

り低かった。これらは、感情は状態を読み取ることのむずかしさや、行動障害は、認知症であつてもかならずしも現れる行動ではなく、かつ他の下位尺度より行動の変化が激しいことに由来するものと思われる。本尺度は、介護福祉士や看護者による判定結果のいくつかの項目を除き信頼性が高く、医療や介護実践の場において広く活用できることが示唆された。医療・看護・福祉の連携したケアの評価としても適応を検討できるものと思われる。本結果は、2か所のみを対象であり、結果の一般化には、限界もある。今後妥当性の検討とあわせて、日本語翻訳版の検討や家族など対象者の拡大の検討を行う予定である。

結 論

NOSGER (日本語翻訳版) の信頼性について検討した結果、いくつかの項目については、改善の余地もみられるが、全体として尺度の信頼性があり、今後の認知症高齢者の薬効評価、縦断的研究

さらに多国間での比較も視野にいれた研究に有用であると思われる。

文 献

- 1) 新井平伊：観察式による痴呆の行動評価 (3). 老年精神医学雑誌, 7 (8) : 924-926 (1996).
- 2) Honigfeld G : NOSIE-30 ; History and current status of its use in pharmacopsychiatric research. *In* Modern problem of pharmacopsychiatry, Vol.7, Psychological measurements in psychopharmacology, ed. by Pichot P, 238, Karger, Basel (1974).
- 3) 音山若穂, 新名理恵, 本間 昭, 真田順子ほか : Clinical Dementia Rating (CDR) 日本語版の評価者間信頼性の検討. 老年精神医学雑誌, 11 (5) : 521-527 (2000).
- 4) Schwartz GE : Development and validation of Geriatric Evaluation by Relatives rating instrument (GERRI). *Psychol Rep*, 53 : 479 (1983).
- 5) Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D, Monsch A, et al.: A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patient ; The NOS GER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *J Am Geriatr Soc*, 39 : 339-347 (1991).

Evaluation of behavior observation scale NOSGER for elderly people with cognitive dysfunction the 1st report

— A consideration of reliability —

Mitsuko Umemoto*¹, Hidetoshi Endo*², Hisayuki Miura*²

* 1 *Nagoya Women's University*

* 2 *National Center For Geriatrics and Gerontology*

The reliability of the Japanese version of the NOSGER was examined. A nurse and a care worker conducted a thirty-item survey of twenty-seven people living in an elderly healthcare facility or a group home for senile people. To review observers' reliability, they assessed Spearman's correlation coefficient, α coefficient, and κ coefficient, which is a statistical measure of inter-rater agreement for qualitative items. The terms of emotions such as "Seems to be in a good mood" and "Feeling hollowed out" had low concordance rates. The concordance rate of "Feeling uneasy at night" was also low. However, the κ coefficients for the other items ranged from moderately high to significantly high rates with 0.296 to 0.686. The coefficients of Spearman's correlation were 0.455 to 0.941. The α coefficients varied from 0.606 to 0.969. Although the Japanese version of the NOSGER seems to admit of some improvement for abstractive survey items, there are high rates of concordance for most of the items examined. These findings suggest that the Japanese NOSGER carries high reliability.

Key words : behavior observation scale, NOSGER, reliability, elderly people with dementia

後期高齢者医療(長寿医療)制度

Health Insurance for Old Elderly People

遠藤英俊, 三浦久幸 Hidetoshi Endo, Hisayuki Miura

後期高齢者医療制度は超高齢社会の到来に備えるために、75歳以上の後期高齢者について、その心身の特性や生活実態を踏まえ、平成20年4月に独立した医療制度として創設された。財源は患者負担を除き、公費5割、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く、保険料を(1割)徴収する仕組みとなっている。現役世代からの支援は国保(約4,100万人)、被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援となっている。ソフト面では診療報酬の改定で手当てされており、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系とともに構築された。

後期高齢者医療(長寿医療)制度の概要

後期高齢者医療制度は超高齢社会の到来に合わせて、財政的にも、適正な医療を安定的に提供することを目的に施行された。後期高齢者医療制度を考えるうえで保険料や保険証などの保険制度上の課題と、診療報酬上の改変と2つに分けて考える。制度の概要を表1に示した。高齢者医療を考えるうえで75歳以上の高齢者が主治医(高齢者担当医)を決めることは自然なことであるし、在宅医療に対応するためにも有益である。検査や薬も一元化し、重複投与を減らすなどして、有害事象の予防につながる。

後期高齢者診療の考え方

高齢者総合的機能評価(CGA)は多様な障害をもつ高齢患者を病気だけでなく、生活や機能を評価し、医療に反映させるために行わ

れる。総合機能評価の内容としてはADL, IADL, うつ, 認知機能, 社会機能, QOLなどを定量的に評価する。われわれは初診時や入院時に用いるスクリーニング的な総合機能評価36(長寿医療センター版)を作成した。その後、治療や介護サービスなどの介入を検討する。この総合評価36はあくまでも課題(ニーズ)を見つける入り口であり、多様な生活課題を発見するスクリーニングテストと考えている。その後、詳しいGDS15やMMSEなどの評価を行うとよい。その後、総合機能評価を行うだけにとどまらず、どう診療し、どう介入するかがより重要である。すなわちCGAの結果を踏まえて、どう診療計画やリハビリテーションや介護サービスの提供をするかを判断し、実行することが重要である。高齢者を総合的に診ることは、すなわち医療において本人の意思や生活にも配慮することである。そのために高齢者の病気の診断治療にとどまらず、生活や社会背景を配慮するために総合評価が必要であり、後期高齢者では毎月の診察ならびに年1回程度の評価を行う。また、診療のたびに診療の結果を示すことも重要である。総合評価ではADLにとどまらず、認知機能やQOLの評価を必要とする場合も多い。最後に検査および評価そして本人の意思や希望をもとに、病状に応じて必要な検査、薬剤を選択し、診療計画を立案する。

後期高齢者診療の進め方

問診では、まず自院のほかに定期的に受診している医療機関があるかを確認する必要がある。「後期高齢者診療計画書」には「定期的

表1 制度の概要

・75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する
・財源は患者負担を除き、公費5割、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く、保険料を(1割)徴収する
・現役世代からの支援は国保(約4,100万人)、被用者保険(約7,300万人)の加入者数に応じた支援とする
・後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する

に受診している医師」を書き込む欄があるので、このときに、後期高齢者診療料の「主病」である13疾患を、どの医療機関で診てもらっているかを確認する。後期高齢者医療の対象疾患においては、定められた13の慢性疾患のうち1つを1人の患者の「主病」と決め、その「主病」の診療を行っている医療機関のみが算定できる「1患者1医療機関」のルールとなっている。対象疾患の内訳は糖尿病、脂質異常症、高血圧性疾患、認知症、結核、甲状腺障害、不整脈、心不全、脳血管疾患、喘息、気管支拡張症、胃潰瘍、アルコール性慢性膵炎である。

診療計画は病気、病態や検査結果に基づき合理的に診療の手立てを計画したものである。当然逸脱はある可能性があるが、計画を立案し、患者の了解を得ることで、診療に対する信頼感や安心感が生まれる。年間計画を立案し、毎回の診療内容の報告も行う。診療計画の立て方は検査や問診、さらに総合機能評価をもとに治療計画を立案する。またその際本人や家族の意向を聞く。また病気の説明を十分に行う必要がある。最初に病名と治療方針を記入する。身体計測、生活機能を含めた評価、心電図、尿検査、血液検査を定期的に行う。これを誕生日などを目安に、スケジュール化する作業が必要である。他に定期的に受診している医師、連携医療機関、要介護度、他の保健医療・福祉サービス担当者を記入する。

