



長寿社会グローバル・インフォメーション
ジャーナル



SPRING 2012

ILC seminar

日本の看取り、世界の看取り
「理想の看取りと死に関する国際比較調査研究」から見えてきたこと



ILC-Japan

国際長寿センター (International Longevity Center=ILC) は、少子高齢化に伴う諸問題を国際的・学際的な視点で調査研究し、広く広報・啓発及び政策提言を行うために誕生しました。

アメリカ、フランス、イギリス、ドミニカ共和国、インド、南アフリカ、アルゼンチン、オランダ、イスラエル、シンガポール、チェコ共和国、ブラジル、中国、日本の世界14カ国に設立された各センターは、「ILC Global Alliance」として共同事業を進めつつ、自国内でのそれぞれの活動に精力的に取り組んでいます。

「ILC Global Alliance」は、老年学の世界的権威である故ロバート・N・バトラー博士によって提唱されました。日本ではその志に賛同した民間企業の思いを受け止めた厚生省 (当時) の指導の下、3年間の準備期間を経て1990年11月に設立されました。以来、少子高齢社会における政策提言や問題提起を行い、調査・分析結果を広く情報提供・広報するなど、活発な活動を続けてきました。

また、日本の人口高齢化に関する問題点とそれに対する制度、状況などを海外に知らせることも、日本センターの重要な任務と考えています。

国際長寿センターは、すべての世代が支え合い、いきいきと生活できる豊かな高齢社会実現のために取り組んでいます。

ILC Global Alliance

名誉理事長	森岡茂夫 (ILC-Japan) 山之内製薬(現アステラス製薬)株式会社 元会長
共同理事長	Sally Greengross, OBE (ILC-UK) 英国上院議員
共同理事長	Monica Ferreira, Ph.D. (ILC-South Africa) 国連高齢化問題研究所理事

ILC-USA	代表者: Linda Freid, Ph.D. コロンビア大学公衆衛生学部長
---------	--

ILC-Japan	代表者: 水田邦雄 株式会社損保ジャパン総合研究所上席研究員
-----------	--

ILC-France	代表者: Françoise Forette, M.D. 医師 パリ市議会議員
------------	--

ILC-Dominican Republic	代表者: Rosy Pereyra, M.D. 医師
------------------------	--------------------------------------

ILC-India	代表者: R.A. Mashelkar, Ph.D. 化学工学者 インド国立化学研究所特別会員
-----------	--

ILC-Argentina	代表者: Lia Daichman, M.D. 医師
---------------	--------------------------------------

ILC-Netherlands	代表者: Guus Wouters 企業年金基金理事長
-----------------	---------------------------------------

ILC-Israel	代表者: Sara Carmel, Ph.D. ベン・ガリオン大学教授
------------	---

ILC-Singapore	代表者: Mary Ann Tsao, Ph.D. 医師 Tsao財団理事長
---------------	---

ILC-Czech Republic	代表者: Iva Holmerova, Ph.D. ブラハ老年学センター設立理事長
--------------------	---

ILC-Brazil	代表者: Alexandre Kalache, M.D. Ph.D. 医師 リオデジャネイロ州立大学名誉研究員
------------	--

ILC-China	代表者: Du Peng, Ph.D. 人民大学老年学研究所所長
-----------	--

職業社会グローバル・インフォメーション ジャーナル

18

SPRING 2012

contents

ILC seminar

日本の看取り、世界の看取り ● 2

「理想の看取りと死に関する国際比較調査研究」から見えてきたこと

在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究の概要 ● 3

「理想の看取りと死に関する国際比較調査」事例と調査項目(抜粋) ● 4

I 国際比較調査 ① 各国の終末期に関する制度と動向 ● 6

中島民恵子

医療経済研究機構主任研究員

② 各国の看取りと専門職の役割 ● 8

渡邊大輔

成蹊大学アジア太平洋研究センター客員研究員

II 各国からの報告 ① 認知症の人の看取りに関する世界の課題と展望 ● 10

長谷川和夫

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

② 韓国社会の変化と看取り ● 11

李 聖姫

清岩老人ホーム理事長/韓国アルツハイマー協会会長

③ フランス及びヨーロッパにおける看取りの実情 ● 14

マリー・アンヌ・ブリュー

ILC-France研究部長

Comments ● コメント 「看取りと死に関するアンケート」 ● 18

ILC interview ● インタビュー 『あなたの明日を誰が看る』 ● 24

から30年 今私が思うこと

行天良雄

医事評論家



ILC seminar

ILC セミナー

日本の看取り、世界の看取り

「理想の看取りと死に関する国際比較調査研究」から見えてきたこと

ILC-Japanでは、2009年から2011年の3年にわたり、「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」を行ってきた。

2010年、2011年はILCグローバル・アライアンスのネットワークを活用し、世界9か国(アメリカ、イギリス、フランス、イスラエル、オーストラリア、オランダ、韓国、チェコ、日本)で医療・介護に関わる専門職を対象にアンケート調査を実施。回収総数2,343(2012年3月31日現在)のデータを用いて国際比較分析を行った。

その結果報告として2月3日にセミナーを開催し、分析結果の概要及び日本、韓国、フランスの実情と課題・展望について発表した

日時 2012年2月3日(金)

場所 霞ヶ関東海大学校友会館 阿蘇の間

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

辻彼南雄 一般社団法人ライフケアシステム代表理事/医療法人社団互酬会水道橋東口クリニック理事長

マリー・アンヌ・ブリウー 医学博士/ILC-France研究部長

李 聖姫 清岩老人ホーム理事長/韓国アルツハイマー協会会長

中島民恵子 医療経済研究機構主任研究員

渡邊大輔 成蹊大学アジア太平洋研究センター客員研究員

(写真: 湊 雅博)

在宅介護・医療と看取りに関する 国際比較研究の概要

■ 背景

日本社会においては少子高齢化が急速に進行し、2050年には高齢化率は35%を超えるとされている。また、少産多死の時代の到来といわれるように、出生数が減少する一方で死亡数が増加していく。2012年現在、すでに死亡者が出生数を上回り始めており、2050年には死亡数が出生数の3倍になると予測され、日本全体として人口が減っていくことになる(図1)。

このように人口構造が変化していく中で、高齢者本人が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くる。

■ 研究の目的

ILC-Japanでは、2009年より3年にわたり、「在宅介護・医療と看取りに関する国際比較研究」を行ってきた。本研究では、海外各国と日本の看取りにおける環境の違い、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を模索した。

研究にあたっては、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、日本を含む9か国を対象とした「理想の看取りと死に関する国際比較調査」および「終末期、看取りについての国際制度比較調査」を行った。

■ 国際比較調査の視点

国際比較調査は、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」

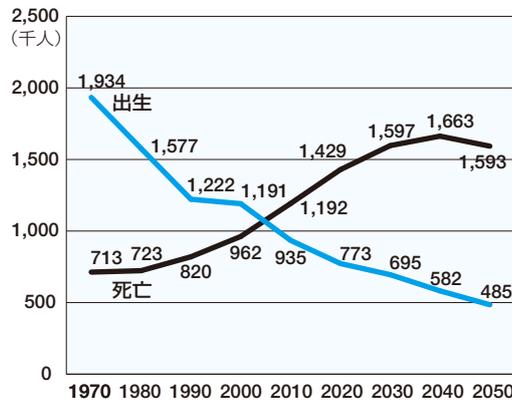


図1 出生数、死亡数

2000年まで：厚生労働省「人口動態統計」

2010年以降：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」

日本では、死亡場所の割合が自宅と病院で1975年を基点に逆転し、現在は87.6%が病院、12.4%が自宅で亡くなっている。各国で比較してみても、日本は最も病院死亡率が高い。

医療水準は各国ともほぼ同じであり、胃ろうも、延命処置もあるにもかかわらず、なぜそれを適用する国としない国があり、死を迎える場所にこれだけの差が生じるのか。

ILCでは、これら2つの疑問への仮説として、「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」と予測した。

さらには、自宅での看取り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についても調べてみたいと考えた。

■ 国際比較調査の方法

本調査においては、日本、アメリカ、フランス、イギリス、オランダ、イスラエル、チェコ共和国、韓国、オーストラリアの医師、看護師、介護士、ソーシャルワーカーなどの専門職を対象に、典型的な2つの臨床事例を用いて、それへの理想的判断と実際の対応についてアンケート調査を行い、その実態を探った(事例と調査項目は4～5ページ参照)。併せて、各国の協力機関を対象に終末期ケアについての法律や条例等も調査した。

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

研究委員 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

渡邊大輔 成蹊大学アジア太平洋研究センター客員研究員

海外調査協力 ILC：アメリカ、イギリス、フランス、オランダ、イスラエル、チェコ
韓国アルツハイマー協会、HammondCareオーストラリア

「理想の看取りと死に関する国際比較調査」 事例と調査項目(抜粋)

ILC-Japanでは2010年および2011年に世界9か国における医療・介護の専門職(総数2,343件)を対象に「理想の看取りと死に関する国際比較調査」を行った。

以下は、典型的な終末期のあり方として想定される2つの臨床事例(ケース1:末期ガンとケース2:重度認知症)を用いて、それへの理想的判断と実際の対応についてアンケート調査を実施した調査項目の日本語版(抜粋)である。

ケース・1

Aさん(女性、85歳)。現在入院中の末期ガンの患者(余命1か月)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、2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ね」と話している。

ケース1を読んで以下の設問に回答をお願いします。

- (1) Aさんのケースにおいて、終末をどこで迎えることができるように支援することがふさわしいと思いますか。
(1-2) あなたのこれまでの経験を踏まえ、Aさんのケースの場合、実際にはどこで終末を迎えることになると思いますか?
- (2) Aさんのケースにおいて、実際に介護付き住宅、老人ホーム、療養病棟、病院・診療所、ホスピス(施設)、ホスピス(在宅)を利用する場合、入所や入院までに待機する必要があるですか? このケースでは制度的に利用できないか、施設自体が存在しないので利用できないですか?
- (3) Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことがふさわしいと思いますか?
(3-2) これまでの経験を踏まえ、Aさんのケースの場合、実際には今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことになると思いますか?
- (4) Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定する際に、Aさん自身の意向を踏まえた上で、重視すべきと考える点はどれですか?
- (5) Aさんのケースにおいて、基本的な医学的知見(病状、予後など)以外に、何をご家族(息子夫婦)に説明しますか?
- (6) Aさんのケースへの対応の基本方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。
(6-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか?
- (7) それでは、Aさんのケースへの対応の基本方針として、実際には、どのような選択をすることになると考えますか。
(7-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか?
- (8) Aさんのケースの来るべき死に向けた方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。
(8-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか?

