23.8%、2050年には36.7%に増加すると予測されている。台湾において高齢者は男性が多く、内戦に敗れた男性軍人が移住してきたことによる。

2. 高齢者の居住形態

1976年には、子供と一緒に住んでいる高齢者は83.7%あったが、この比率は2007年には60.4%となっている。その一方、独居と夫婦のみが約30%と上昇している。

3. 全民健康保険制度と公的年金制度

台湾の社会保障制度は、社会救助（公的扶助）、社会保険與津貼（社会保険）、福利服務（社会福祉）、健康與医療照護（公衆衛生）、就業安全（国民就業）、社会住宅與社区营造（国民住宅や地域づくり）からなっている。日本との大きな相違点は、台湾の高齢者社会福祉政策に、社会救助や医療保険制度の分野にあたる施策が含まれていることである。

1994年に「全民健康保険法」をつくり保険対象者は全国民を含む。保険料は保険額と保険料比率も身分で異なり、30-60%で差額は雇用機関または政府が援助する。軍人、退役軍人、低収入者と台北市、高雄市籍の65歳以上の保険料は政府が負担している。

生活の基礎となる年金制度の対象範囲は軍人、公務員、教員の定年退職者に限られる。民間企業に従事する者は、勤務年数に応じた退職一時金を受けるがそれだけでは老後の生活安定はできない。退職高齢者は、子供に頼り、扶養される状況になっている。

4. 老人福利法

1980年に老人福利法制定。1997年に初の法改正が行われた。内容は、立法精神のなかに高齢者の権利擁護という理念を付加、対象は70歳以上から65歳以上に、法定扶養義務者の高齢者扶養義務を明記、3世代同居を対象に国営住宅への優先賃貸権を付与、施設へ入所していない低所得高齢者に生活手当を支給、高齢者保護条例の新設などである。

改正内容の特徴は、家族扶養が前提、現金給付重視、予防理念の欠如があげられる

5. 高齢者への介護サービス提供体制

社会福祉体系と医療衛生体系があり、内政部の社会福祉体系は、老人福利法と身心障礙者保護法（1980）に基づき、税金を財源として低所得の高齢者と身体障害者が対象の在宅サービス、施設サービスが中心である。衛生署の医療衛生体系は、全民健康保険制度の給付に基づいて訪問看護サービスを提供。所得と関係なく医師が必要と判断した人が利用できる。

高齢者福祉政策は、老人福利法に基づき、①健康づくり方策、②経済保障手当、③教育およびレクリエーション活動、④介護サービスの提供が柱となっている。

①では、老人福利法第20条の規定により、高齢者は地方政府機関が定期的に行う健康診断を無料で受けられる。診断を受けるか否かは、高齢者の自由意思にゆだねられる。

②では、「低収入老人生活補助」は、公的施設に入所していない低所得高齢者が対象。「中低収入老人生活津貼」は満65歳以上で貧困または子女が養う力のない高齢者で施設に入所していないものに直接経済的援助を行う。手当は、世帯総収入を家族数で割った平均値が最低生活費基準の1.5倍以下は一人当たり一ヶ月6,000元（1元は約2.8円）、1.5

倍以上 2.5 倍未満は 3,000 元。2004 年末で支給人数が 156,446 人であった。

「老年農民福利津貼」は高齢農民が対象。「敬老福利生活津貼」は一般所得の高齢者対象に月 3,000 元を支給。2004 年度の受領人数は約 69 万人、支給総金額 241 億 9000 万元。