治療方針としては食事療法、運動療法、薬

物療法、リハビリテーションなどを中心に個別のポイントを記す。予防の視点も重要であるが、特に認知症や転倒・骨折などの老年症候群や廃用症候群などにも配慮した記載が求められる。本人か家族の同意を得て、署名をもらうことが高齢者担当医の契約の原点である。この記載には5～10分程度必要であり、説明を含めるともう少し時間が必要である。次に診療内容の要点を記載し、コピーを本人に手渡すことで情報開示とインフォームドコンセントの徹底に有用となる。毎月血圧、体温、脈拍、検査、内服状況を示すことで診療内容に対する安心感も生まれる。毎回の診療において手間はかかるが、説明と同意が文書で正確に行われることとなる。患者にとりどんな診療をしてもらったのか文書でもらうことは大きな意義がある。



後期高齢者医療制度は施行されたものの、制度上の課題が山積しており、制度に関する議論はまだ必要である。しかしながら高齢患者をどう支えるかの観点からいえば、高齢者医療における正統派の考え方が制度に反映されている。これは高齢者医療のルネサンスであり、スタートである。医師として、在宅を重視することは原点であるし、医師として患者の一人の主治医となることは自然なことである。事前指定にしても患者の意思に基づいた患者中心の医療を考えれば、本来誰にも反対はできないであろう。

VII

高齢者の支援とその制度

各論

高齢者の終末期をめぐる諸問題

●国際比較 ●在宅ケア ●倫理
●事前指示書

7. 高齢者終末期医療・ケアの国際比較

SUMMARY

■欧米の先進国では日本と異なり、主治医制度、医療倫理委員会、法制度など終末期の医療現場のインフォームド・コンセントを支えるシステムがあり、この体系の中で終末期の決定が行われている。福祉国家デンマークでは、在宅で最期を迎えることができるよう24時間の看護・介護による支援体制をとっている。英国はガン患者への緩和ケアを非ガン患者に拡大し、End of Life Care(EoLC)プロジェクトを開始している。このようななか、世界一の長寿国日本が今後どのような終末期医療・ケアを目指すのかが問われている。

三浦 久幸
中島 一光
遠藤 英俊

はじめに

2006年3月に富山県の射水市民病院における、終末期患者に対する「呼吸器はずし」問題を契機に、特に延命処置をするかしないかの決定に、ルールが必要ではないかという声が高まった。臨床の現場から特に要望が多かったのは、延命処置の中止に関わる法律上の免責であった。つまり、延命処置の中止を行うたびに警察による事情聴取や書類送検を受け、殺人であるかどうかを問われるという事態を何とかしてほしいという要望である。一方、医療倫理の専門家や患者の人権擁護の立場に立つ人々は、1人の医師の独断により、人工呼吸器の中止という、死に直接結びつくはずの行為が行われたことを最も重視した。このような事態に対応するために、2007年5月に厚生労働省から「終末期の決定プロセスに関するガイドライン」が発表された。患者本人の意思尊重や、重要な決定は医療チームで行うことなど、極めて重要な要件が示された一方、延命処置の中止という行為への免責の要件についての言及は回避された。その後2年ほどの間に、日本医師会、日本学術会議、日本救急医学会など5つ以上の関係学会・団体から次々と終末期医療についてのガイドラインが発表されている。このうち、日本救急医学会は生命維持処置の中止に関わる具体的要件を提示しており、最近になり福岡大学病院救命救急セン

ターが昨年、このガイドラインに準じて、人工心肺の停止を行ったことを明らかとしている。同センターは、治療中止に関わる法律的な整備を強く求めるコメントを発表している。本稿では、このように現在日本で問題となっている終末期の決定プロセスについての国際比較を行うとともに、終末期の現場で行われるケアについて比較・考察した。

国外の終末期の決定プロセスの

筆者らは過去5年間にわたりドイツ、オランダ、米国、デンマーク、英国の5カ国の終末期医療・ケア関連施設の視察や研究者への訪問を通じ、高齢者終末期医療における意思決定の過程や尊厳死・自然死の法制化の下での現状把握や課題の分析を行い、日本の終末期医療のシステムとの比較を行ってきた。このうち、ドイツ、オランダ、米国の現地調査による結果を表1にまとめた。海外でもオランダは、2002年に安楽死法が可決され積極的安楽死が一定の要件下に認められており、ドイツ、米国とは異なる状況下にある。表1に示したように、ドイツ、オランダ、米国とも主治医制度があり、医師・患者関係の基礎を形成していた。オランダではことに医師・患者関係が緊密であり、これが安楽死法成立の基礎を成していたとされる。これに

■みうら ひさゆき(国立長寿医療センター病院第一外来総合診療科)／なかじま かずみつ(国立長寿医療センター病院包括第三内科)／えんどう ひでとし(国立長寿医療センター病院包括診療部)

表1 尊厳死など治療判断に関する各国比較

	日本	ドイツ	オランダ	米国
主治医(家庭医)制度	なし	あり	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書の利用	尊厳死協会会員など一部	あり(一部)	あり	あり
リビングウィル, 事前指示書法制化	なし(国会提出中)	なし(国会提出中)	あり	あり
安楽死法	なし	なし	あり	なし(一部で施行)
人工呼吸, 人工栄養の停止	不可	可だが慎重	可	可
法定代理人(後見人)制度	あるが資産に関するのみ	あり	あり	あり
治療判断に関する「倫理委員会」	なし	あり	あり	あり
ホスピス	悪性腫瘍, エイズのみ	悪性腫瘍	全疾患	全疾患

比べ日本では主治医制度がなく、全身状態の悪化に伴い病院に入院し、そこで最後を迎える患者が多い要因となっていると考えられた。また、国内の病院の外来では、多くの患者を短時間に診察する体制の病院が多く、密な医師・患者関係の構築は他国よりも困難な状況にあると考えられる。米国ではまた、受け持ちの患者が入院したときに、主治医(アテンディングフィジシャン)と病院医(レジデント)が治療方針についての密な議論(ピアレビュー)を行い、通常の治療において立場の違う複数の医師により治療方針が決定されるシステムとなっているが、日本では、外来主治医が入院患者の方針に意見することはほとんどなく、入院患者に対しては病院の主治医が単独で決定する状況にある。

米国、オランダではリビングウィルや事前指示書(アドバンスディレクティブ)を容認し、また、法制化され保障されている。ドイツでは法制化は国会審議中であるが、一部の地域ではリビングウィルや事前指示書が実際に運用されている。日本以外の3国は法定代理人の制度があり、本人の意思表示ができなくなった際のキーパーソンが明確となっている。国内では、延命

治療など、終末期医療の現場で、家族の意見が一致しないなどにより、最終決定ができないジレンマに陥りやすい状況にあるが、3国では法定代理人の制度により、このようなジレンマが回避できる状況にある。また、治療判断に関する倫理委員会も日本以外の3国では整備される状況にあり、倫理的問題に精通した病院のスタッフが、要請により、迅速に医療上の倫理的問題を検討し、主治医や家族をサポートしている。この倫理委員会は、セカンドオピニオンとしての機能も併せ持っている。延命治療としての人工呼吸、人工栄養の中止については、米国、オランダでは認められている。ドイツでもかなり慎重にはあるが、一定の要件下に認められている。米国ではまた、ホスピスプログラムを悪性腫瘍以外のすべての終末期の方に適応としている。