ケース・2

Bさん(男性、80歳)。自宅で妻と2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、食物を飲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。妻(80歳)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。経済的には持ち家に住み、厚生年金などを受給しているために安定しているものの、妻自身の介護能力は低く、近隣に近親者はいないため、妻自身はこれまで以上の介護には大きな不安を感じている。

ケース2を読んで以下の設問に回答をお願いします。

- (1) Bさんのケースについては、あなたはこの状態を「終末期」にあると考えますか？ その理由についても簡単にお書きください。
- (2) Bさんのケースにおいて、終末をどこで迎えることができるように支援することがふさわしいと思いますか。
(2-2) Bさんのケースの場合、実際にはどこで終末を迎えることになると思いますか？
- (3) Bさんのケースにおいて、実際に介護付き住宅、老人ホーム、療養病床、病院・診療所、ホスピス(施設)、ホスピス(在宅)を利用する場合、入所や入院までに待機する必要があるか？ このケースでは制度的に利用できないか、施設自体が存在しないので利用できないですか？
- (4) Bさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことがふさわしいと思いますか？
(4-2) Bさんのケースの場合、実際には今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことになると思いますか？
- (5) Bさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定する際に、Bさん自身の意向を踏まえた上で、重視すべきと考える点はどれですか？
- (6) Bさんのケースにおいて、基本的な医学的知見(病状、予後など)以外に、何をご家族(Bさんの妻)に説明しますか？
- (7) Bさんのケースへの対応の基本方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。
(7-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか？
- (8) Bさんのケースへの対応の基本方針として、実際には、どのような選択をすることになると考えますか。
(8-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか？
- (9) Bさんのケースの来るべき死に向けた方針として、選択することが「もっとも望ましい」と考える選択肢はどれですか。
(9-2) 上記の方針を選択する理由はなぜですか？

各国の終末期に関する制度と動向

中島民恵子 医療経済研究機構主任研究員

1. はじめに

終末期に関する制度を把握していくにあたり、「本人の意思」の尊重を前提にした上で、それを“どのように”“どこまで”保障するのかという点で各国の制度に違いがあるという観点から整理を行った。本調査の対象国である日本・フランス・イギリス・イスラエル・オーストラリア・オランダ・チェコ・韓国の8か国に関して、終末期に関する制度やガイドラインについて紹介する。

2. 各国の制度や戦略等の一覧

対象国に関して、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、認知症の人に関する緩和ケア・終末期ケア関連のガイドラインの有無を整理した。表1では、制度を「終末期関連」「安楽死関連」の2つに分けている。「安楽死関連」には、本人の痛みや様々な苦痛などから「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。

3. 緩和ケア・終末期ケア関連の制度

「安楽死関連」の制度について、本調査の対象国で唯一

安楽死が認められている国は、オランダであった。安楽死法 (2001) の2条において安楽死に至るまでの厳格な要件が示されている。16歳以上の患者が意思を表現できない状態の時、書面で意思表示を行っていた場合には要請に従うことができるとされている。なお、オーストラリア北準州においては、世界で初めての「終末期患者の権利法」 (Rights of the Terminal Ill Act 1995) において安楽死が認められたが、様々な議論のもと、1997年に連邦政府が権利法を無効にする法律を定めたことで破棄された。

「終末期関連」の制度について、イスラエルとフランスで制定されており、イギリスは終末期には特化していないが意思尊重という観点に関連する制度が制定されていた。

イスラエルでは、末期患者法 (The Act of the Dying Patient 2005) が導入されている。末期患者の定義としては、「責任医師による予後診断に基づき、不治の医療的疾患に罹患し余命6か月以下の患者 (17歳以上)」とされている。そのため、原則として医学的決定がなければ、この法は適応不可となっている。具体的には、法律で延命治療を控えることは許されるが、既に行っている継続的治療を止めること、酸素・食糧・水分補給を控えることは許されていない。ただし、死期間近 (予後2週間) の患者には、飲料・水分も控えることができる (水分は禁忌と医師が判断した場合) PEGも差し控えることができるとされている。

イギリスでは、意思決定能力法 (The Mental Capacity Act

表1 各国の緩和ケア・終末期ケアの制度

	法律		戦略	ガイドライン/指針
	終末期関連	安楽死関連		
Japan				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
Korea				延命治療中止に関する指針 (医師会等)
Czech Rep				チェコ医療審議会勧告
Israel	末期患者法 (2006)			
France	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
U.K.	(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
Australia		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
Netherlands		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



2005)が導入されている。終末期ケアを規定する法律ではないが、事前指示を制度的に担保する役割を果たしている。認知症や精神疾患、脳の障害等により独力で意思決定を行うことが難しくなった16歳以上の国民を保護するということを目的として、本人に代わって誰が意思決定を行うことができるのか、またそのためにはどのような手続きを踏めばいいのかとすることを定めている。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から、医療をはじめ生活全般の意思決定支援に広げられた。これは、日本の成年後見制度に事前医療指示制度を含めた形と考えると分かりやすいだろう。また、重大な医療行為について、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として第三者代弁人 (Independent Medical Capacity Advocate) が導入されている。

4. 緩和ケア・終末期ケア関連の戦略およびガイドライン

緩和ケア・終末期ケア関連の戦略が導入されている対象国は、フランス、イギリス、オーストラリア、オランダであった。また、緩和ケア・終末期ケア関連のガイドラインや指針については、先ほどの一覧で示したようにほとんどの国で何かしらが示されている。

オーストラリアでは、緩和ケア国家戦略 (National Palliative Care Strategy 2000) が導入され、①認識と理解を深める、②質と効果を継続的に向上させる、③ケアのパートナーシップの推進を行う、の3つの柱が示されている。その他にも、緩和ケアプログラム (National Palliative Care Program 2003) や高齢者介護施設における緩和ケアアプローチのガイドライン (Guideline for a Palliative Approach in Residential Aged Care 2006)、コミュニティにおける緩和ケアアプローチのガイドライン (Guideline for a Palliative Approach for Aged Care in the Community Setting 2011) などのプログラムやガイドラインも示されている。

なお、日本においては、厚生労働省より、終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン(2007)が示されたが、終末期の定義や治療中止が認められる要件等には言及されていない。

5. 認知症の人に関する緩和ケア・終末期ケア関連のガイドラインなど

認知症の人に関する緩和ケア・終末期ケア関連のガイドラインや方針については、イギリス、オーストラリア等でいくつが示されていた。イギリスではNICEによる「認知症管理に関する共同の臨床ガイドライン」の中で「認知症の人の終末期における緩和ケア、疼痛の緩和ケアおよびケア」の項目があげられている。特に、本調査のケースBに関連する経管栄養に関しては、“経管栄養は、嚥下障害が一時的な現象と考えられる場合は使用を考慮すべきである。認知症が重度になり、嚥下障害や食べることへの意欲の喪失が疾患の重篤さを示しているときは、一般的に経管栄養は行われるべきではない”と述べられている。

なお、日本においては、2011年12月に試案改訂第一版として、老年医学会より「高齢者ケアの意思決定プロセスに関するガイドライン：人工的水分・栄養補給の導入を中心として」が示された。そこでは、“患者本人の尊厳を損なったり、苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや中止も選択肢へ”“患者の意思をより明確にするために、事前指示書などの導入も検討すべき”といった内容が示されている。これらが最終的にどのような内容でまとめられ、その影響がどのように生じてくるかについては、今後の動向を確認していく必要がある。

6. まとめ

対象国のうち、安楽死が認められている国はオランダのみであったが、緩和ケア・終末期ケアに関する制度はフランス、イスラエル、イギリス(終末期に限らない)においても規定されていた。全ての国において、認知症などによって意思疎通が困難な高齢者への治療や介護行為について特化して規定した法律や条例等は示されていない状況であった。ただし、ガイドライン等の作成の試みはいくつかの国でなされていた。

他国に比べて、日本においては緩和ケアのあり方や認知症の人などに対する経管栄養への対応に関して、十分な議論をした上での全体方針等は示されていない。今後、さらなる議論も必要であり、本調査研究もその1つの機会となることが望まれる。



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。

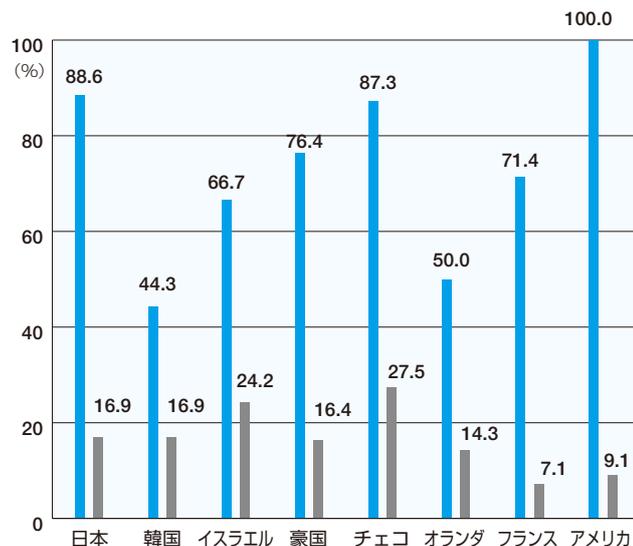


図1 ガンケース：看取りの場所と方針について理想と現実のかい離の割合

■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

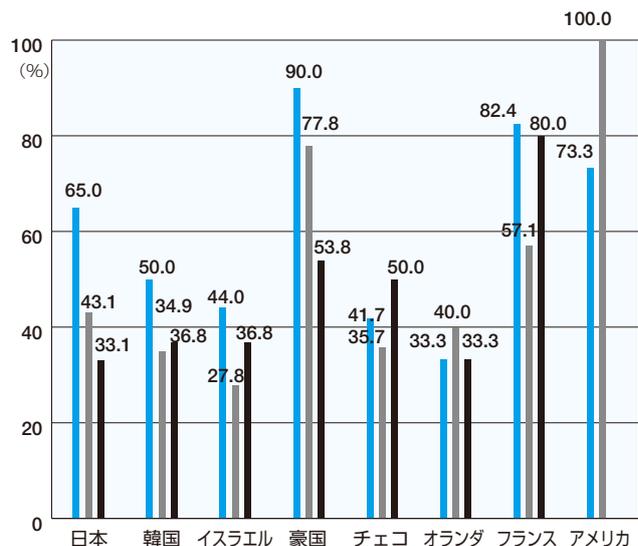


図2 認知症ケース：専門職別の終末期と判断した人の割合

■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

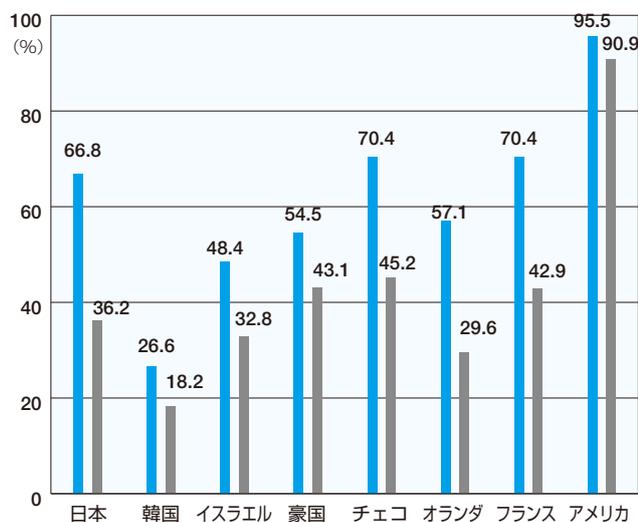


図3 認知症ケース：看取りの場所と方針について理想と現実のかけ離れの割合
■場所 ■方針

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%

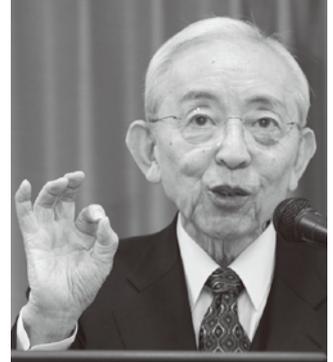
表1 認知症ケース：方針についての現実的判断の理由の割合



各国からの報告 ①

認知症の人の看取りに関する世界の課題と展望

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



看取りの問題は、各国の制度や文化的背景による考え方の違いもあり、非常に幅広く、難しい問題を抱えている。特に認知症の看取りに関してはおそらく国際的に見ても明確な決まりはない。認知症の看取りについての課題としては、以下の5点があげられる。

