解 説

日本の看取りはどこへ向かうのか

三浦久幸*

国内は世界に類をみない超高齢社会が到来している。2025年には後期高齢者が3000万人以上に達し、2040年には年間死亡数がピークを迎え、およそ167万人が1年間に死亡する多死社会が到来する。全国的な在宅死亡率は現在12-3%前後であるが、今後一人暮らしの高齢者が増える事を考えると、老人ホーム等の集住環境における在宅医療や看取りが広がってくると予想される。このような流れの中で完全治癒が望めない慢性疾患等に対する一人一人の希望する医療・介護の内容や療養先の希望は多様化しており、本人の希望を最大限尊重した医療・ケアをいかに実践するかがこれからのテーマとなる。これに対応する中心の活動がアドバンス・ケア・プランニング(ACP)とその意思決定方法としての共有意思決定(shared decision making; SDM)であり、厚生労働省のガイドラインにその概念が取り入れられたことで今後の普及が予想される。

'How do future Japanese meet the end of life?'

Hisayuki Miura, MD, PhD

Head, Department of Home Care Coordinators, National Center for Geriatrics and Gerontology

In Japan, the annual number of deaths will peak in 2040, and it will be called a society with numerous deaths where about 1.67 million people die each year. The national at-home mortality rate is currently around 12-3%. With the increase of older people living alone in the future, it is expected that home care will be expanded mainly in the housing environment such as nursing homes. The contents of medical and long-term care desired by each person are diversified, and it will be the future theme how to practice medical and long-term care that respects the individual's wishes to the maximum. The corresponding core activities are advanced care planning (ACP), and shared decision making (SDM) as a decision-making method of ACP. As these concepts were incorporated into MHLW guideline, ACP and SDM are expected to become popular in the future.

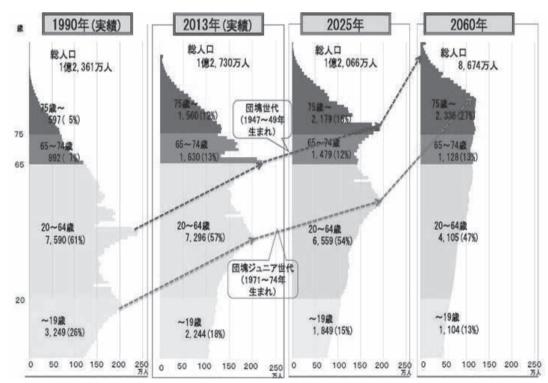
^{*}国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 在宅連携 医療部長

はじめに

「人生の最終段階の医療」という言葉が、この4、5年、公的に使用されるようになってきているが、以前には「終末期医療」と呼ばれた言葉を変更したものである。「終末期」は生物学的生命(biological life)の終わりを指す一方で、「人生の最終段階」は物語られる人生(biographical life)の最終段階を指す言葉であり、単に余命何ヶ月という「死」に照準を合わせた「終末期」に対して、人としての生き様に照準を合わせた言葉が「人生の最終段階」である。これは単に「終末期」の暗いイメージを払拭することを目的とした変更ではなく、「人生を生ききる」ことを支える医療・ケアを重視するパラダイムシフトを目指した言葉であるといえる。

ではなぜ、このような「死」から「生」を重視する流れが起きたか、という背景を考える必要がある。一つには国内は世界に類をみない超高齢社会が到来しているということがある。2025年には

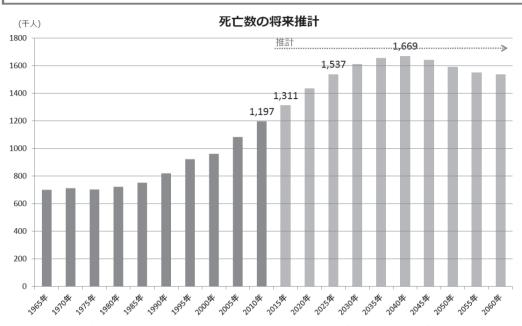
後期高齢者が3000万人以上に達する(図1)が、こ の中にはADLが低下するなど、自立した生活が 困難となり、介護を必要とする人も増加する。さ らには「多死社会」ともよばれ、2040年には年間死 亡数がピークを迎え、およそ167万人が1年間に 死亡するとされる(図2)。この事実は、超高齢者 における老化を基盤とした疾患や老年症候群な ど、病気や病態とつきあいながら人生の最期を過 ごす人が今後増えてくることを意味する。この一 方で、完全治癒が望めない慢性疾患等に対する一 人一人の希望する医療・介護の内容や療養先の希 望は多様化しており、本人の希望を最大限尊重 した医療・ケアをいかに実践するかがこれからの テーマとなる。このように「治す医療 | から 「治し 支える医療」への転換が求められている。「支え る という言葉は単に身体的対応のみでなく、本 人希望を支える、つまり意思決定支援が超高齢社 会におけるこれからの中心的役割となることを意