現場の治療決定を支える構造の違いを図1に示した。海外では主治医制度、オートノミー(自律)の確立、自然(尊厳)死法の法制化、代理人制度の確立、医療倫理委員会の実質的な活動、ホスピスプログラム(米国)に支えられる形での現場のインフォームド・コンセント(IC)が行わ

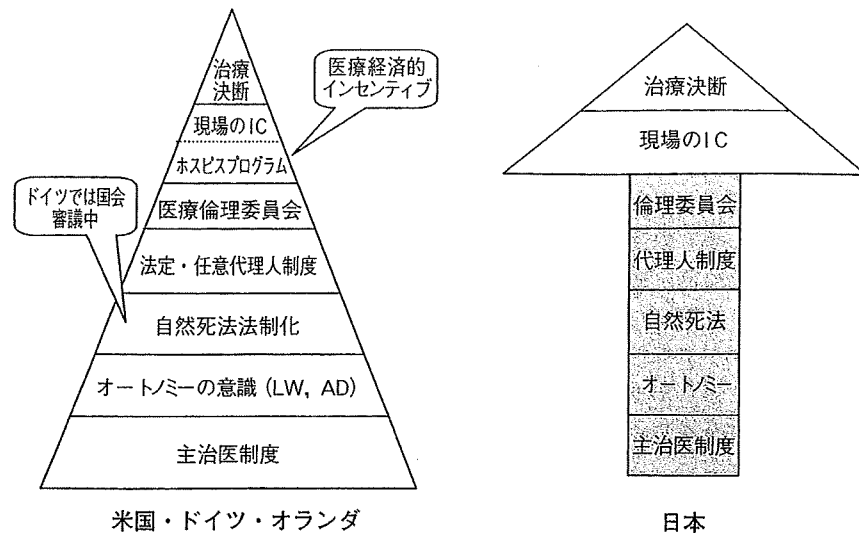


図1 終末期における医師の治療決断の構造
—米国・ドイツ・オランダと日本の相違—

れている。これに対し、日本では実質的に終末期の医療判断を支えるシステムがなく、現場の医師と患者・家族の話合いだけで治療方針が決定する状況となっており、最終決定する上での医師、患者・家族の精神的な負担が大きくなっている。また、このように現場のICのみに頼る体制は、医師の独断をも許容する状況にあり、医師の話し方1つで治療の方向性が変わってしまう状況を許している。また、家族の意見が分かれた際の收拾がつかず、これがトラブルの要因ともなっている。

デンマークの終末期医療・ケア

デンマークの医療制度は公的サービスの一環であり、租税(所得税49.5%、消費税15%(2007年度))にて賄われており、国民の医師に対する信頼関係を築く目的もあり、患者が医師へ直接診察料を支払うことはない。OECDの調査によれば、高福祉高負担の制度であるが国民の制度への満足度は高く、租税が高負担であることへの不満は少ない。一方、平均寿命や高齢者の平均余命はヨーロッパ最低水準にある。

2002年には病院死は全体の50%で、在宅死は22%であった。また、2006年には患者の70~80%が在宅死を希望し、ガン患者の25%が在宅死している。

デンマークでは、ターミナル期には医療費が無料であるのみでなく、患者家族には介護休暇と介護手当てが支給される。しかし家族は身体的介護をするとは限らず、むしろ精神的介護を期待されている。亡くなる1~2日前(直前)は24時間介護者がつく。自分の受け持ち1,500人ほどの患者リストをもち、長い間の患者との付き合いで密接な関係を築いている。リビングウィルや事前指示書は積極的に使用されることはないが、栄養点滴をしても栄養にならないこと、水分点滴の害について、症状悪化時の蘇生の有無などについてあらかじめ患者や家族と繰り返し話合いがもたれ、決定される。在宅で死を迎えることができる体制としては、このように患者が家庭医と密接にコンタクトできること、在宅ケアのナースとも密接に連絡をとれること、さらに家庭医と在宅ケアのナースが密接に連絡を取るなどが挙げられる。在宅ケアの社会資源としては、総人口1万人当たりで、訪問看

看護師は8～10人、ホーム・ヘルパーは50～60人の体制で、真夜中でも無線機や携帯電話を持って市内をパトロールし、緊急の呼び出しにも20分以内で到着できるようになっている。

家庭医が治療・判断が難しいときには専門医を呼んだり、緩和ケアチームと電話相談する。ホスピスカ在宅かは、多くの場合は本人ではなく緩和ケアチームが決める。緩和ケアチームは在宅への往診も行い、スタッフの精神的なケアや患者遺族のグリーフケアも行う。ホスピスの運営は州の仕事であるが、ボランティアや賛同者からなる理事会が資金を集めて建設し、所有している。入居者は無料で、ホスピスに入る基準は、①回復しない病状で治療が終了しており、残りの寿命が短いこと(平均入所期間は17日)、②本人が希望すること、③スタッフの働きにより何か得るものがあること、ホスピスの目的は在宅ケア態勢を支援すること、専門家スタッフを教育・養成すること、とされている。

英国の終末期医療・ケア

英国の緩和ケアチームでは、医師はリソースでありコンサルタントである。メインはあくまでもナースであり、クリニカル・ナース・スペシャリスト(CNS)が中心となって、家庭医(GP)や緩和ケアができる訪問看護師と連絡をとる。英国では、病院あるいはホスピスで亡くなる患者が60%で在宅死は20%(2003年)であるが、国は今後在宅死を増やしたいとしている。英国のホスピスは充実しているが、ホスピスの資金としてはNHS(国民保健機関)だけでは運用できず、寄付金(財団)で成り立っている。患者が最期を迎えるときは財団がナースを派遣し、24時間ケアを提供する。シシリー・ソングラス女史が1967年に建てたセントクリストファーホスピスでは、患者48%が自宅で亡くなり、30%がホスピスで亡くなり、20%が病院で亡くなっているが、コミュニティとの連絡を構築するため600人のボランティアが関わっている。このように英国のホスピスは、寄付やボランティアに支えられているという言い方もできる。

英国の緩和ケアチームはガン患者以外にも、腎不全、心不全、認知症、HIVなどの非ガン患者にも活動を広げている。英国保健省の傘下機関であるNHSは2006年にEnd of Life Care(EoLC) Programmeを発表し、これまでのガンを中心とした緩和ケアの体系をさらに非ガンに拡大し、EoLCとして全疾患に適応しようとするプロジェクトを始めている。このプログラムの基盤をなすのが、Advance care planning(ACP)という、介護を受けたい場所、急変時の対応などについての本人の意思を尊重した(最期までの)ケアを方向付ける一方で、医療的知識についての勉強会などによる知識を深める活動(education)などを並行し行い、包括的に取り組むプロジェクトである。このように、日本ではようやくガンの緩和ケア対策が本格的に始まったが、英国では既に緩和ケアが成熟しており、今や非ガンも含めた対応(EoLC)に取り組んでいる状況にある。

おわりに

本稿の前半は、ドイツ、オランダ、米国の特に意思決定について、後半はデンマーク、英国の在宅ケア、緩和ケアの動向を記した。文化も経済も違う外国の終末期を調査して、何の参考になるのかという批判はあるが、終末期の決定プロセス上の問題の多くは、文化や経済の違いを超えた、人と人との間の死生観の対立や、ナラティブ(語り)として表出される、その人の根源的な思いに関わる共通の倫理的プロセスであると考えられる。一方、福祉国家デンマークの在宅ケア計画や、緩和ケア先進国英国のEoLCに代表される国家的プロジェクトの行方は、日本のこれからの終末期のありかたを考えるに十分参考にすべきものと考えられる。つまり、世界一の長寿国がどこに向かおうとしているか一國としての自律(Autonomy)が今問われているのである。