1. 認知症の終末期の特徴

認知症の終末期をいつからと画一的に決めることは必ずしも容易ではない。Reisbergによる「FAST」(Functional Assessment Staging)の分類では、7.「非常に高度の認知機能低下」のd)、e)、f)とされる。ちなみにa)～f)とは、

- a) 最大限約6語に限定された言語能力の喪失、
- b) 理解し得る言葉は1つの単語となる、
- c) 歩行能力の喪失、
- d) 着座能力の喪失、
- e) 笑う能力の喪失、
- f) 昏迷あるいは昏睡、

である。

さらにこの期間は数か月～数年と続くことがある。

認知機能の低下は、必ずしも厳密に順を追って失われていくものではない。そのため、認知症の終末期にはどちらとも言えない「グレーゾーン」がかなり長くあると思われる。

2. 認知症看取り医療の課題

認知症のなかでも最も多く見られるアルツハイマー型認知症では、10～15年と非常に長い臨床経過をたどる。診断を受けたご本人も家族もアルツハイマー病について情報をもつことになると、今は物忘れ程度でもやがて何もできなくなるであろうことがわかる。発病から終末期に至る辛い期間を、密接な連携をもってともに考え支えていくことが、医療職・介護職の課題である。

認知症の高度期では、高齢に伴う身体障害や意識レベル低下によるせん妄(意識混濁+精神混乱+幻覚)等も起こるので、これにも対応しなければならない。

3. 認知症看取りケアの課題

認知症の本人は、理解、判断及び言語によるコミュニケーション等の能力を失っているため、自分の意思を他者に伝えることができない。そのため、ケアする側は、つい自分たちの認識や都合で対処してしまうことが多くなり本人の尊厳性は失われがちだ。しかし、本人の視点を中心にするケア、パーソンセンタードケアは、看取りの過程においても人間の尊厳性を支えるケアであり、担当の専門職は基本的理念として保持することが求められる。認知症が高度になると何もわからなくなるという考え方に医学的証拠はない。寄り添われている気配は認知症の人によって感知される可能性がある。

4. 家族や介護者のケア

本人の生活環境や、家族や身近な人との関係性に配慮することが大切である。ことに長期にわたる認知症のケアでは、心身の消耗とともに喪失感や不安感等が錯綜する。ご本人だけでなく、家族も当事者である。

さらに亡くなられた後のグリーフケアも課題である。家族や介護者の対応に配慮することは、望ましい看取りケアの全体にかかわるといってよい。

5. 看取りの文化背景

認知症の看取りのあり方には、その国の文化あるいは制度を含めた社会背景の視点が重要であることは、これまでの私たちの国際比較調査でも明らかにされている。死に対する受容の仕方も時代とともに変容していく。

認知症を含めた看取りの医療とケアは現在、施設中心あるいは病院中心である。しかし、今後さらなる超高齢時代を迎えるに当たり、これからは地域の中での人と人との絆を基盤にした在宅看取り医療、ケアを本来のあるべき姿として創りあげていくことが期待される。



各国からの報告 ②

韓国社会の変化と看取り

李 聖姬 清岩老人ホーム理事長／韓国アルツハイマー協会会長



今年で、韓国の社会福祉協議会設置から60年が経って、福祉60年時代を迎えた韓国では、今年を福祉元年として「福祉の幸福探し」がスローガンとして掲げられている。

儒教的「孝」文化の継承

- 大家族制度
- 60歳に経帷子を用意(16個)
- 先祖の墓参り(風水地理説)
- 葬儀文化(地域共同体)
- 烈女門
- 孝子・孝婦賞

長年、儒教思想が引き継がれてきた韓国では、大家族制度が中心となり、60歳になると経帷子・死装束を自分で用意し、また先祖の墓参りを重要視してきた。

葬儀は、地域共同体的な性格で行われ、熱心に親を扶養した家には烈女門が建てられた。今も「孝」文化が伝承され続けており、国は孝子賞・孝婦賞を授与している。

政府の老人福祉施策は、「先・家庭、後・福祉政策」となっており、親の扶養義務は、家族の責任とされてきた。特に、長男が親を扶養することが義務とされていた。低所得層でかつ戸籍上息子が不在の場合に限って、生活保護対象者として区分するという選別的福祉制度が持続されてきた。

1963年に医療保険法が制定され、1970年代までは、医師による往診が行われていた。しかし、1977年の医療保険制度の実施に伴って往診制度がなくなり、病院診療のみとなった。

また、1991年に相続法が改正され、長男が財産を相続し、親を扶養する大家族制度の慣習から、息子・娘に関係なく、共同分配されるようになった。相続法の改正以後、娘と共に同居する親や、娘が親を扶養するケースが増えてきた。

韓国では、世界で例を見ない速さで高齢化が進んでおり、2000年に高齢化社会(高齢化率7%)に入った。また、今からわずか7年後の2018年には、高齢社会(高齢化率14%)に入ると言われている。

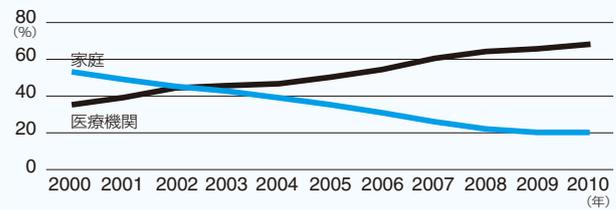
また、人口のソウルへの一極集中現象がみられ、女性の社会進出が活発に行われている今日、従来のように、在宅で

親を介護し続けたり、看取ることが難しくなっている。

看取る場所の逆転：家庭<病院

	2003年	現在
医療機関	45.0%	67.6%
家庭	42.7%	20.4%
その他	12.3%	12.1%

死亡場所別による死亡構成比の推移



出典：統計庁 2010年出生死亡統計

統計庁の調査によれば、2003年を基点に、看取る場所として家庭と病院が逆転している。現在は、看取る場所として家庭より病院のほうが多いことが確認できた。

韓国における高齢者世帯の類型をみると、高齢者独居世帯が24.8%、高齢者夫婦世帯が28%を占めている。言い換えれば、現在、韓国の高齢者全体でみると、高齢者のみで構成された世帯が50%を超えている。

一方、出生率をみると1.15となっており、政府は、低出生高齢社会対策を推進している。

老人長期療養保険の導入(2008年7月)

以前の措置制度	サービス選択=契約へ
生活保護対象者中心 (選別的)	等級1, 2, 3 要介護認定 (普遍的)
本人負担なし	在宅15%, 施設20%負担

韓国では、2008年7月に、老人長期療養保険制度(介護保険制度)が導入され、20歳から療養保険料を徴収する社会保険システムとなっている。これによって高齢者がサービスを選択する時代、すなわち措置制度から契約に変わり、全ての国民が権利として施設や介護サービスを利用するようになった。また、民間施設も大幅に拡充され、重症患者の施設入所が増え、病院と施設を区分することができなくなっている。

一方、認知症患者は老人長期療養保険制度の等級外者となっており、家族の負担が重くなっているのが実情だ。また、自治体の在宅介護サービスは、十分に備えられておらず、ほとんどが老人病院に入院するようになっており、看取りケアにおける問題点として指摘されている。

病院で看取る理由

- 保護者としての立場の転換(家族のニーズ増加)
- 1, 2, 3等級重症患者(病院からの入所が80%以上)
- 死亡診断書発給の難しさ
- 病院の隣にある葬儀式場が利用可能

病院で看取る理由として、保護者の意向や宗教的な背景と共に、保護者が契約の意味を理解できないまま不満が増えてきたことがあげられる。また、死亡診断書は医師が発行しなければならぬため、病院に送られるケースも少ない。

また、韓国では、外国と違って葬儀式場が病院の隣にあるので便利であることも病院で看取る理由の一つとなっている。

清岩老人ホームの30年

- 毎年20名程度死亡(定員100名)
- 看取り時には、礼拝
…2010年からは病院葬儀
- 3日間の葬儀
- 火葬場

これまでに、私たちの清岩老人ホームで看取った入所者は、生活保護対象者であった。私たちは、彼・彼女らのことをお母さん、家族と思っている。葬儀のたびに、入所者たちも互いに哀悼して3日間の葬儀を行い、礼拝も捧げ、火葬場まで同行しながら、臨終を見守ってきた。

しかし、長期療養保険制度が導入されたことから、入所者は生活保護対象者だけでなく、一般層にまで拡大するようになった。そして一般層の家族のニーズにより、協力病院と連携し、病院で葬儀を行う形式に転換した。ただ、本人及び家族から施設で最期を過ごしたいとの要望があれば、そ

の要望に従っている。

韓国の老人ホームでも日本と同様に、経管栄養やカテーテル利用者、および重度の褥瘡がある利用者が入所している。韓国では、療養保護士が施設の介護を行っているが、養成時間の短さや経験の浅さから、その力量が不足しており、全介助が必要となった重度者に十分に対応できていない。

さらに、施設への医師の往診も不足しており、看護師が医療の中心とならざるをえない状況になっている。看護師の配置数は限られており、その負担が重いことも課題となっている。

延命措置の問題点

- 本人と家族の意向
- ガイドラインがない
- 病院では積極的な延命治療が、施設では家族の同意を得て自然死が多い

清岩老人ホームでは、入所契約の際に「看取り」に関して本人と家族の意向を尋ねている。そして、実際に看取りに入った場合には、その意向を随時確認しながら、経管栄養や点滴などの処置を行っている。

しかし、近頃、施設に入所する高齢者と家族は、経管栄養などを望んでいない場合が多くなっている。

また、韓国では、看取りに対するガイドラインがない。病院では積極的な治療が多く、施設では家族の同意を得た自然死が多い傾向がある。

したがって、家族と本人の意向をどこまで尊重するか、本人の意思が確認できない場合にはどうするかなど、看取りに対する「自律性 Autonomy」をどこまで尊重するかが課題である。

韓国でも日本と同様に高齢者夫婦世帯が増え、また未婚の子どもと同居する場合も増えている。孤独死も問題となっている。

在宅では、老人介護事件が発生している。高齢者のみで構成された世帯が50%を超えている現在、介護保険の等

級外者をケアしている家庭では、家族や本人の心理的・社会的な問題によって老人自殺や虐待などが生じている。自殺や虐待は、特に、認知症患者や地方でよく見られる。したがって、社会福祉士は、今日における在宅ケアの課題を改めて整理し、今日の諸課題に対応できる在宅ケアサービスを提供するように工夫すべきであると考えます。

認知症高齢者の看取り、死への不安

- 身体的技能の喪失
- 記憶技能の喪失
- 生きてきた環境、家族との離別

老人ホームに入所した高齢者は、死への恐怖を持っており、自律性を喪失したことから人間としての尊厳性を喪失したケースが多くある。とりわけ、入所当時から認知症や脳血管障害によって意思表示が十分にできない場合、特に感情を尊重することが重要である。

看取りケアは、施設に入所したときから始まる。十分な看取りケアが行われなければ、入所者は、自分の人生全部を否定的に思うことさえあるだろうと思う。

日常生活が続いていって、その終わりに死があるのは必然であり、ケアの延長線上に看取りがある。

職員には、高齢者の個性を尊重し、家族の葛藤や罪悪感を理解し、入所者と家族が良い思い出を作れるように支援していくことが求められている。職員は、家族と本人の意思を常に確認しながら、お互いにずれが生じないようにし、常にユーモアをもって接することが必要である。