(出所)総務省「国勢調査」及び「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計):出生中位・死亡中位推計」(各年10月1日現在人口)

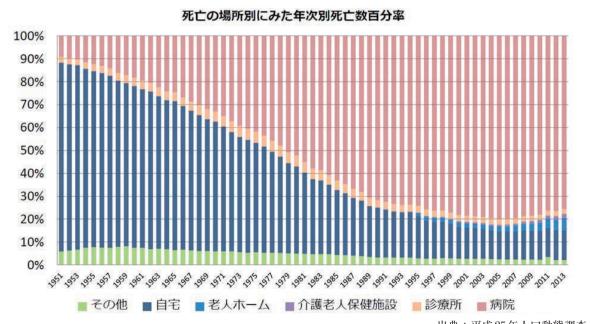
図1 日本の人口ピラミッドの変化

○ 今後も、年間の死亡数は増加傾向を示すことが予想され、最も年間死亡数の多い2040年と2015年では約36万人/年の差が推計されている。



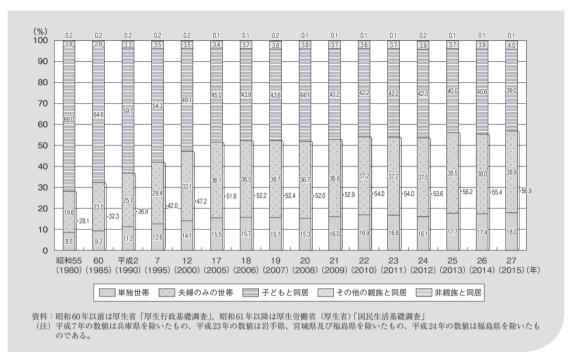
出典:2010年以前は厚生労働省「人口動態統計」による出生数及び死亡数(いずれも日本人) 2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮 定による推計結果

図2 死亡数の将来推計



出典:平成25年人口動態調査

図3 死亡の場所(年次推移)



平成29年版高齢社会白書

図4 家族形態別に見た65歳以上の高齢者の割合

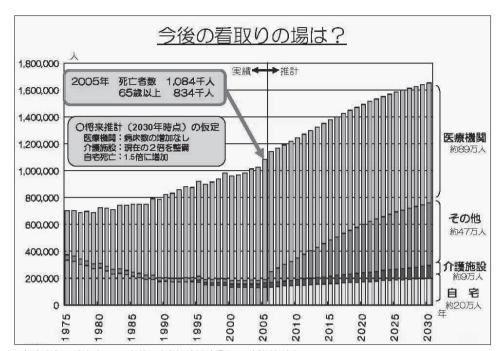
味している。

1. 死亡の場所の推移と高齢者の世帯構造の変化

図3に国内の死亡場所の推移を示した。1976年 を境にこれまで高かった自宅死亡率と病院死亡率 が逆転し、いまではおよそ80%が病院で最期を迎 える状況にある。在宅医療の推進が叫ばれながら も自宅死亡率は12%前後に留まり、一方、老人 ホーム死が少しずつ増加している傾向にある。ま た、家族形態別に見た65歳以上の高齢者の割合 をみると(図4)、2015年の時点で全体の56.9%が 単独世帯か夫婦のみの世帯となっており、今後さ らに両者の家族形態が増えることが予想されてい る。2000年に介護保険が始まってからも日本の 在宅医療・療養は家族介護に依存しているため、 これまでの持ち家としての「自宅」で最期まで暮ら すのは今後さらに難しくなることが予想される。 このような中、以前(2005年頃)に厚生労働省か ら示された予想図(図5)は、2030年には約47万人 の看取りの場が確保されない状況と示されていた。高齢者向け住まい・施設の定員数で最新の動向を見る(図6)と、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム、グループホーム、サービス付き高齢者住宅の定員数が増えており、死亡統計でも、このところ少しずつ老人ホーム死が増えていることを踏まえると、今後、介護医療院も含め、老人ホームや高齢者住宅など集住型施設で最期を迎える方が増えることが予想される。