文 献

- 1) 三浦久幸, 太田壽城: 高齢者の終末期医療—

倫理ジレンマを乗り越えるために一. 日老医
誌 44:162-164, 2007.
2) 三浦久幸ほか:施設別に診た終末期ケアの現

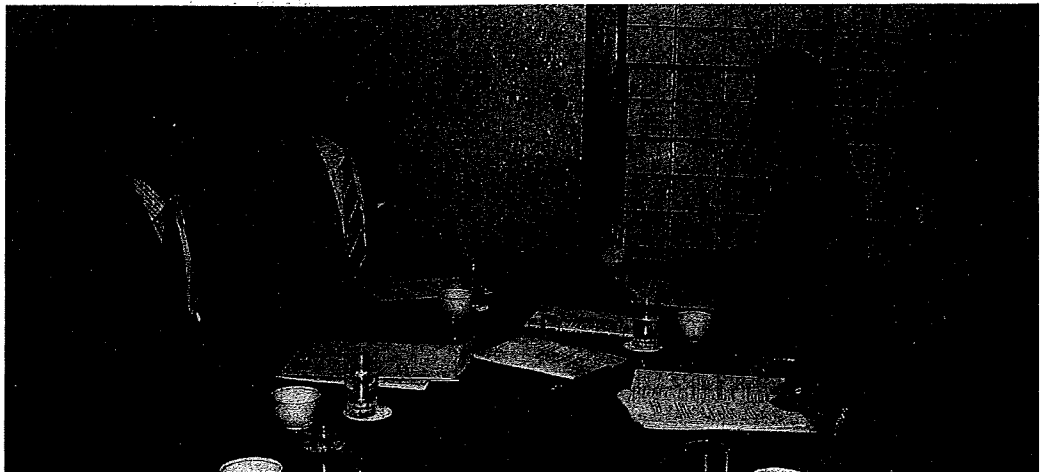
状と課題 1) 病院. Geriat Med 44:1533-
1538, 2006.

(執筆者連絡先) 三浦久幸 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾 36-3 国立長寿医療センター病院第一外来総合診療科

座談会

Geriat. Med. 47(4) : 509~521, 2009

高齢者の終末期を めぐる諸問題



飯島 節

(筑波大学大学院人間総合科学研究科生涯発達科学専攻)教授)

遠藤 英俊

(国立長寿医療センター包括診療部)部長)

百瀬由美子

(愛知県立大学看護学部老年看護学)教授)

井口 昭久(司会)

(愛知淑徳大学医療福祉学部)教授)

(敬称略、発言順)

収録■■■2009年2月16日/東京會館にて

Contents

- はじめに
- 高齢者終末期医療の問題点
- 高齢者の現況
- 高齢者認知について
- 高齢者の意思決定
- 高齢者医療に関する法律の問題
- 厚生労働省や他学会の取り組み
- 今後の課題
- 今後の老年医学の方向性
- おわりに

- 1) 〒112-0012 東京都文京区大塚3-29-1
- 2) 〒474-8511 愛知県大府市森岡町源吾36-3
- 3) 〒463-8502 愛知県名古屋守山区上志段味東谷
- 4) 〒464-8761 愛知県名古屋市千種区桜が丘23



はじめに

井口 高齢者の終末期医療については古くから問題意識をもっている医師は多かったと思いますが、表立って論じられるようになったのは2001年に日本老年医学会が「高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明」(表1)を発表した頃からだろうと思います。その後、世の中は大きく変わり、医療界全体が崩壊しているような状況になってきました。日本老年医学会が立場表明を出してから8年経過したのですが、この時期に改めて、高齢者終末期医療の現状や今後の対応策についてご出席の先生と考えていきたいと思っています。

高齢者終末期医療の問題点

井口 まず現在、高齢者の終末期医療における問題点について、一言ずつお願いします。

飯島 終末期医療といった場合、そもそも終末期とは何か、どのような状態なのかという問題と、「期」というわけですから、時間的な要素が含まれているのかということが常に問題になると思います。

高齢者の終末期を考えた場合、終末期のあり方は非常に多様である、一様ではないということが、一番大きな問題点ではないかと思っています。終末期医療に関して一番研究が進んでいるのは、癌の終末期ですが、癌の場合は比較的終末期が予想しやすいということがあります。それに対して高齢者の終末期は非常に多様で、長い時間をかけてゆっくり進むケースから突然死に近いようなケースまで幅広く、一言に「終末期」というのは難しいと思います。

もう1つは大切なことは、「死」や「老化」はすべての人に同じように訪れるということです。高齢者の場合、「死」というものはある程度必然的なものであるととらえなくてはならないと思います。そういう意味で、子供や一般成人における「死」とは、多少意味が違うとらえ

方があってもよいのではないかと考えます。

そういうことを踏まえた上で、高齢者の終末期医療が確立されればよいと考えています。

井口 遠藤先生、いかがでしょうか。

遠藤 この30年間、病院死が増加して、82~83%が病院で亡くなっていますが(図1)、2006年から病院以外での死亡が1%程度ですが増えてきています。施設での看取りや在宅での看取りが増えていて、在宅医療支援診療所の医師たちが在宅での死を支援された結果だと思っています。

病院以外での死亡のなかには、グループホームや小規模多機能施設でのターミナルケアがあり、これらの施設での終末期医療がこれから課題となると思います。いわば「死」の場所というのも、転換期にきているのではないのでしょうか。

老年科医の立場からいえば、老衰などの癌以外の末期を支えるときに、一番大事だと思うのは、日頃からの本人の意思確認、いわゆる事前指定、Living willです。本人がどのようにターミナル期を過ごしたいか、どのようなターミナルを迎えたいか、ということを日常の診療のなかで聞いておくことが大事ではないかと思っています(表2)。

現在、一番問題なのは、胃瘻です。人工呼吸器の問題もありますが、胃瘻が急増しています。胃瘻を本人の意思の下に行っているかという点、医師と家族で決めていることが多いようです。日常診療で最も気になるのは、誤嚥性肺炎後で経口摂取が困難な方への胃瘻の造設ということです。まだ結論が出ていませんが、解決していきたい問題だと思っています。

井口 百瀬先生、いかがでしょうか。

百瀬 繰り返しになりますが、まずは終末期をどうとらえるかという課題があるかと思っています。高齢者の終末期は、どの時点から終末期ととらえるかということが非常に難しく、多様なとらえ方がされているのが現状です。

高齢者は複数の疾患を併発しているため、長期にわたり徐々に状態が悪化します。特に肺炎が原因で死亡する方が多く、この場合、肺炎の再発、入退院を繰り返しながら徐々に全身状態が悪化し、死に至るといったケースが多いと思