ターミナルケアの精神

私がエホヴァの家に永遠に生きるだろう

詩編23編
(ダビデの詩)

李聖姫さんの講演スライドの最後のスライドがターミナルケアの精神とあった。そして詩編23編とだけ記されていたが、おそらくこれが非常に大切なポイントと考えられるので、ここに詩論23編を付加させて頂く(長谷川和夫)。

詩篇23

- 1 賛歌。ダビデの詩。
主は羊飼ひ、わたしには何も欠けることがない。
- 2 主はわたしを青草の原に休ませ
憩いの水のほとりに伴ひ
- 3 魂を生き返らせてくださる。
主は御名にふさわしく
わたしを正しい道に導かれる。
- 4 死の陰の谷を行くときも
わたしは災いを恐れない。
あなたがわたしと共にいてくださる。
あなたの鞭、あなたの杖
それがわたしを力づける。
- 5 わたしを苦しめる者を前にしても
あなたはわたしに食卓を整えてくださる。
わたしの頭に香油を注ぎ
わたしの杯を溢れさせてくださる。
- 6 命のある限り
恵みと慈しみはいつもわたしを追う。
主の家にわたしは帰り
生涯、そこにとどまるであろう。



各国からの報告 ③

フランス及びヨーロッパにおける看取りの実情

マリー・アンヌ・ブリウー ILC-France 研究部長



■ ヨーロッパにおける看取りの法制度

ヨーロッパでは近年、死を取り巻く状況が変化している。大半の人は長期にわたる慢性疾患を経て非常に高齢で亡くなっている。その場所も多くの場合には病院や老人ホームである。患者としてはなんとしても命を永らえようとするよりは安らかに死にたいと思う人が多くなり、幅広い治療法や緩和ケアを利用できるようになってきた。

それを支える各国の看取りの法制度としてはまず、オランダとベルギーにおいて、安楽死法が2001年、2002年にそれぞれ成立した。スイスでは長年、患者の死を積極的に早めるために薬を投与する医師による幫助自殺が暗黙のうちに認められている。また、ドイツでは、いついかなる状況でも専門的緩和ケアへアクセスする権利が社会保障法典で謳われており(第37項bおよび第132項d)、スペインの法律は、WHOの原則・勧告にほぼ沿った形となっている。さらにEUは2003年にヨーロッパ各国での法制化について第24次の勧告を打ち出し、フランスでは2005年に「レオネッティ法」が制定された。

また、EUのすべての国で患者の権利や事前指示書に関する法律がある。その他にベルギー・オランダ・イギリス・フランス・ドイツでは緩和ケアの財源や規則について制定され、またケアの調整のインセンティブ(ドイツ)、緩和ケアへの平等なアクセス(スペイン)というものもある。

■ ヨーロッパにおける緩和ケアの実際

ヨーロッパにおいて痛みの緩和として投与される薬は通常、強オピオイドであり、イタリアでは76%、オランダでは96%投与される。最期の24時間で投与される量にはばらつきがあるが、だいたいはモルヒネの経口投与相当、300mg未満である。

また、突然死以外の死亡の3分の1のケースでは、死を早める可能性のある医療的な判断が行われている。このような痛みや症状の緩和は、イタリアでは全死亡の19%、デンマークは26%で行われている。治療の差し控え、取り止めはイタリアで4%、スウェーデン、デンマーク、ベルギーは14%、オランダ20%、スイス28%である。

また、積極的安楽死については、すべての国で存在するが、数としては非常に少ない。ただし、オランダでは3.4%と他

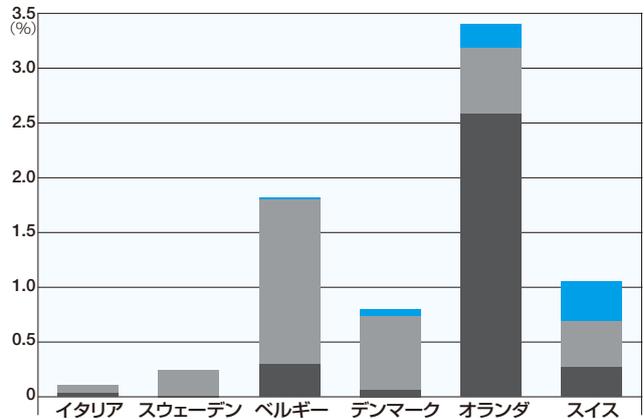


図1 死亡者に占める割合

■ 医師幫助自殺 ■ 患者の明確な要求なしでの致死薬投与 ■ 安楽死

Population & Societies, 430, January 2007-Eureld study2002

国に比べて高い数値になっている。(図1)。

■ 欧州7か国継続比較研究(EUROPAL)

「欧州7か国継続比較研究」は、欧州保健省が「欧州における緩和ケアの実践モデルの定義」のために、緩和ケアにおける患者のQOLの向上、ケアの質の評価、そしてケアの質の指標作りを目指し行っているものである。

EUROPALの質問票では、緩和ケアの提供と財源、緩和ケアニーズを測定するシステム、死亡場所などが項目として挙げられている。

EUROPAL : 質問票の内容

1. 緩和ケアの提供と財源に関する医療システム
2. 人々の緩和ケアニーズを測定するシステム
3. 死亡場所
4. 緩和ケアに関する国や地域の政策
5. 緩和ケアに関する法律
6. 緩和ケアとその実施に関する保健計画
7. 国・地域の緩和ケア協会
8. 緩和ケア資源の数と説明
9. 緩和ケアを提供または受給するバリアとインセンティブ
10. 緩和ケアの教育と専門化
11. 緩和ケア機関におけるボランティアの役割とボランティア養成
12. 研究(国・地域の研究計画、財源)

<http://www.europall.eu/project-group-members/malteser-krankenhaus-palliativ-mezizin-bonn/birgit-jaspers>

また、質の国際指標として51項目が開発・認証され、欧州諸国の実践モデルを定義づけているが、緩和ケアの発展に関しては、ヨーロッパで共通の課題がある。

第1点は、金銭的・物的資源不足である。これは官僚政治体制と政治的不安定さが原因である。

2番目にオピオイド処方に関する問題として、非常に厳しい手続き、また否定的なステレオタイプのある考え方があるということである。国によっては法外な価格となっている。

3番目は、緩和ケアの社会的な認知度が低いことである。また、政府の緩和ケアへの認識が疾病重視の「治療」モデルであり、患者重視の「ケア」モデルとしての認識が薄い点である。

4番目としては、医学部・看護学部でのカリキュラム、緩和ケア、教育・養成プログラムの不足である。

EUROPAL : 質の国際指標

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● 緩和ケアサービスの定義 ● 緩和ケアへのアクセス
アクセスと供給力
時間外診療
ケアの継続性 ● 基礎構造
インフラ
ケアに関する情報
ITシステム ● アセスメントツール ● 人材
チーム
スタッフ教育及び研修
情報共有
ケアの編成
サポートシステム | <ul style="list-style-type: none"> ● 臨床データの記録
カルテ
タイムリーな記録 ● 質と安全
質に関する方針
有害事象の報告
苦情処理 ● 臨床活動報告 ● 全国・国際
国の緩和ケア政策
ガイドライン
医療保険政策
緩和ケアネットワーク ● 緩和ケア研究 ● 緩和ケア教育 |
|--|---|

EAPC Congress 2010 Glasgow P159 Abstract reference number: A-238-0016-00564

■ フランスにおける看取り

1) レオネット法

フランスではレオネット法が議会で2005年に採決され、2006年の2月に施行された。このレオネット法は、終末期患者の権利に関する法律で、終末期に対してフランスの人々が表明している不安に応えるものである。

つまり、苦しむことへの不安、自分の意思を表明できないことへの不安、アグレッシブな治療を受けることへの不安、見捨てられ1人で死んでいくことへの不安である。

「レオネット法」は患者の意思の尊重(自律の原則)、患者及び代理人の情報の必要性、人間の尊厳、痛みの緩和、治療の中止や治療の拒否の際は必ず緩和ケアの確立が伴っていないといけないという原則、価値観に基づいている。

また、医療における意思決定に関する手続きを課している。治療を中止または制限する決定は合議制で行わねばならず、議論での決定事項は医療ファイルに記録することが義務づけられている。

「レオネット法」の主な条項

- 1 不合理な執拗さの拒否
- 2 患者による治療の拒否
- 3 成人であれば将来自らの意思を表明できない場合に備えて「事前指示書」を書くことができる
- 4 自らの意思を表明できない患者の治療を制限・中止することができる(合議制による)
- 5 ダブル「効果」の原則(命を縮め、苦痛を軽減):
終末期の患者の苦しみと、その患者の命を縮めなければ軽減することができないとわかった場合、医師は患者と家族にその旨を伝えなければならない
- 6 尊厳の保護
- 7 国際的倫理原則の保護:
自律の原則・慈善の原則・「悪意」がないことの原則

2) フランス緩和ケア学会の勧告

フランス緩和ケア学会では、「緩和ケア学会の勧告」として10の質問項目を設け、その内の3項目以上「Yes」であった場合には緩和ケアを利用するよう勧めている。

フランス緩和ケア学会の勧告 - 10の質問項目

- 1 現在の知識では治る見込みのない疾病を有する
- 2 予後悪化因子が存在する
- 3 疾病の進行が急速である
- 4 患者または親族が緩和ケア及びサポートを要求している
- 5 第一線の治療を実施しても、症状が持続する
- 6 患者・近親者に心理的な脆弱性要素が認められる
- 7 患者・近親者に社会的な脆弱性要素が認められる
- 8 患者・近親者が、疾病・予後に関する情報を理解するのに困難を要する
- 9 医療チームのケアの一貫性に疑問点又は矛盾がみられる
- 10 以下の点において対応に疑問点が見られる：治療の拒否、治療の制限又は決定、安楽死の要請、価値観の対立の存在

3) 緩和ケアの拠点とベッド数

フランスの「緩和ケアに関する拠点」は緩和ケアユニット(USP)、緩和ケア移動チーム(EMSP)、緩和ケア認定病床(LISP)、在宅入院サービス(HAD)、緩和ケアネットワークという種類がある。

緩和ケアの2008～2012年国家計画の中間時点での緩和ケアのベッド数は、計画前の2,000から6,000に増えた。現在、緩和ケアのユニットの数は107で、病床数が1,176、緩和ケア移動チームが353、緩和ケアの認定病床が4,826(施設数1,164)である。

■ 日本と欧州諸国の看取り比較

ILC-Japanの「理想の死と看取りに関する国際比較調査」の結果に基づき、日本と欧州諸国の調査結果を報告する(事例と調査項目については4～5ページ参照)。

1) 文化的相違

まず、個人の死生観において日本と欧州諸国に大きな相違が見られた。日本は死について80%以上の人がふだんか

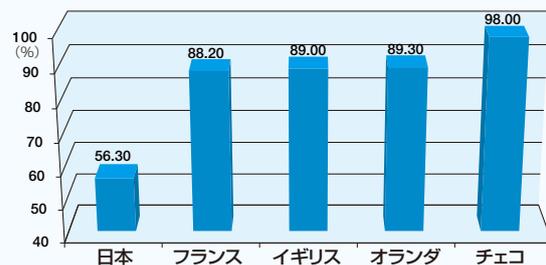


図2 理想の看取り：会話ができなくても、できる限り長い時間をともに過ごしての看取り
■ 「とてもそう思う」+「ややそう思う」計

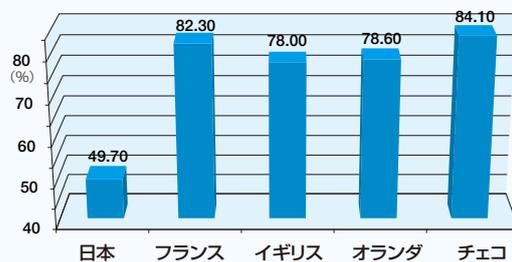


図3 理想の看取り：患者が信仰する宗教ないし文化的な儀礼に合う看取り
■ 「とてもそう思う」+「ややそう思う」計

ら考えているのに対し、欧州諸国は24～50%程度であった。また、死への不安や恐怖については、日本は48%であるのに対し、フランス、イギリス、オランダは20%以下であった。