2. 最期の療養場所についての本人希望について

最期の療養場所の希望では一般国民の約6割はできるだけ自宅で療養したいという希望があるが、この療養場所の希望は疾患によって異なることも示されている。図7は末期がんの場合、図8は認知症の場合であるが、がん疾患ではおよそ半数の国民が自宅療養を望んでいるに比べて、認知症の場合は介護施設での最期の療養を半数の人が望んでいる。かかっている疾患や置かれている状



出典:2005年(平成17年)までの実績は厚生労働省「人口動態統計」 2006年(平成18年)以降の推計は国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集(2006年度版)」から推定 図5 今後の看取りの場

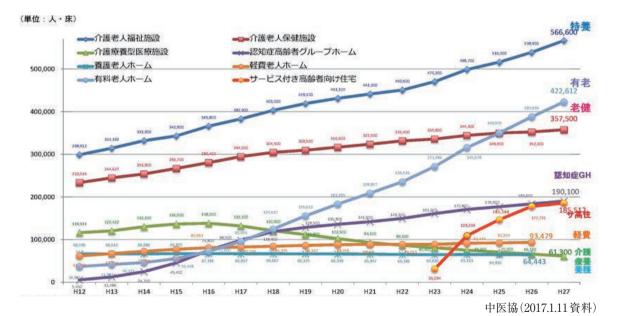


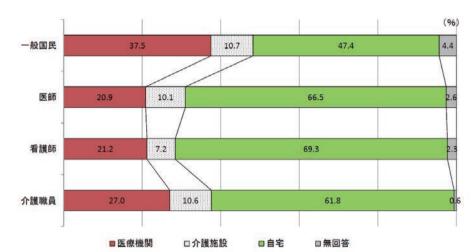
図6 高齢者向け住まい・施設の定員数

9

11

【ケース1】末期がんと診断され、状態は悪化し、今は食事がとりにくく、呼吸が苦しいが、痛みはなく、意識 や判断力は健康な時と同様に保たれている場合

※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。

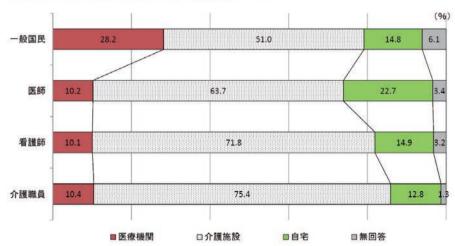


出典:厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2017) 全国の18,500人対象(回収率22.8% 4,218人回答)

図7 人生の最終段階における療養場所の希望(末期癌)

【ケース3】認知症が進行し、自分の居場所や家族の顔が分からず、食事や着替え、トイレなど身の回りのこ とに手助けが必要な状態で、かなり衰弱が進んできた場合

※回復の見込みはなく、およそ1年以内に徐々にあるいは急に死に至る。



出典:厚生労働省「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(2017) 全国の18,500人対象(回収率22.8% 4,218人回答)

図8 人生の最終段階における療養場所の希望(認知症)

況により、家族への負担等を考慮し、療養先を慎 重に選んでいることがうかがえる。その人のおか れている状況に応じ、さらには本人の希望通りに 療養先を「選択できる」ような医療・介護サービス 提供のありかたが求められているといえる。本人 が「選択できる」医療・介護サービス提供のあり方 としては、提供があまり進んでいない在宅医療の 充実や施設での看取りの充実が不可欠である。こ のため地域医療構想による病床再編とともに、国 策として在宅医療の充実がはかられている。一方 で、多くの国民は自分の受けたい医療や上述のよ うに療養先の希望があるにかかわらず、この希望 を担当の医療・介護専門職には伝えておらず、結 局は家族希望や担当医師の判断に委ねることに なってしまっている。本人希望を重視した医療実 践のために厚労省は2007年にガイドライン作成 を行い、本年2018年に改訂を行っている。