表1 日本老年医学会 高齢者の終末期の医療およびケアに関する立場表明

- 立場-1: 高齢であることや自立能力が低下しているなどの理由により、適切な医療およびケアが受けられない差別に反対する。
- 立場-2: 高齢者の終末期の医療およびケアは、患者個々の価値観や思想・信仰を十分に尊重して行われなければならない。
- 立場-3: 終末期医療では、患者の生活の質(QOL)の維持・向上に最大限の配慮がなされるべきである。
- 立場-4: 終末期の医療およびケアには、患者本人だけでなく家族などのケアも含まれる。
- 立場-5: 終末期における医療およびケアは医学のみならず、看護・介護、社会・心理など、幅広い領域を含む集学的医療およびケアである。
- 立場-6: 終末期医療およびケアにおいて施行される医療処置は、患者への利益が医学的に保証されたものであるべきである。
- 立場-7: 患者の「尊厳」や「自律性」の尊重は、個々の文化的背景などに配慮すべきである。
- 立場-8: 終末期患者が最善の医療およびケアを受ける権利を保障するために、医療者は実践的な教育を受けるべきである。
- 立場-9: 「終末期の医療およびケア」は、終末期患者のQOLの向上に役立つものであることを、国民が理解することが望まれる。そのためには国民に対しての「終末期の医療およびケア」および「死の教育」が必要である。
- 立場-10: あるべき「終末期の医療およびケア」の実現のためには、社会制度的支援が不可欠である。
- 立場-11: 十分な資金提供のもとに、あるべき「終末期の医療およびケア」の実現を目指す研究の推進が必要である。
- 立場-12: 終末期における医療やケア行為の是非を検証できるような第三者を入れた「倫理委員会」を各医療機関に設置し議論を行なうと同時に、そこでの議論を広く公開し国民の意見にも耳を傾けるシステムをつくるべきである。
- 立場-13: この立場表明は過渡期的な意見表明であって、今後科学的な手法を用いた検討により、この立場表明の妥当性自体が検証されるべきものである。

○ 居宅や多様な居住の場において療養を行う患者は増加し、在宅医療を行う医療機関も増加しているが、死亡場所については、この50年間で、自宅での死亡が約8割であったものが、医療機関での死亡が約8割を超え、逆転している。

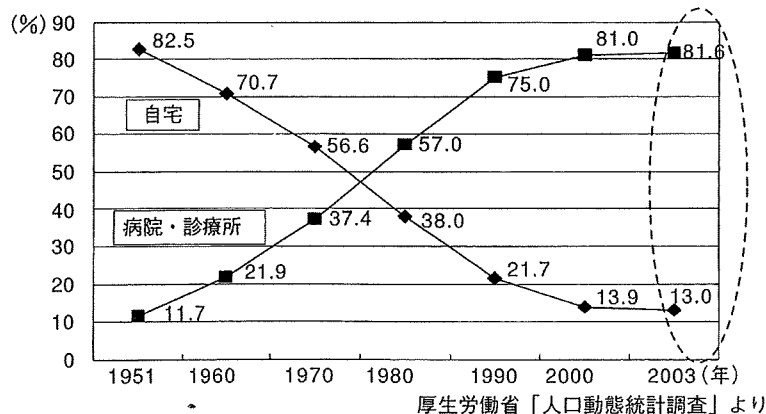


図1 死亡の場所の推移

ます。

先ほど胃瘻の話も出ましたが、経管栄養、人工透析などをする場合、そういった治療を高齢者自身と家族とが十分に話し合いながら行う必

要があると思います。

高齢者は痛みの問題もあります。今まで高齢者は痛みの閾値が低いととらえがちでしたが、加齢による生理機能の変化、認知機能の低下を

表2 私の医療に対する希望(終末期になったとき)

受付番号 _____ 番

終末期とは「生命維持処置を行わなければ、比較的短期間で死に至るであろう、不治で回復不能の状態」です。

- ・患者様が終末期になったときの受けられる医療に対する希望を患者様ご本人が記載してください。
- ・患者様ご自身で判断できなくなられたとき、主にご家族・主治医の参考になると思われます。
- ・この希望はいつでも修正・撤回できます。
- ・法律的な意味はありません。

1. 基本的な希望 (希望の項目をチェック(✓)してください)

- ①痛みや苦痛について できるだけ抑えてほしい(☑ 必要なら鎮痛剤を使ってもよい)
 自然のままにいたい
- ②終末期を迎える場所について 病院 自宅 施設 病状に応じて
- ③そのほかの基本的な希望(自由にご記載ください)
 (_____)

2. 終末期になったときの希望 (希望の項目をチェック(✓)してください)

- ①心臓マッサージなどの心肺蘇生 して欲しい して欲しくない
- ②延命のための人工呼吸器 つけて欲しい つけて欲しくない
- ③抗生物質の強力な使用 使って欲しい 使って欲しくない
- ④胃瘻による栄養補給 して欲しい して欲しくない
「胃瘻による栄養補給」とは、流動食を腹部から胃に直接通してチューブで送り込むことです。
- ⑤鼻チューブによる栄養補給 して欲しい して欲しくない
- ⑥点滴による水分の補給 して欲しい して欲しくない
- ⑦そのほかの基本的な希望(自由にご記載ください)
 (_____)

3. ご自分で希望する判断ができなくなったとき、主治医が相談すべき人はどなたですか。(お書きいただかなくても結構です)

お名前(_____) ご関係(_____)
 (_____) (_____)

患者様のお名前 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご住所 _____

診察券番号 _____ 記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

考慮した上で、pain controlを終末期の医療においても行うことが、大変重要です。

さらに、最近、数が増大している認知症高齢者の終末期の医療をどうとらえるかという議論も、重要ではないかと思えます。この場合の終末期の規定も非常に難しく、現在では、嚥下障害を伴うようになると終末期ととらえようという考え方も出てきています。

こうしてみても、死に至るまでの期間を

短期間に限定することは非常に困難で、その間に生命の尊厳を重視して提供される医療が、高齢者の終末期医療になるのかと考えています。



1. 高齢者の死生観

井口 百瀬先生、高齢者の死生観は、どのよう

に変わってきているのでしょうか。

百瀬 病院での死亡が多くなっている現在でも、終末期を自宅で過ごしたいと多くの人が希望しています。厚生労働省が「終末期医療に関する調査」¹⁾を実施しています。それによれば、自分が余命6カ月以内の末期状態になった場合の療養の場として自宅を希望すると回答した方は63%でした。でも現実的には、家族に迷惑を掛けたくない、世話を掛けたくないといった思いや、痛みや苦しみを家ではコントロールできないのではないかと理由で、在宅死の数は12~13%ぐらいにとどまっているという現状があります。

井口 遠藤先生、施設ではどの程度亡くなっているのですか。

遠藤 在宅と合わせて12~13%なので、数%でしょうね。

百瀬 自分自身の意思に反して入院する結果となったり、施設に入所していても、発熱すると肺炎を疑われ、入院したりということで、在宅死亡は12~13%ぐらいにとどまっているのが現状ではないかと思えます。

明らかにされている高齢者の死生観をみると、死を恐れている高齢者はそれほど多くないのですが、「苦しんで死ぬのは嫌だ」と考えている方が多いと報告されています。

死生観については様々な考え方が示されていますが、死後の世界観を肯定的に受け止め、前向きに死を受容するという考え方、長期間寝たきりや苦しむのなら死んだ方がましだという現実逃避的な死の受け止め方、自然に任せるという受容の仕方、の3つの受け止め方が高齢者の死生観の主流かと思えます。

いずれにしろ、高齢者の終末期ケアを提供する側としては、高齢者が死をどう受け止めているのか、どう死を迎えたいのか、ということを理解することが非常に重要なことではないかと思えます。また、高齢者が死について考える機会を提供することも、尊厳ある最期を過ごしていただくための支援としては必要なことかと思えます。

井口 高齢者の死生観は動揺しやすいというこ

とですね。若い頃から死について考えている方は少ないということですね。

百瀬 そうですね。

飯島 高齢者の死生観を考える場合、死生観だけでなく、老化というものをどのようにとらえ、どのように受け止めているかということが大事だと思います。老化の先に死があるわけですから、老化を自然なできごととしてとらえられるか、否かで違ってくると思えます。現実にはAnti agingのように老化は悪であるかのような思想が蔓延しています。