次に、配偶者や近親者への理想の看取りについては、「最期にともに時間を過ごしたい」、「可能な限りの医療や介護を受ける環境を整えたい」、「患者が最期に苦しむ時間を短くしたい」、「患者の宗教・文化的儀礼に適った治療をしてほしい」といった点で日本と比較して欧州諸国の方が「はい」と答える割合が高い。特に、「最期にともに時間を過ごしたい」と「患者の宗教・文化的儀礼に適った治療」については、日本は「はい」と答えている割合が約50%程度であるのに対し、欧州諸国は約90%である(図2、3)。

2) 末期ガンの患者Aさんの場合

「誰が治療や看取りの方針を決定するか」ということについて、末期ガンのAさんの場合、その議論の主導権を持つのは理想としては「Aさん本人」というのが各国共通が多い。しかし、実際に主導権をもつ人については各国でバラつきがある。

また、Aさんへ実際に行う対応の基本方針としては、「痛みをコントロールを行う」と各国ともに答えている(図4、5)。

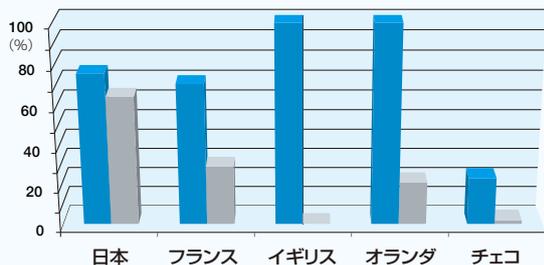


図4 Aさんのケースにおいて、今後の治療や看取りの方針を決定するための議論の主導権を誰が持つことが「もっともふさわしい」と思いますか？
 ■ 「ふさわしい人」=Aさん
 ■ 過去の経験を踏まえた「実際の主導権」=息子

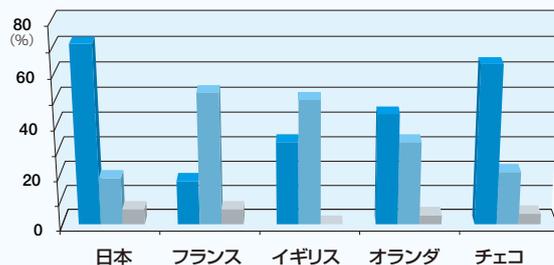


図6 これまでの経験も踏まえ、Bさんへの対応の基本方針として、実際にとる選択はどれと考えますか？
 ■ 人工栄養補給 ■ 現状を維持 ■ リハビリテーション

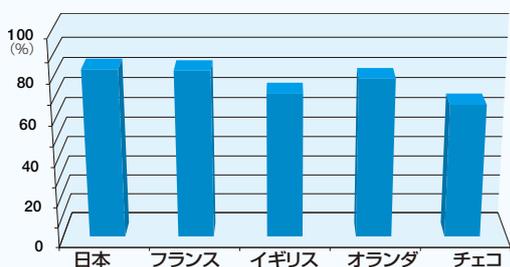


図5 これまでの経験も踏まえ、Aさんへの対応の基本方針として、実際にはどのような選択をすることになると考えますか？
 ■ 痛みのコントロールのみ(積極的な治療なし)

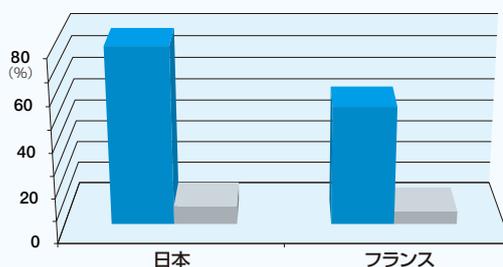


図7 Aさんにとって終末をどこで迎えるのがふさわしいと思いますか？(「自宅」の割合)
 ■ 理想 ■ 実際の場合

3) 認知症のBさんの場合

「Bさんは終末期かどうか？」と聞くと、「終末期である」と答えたのは日本39%、フランス71%、イギリス75%、オランダ37%、チェコ44%で、国によって違いが出てくる。

また、Bさんに関して、実際にとる今後の対応の基本方針については、日本では「人工栄養補給」が推奨されている一方、フランス、イギリス、オランダでは少なくなっている(図6)。

この理由として、フランスではBさんをまさに終末期であると判断するため、レオネッティ法が適用されるからである。つまり、患者が末期疾患で緩和ケアを受けている場合、執拗な治療及び栄養補給は推奨されないのである。

ただし、水分補給は点滴や皮下注射により実施する。

4) 死を迎える場所

フランスでも日本でも末期がんのAさんにとって終末を迎えるにふさわしい場所は自宅(フランス52.9%、日本79.2%)が多いが、それは実現できていない(フランス5.9%、日本8.2%)。両国とも理想と現実の間には非常に大きなギャップがある(図7)。

フランスでは、58%が医療機関で死亡するというのが、この30年間ほぼ変わらない。在宅での死亡は27%、老人ホームは11%、路上では2%である(社会問題観察総局IGAS報告書2010)。

しかし、これには地域差がある。フランスの南部はイタリアと似ていて、医療機関での死が少ない。逆に北部の場合には在宅の死は少なく、イギリスと似ている。

■ 看取りの今後の展望

フランスでは緩和ケアに関して前向きであると言える。2011年1月に行われたあるフランスの世論調査では60%が緩和ケアの発展を望んでいる。つまり、安楽死の合法化より緩和ケアのほうが良いと考えているという結果が出ているのだ。52%が、安楽死法は「悪用のリスク」につながると考えている。57%は、患者の同意なしに安楽死させられる可能性を懸念している。また56%は、弱い立場の患者が安楽死を受け入れるよう圧力をかけられる可能性があると考えている。

これは以前の調査結果とは大きく異なる。2010年にフランス世論研究所が、安楽死の問題について調査したときは94%が安楽死に賛成となっていた。ただ、この時点では「緩和ケア」には触れていなかった。

長い時間がかかると思われるが、一般の人たちに緩和ケアについての認知度をあげること、またさまざまな専門家を育成することが今後必要と考える。

comments

ILCではセミナー参加者に「看取りと死に関するアンケート」を依頼した。寄せられた貴重なご意見をここに掲載し、看取りという大きな課題を考える参考とさせていただきたい。
ご協力くださった方々に、改めて感謝いたします(掲載は匿名希望以外 50音順)。

アンケート項目

1. 日本の看取りの現状について、最も大きな課題はどのようなものとお考えでしょうか?

【最も大きな課題】

2. 今後、日本における看取りはどのような方向を目指し、私たちはどのような行動を起こすべきであるとお考えでしょうか?

【目指すべき方向性と起こすべき行動】

青柳親房

社会福祉法人こうほうえん東京事業本部長

1. 最も大きな課題

- 看取りを含む在宅療養を前提とする医療が行われていないこと(末期ガンなど一部を除いて)。
- 辻彼南雄先生がかねてよりご指摘のように、「死を見据えた医療」、「要支援・要介護になることを前提とした医療」を医学教育のレベルから組み立てることが必要ではないかと思えます。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

日本版「レオネッティ法」の制定をめざすことも必要と思えますが、何よりも認知症は誰にでも訪れる病であり、その進行の過程でその人らしい人生を送ることができる環境を作る一助となりたいと思います。

「より良き生」が「より良き死」につながっていくことが、広く国民の共通認識となることを目指します。

天本 宏

医療法人財団天翁会理事長

1. 最も大きな課題

本人自身が考え、話し合う場・機会を増やし、想定し、自分で考え、自分で行動していくことが重要。その本人の意思を周囲が受け入れていく風土づくりも必要。

病院での孤独死が多い現状をもっとみんなに理解していただき、家で一人で最期の時を過ごせるような環境づくりが必要。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

Cure in HospitalからCare in Communityへ。

地域医療、一次医療の形態を変容しなければならない。

協学、協働といった一人ではなく、組織的対応としての一次医療体制を医療人自ら変容していくべきである。

岡本多喜子

明治学院大学社会学部教授

1. 最も大きな課題

多くの方が、住みなれた「我が家」で死を迎えたいと願っているにも関わらず、その思いが実現しないのは、「生あるものは、いつかは死を迎える」ことを肯定できない感情があるためだと思います。それは、これまでの日本社会の中にあった、「不可能を可能にしていくことこそが人類の進歩である」という感覚によるのではないのでしょうか。進歩は評価すべきことですが、その進歩は何を目的としているのか、どこに向かっているのか、弊害は生じないのかなどを検討することなく、進んでいったのではないのでしょうか。

そして、日本社会の仕組みが「我が家」での死を困難にしていることも事実です。往診してくれる医師が不足している、死が近づいていく人と生活を送ることへの不安、死を回避する方法をとらないことへの罪悪感、周囲の人々から批判されるのではないかという不安、警察による検視が行われる可能性があることへの対応などが、「我が家」での死を迎えにくくする要因としてあげられるでしょう。さらにこのような現状を考えると、死を迎える人にとっては「我が家」での死を望むことが家族に負担をかけるのではないかという心配もあるでしょう。

死は医療の敗北ではないこと、生の連続線上にあるものだということを再度認識することです。もちろん、このことは助かる命を見捨てることでも、医学の発展を否定するものでもありません。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

自らの死をどのように迎えたいかを、周囲に話すことだと思います。どのように死を迎えたいのかをもっと自由に話せる雰囲気、日本社会全体につくることです。高齢者や終末期にある方だけではなく、多くの方が死を語ることをタブー視しないことです。死を語ることは生を語ることに繋がるはずですが。多くの方が死を語ることで、自死を考えている方への支援も可能になるのではないのでしょうか。

死への不安は、死の過程への不安と置き換えることも、一部は

可能ではないかと考えました。そこには痛み、苦しみ、意識の混濁、外見の変化などの恐怖があるのかもしれませんが。これらの恐怖のある部分は、現代医学で解決できるはずです。その事実を知ることです。

支援を行う側は、死を迎える方の希望をできる限り叶える努力をすることでしょう。看取り期間をどの程度に考えるかにもよりますが、死が数日後に迫っている場合と、3か月程度のゆとりがある場合とでは支援者との関係は異なると思います。しかし基本は、死を迎える方の希望が叶うように、穏やかさを中心とした支援を提供することだと考えます。

なかにはどのような手段を使っても、少しでも生きたいと希望する方もいるでしょう。その場合の医療費の増大をどのように考えるかは、難しい問題です。一律に費用のかかる高度な医療の提供を禁止するような方法は望ましくないと考えます。医療を広い意味での生活支援と捉えようと、死を迎える方の生に対する考え方によるのでしょう。