③では、2005 年時点で、日本の老人大学に相当する「長青学院」が 266 ヶ所ある。

④の現金給付は、内政部は家族介護を奨励し介護による収入減を補う意味で、家族に 5,000 元を支給(対象者一人当たり)している。対象は、低・中所得の高齢者の家族介護者で、2004 年度受領人数は 8,517 人、支給金額は 3971 万元。現物給付の在宅サービスは、「居家服務(訪問介護)」「居家護理(訪問看護)」「住宅施設設備補助改善(住宅改修)」「緊急救援通報系統(緊急通報システム)」。地域サービスは、「日間照顧(デイサービス)」「日間照護(デイケア)」「暫托服務(ショートステイ)」「送餐服務(配食サービス)」がある。施設サービスは、「安養機構(有料老人ホーム)」「養護機構(特別養護老人ホーム)」「長期照護機構(療養型病床群)」「慢性病床(老人病棟)」「護理之家(老人保健施設)」「榮民の家(退役軍人の入所施設)」。

6. 在宅介護サービス

内政部はデイケアセンター設置を奨励し、一人暮らし高齢者や家族が働いている高齢者に、日中はサービスを受け夜は自宅での団らんをすすめている。養護型デイケア補助金は、デイケア施設に低収入高齢者一人当たり一ヶ月で最高 5,000 元、中収入高齢者は 3,000 元とし、交通費は 1500 元、施設の設定備費用は最高 90 万元の補助金を支給。食事配達サービスは、中低収入の高齢者に一食 50 元の補助金を支援し、食事配達のボランティアの交通費にボランティア一人当たり一日 100 元の手当てがつく。コミュニティーサービスの民間団体拡大のため、オフィス施設設備費、専門サービス費、オフィス賃貸料金補助なども支払っている。食事サービス事業は、特定場所での提供や自宅配達があり、食事に伴う問題の解決だけでなく外部社会とのふれあい、心の交流が期待できると考えられている。2004 年度にサービスを受けた人数は 2 万 2179 人、回数は延べ 153 万 3203 回であった。

7. 施設介護サービス

全体で 40 の安養機構、845 の養護機構、31 ヶ所の長期介護機構がある。長期照護機構、安養機構は 54,223 床、護理の家は 24,777 床、榮民の家は 11,513 床あり、総床数は 90,513 床である。そのうち、長期照護機構、安養機構は 54,223 名が利用し入所率は 72.6%である(2009 年 9 月現在)。台湾全体の高齢者施設の需要は 70,860 床と考えられ、3 割のベッドは使用されていない。高齢者は施設入所を好まず家族もそれを望んでいないということである。そして、台湾には介護保険制度がなく施設入所に伴うコスト面の問題がある。

8. 安養護機構の紹介、9 中低収入者のための住宅 (略)

10 おわりに—在地老化 就近照護

台湾の高齢者福祉政策は、低・中所得の高齢者を対象とする傾向がある。それ以外の高齢者は、介護が必要になると家族介護か自己負担で介護サービスを購入かを選択を迫られる。高齢者施設の 30%のベッドがあいており、どのように生かすかは課題である。高齢者の多くは住みなれた場所で家族との暮らしを望んでいて、施設を増やすのではなく在宅ケアの充実が急務である。現在、台北市では在宅ケアを提供している 11 の社会福祉団体があり約 2,000 人がサービスの提供を受けている。台湾では介護労働者が約 128,000 人存在し、ほとんどが家庭内で雇用されている。特にベトナム人、フィリピン人が多い。

1. はじめに

死亡前医療費に関しては、看取り・緩和ケア・胃ろうなどの他に、延命治療や尊厳死・安楽死などの倫理上の問題もあって複雑な問題となっている。

2. 高齢者の医療費・介護費

日本の国民医療費は2008年度で約35兆円にのぼり、このうち65歳以上の医療費は19兆円で、55%を占めている。2008年度の1人当たり医療費は1999年度の3/4に低下し、いわゆる社会的入院も相当程度削減された（一部は介護費に移行した）。65歳以上全体では介護費は医療費のおよそ1/3であるが、90歳以上の超高齢層では介護費は医療費よりも大きい。

3. 死亡前医療費：これまでの結果

(1) 1990年代の老人医療レセプトデータを用いた結果

日本におけるこれまでの死亡者の医療費に関する研究例では、死亡者の医療費はその入院状況によって大きく異なり、死亡月が近づくにつれて死亡者1人当たり医療費が増加する主な要因は入院受診の増加であった。