井口 確かに現代の老人は悪いイメージでとらえられることが多いですね。しかし、老人に対するイメージや老人に対する考え方で証拠をもって論証されたものはほとんどありません。元気で自立している高齢者は、大衆に紛れていて目立たないのです。しかし、杖をつく高齢者や車椅子に乗っている高齢者は目に付きやすく、それが高齢者のイメージとして映ってしまうのですね。

高齢になると、楽天的になる人が多いといったような、高齢者独自のよい面もかなりあります。

飯島 私は、ヨボヨボしていたり誰かに介助されたりするということも含めて、もっと年老いていくことを肯定的に考えられるようになればよいと思います。その先に自然に死があるというようになると、ずいぶん違ってくるのではないかと思います。

遠藤 死をどうとらえるかというなかに、「生老病死」をどうとらえるかという教育がいるのではないかと思います。今、病院で亡くなる人が多く、「死」が隔離されているので、「死」を嫌なもの、遠いものにしていないかと思えます。「うまく死ぬとことは、うまく生きること」など、もっとオープンにディスカッションしてもよいかなと思えます。

井口 立場表明でも立場-9において死の教育の必要性をあげています。

2. 高齢者のスピリチュアルケア

井口 最近スピリチュアルケアという言葉がよ



いぬい まさあき
飯島 節先生

昭和52年京都大学医学部医学科卒業、京都大学医学部附属病院老年科研修医、同53年徳根病院内科医員、同54年東京都養育院附属病院(現 健康長寿医療センター)神経内科医員、同58年京都大学大学院医学研究科博士課程(内科系専攻)、同60年滋賀県立成人病センター付属病院神経内科副院長、同62年東京大学大学院医学系研究科加齢医学講座助手、平成3年米国立老化研究所客員研究員、同6年老人保健施設マコト聖苑施設長、同7年国際医療福祉大学保健学部教授、同10年国際医療福祉病院副院長、同12年筑波大学心身障害学系教授、同16年筑波大学大学院人間総合科学研究科教授。現在に至る。

日本老年医学会(代議員、専門医)、日本神経学会(専門医)、日本脳卒中学会(副委員長)、日本内科学会(認定内科医)、日本老年精神医学会(副委員長、専門医)、日本認知症学会(認定脳医)、日本認知症学会(認定脳医)、日本認知症学会(認定脳医)、日本認知症学会(認定脳医)など。

現在の研究領域: 高齢者の認知症予防、高齢者終末期医療のあり方、高齢者の自動車運転

く使われるようになりましたが、遠藤先生、高齢者のスピリチュアルケアについてお話しください。

遠藤 「終末期医療」という言葉を一部の医師は使わなくなり、「ターミナルケア」という言葉が用いられています。それから癌で用いられている「緩和ケア」も「ターミナルケア」というような流れが出てきています。普遍的に拡大解釈をして、高齢者のターミナルケアを緩和ケアというグループもあります。

緩和ケアをどうとらえるかというときに、身体ケアと心理的なケア、それから精神的なケア、そして4つ目にスピリチュアルケアというものがあります。

村田久行先生(京都ノートルダム女子大学教授)が「村田理論」を発表しているのですが、時間を共有する時間関係性、亡くなる時の人間関係性を築く、自立、本人の意思決定を支えるケアを主要な柱としているのです。ひと言でいうと、スピリチュアルケアとは「死にゆく人に寄り添うケア」ということです。ケアは医療も含む介護ケアという意味ですが、生と死を、痛みも含めて共有するというようなアプローチ方法で、死んでいく不安、現世での夢などについて、死んでいく人とわれわれ医師や看護師、介護職がいかに関わり添えるか、共有できるか、共生するか、という支え方を「スピリチュアルケア」と呼んでいます。

「死」のとらえ方の延長上にある、どう支えるかという具体的な考え方を「スピリチュアルケア」と考えています。私は、ケアマネジャーや介護職の方々に講演するときには、このスピリチュアルケアを強調しています。医療も大事ですが、医療には限界があるので、その人を支えるようなスピリチュアルケアが大事になっていると思います。

井口 「スピリチュアルケア」には宗教的な意味が含まれているのですか。

遠藤 はい。もともとは「霊的なケア」と訳すのですが、今は「存在を共にする」というようなニュアンスがあるようです。

私自身も、ただお見送りするのではなく、われわれの病院に入ってよかった、この先生に診てもらって、この看護師さんにみてもらってよかった、と満足してもらえるような関係を築くことがよいケアなのではないでしょうか。

高齢者差別について

井口 日本老年医学会の立場-1で高齢者だからという理由で不当な差別を受けることに反対すると謳っています。飯島先生、未だ高齢者差別というようなことがあるのでしょうか。

飯島 年齢だけを根拠にして、不当な差別を行うことを“ageism”といいます。実際に医療の現

高齢者の意思決定

場でも、治療方針について家族と相談する際、「もう歳だから何もしなくてもよい」とおっしゃられる場合がありますが、これも“ageism”の一種といえます。

例えば慢性硬膜下血腫ですと、超高齢者でも手術でよくなるのですが、「今さら、頭の手術なんてとんでない」というようなことをよくいわれます。年齢だけを根拠にした差別に関しては、老年医学に携わる者として、断固として反対しなくてはならない、いくら年をとっても、医療を受ける権利においては若い人と変わらない、ということを確認しておかなければならないと思います。

大切なのは、高齢者の医療が若い人と同じ医療でなくてはならないのかというと、決してそうではなく、高齢者にふさわしい医療が追求されなくてはならないということです。そういう意味で「後期高齢者医療制度」がネガティブな形で受け止められてしまったことが残念です。考え方としては、後期高齢者にふさわしい医療を確保するという基本理念であったはずで、頭から「後期高齢者」という言葉だけが否定されてしまったことは残念です。もちろん「後期高齢者」というくくりで差別されるとすれば、まさしく“ageism”になってしまいますが、

井口 遠藤先生、ageismに関して何かございますか。

遠藤 飯島先生がおっしゃったように、年齢を理由に医療に差別があることはよくないと思います。年齢相応の医療があると思います。その結果、本人にとって不利益にならないようにするということが原点で、bestではなくてもbetterな医療を本人や家族と話し合いながら、追求していくということが、“ageism”をなくす方法になるのではないのでしょうか。結局は個々で考えていくしかないのかと思います。

井口 結局、高齢者の尊厳ということだと思うのですが、尊厳とはどのようなことかということ、自分のやりたいことがやれるということですね。

1. 意思決定にかかわる諸問題

井口 尊厳に関わることは何事によらず意思能力を有する者の自己決定がその出発点であると思いますが、百瀬先生、高齢者の意思決定の問題について話してください。

百瀬 高齢者が人生の最後を、どこでどのように過ごしたいか、それをどのように決定しているのかという点に関しては、以前から高い関心をもっています。最近では、病院か自宅かの二者択一ではなく、高齢者の療養生活の場も多様になってきています。そこで、高齢者が終末期あるいはその前の段階をどこで過ごすかという意思決定を迫られる機会も増えてきているように思います。