急いで整備すべきことは、人が最後に行える自己決定といえる死の迎え方を、自らの意思で決定できることを認める社会システムを構築することだと考えます。

岡本峰子

ジャーナリスト

1. 最も大きな課題

- 看取りが生活のなかからすでに遠くなり(看取り文化の消失)、家族も医療者も亡くなる時には病院医療のような「医療」が必要だと信じていること。人間は死亡率100%であることを、見失いがちなこと。
- 人が亡くなるときには、少し容体が行き来しながら次第に悪くなっていく例が多いが、在宅では家族が様子の変化に不安になって救急車を呼んでしまうことが多いと聞いている。ただ、みにいく、家族の不安につきあう医療者(在宅医、訪問看護師)の存在が不可欠なのに、多くの地域で24時間365日態勢がとれていないこと。それだけの人数もないこと。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

- すべての人が住み慣れた地域で穏やかに老い、安心して逝けること。どんな重い病や障害を抱えていても、最期の瞬間まで自分らしく輝けること。
- 輝くということは身体的自立ではなく心の自立。どんな状態でも「自分の力」を持っており、心に寄り添う人々がいれば、それは発揮されること。
- これらを実現するには、地域づくりが要だと考える。

- 医療面では、訪問看護師を4倍にする(欧州並み)。医師の指示で動く看護師ではなく、患者の生活・人生の視点から「提案」ができる看護師を育てること。医師は、医療をどれだけうまく具合に我慢できるかという力を磨くこと(医療を施さずに患者家族を安心させるには、対話力が必要)。
- 地域で見守る人、ちょっと様子を見に来る人、食事をつくってくれる人がほしい。ただ、人は見守るだけの「ボランティア」ではなく、互いの人生の交差の上に存在する。
- そのためには、面的な地域づくり。医療介護職でがんばるのではなく、文化教育産業自治体と、地域にいる人たちが網の目のように顔を知り、結び付きがあること。
- 患者と人生をともにしてきたご近所友人との縁を切らないような、住み替えの工夫がある(都会近郊の息子夫婦の近くに呼び寄せない。遠くの施設に入れない)。
- 亡くなる前に人は、自分の人生や家族との和解を求めている。これらの思い残したことを調整して和解に結びつけるコーディネーターがほしい。

木村 敦子

上智大学名誉教授アルフونس・デーケン秘書

1. 最も大きな課題

超高齢社会に突入した現在の日本においては、患者さんの状況に合わせて選択できる体制づくり、つまり病院・ホスピス・緩和ケア病棟・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション・介護療養型医療施設・介護老人福祉施設などが相互に補完し合っで連携する、包括的な高齢者医療・福祉サービスのネットワークおよび患者、そして家族への相談体制を構築することが急務だと考えています。

* 2011年9月、デーケンが主宰しました、カナダでのホスピス視察において、カナダのCommunity Care Access Center (CCAC) - Torontoの活動が大変参考になると思います。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

死について一人ひとりがより深く見つけ、考えることが必要ですが、そのためには、生涯教育として「死への準備教育 (Death Education)」が望まれます。そのまず一歩として、病院内で「患者教育(Patient and Family Education)」を行い、病气、治療への理解を進め、不必要な不安を取り除き、家族へ悲嘆教育(grief education)も併せて行われれば、死への考察が深められ、より良い看取りへとつながられるのではないかと思います。

* Toronto General Hospitalで行われているPatient and Family Educationがとても参考になると存じます。

comments

木村利人

恵泉女学園大学学長

1. 最も大きな課題

最も大きな課題は「バイオエシックス教育」の展開にあると思う。

看取りに関わる様々な課題のルーツと取り組むために、私たちは国際的ないのちの尊厳・健康権の動向をふまえて、日本の社会、文化、思想、倫理、政治、経済などそれぞれの学問の領域をこえた相互協力と理解の中で、一人の人間としての「自己決定」を尊重するバイオエシックスの考え方が、医療の変革にとって大きな意味を持つことを確認したい。

「バイオエシックス教育」が初等教育から始まって大学、そして医療専門家はもちろん、患者グループや家族のための教育・情報交換などへと展開されれば、その活動の蓄積（既に特定疾患では患者会などがあって積極的に活動している）には実践的にも大きな意義がある。

今年（2012年）の大学センター入試「倫理」の問題にも「臓器移植」や「胎児診断」など、バイオエシックスの問題が取り上げられたことは注目されるし、ここ数年来、医師国家試験の出題基準（公開されている）にも患者の人権、医の倫理等が明示され、日本の医療文化も「患者中心」の方向へと大きな変動期にある。今回のようなILCの企画による国際的なワークショップに加え、専門的な学会や医師会、大学・研究機関などと協働したILC・看取り研修会などを幅広く日本各地で展開していく必要がある。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

辻彼南雄先生の「ライフケアシステム」が行っている看取りへの取り組みは、非常に重要なものである。

適正な規模の人数の患者をサポートし、患者と医師との親しい信頼関係の中で、基本的には在宅の患者と家族によって支えられた日常的な健康管理と医療、そして看取りの実践がなされていることにより、正に日本の未来におけるあるべき看取りの姿が先取りされていると思われた。

このような「ライフケアシステム」が、それぞれ医療サービス機関として独立して機能しつつ日本の各地で展開され、それが大きな一つのネットワークでつながり、やがて全国組織が形成されることになれば、それぞれの地域における「病院ケア」が「在宅ケア」へと変革される可能性もある。去る、2月10日には中央社会保険医療協議会が診療報酬の改定内容を答申したが、患者宅での看取りや緊急時・夜間の対応などの報酬を手厚くし、在宅医療の充実を後押しすることになったことについてもバイオエシックスの観点からは積極的に評価したい。

日本の各地における「在宅ケア」の積極的なサポート体制作

りのための地元（患者・家族・医療機関等）との協力や医療・看護分野で献身的な使命感を持った看取り専門のスタッフの養成が必要となる。

京極 高宣

社会福祉法人浴風会理事長

1. 最も大きな課題

一方で在宅での看取りの条件整備が不十分であることと、他方で病院での過度な終末期医療が存在することの狭間で、本来のあるべき姿が見えにくくなっている。国主導でなく有力な関係者が協同で方向性を探るとよいと思われる。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

既に1. で回答したように、家庭ないしそれに準じた住まいで、ソーシャルワーク機能を生かした看取り体制が望まれる。

袖井孝子

お茶の水女子大学名誉教授

1. 最も大きな課題

現在の日本では、三世帯世帯の減少や地域の人間関係の希薄化によって、日常的に死に接する機会が少なくなる一方で、テレビやゲームには非日常的で異常な死が頻繁に登場します。人は老いて死んでいく存在であることを子どもの頃から知っておくことが、自分らしい死の準備へとつながっていくでしょう。死の準備教育の必要性をデーケン先生が何十年も前から提唱していらっしゃいますが、その必要性はますます高まっています。

患者、家族、医療者それぞれの間のコミュニケーション不足や信頼関係の不足も、安らかな終末期を迎えることを困難にしています。とりわけ医師には、相手の立場に立って十分な説明ができるようなコミュニケーション能力を身につけてほしいものです。医学教育の見直しが絶対に必要です。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

死に対する考え方は、個人の価値観によって違っています。その人らしい尊厳のある死を実現すること、そして本人や家族が満足できるような「満足死」や「平穏死」の実現が望まれます。私もメンバーの一人である日本老年医学会の倫理委員会は、2012年1月末に「高齢者の終末期医療およびケアに関する立場表明」を発表しました。そのなかでは、「医療からの撤退もありうる」ことを明記しました。過剰医療を避けることの可否について、専門家だけでなく一般市民の間でも議論を巻き起こす時期だと思います。

染谷 淑子

東京女子大学教授

1. 最も大きな課題

過度な終末期医療がみられる場合もあること。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

終末期医療に必要以上の延命がなされていることが問題であることがある。しかし、「もうどうせ長くない」という判断で病院に入院させると、1週間で寝たきりになる。または状況が悪化することが多く起こっている。

「手が足りない」「どちらにしてももう高齢だ」という背景があるにしろ、何のための入院なのかを病院側は真剣に受け止めて欲しい。

えた介護者は、「早く死んで欲しい」とさえ言い始めている。韓国の李先生とお話して気づかされたが、両国とも介護労働・責任が多く娘の肩にかかっていることも見逃せない。

日本の病院では、簡単に安易に胃ろうをつけ、口腔ケアなどのリハビリもせず、ついに本当に口からの摂取がダメになってしまう。看護師の労働を軽減するために、すぐおむつや導尿をするのと同じだと思う。ことほどさように、患者の基本的な生活の質を確保せずに、終末期の看取りだけが理想的にいくわけがない。プリウー先生の言われた「教育・訓練」は欠かせない。長谷川先生のお言葉通り、「モデルなき挑戦」という心構えで、各方面が金勘定を抜きに基本に立ち返って考えていく問題だと思う。

高見澤 たか子

ノンフィクション作家

1. 最も大きな課題

国民の多くが家で看取りを希望しているにもかかわらず、医療・介護の体制がこの多死社会の実情に追いついていないことが、まず大きな背景としてあると思う。

かつてはそれぞれの家庭が、かかりつけ医を持ち、子育て・老人介護、その両面でよきアドバイザー役を果たしていた。

現在、かかりつけ医は「町医者」としての地位に踏みとどまり、例えば訪問診療などを行ってきても、いざとなると病院へ送り込み、病院との連携も悪い。

介護保険で医療と介護の連携が叫ばれ続けながら、その連携が入院で途切れるように、病院に囲い込まれると、かかりつけ医も家族も病院の論理に従わざるを得なくなる。

難しい高齢者の看取りは家族側に介護の支援があまりないことから、いっそう複雑になり、また病院医の死への準備、いざない、穏やかな死についての認識のなさが、患者の最期の生活の質を大きく損ねている。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

胃ろうの問題を含め、「マニュアルがあれば便利」という考え方が広がりつつあるが、安易なマニュアル作りは、大変危険だと思う。むしろ今回のフランスのレオネッティ法が紹介されたが、病院医以外の医師の意見も求める合議制の方向へ進むべきだと思う。

今、介護家族の負担が重く大きいために、要介護の病人を抱

辻 彼南雄

ライフケアシステム代表理事 医師

1. 最も大きな課題

自分の死や家族の看取りの時期が100%やってくることを知ろうとしない人が圧倒的に多い。それを指摘する医師などの専門家も少ない。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

高齢者や病の人が死にゆくときも、最後までその人らしく扱われることは基本的な人権であると訴えていくこと。すべてはそこから始まるのではないだろうか。

長谷川 和夫

認知症介護研究・研修東京センター名誉センター長 医師

1. 最も大きな課題

最も私たちに欠けていることはいのちの終わりを考えることです。よりよく生きることは、よりよく死ぬことにつながります。この世を去ることはどの年齢にあっても起こることですから死生学こそが大切だと思います。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

今後の超々高齢社会は多死社会とも言えます。病院中心、施設中心での看取りから在宅で暮らしをしている当事者に看取りの医療とケアを直接サービスすることが主流にならなければなりません。そのためには、人材の育成、連携への習熟、ガイドラインの整備などそして国民的な議論を活発にしていけることが期待されます。

comments

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
箕岡医院内科医師

1. 最も大きな課題

- 1 自宅での看取りの医療環境整備が不十分（訪問医療が十分ではない、在宅ホスピスが普及していないなど）であること
- 2 終末期医療のための事前指示書が普及していないこと
- 3 過剰な終末期医療が見られる場合もあること
- 4 本人および家族と医療・介護関係者のコミュニケーションが不十分な場合があること
- 5 「死は最も避けるべきもの」という死生観がみられる。そのため、自らの死を見つめて深く考えたり、心の準備などをする習慣がないこと
- 6 家族構成等の変化による介護力の低下がみられることなどが重要な課題だと考えます。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