死亡者1人当たりの死亡前1年間の医療費は年齢の上昇とともに大幅に低下し、終末期の医療費高騰が老人医療費全体に与える影響は大きくなかった。死亡者1人当たりの死亡前1年間の医療費は生存者1人当たりの1年間の医療費の4.3倍と高かったが、この医療費は死亡者の年齢階級の上昇とともに低下した。

これは海外でも報告されていて、65-69歳の死亡者1人当たり死亡前1年間の医療費を100%とすると、85歳以上の死亡者の場合は日本やオランダで50%、ドイツ63%、アメリカ66%、スイス71%と、死亡者1人当たり医療費が年齢の上昇とともに低下することは共通で、高齢者医療制度の違いにかかわらず普遍的に成り立つ可能性がある。

(2) 外来死亡者：1999年4-9月の12市町村の国保老人の外来レセプトを用いた結果

外来受診者の中で1999年4月から9月の間の外来死亡者の1日当たり医療費は外来受診者全体の約1.9倍であった。外来受診者のうち生存者の1日当たり医療費は80-84歳でピークとなり、それ以降ゆるやかに低下した。外来死亡者の死亡月の1日当たり医療費は70歳以上計で生存者の1.9倍で、年齢階級別にみると80-84歳でピークとなり、それ以降年齢の上昇とともに急激に低下した。

4. 死亡前医療費：2010年度のレセプト National Database を用いた trial use

今後、今回のレセプト National Database を用いて、人口1人当たり医療費の年齢階級別パターンを超高齢層で明らかにするとともに、死亡者の医療費を同年齢の生存者との対比のうえで明らかにして、高齢者の医療費の実態を分析する。

5. 諸外国の状況及び考察

今後の先進国の死亡率低下は悪性新生物や循環器系疾患などの除去ではなく、その発症の遅滞によってもたらされるという考え方に基づいたアプローチも必要とされている。また、加齢に伴う死亡率の上昇は疾病別に異なるため、特に高齢層における mortality（死亡率）や morbidity を疾病別に分析する必要性も高まっている。

1. 看取りの定義；終末期の医療を中心に

本稿では、「看取り」を基本的には終末期介護の意味で使っていく。病院は対象外とする。

2. 日本の現状

(1) 現在実施されていること

①自宅における看取り

現在毎年の死亡者の約 13%程度が自宅で亡くなっているとされる。

②介護施設等における看取り

現在毎年死亡者の約 3%程度が施設で亡くなっている。特別養護老人ホームでは、2006 年で死亡退所者のうち約 30%が施設内で、44%が病院で亡くなっているとする調査がある。同年の介護報酬改定で、特養における「重度化対応加算」と「看取り介護加算」が創設され、今後特養における看取りが増えていくことが予想されている。

③自宅・施設に共通する胃ろうの問題

近年、胃ろう設置手術後、自宅・施設に帰される高齢者が多くなり、特に意思表示ができない高齢者の福祉の観点から問題とされ、しかもその維持管理が医療行為とされて家族を除く介護者による維持管理が制限されていたため、特養などによっては、胃ろうを付けた場合には施設に戻れないといった問題も起きていた。

(2) 法制度

①終末期医療

終末期医療については、厚生労働省が 2007 年 5 月に初めて「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を策定した。これは、病院医療についてであるが、在宅から入院する場合等にも妥当すると考えられる。このガイドラインが不十分であるとするのは、医師等の意見で、終末期医療において何をすれば法的責任を問われ、何をしなくても法的責任を問われないのかが明らかではないとの批判である。行き過ぎだとするのは、難病患者の会などで、医師等はガイドラインを守ってさえいけば何でもできるから患者にとって不本意な安楽死への道を開くとの懸念である。