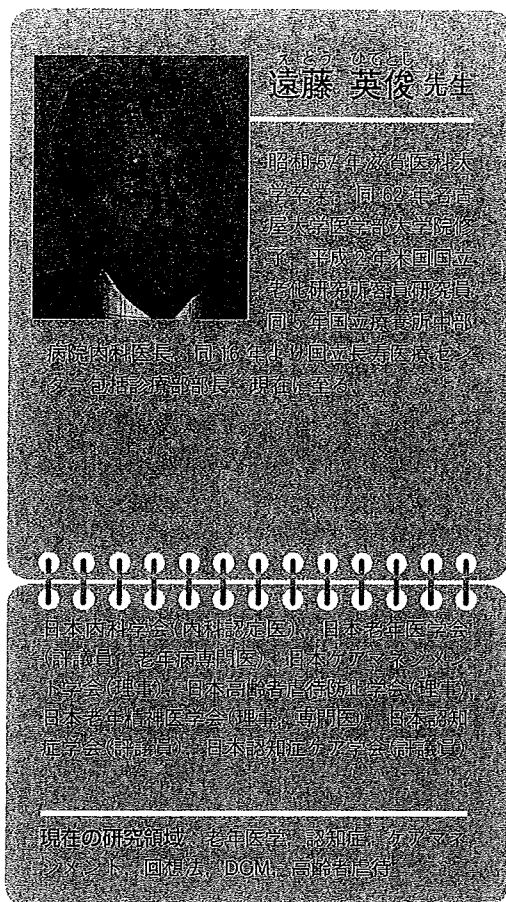
どこで過ごし、どのような医療やサービスを受けながら死に向かうかというときに、本当にその高齢者の意向が反映されているのだろうかという点について疑問に思います。高齢者はどうして自分の意思を伝えられないのかということ、日本では、「老いては子に従え」という風潮や子供に迷惑を掛けないようにという「遠慮」、子供や医師に任せておけばいいようにしてくれるといった「お任せ」という日本独特の文化がかなり影響していると感じています。

訪問看護師に、実際はどうかと聞いてみたところ、高齢者が蚊帳の外に追いやられてしまっていることが多いということでした。ひどいときには、ケアマネジャーが組織の利益を優先し決定しているということも聞きますので、高齢者の意思決定を支えるということは非常に難しい課題だと思います。

看護基礎教育においても、今、CNS(Certified Nurse Specialist)とあって大学院で専門教育、高等教育を行っているのですが、そのなかでも、倫理的な判断能力を高める教育が求められ、積極的に始めているところです。

2. 自己決定

井口 飯島先生、自己決定について日本人の特



性というようなことがあるのでしょうか。

飯島 医療界では、informed consent や informed decision などを尊重するように努力してきました。その延長線上に、終末期における本人の自己決定を最も尊重すべきだという考え方があってしかるべきだと思います。

ただ、1点感じることは、自己決定は決して簡単なことではないということです。日ごろから自分のことは自分で決めるという習慣を身に付けておくことが大事だと思います。そういう意味で、欧米、特にキリスト教国においては、「自分のことは自分で決めなさい。その代わりにその結果に関しては自分が責任を負いなさい」という教育を、子供のころから徹底しているという背景があると思います。それに対して、日本では、親のいうことや先生のいうことをただ素直にきく子がよい子であるという教育を行っ

ています。このようななかで、病気になったとき、死を目の前にしたとき、本当に自己決定ができるのかどうかということに関して、少なからぬ疑問を感じています。

そういう意味で、日本の高齢者は「老いては子に従え」と、周りのことを気にして判断してしまうのです。その判断を、本人の意思決定なのだとしてしまうと、下手をすると自己決定ということが何もしないこと、あるいは過少医療の免罪符のように使われてしまう危険があるので、そういうことに注意しなければなりません。

井口 そうですね。日本人には日本人にあった自己決定の方法があるのでしょうか。

3. 事前指定

井口 次に事前指定の問題に移りたいと思いますが、遠藤先生、事前指定の行える前提条件についてお話しください。

遠藤 事前指定をクリティカルに考えると、やるか、やらないかということになります。私自身は、胃瘻の問題も含め、事前指定はいずれ社会的コンセンサスを得る必要があると考えています。事前指定の要素としては、どこで死にたいか、病院なのか、在宅なのか。どんな死を迎えたいか。もし自分で判断できない場合に誰に任せるか。この3つの大きな要素が入っていることが前提になります。

ところが、意思決定を行うためには、十分な情報が必要であり、その情報を理解する能力がなくてはいけません。高齢者では難しい問題です。途中で変わってもよいので、50歳代、60歳代に、自分の老後をどう考えるか、どのような死を迎えたいかということの表明に関する制度がほしいと思います。

今ある制度を考えると、成年後見制度というものがありますが、それは経済だけの財産管理になっているのです。改正の話があるのですが、心情看護といって代理人が代わりに判断するような機能をもたせるといった議論もあります。また法律的に、医療代理人制度をつくる、尊厳死法案をつくり、法制化するという動きもあるのですが、何十年と議論しながら動いていないと

というのが現状です。

高齢者医療に関する法律の問題

井口 最近、盛んに尊厳死という言葉が使われていますが、尊厳とはどういうことか。私なりの解釈をしてみます。例えば尊厳は赤ちゃんにもあるといえれば少しわかったような気分になります。私には2歳になる孫がいます。しばしば爆発的に泣き出し、治まらないときもあります。家族は彼がなぜ泣くのか、皆で相談します。食べたい物をお姉ちゃんが食べちゃったからではないか、ジュースが飲みたかったのではないかなどと推察します。彼は自己の主張が通じなかったことに怒り、尊厳を損なわれたことで泣いて抗議をしていたのです。

大抵の場合、孫が泣き出すのは自分の主張が見過ごされたり、無視されたときです。彼の周囲が彼の主張を理解したとき彼は泣き止みます。彼は尊厳が保たれたことを理解し、泣き止むのです。自己の主張が受け入れられないとき、人は尊厳が損なわれたと思うものです。尊厳とは尊厳が損なわれたときにより理解される言葉であり、高齢者の尊厳死とは高齢者が望むような死に方で死ぬことをいうのだと思います。

そこで今の日本ですが、事前指定で本人が「安楽死」を希望しても今の法体系では死ねないのです。どのような安楽死であろうと、すべて殺人になってしまうのです。その点については、議論が大きく分かれるところですが、あまり目を背けず、議論する必要があります。

法学者の土本武司さんは「現在の日本では患者は苦痛のフルコースを経た後でなければ死んではいけないということになる。生命の意義は長さにあるのではなく、質にあるのではないかな。そして、その質もまた、他人ではなく本人自らが決定すべきものである」といっています²⁾。

遠藤 われわれの病院は、事前指定の予備調査を行っています。3年前からアンケート形式で、若いうちに本人の意思確認、判断ができる人に対して、希望調査を行っています。

ももせゆみ 百瀬由美子先生



平成15年長野県看護大学大学院博士後期課程修了。愛知県が中心となる。病院・長野県が中心。病院・救急センター。看護師、松本市訪問看護師、信州大学医務短期大学部老年看護師、信州大学医学部保健学科看護学専攻老年看護学助教を経て、同科1年愛知県看護大学同科1年4月大学総合センター愛知県看護学部と名称変更し老年看護学教授。現職に至る。

日本老年看護学会、日本老年医学会、日本老年社会学会、日本看護科学学会、日本看護研究学会、日本高齢看護学会など

現在の研究領域：地域高齢者の介護予防、認知症予防、回復能力の維持、向上のための介入プログラムの開発に関する研究、高齢者施設におけるケアスタッフのメンタルヘルスマネジメント教育プログラムの開発に関する研究