本人意思の尊重→そのためにはまず「ご自分の願望は尊重されますよ(自分のことを自分で決める権利がありますよ)」ということの周知。

そして「自分の最期の生き方を一度考えてみましょう」という社会的啓発活動が大切であると考えます。

大変に難しいことですが、地域におけるサポート体制づくりも重要なことです。

実際のベッド数で考えると、在宅に移行しなければならないのは統計上明らかなことでもあります。

宮武 剛

目白大学生涯福祉研究科教授

1. 最も大きな課題

過度の「病院・施設頼み」の歩みと在宅医療・介護の遅れ。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

地域ごとにその特性に応じた在宅、在宅に近い環境(ケア付き住宅等)での看取りを進め、「病院信仰」をひとつひとつ取り除いていくほかないと思います。

匿名希望

大学教員

1. 最も大きな課題

とても難しい問いです。

“最も”ということであれば、急速な高齢化による多死時代に向けて、ゆっくり準備している暇がないことでしょうか。

自宅や医療機関以外においても看取りの場面がより多くみられるようになると思われます。余り時間がないなかで、個人が、社会が、どのように準備していくか。

また、“死”は、高齢者のみに訪れるものではなく、いつどのタイミングでその時を迎えることになるかを、各人が選ぶことはできません。ここでは、“看取り”を高齢者のことに限定していますが、そんなに先のことではない、と一定の年齢になったら一人ひとりが意識しておくこと、準備しておくことも必要かもしれません。

医療従事者は、専門職になるための基礎教育の中で、疾病の治癒に向けて対象に働きかけることを主に学びます。安らかに死を迎えるためにはどのようなケアが必要とされるのか、医療従事者にはどのような支援ができるのか、といった教育も必要かもしれない、と思います。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

難しい質問です。

“私たちが国民全体を指すとすれば、一人ひとりが、“老いる”ということがどういうことか、を学ぶ機会も必要かと思います(“死”を高齢者に限定した場合の発想ですが)。

また、看取りの場所やどのように看取ることができるか、看取られることができるか、は、事前にどんなに準備をしてもそのとおりにならないこともあると思います。看取りにおける選択肢を多く準備しておくこと、例えば、自宅だけではなく施設での看取り、急にその時が来た場合の看取り、看取った人への対応など、どのような場合にも対応できるような準備を、個々人とともに社会全体でしておくことが必要なのかもしれません。

匿名希望

ジャーナリスト

1. 最も大きな課題

最大の問題は、在宅での死を希望しながら、大半は医療機関で亡くなっているというギャップだと思います。

具体的な課題としては、

- 在宅での看取りの条件整備が不十分（訪問医療が十分ではない、在宅ホスピスが普及していないなど）であること
 - 家族構成等の変化による介護力の低下がみられること
 - 終末期医療のための事前指示書が普及していないこと
 - 自らの死を見つめてその準備をする習慣が定着していないこと
 - 過度な終末期医療がみられる場合もあること
- などかと思っています。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

1で回答したギャップを本気で埋めていこうとするのであれば、在宅医療の拡充はもちろん、地縁、血縁にたよるだけでなく、友人、仲間、仕事縁など、様々な新しい絆づくりを後押しする環境づくりが、何より重要だと思います。

課題にも「家族構成の変化による介護力の低下」を挙げましたが、この変化は戦後日本人が自ら選びとってきた「変化」であると言えるでしょう。

旧来は血縁や地縁は、その共同体が抱える乳幼児や高齢者など「弱者」の担当者の役割を担ってきました。しかし、近代社会は個人主義の追求と相まって、個人を束縛し共同体に留まらせようとする力を弱めること、つまり共同体の解体に向けて邁進してきました。子育ての困難さや在宅死が難しくなったのは、必然的な結果ともいえるでしょう。

このままの状態では、医療、看護サービスだけを充実させれば、家族など「担当者」がいる人と、担当者もお金もない人との間で、最期を迎えるにあたって受けるサービスの格差が広がりがねない。ただ、現実に急速な少子高齢化が進行する中では、いったん解体した地縁や血縁による共同体の再生は、決して容易なことではありません。

だとしたら、これら旧来の縁に頼るだけでなく、各自が自分の死に方を思い定め、その思いを実現してくれる「新しい担当者」となりうるような、友達、仲間、仕事縁、弁護士、行政、近所、第三者などの存在を認識し、その関係を新たに作り上げること、そしてそのようなつながりを見つけられる環境づくりを、もっと積極的に後押ししていく必要もあるのではないかと思います。

匿名希望

医師

1. 最も大きな課題

日本の看取りに関する問題は多岐にわたり、例えば医の倫理や死生観に関する問題も見逃せません。しかし実際的な問題を一つだけ挙げるとなれば、費用の問題が大きいと思います。

日本の高額医療費制度は未だに入院時の費用負担軽減をその中心に据えており、実際の医療費がより低額の通院治療の方が、患者さんの自己負担が増えてしまうというパラドックスがあります。

例えば食事代や入浴などのサービスは入院していれば医療費の範疇ですが自宅にいれば全て自己負担です。通院にかかる交通費や人件費も大きいです。

ベッドや喀痰吸引器などのレンタル料も高く公的補助がほとんどないため、病院に入院していれば不要な費用が、自宅にいれば膨大にかかります。

そのためお年寄りや末期ガン患者が自宅で介護を受けながら通院や往診で医療を受けると、家族の労力や時間などの負担が増えることに加えて経済的負担が膨大なため、本人にとっても家族にとっても自宅で生活するメリットがなく、どうしても入院という選択をせざるを得なくなります。

自宅で療養する患者さんとその家族に対して何らかの金銭的インセンティブがあれば、自分の希望通りに自宅で最期を迎えられる人が増えると思います。

2. 目指すべき方向性と起こすべき行動

医療制度を大幅に見直し、自宅で過ごしながら介護と通院あるいは往診での診療を受けることが、経済的に保証されるようにする必要があります。

またそうすることで、現在の膨大な、しかも年々増え続ける医療費を、より有意義な用途に割くことができるようになるのではないのでしょうか。

そのような法整備のために、行動を起こすべきではと考えます。

今から30年前の1981年、「日本の条件『医療』3部作」という番組がNHKで放送された。約3年にわたる国内外の徹底したリサーチと、丁寧な取材の積み重ねで作られた番組は、放映時に大きな評判を呼び、医療問題における古典的な番組として現在も高い評価を得ている。

関わったスタッフ延べ100名に上る一大プロジェクトのテーマは、「あなたの明日を誰が看る」であった。

「看る」と表記することは、大激論の末決まったという。

きたるべき日本の高齢社会における最大の課題は、「看る」に象徴される介護と終末期の問題であることを予見し、270分にわたる番組を通じてその課題と将来の在り方を鋭く指摘した当時の制作責任者行天良雄氏に、30年後に改めてお話を伺ってみた。行天氏の問いかけになぞらえれば、『わたしの今日を誰が看る』のだろうか？

『あなたの明日を誰が看る』から30年

今 私が思うこと

行天良雄 医事評論家

——先生がNHK時代に制作された『あなたの明日を誰が看る』は、国際的な視点から日本の医療とそれを支える医療保険制度を扱ったものとして、制作当時大きな反響を呼んだだけでなく、今日でも日本の医療保険制度を語る上で欠かせない番組となっています。

1981年の放送ですから今から30年前、制作当時の問題意識はどのようなことだったのでしょうか。

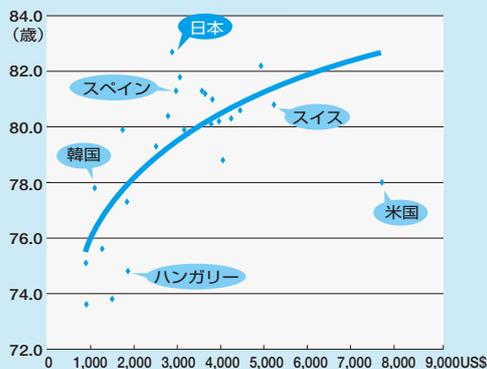


図1 OECDにおける1人当たり医療費と平均寿命 (2008)
OECD, Health Data, 2011

行天 ● 当時は1961年に日本が皆保険制度になってからちょうど20年という区切りの年でしたが、制度の定着と並行して、その課題も指摘されるようになってきていました。言いかえれば、誰もが保険証一枚で、日本中どこでも同じレベルの医療を、しかも安価で受けられるという、無保険時代には考えられなかったような「ありがたさ」にもすっかり慣れてきて、次第に制度への不平や不満が生まれてきたわけです。

同様に医師の側も、保険制度の導入に

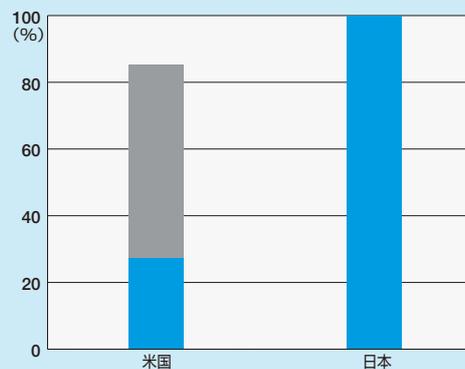


図2 医療保険加入率
OECD, Health Data, 2009

よって安定的な収入が確保され、患者がくることが当たり前、という感覚になっていました。

番組では、日本の医療保険制度の検証を海外との比較で行い、その課題を整理し、解決のためのお手本はどこにあるかを探ろうと考えました。事前のリサーチに2年から3年をかけ、様々な国の現地スタッフや専門家の協力を得て取り組んだプロジェクトでしたので、延べでは100人以上の人が関わっていたと思います。

事前調査で各国の保険制度の実態や成果とその課題などを整理し、参考になりそうなところを取材しましたが、主な国はアメリカとフランス、イギリスとイタリアでした。

——印象に残ったことをいくつかお聞かせいただけますか？

行天 ● 様々な現場に入りたくさんの経験をしました。86歳になった今の私の心に強く残っている光景は、イギリスとアメリカのホスピスです。

イギリスでは、ホスピスの生みの親と言われるシシリー・ソンドースの施設に行きました。お国柄でしょうか、私の印象ではいささか暗くて堅い感じで、ここで死を迎えるのはちょっと悲しいなと感じました。

アメリカではコネチカット州のカトリック系のホスピスに行きましたが、施設の大きなガラス窓から差し込む日の光がまぶしいくらいに明るかったことと、ホールで行われていたコンサートで、エール大学グリークラブの学生たちが歌っていた美しい歌が、「私はもうすぐ死んでゆく」というような内容だったことに、とてもびっくりしたことが忘れられません。

当時日本では死期が近い患者は「面会謝絶」で、家族ですら病室に入れないような状態でしたから、患者の脇に若い学生ボランティアがだまって座って、じっと手を握っていた姿も心に残りました。

ただその施設には「叫びの部屋」という防音室があり、職員が自分の辛さを声にな

したり、置いてあるクッションを投げつけたりしてストレスを発散させていると聞きました。たとえあのように明るい雰囲気の中であっても、人の死に寄り添う仕事は決して容易ではないことを強く感じました。

アメリカにはそのようなすばらしい一面もありましたが、それらの施設での費用はすべて私費による民間保険の支払いですから、経済的に裕福でなければ入ることはできません。無保険者のおかれた状態と言えば、2008年に公開され大きな反響をよんだマイケル・ムーア監督の映画『SICKO』どころではない悲惨な現実も多く取材しました。