②脳死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱

この法律案要綱は、①のガイドラインの出された同月に、超党派の国会議員でつくる「尊厳死法制化を考える議員連盟」により公表された。「15 歳以上の患者の書面による意思表示があり、家族が拒まないとき、医師は延命措置の中止ができる」、「臨死状態は 2 人以上の医師の判断による」等が内容。①で不十分だった法的免責を定めている点等が異なっている。これに対しては、適切な医療を受ける権利やインフォームドコンセントなどを保障する法律がない現状では、患者の権利を侵害する危険性が大きい、とする反対論がある。

3. 日本の行政課題

(1) 現行法制下で行うべき行政

ア 自宅における看取り

在宅療養支援診療所、訪問看護、訪問介護、ケアマネージャー等を中心としたメンバーによってガイドラインにいう「医療・ケアチーム」を組み、在宅患者の看取りを行っている

くことになる。トータルな地域資源の活用が目指されなければならないが、まず一般に自宅での看取りに必要とされる「意欲ある有能な介護者」の決定をする必要がある。特に増加する独り暮らしの場合に自宅で看取するために、地域包括支援センターやケアマネージャーが「意欲ある有能な介護者」として可能か、介護報酬はどうするのか、検討も必要。

次に、在宅療養支援診療所や病院から派遣される医師の確保、24時間の訪問看護師・訪問介護師の確保が重要。どのように何処でも24時間のサービスを得られるシステムを作るのか、十分な報酬も考える必要がある。まさに「在宅入院」という実態になり、市町村又は地域包括支援センターが主体となって看取りの計画と実行の割り当てを行う必要が出てくる。現にフランスでは、在宅入院数は地方医療計画によって規定されている。

イ 介護施設等における看取り

地域支援病院をこの看取り支援病院とし、補助金を医療・介護両保険から出すことも検討に値しよう。社会福祉施設に「看取りの指針」があると施設内の看取りが増え、病院への搬送が減る傾向にある。指針の作成と実行を介護報酬にさらに進めることも考えられる。

ウ 胃ろうの基準

胃ろうの設置ガイドライン、中止基準も関係学会又は厚労省で作っていくべきであろう。

エ 自然死についての理解の促進

医師を含む医療関係者の理解の促進は、より良い看取りのために必要。

(2) 将来の法制度の選択肢を示す役割としての行政

国民にとって望ましい看取りが実行できるような選択肢を考案することも行政の役割。

ア 市町村又は地域包括支援センターが主体となって看取り（在宅入院）の計画を作り、その実行を事業者へ割り当てていくためには、市町村に地域独占を許す介護事業者との契約締結権限を与える介護保険法の改正が効率的であると考えられる。

イ 医療についての事前指示（アドバンス・ディレクティブ）の法案をまず考案する。

フランス、ドイツ、オランダで既に法律となっており、その内容は指示の有効性の確認方法など主として手続き的な規程と考えられる。

ウ 次に医療の制限・中止法案を考案する。死にゆく高齢者には積極医療は負荷が大きくかえって生活の質（QOL）を低下させるとの指摘や、過度の延命措置は本人の苦痛はもとより家族にも精神的経済的に大きな負担を強いるという意見が重視されるべき。

4. その展望

(1) 事前指示（アドバンス・ディレクティブ）の法案

厚生労働省の終末期医療のあり方に関する懇談会の報告書（2010年10月）には、2008年3月実施の調査結果が出ている。リビング・ウィルについての法律の制定に一般国民は62%が消極だが、医師は54%が賛成となっており、日常業務の中で法的な裏付けを必要としている。こうした意見を十分くみ取って強力に立法を推進していく力が必要であろう。

(2) 医療の制限・中止法案

先の報告書で終末期医療に悩みや不安を感じている者が80%を超えている。議員立法として考えられた「脳死状態における延命措置の中止等に関する法律案要綱」については、超党派での提案はこの種の法案としては適当で、個々の条文を検討して本当に死にゆく国民やその家族のためになるよう修正案を議論していくのが生産的である。