例えば病院で死にたいか、人工呼吸器を付けたいか、ということも聞いています。

予備調査なのですが、10年後、20年後には活かされる可能性があると考えています。

井口 消極的な安楽死になるにしても、法的な整備が必要ですね。

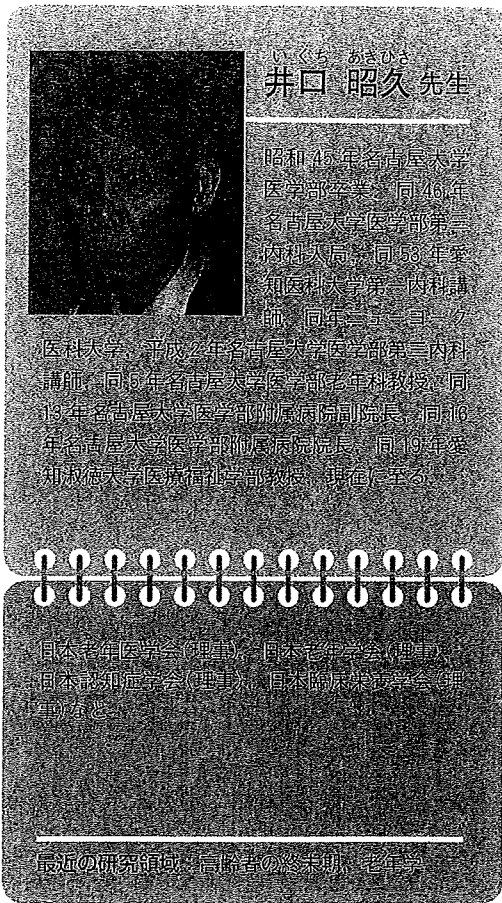
遠藤 そうですね。本人の意思確認を、ターミナル期ではなく、元気なうちに聞いておきたいというのは非常に強く思います。

井口 その辺りが社会問題になってきていますね。

厚生労働省や他学会の取り組み

1. 厚生労働省の取り組み

井口 これらの問題について、厚生労働省はど



のような動きをしているのでしょうか。

遠藤 一昨年(2007年)、終末期のガイドラインを出しています。いくつかの要素はあるのですが、1つはチームで判断しなさいということです。今まで、安楽死の問題があったときに、医師1人で行っていて、危険だというメッセージだと思います。ただ、そのガイドラインは内容については踏み込んではいないので、まだ不備があり、十分ではないという印象をもっています。

また今年度(2009年度)に、委員会を開き、見直しのパブリックコメントをみたり、アンケートを行いながら見直しをしているようなので、期待をしています。しかし、このような「死」に関することを国が決めるというのは、非常に難しいという印象をもっています。

2. 他学会の取り組み

井口 飯島先生、他学会の取り組みをご存知ですか。

飯島 はっきり終末期医療に関する提言、ガイドラインを出しているのは、日本救急医学会ですね。ただ、救急医療の現場は高齢者医療の現場とはかなり違いますし、対象となる人たちも違うので、そのまま参考にするということは難しいのではないかと思います。

厚生労働省や日本医師会の基本的な考え方も、それに近く、いずれも基本的には意思決定プロセスのガイドラインなのです。できるだけ本人の意思を尊重する、医師1人で判断せず複数で判断するという原則を示しているにすぎません。



井口 それでは今後の課題について、これから話していきたいと思います。

1. 高齢者の意思決定のための支援

百瀬 高齢者が意思決定できる力をもっている時期から、人生の最期にどのような医療やケアを受けたいか、決定できその意向を表明できるように支援していくことが大事だと思います。

それには、こういった問題について、高齢者だけでなく、家族や周囲の人と話し合える土壌が必要だと思います。何となく「死」について話すことがタブーのような流れがありますね。

われわれも取り組み始めているのですが、老人クラブの活動の一環として、事前指示書などについて話し合ったり、地域全体で事前指示に対する意識を高めることが必要かと思っています。看護職や医療職が、高齢者個々の希望する終末期の過ごし方についての情報をもっていれば、できるかぎり希望に沿う支援が可能になると思うのです。ですから、高齢者の方に事前指示をしていただくことが大事になってきます。

もう1つは、家族の理解ということですが、いわゆる死の準備教育という対象が、高齢者だけでなく、家族に対しても重要になってきます。

例え、事前に高齢者が意思表示していても、実際に終末期になると、高齢者の意思が尊重されない状況も考えられます。その場合、家族にその決定が委ねられる場合も多く、家族も高齢者の意向を尊重した決定ができるように話し合っておく、といった家族への教育も重要かと思えます。

自分が意思決定できなくなったときに、誰に委ねるかということで、先ほど遠藤先生がおっしゃいましたが、事前指示とともに代理人の決定という、2つの概念を含めた啓発活動が重要なのではないかと思います。

2. 緩和ケア

井口 飯島先生、緩和ケアはどのように発展していくのでしょうか。

飯島 先ほど井口先生が、苦痛をフルコースで経験しないと死ねないということをおっしゃいましたが、緩和医療・緩和ケアというものは、いろいろな苦痛を緩和することによって主眼を置いています。癌の痛みに対する対策が、緩和ケアの最も代表的なものとして取り上げられますが、最近、技術の進歩もあり、かなりの部分、痛みを経験することなく最期まで生活できるようになってきています。

井口 スピリチュアルケアも緩和ケアですね。

遠藤 もともと緩和ケアから入ってきています。

飯島 苦痛とは具体的な身体的な疼痛のほかに、精神的なもの、社会的なもの、などがあり、そのすべてを対象にするということですね。

日本では、診療報酬上、緩和医療の対象になっているのは癌とエイズですが、回復の見込みが極めて少なく、余命が限られているという意味では、高齢者の終末期も緩和ケアの対象になり得ると思います。

緩和ケアというのは何もしないということであるという誤解が非常に多いのですが、苦痛に対することを含めて、まだまだ医学としてできることがたくさんあると思います。

疼痛のほかに、呼吸困難感がある場合、欧米では麻薬を使いますが、日本では呼吸困難感に対して麻薬を使うことはありません。そういう

意味で、そういった緩和医療の技術がもっと日本に導入され、広く普及するようになればよいと思います。

井口 オランダでは、安楽死法が制定されてから安楽死が増えていないそうですね。

飯島 逆に減っているという話もあります。

井口 緩和ケアが発達して、やる必要がなくなってきたということですね。

飯島 安楽死や尊厳死を積極的に進めることが、緩和ケアを普及することの妨げにならないようにしてほしいと思います。

3. 在宅死

井口 遠藤先生、今後、在宅で亡くなる方が増えていくと思いますが、在宅における死での今後の課題はどのようなことでしょうか。

遠藤 1つは、独居高齢者が増えてくるので、孤立死の問題があります。これに対して、町づくりの観点から、ボランティアで声をかけ合うなどのネットワークづくりが必要ではないかと思えます。

井口 われわれのコンセンサスとして、少なくとも孤独死はさせない、ということですね。独りで死なせないということは文明国家たる必須の要件ですよ。

遠藤 とても大事だと思うのです。社会保障として孤独死を減らしたいですね。

2つ目は、多様な住まいができていくということです。高齢者の急増に合わせて、ケア付きアパート、高齢者専用賃貸住宅が今後爆発的に増える予想がされます。しかし、そこでのケアについて誰もわからないのです。よいケアばかりではないのです。そこで亡くなる方をケアする、生活を支えるという点は非常に注意していく必要があるのではないのでしょうか。実際、名古屋で質のよくない姥捨て山の施設ができていくといううわさもあるので、気をつけていきたいと思えます。

3番目は、テクニカル、技術的な点です。在宅とは限らないのですが、亡くなる前の栄養の問題です。死ぬ間際までというかターミナル期に、おいしい食べ物を提供することも、技術的