そこで感じたのは、アメリカでは努力をして金持ちになった人がいい医療を受けられるのは当たり前、努力しないダメなやつが他人の金で同じような医療を受けるなどともない、という考え方が強く根付いているということでした。

その後クリントン委員会が、なんとしても公的保険を入れたいと懸命なロビー活動を繰り返し、実情を調べるために来日し、日本と同じような制度を目指しました。しかし、民間の保険会社や病院連盟からの強力な反対と同時に、国民的な合意が得られずに結局は断念せざるを得なかったという現実は、私に1980年の取材当時のアメリカを思い出させてくれました。

このことは、現在のアメリカ大統領選でも大きな選択肢の一つになっています。



当時の海外取材で改めて日本の医療保険制度の素晴らしさを認識した

余談ですが、数年前にホリエモンだったかが「金持ちになって良い暮らしをして何が悪い」というようなことを言ったのを聞いて、ああ日本人は戦後60年かけてアメリカ人になってしまった、と感慨深いものがありました。

イタリアでの取材の印象は、医師の社会的な地位があまり高くないということでした。患者の女性が毛皮のコートを着たまま診察室に入り、医師が恐縮しながら聴診器を当

ているという光景には驚いたものです。

当時日本では、金持ち医師の贅沢ぶりや、素人に何がわかると何を訊いてもこたえないばかりか、時には怒鳴りつけたりする医師の傲慢さが目に余る、というようなことが言われていましたが、イタリアでは大違いでした。

——その長期にわたる事前調査と綿密な取材を経て出来上がった番組としては、いったい何を訴えることになったのでしょうか。

行天●先ほども申し上げたように、100人以上のスタッフが関わりましたが、全員の認識と結論は一緒でした。日本の医療保険制度は世界中どこにもない素晴らしい制度であり、お手本はないということ。だからこの制度を維持していくためには、日本人自らが努力していかなければならない、ということでした。

制度をよく知り、不断に検証し、時代とその必要により変化させてゆくこと、その覚悟を国民が共有できるような広報と啓発、教育活動を行っていかねばならないし、メディアはその先頭に立たなければならないという強い自覚というか責任感のようなものを、あの時関わった全員が感じましたね。

を持っていますが、あの時の我々の熱い思いは、残念ながら空回りしました。結局笛吹けど……誰も踊ってくれなかったと思います。正直なところ、右肩上がりの経済成長の中では、今日のような保険制度の破綻という認識が我々に薄かったことも事実ですが、日本人は国の宝とも言うべきこの保険制度を、健全に維持するための努力を30年にわたり怠り、先送りし続けてきてしまったと思います。

ただその苦い思いを脇に置いて、医療の世界の30年という視点で見ると、激変を遂げていることは事実です。例えば抗ガン剤など薬の進歩には驚くべきものがありますし、手術の方法や使われる機材などの質の向上にも、目を見張ります。

しかし、多くの人が漠然と感じているように、驚くべき科学の進歩が医学を含めた科学と、宗教や哲学の境界線を曖昧にしていました。はたして単純に「進歩」と言って良いかすらわからないような、大きな変化の中に21世紀の私たちは生きているのです。

先ほどから繰り返し述べているように、アメリカでは民間の保険会社の医療保険を買いますから、申請者の様々な条件により価格やサービスに大きな違いが生じます。わかりやすい例

で言えば、喫煙者や既往症によっては、保険の価格や受けられるサービスに違いがあります。

1981年の制作時に、巨大保険会社の凄まじいまでに冷徹なビジネスの側面を嫌になるほど見ましたから、『SiCKO』程度では驚きませんが、今や彼らは遺伝子レベルの情報にまで手を伸ばしてきています。つまり遺伝子レベルでは既に発ガンの確率を知ることができるようなものも出てきていますが、それを保険加入時の条件に加えることにより、申請を拒否することができるというわけです。

ビジネスとしての医療保険は、これからますます個人の遺伝子への関心を強めていくことでしょう。本人が知らないうちに、保険

私の原体験は皮肉なことに占領軍としてやってきたアメリカ将校たちとの出会いにある

完成した番組は3回にわけて放送し、合計270分にわたるものでした。

大激論の末タイトルは『あなたの明日を誰が見る』にしました。私自身がどうしても「見る」という言葉を使いたかったのですが、海外での取材を重ねる中で、単なる「治療」だけではなく「ケア」という考え方が、自然に身についていたのかもしれない。

——スタッフ全員の熱い思いの込められた番組は、大きな反響を呼びました。さてそれから30年経った今、どのような感慨をおもちですか。

行天●もちろん、番組の質には今でも自信

会社があなたの病気や寿命まで予測できることになるわけです。

——日本をアメリカのようにしてはいけないという行天先生の熱い思いの原点は、いったいどこにあるのでしょうか。

行天●皮肉なことに、私の原体験は占領軍としてやってきたアメリカ将校たちとの出会いにあります。

8月15日の私は千葉大医学部の学生でしたが、住まいのあった横浜周辺は一面の焼け野原で、学校へ行くどころではありませんでした。

とにかく食べるもの欲しさから、8月末に横浜に設けられた占領軍司令部で雑役として働き始めたのでした。

そこで出会ったのは、ハーバード大学の大学院で占領後の日本の経営政治戦略を学んできた、若きエリート将校たちでした。

彼らは「これからの日本を変えていかなくてはならない。病気が貧乏につながり、貧乏だから治療を受けられず、ますます病気がひどくなる、という悪循環の国にしてはならない」と熱っぽく語ってくれました。

敗戦国の国民に対する思い上がりなど全くない彼らとの出会いは、私のそれまでの人生観を根底から変えてくれるものでした。

その後ある考えから臨床に進まずNHKに入り、保健・医療・福祉一筋でやってきましたが、私の考え方の根っこには、あの時の彼らの理想に燃えた純粋な気持ち——「日本に医療皆保険制度を根付かせたい」という願いになんとか応えたかった、という思いがあります。

疾病対策のためには、医者が患者を診るだけでなく、パブリックヘルス(公衆衛生)の向上が必須という考え方も、彼らから学びました。当時は結核、寄生虫、栄養失調と精神病対策を重点的にやろう、という方針でした。

占領軍医療福祉部門の責任者だったサムス大佐は「アメリカのようにしてはいけない、日本人はもっと助け合い、支えあってい

く国にせよ」と繰り返し語っていたと聞かされました。

日本を社会保障の理想郷にしようとした彼らの夢は、朝鮮動乱をきっかけにしたアメリカの占領政策の大転換により、頓挫してしまいました。

しかし、撒いた種は死んではいませんでした。

その後厚生省の、やはり理想に燃えた官僚たちに引き継がれた国民皆保険の理念は、彼らのそれこそ寝食を忘れた努力により、1961年ようやく制度化されたのでした。

それから数十年たって厚生労働大臣になられた尾辻秀久さんは、父親を戦争で亡くし、まさに病気と貧乏の悪循環の中で苦労をなさった経験をお持ちでした。そのため、貧乏で医者にかかれない状態だけは、絶対に作ってはならないという強い信念をお持ちでした。

ただ、尾辻さんが大臣だった当時の、経済財政諮問会議の中心的な考え方は、まさに1980年当時のアメリカと同じビジネスの論理。尾辻さんが「医療」は競争や市場の論理には絶対なじまない、と孤軍奮闘で主張しても取り合ってもらえず、まるで1人で被告席に座っているようなものだった、と述懐なさっておられたことが忘れられません。

今の日本のこの姿を見たら、私に「助け合いの精神」の大切さを教え、その象徴としての医療皆保険制度導入に力を尽くしてくれた若きアメリカ人たちは、いったいどんな気持ちになるだろうか……とってしまいます。

——「見る」は単に治すだけでなく、ケアをして看取るというところまで含んだ言葉であることにこだわった先生が、30年前のご自身の問いかけに応えるとして、『わたしの今日を誰が見る』と思われませんか。

行天●誤解を恐れずに言えば、誰もいないと思います。

これだけ寿命が延びた日本では、看取り



を家族に期待することは現実的には不可能でしょう。

職業から紹介を頼まれることがよくあり、20年前までは名医や良い病院の依頼がほとんどでした。しかし今は良い施設を、というものばかり。もちろん友人知人の高齢化が一番の理由ですから、彼らの「願い」が大きく変化してきているのです。

どうしても治りたいというよりは、死ぬ時は安らかに……という気持ちの方が強くなってきているでしょう。

特に高齢者にとっては、「治療」による病気との闘いよりは、老化による様々な症状との良い折り合いの付け方が、はるかに重要な問題になってきています。

そのような社会構造と意識変化の中では、医療も最新技術を集中させる急性期への対応と、寿命を全うすることのサポートとの二極分化して整理する必要がある、と思っています。

60年近く医療に関わってきて、改めて思うことは「人は必ず死ぬ」ということです。当たり前なことじゃないか、とおっしゃるかもしれませんが、病気になっても、医者にかかって治療を受ければ、元通り元気になる、と思っている人は結構多いのですよ。

しかし、残念ながら医学も医師も万能ではありません。

また健康のためにあらゆる努力をし、どれだけお金をかけても、死だけは避けられないことを、私たちは理解しなければなりません。

どのような死が望ましいか悩むことができるのはなんと幸せなことだろう

だとしたら、単に病気と闘うだけではなく、自分の最期を全うするためにしておかなければならないことが、たくさんあると思うのです。

だからと言って、どうせ死ぬのだから何をしても無駄、ということではもちろんありません。

40代で最初のガンの手術を受けてから18年間で13回手術を行い、今も頑張って治療を続けている60代の方がいます。私は

彼を心から尊敬していますが、86歳の私の場合は、もしガンが見つかってもし一切の外科手術はせずに、病と寄り添いながら寿命を全うしようと思っています。

医療にとことん頼るもよし、ほどほどに距離を置くもよし、また出来るだけ頼らないという選択肢もあるでしょう。いずれにしても、自分の人生観と価値観を基に、どのような生き方・死に方を選ぶか。

これからはそういったことを、自分で考えて決めるという覚悟が、1人1人に求められる時代になってくると思います。

ところで、私の世代は戦中・戦後のあまりにも理不尽なたくさんの方の死を、身近で感じ続けてきました。また去年は東日本大震災がありました。

今の私は、生も死も所詮与えられた運命のなかの出来事でしかない、という思いにとらわれています。

生と死を分ける状況と時期など誰にも選べません。

諦念というかまた無常観とでもいうべき、日本人の魂の原点にあるものを、特に強く感じるようになってきました。

そのようなわけで、今までお話ししてきたことと全く矛盾するようなのですが、どのような死に方が望ましいか悩むことができるのは、なんと幸せなことなのだろうと思っています。

(2012.2)



●
長寿社会グローバル・インフォメーション
ジャーナル

Volume **18** Spring 2012
2012年3月29日発行

発行：国際長寿センター (ILC-Japan)
〒105-8446
東京都港区虎ノ門3-8-21
虎ノ門33森ビル8F
TEL 03-5470-6767
FAX 03-5470-6768
E-mail ilc-japan@mba.sphere.ne.jp
URL <http://www.ilc-japan.org>

編集：株式会社青丹社
印刷：大日本印刷株式会社

本誌掲載の記事・写真・図表等の無断複写（コピー）・複製・
転載を禁じます。

Cover Photo：写真提供：ノーリン・シバ、ジョン・キャンベル、
マリー・アンヌ・フリウー、小野庄一

〈老人保健健康増進等事業による研究報告書〉



**International
Longevity
Center-Japan**