

---

## 特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状 趣 旨

---

「終末期ケア」から連想されるイメージはがんであり、高齢者である。日本における死因の第一位はがんであり、75歳以上の後期高齢者は死亡者の3分の2を占めるので、両者のイメージが重なっても不思議ではない。だが、がんは子供を含めてあらゆる年齢で発症し、また女性の後期高齢者における死因のトップはがんでなく、心疾患である。すなわち、「終末期ケア」はがんという疾患、及び高齢者という年齢層に限られておらず、また高齢者ケアには終末期ケア以外にも予防や健康増進の課題がある。

そこで、まず「終末期ケア」の対象を整理する必要がある、その際、Lynnらが提示した終末期の3類型は有用といえよう<sup>1)</sup>。第1のタイプは、典型的にはがんの場合であり、亡くなる数週間前までは生活は自立していて、自分で食事もでき、トイレに行くこともできるし、頭もはっきりしている。それが死亡の2週間ぐらい前に急激に落ちるので、この時点から改善の見込みがない「終末期」と規定できる。

第2は、機能が徐々に低下しながら死亡する心・肺・肝・腎等の慢性疾患の場合で、今回が最後の入院となるかどうかは入院時点では分らないので、いつから治癒の見込みのない終末期として規定するかは困難である。すなわち、入院によって改善する可能性は常に存在するが、その可能性は病気の進行に伴って徐々に低下し、また改善した場合の機能レベルも、しだいに低下するので、いつの時点で積極的な治療を断念して「終末期」とするかは難しい判断である。

第3は、機能が年単位で低下する老衰や認知症等のパターンで、いつの時点から「終末期」とするか最も難しい。そのうえ認知症そのものは治療によって治すことはできないが、併発した肺炎は治せるので、例えば誤嚥性肺炎になった場合に、治療の内容を経口の服薬・注射・点滴のいずれまで実施するか、あるいは再発を予防するために治癒後に胃瘻を作るべきかの判断は難しい。

これら3つのパターンのうち、第1については高齢者ケアとの重なりが最も少なく、第2が中間で、第3が最も多い。諸外国における終末期ケアは、一般に第1のパターンに対応するためのホスピスケアの創設で始まり、その後、対象者はがん以外の第2のパターンにもしだいに広がった。それと平行して、ホスピスケアにおいて開発された苦痛に対する心身のケアのあり方は、「緩和ケア」として終末期の患者以外にも対象を広げた。このような対象者の大幅な増加に対応するため、緩和ケアは医師・看護師全員にとっての必須の医学的知識に位置づけられ、現場を支援する形で専門の緩和ケアチームが急性期病院と地域にそれぞれ整備された。一方、緩和ケアを提供するための専門病棟は、看取りだけでなく、在宅でのケアを可能にするための通過施設に位置づけられるようになった。

一方、第3のパターンは、かつては長期療養の病院を中心に対応がなされていたが、しだいにナースィングホームにおけるケア、あるいはプライマリーケアの診療所医師や訪問看護師等による高齢者住宅を含めた在宅におけるケアに置き換わっている。このようなナースィングホームや在宅において終末期ケアを可能にしていくのは、こうした現場における医療体制の整備と、必要に応じた緩和ケアチームの支援である。

このような終末期ケアに対応した体制を構築するためには、「事前指示」(advanced directive)の法整備も必要であり、アメリカでは特にアルツハイマー病の場合には作成が推奨されている。事前指示は、生前の意思

表示(リビングウィル)と、意思表示ができなくなった時に備えて代弁者(advocate)の選定により構成され、後者は終末期において本人が治療内容について意思を伝えることが出来なくなることが多いので必須である。

さて、日本で終末期ケアと高齢者ケアが混同されている大きな要因は高齢化があまりにも急速に進んだため、医療費適正化の対象として高齢者医療が中心に据えられ、その中に終末期ケアも位置づけられたことにある。その背景には、わが国では死亡する場所の8割を病院が占めており、比較的高いイギリスでも58%、低いオランダに至っては34%に過ぎないレベルと比較して突出している事情がある<sup>2)</sup>。

しかしながら、まず高齢化によって医療費は増えても、終末期医療費は必ずしも大きな割合を構成せず、厚生労働省の推計によると、死亡前1カ月間の医療費は、医療費全体の3%、9千億円(2005年)に留まっていた<sup>3)</sup>。次に、確かに病院で死亡する割合が高い理由の一つとして、欧米ではナーシングホームが担っている役割を、日本では35万床の療養病床が果たしていることを考慮する必要がある。だが、特別養護老人ホームが41万床、介護老人保健施設が31万床も存在するにも関わらず、これら2つの施設種における死亡者が全体の3%に過ぎないことにも着目するべきであり、病院以外では終末期ケアに十分対応できていない日本の事情を如実に示している。

こうした問題を根本的に解決するためには、終末期ケアの体制を確立するための教育・研修体制の整備と財源の確保が必要である。諸外国と比べると、日本は大幅に遅れており、緩和ケア病棟の対象患者は、事実上、がんとエイズに対象が限られており、がんについても同病棟で亡くなるのがん死亡全体の6%に過ぎない<sup>4)</sup>。なお、こうした状況下で、緩和ケアの対象が2007年のがん基本法において、終末期だけでなく、早期のがんにも拡大したが、とても対応できていないのが現状である。

以上、終末期の3つのタイプと日本の事情を念頭に置いて、本特集の論文をお読みいただければ幸いである。各国とも終末期ケアは高齢者ケアとは独立した分野として扱われており、高齢者に限った終末期ケアの施策は、2008年度の診療報酬の改定で、後期高齢者に限って導入された終末期相談支援料が、世論の反発を受けて凍結されたことから明らかなように、決して成果をあげないであろう。

#### 注

- 1) Lynn J, Adamson DM: *Living well at the end of life: WP-137*. Rand Corporation, 2003.
- 2) Cohen J, Bilsen J, Addington-Hall J, et al. Population-based study of dying in hospital in six European countries. *Palliative Medicine* 2008; 22: 702-10.
- 3) 厚生労働省「医療費の将来見通しに関する検討会」, 社会保険旬報 2311 : 24-25, 2007.
- 4) Miyashita M, Morita T, Sato K, et al. Factors contributing to evaluation of a good death from the bereaved family member's perspective. *Psychooncology* 2008; 17: 612-20.

(池上直己 慶應義塾大学教授)