3. 厚生労働省の「人生の最終段階における医療 の決定プロセスに関するガイドライン」策定と 改訂までの経緯

このガイドラインの策定は、2005年に発覚した 富山県射水市民病院事件を契機としている。この 事件では当時の同病院の内科の看護師長が「外科 部長が入院患者を安楽死させようとしている | と 副院長に報告したことに始まるり。当時の射水市 民病院長は2000年から2005年にかけて7人の患 者が同外科部長によって人工呼吸器を取り外され て死亡していたと発表した。これらの人工呼吸器 の取り外しについて、同院長は、「複数の医師か病 院の倫理委員会に相談し、なにより患者本人の同 意が必要だった」として病院としての対応の不備 を認め、「安楽死には該当せず、延命治療措置の中 止の範疇に入る | との見解を示した10。最終的には この事件は不起訴になったが、「医師の専断で行わ れた」として、市民やメディア等で非難され、こ れを受けて厚生労働省が2007年にガイドライン 作成を行った。この2007年5月に提示された厚生 労働省の終末期医療の決定プロセスに関するガイ

ドラインでは、終末期医療及びケアのあり方は患者による決定を基本とし、医療行為の開始・不開始・医療内容の変更、医療行為の中止は、他専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって判断されるべきであるとしている。また、可能な限り、疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助を含めた総合的医療及びケアを行うことが必要であるとし、緩和ケアの推進を提唱している。生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象とはされていない。同ガイドラインではまた、終末期医療及びケアの方針決定に(1)患者本人の意思が確認できる場合、(2)患者の意思が確認できない場合、(3)複数の専門家からなる委員会設置に分けた検討が行われている。

これを厚生労働省は2015年3月にタイトルを 改訂し「人生の最終段階における医療の決定プロ セスに関するガイドライン」とした。このタイト ルの改訂にあたり「終末期医療に関する意識調査 等検討会 | において、最期まで本人の生き方(=人 生)を尊重し、医療・ケアの提供について検討す ることが重要であるという理由で、「終末期医療」 から「人生の最終段階における医療」へ名称変更を 行っている。この時の改訂はタイトルの文言の変 更のみであったが、2015年が「終末期」から「人生 の最終段階」を重視する姿勢への転換期であるこ とを明示している。さらに厚生労働省はガイドラ イン本文を改訂し、2018年3月に「人生の最終段 階における医療・ケアの決定プロセスに関するガ イドライン」を発表した20。今回の改訂は、近年の 高齢多死社会の進行に伴う在宅や施設における療 養や看取りの需要の増大を背景に、地域包括ケア システムの構築が進められていることを踏まえ、 また、近年、諸外国で普及しつつあるAdvance Care Planning (ACP: 人生の最終段階の医療・ ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチーム と事前に繰り返し話し合うプロセス)の概念を盛 り込み、医療・介護の現場における普及を図る ことを目的に「人生の最終段階における医療の普 及・啓発に関する検討会」において、文言変更や 解釈の追加を行ったとしている。

今回のガイドライン改定においては以下の1) から3)までの観点から、文言変更や解釈の追加 をおこなったとしている。すなわち、1)本人の意 思は変化しうるものであり、医療・ケアの方針に ついての話し合いは繰り返すことが重要であるこ とを強調すること。2)本人が自らの意思を伝えら れない状態になる可能性があることから、その場 合に本人の意思を推定しうる者となる家族等の信 頼できる者も含めて、事前に繰り返し話し合って おくことが重要であること。3)病院だけでなく介 護施設・在宅の現場も想定したガイドラインとな るよう、配慮すること。加えて、本ガイドライン について、人生の最終段階における医療・ケアに 従事する医療・介護従事者が、人生の最終段階を 迎える本人及び家族等を支えるために活用するも のであるという位置づけや、本人・家族等の意見 を繰り返し聞きながら、本人の尊厳を追求し、自 分らしく最期まで生き、より良い最期を迎えるた めに人生の最終段階における医療・ケアを進めて いくことが重要であることを改めて確認したとし ている。このように今回のガイドライン改定の 中心はACPの考え方の採用であるため、以下に ACPとは何かについて述べる。

4. ACPとは何か

ACPとは欧米、カナダ、オーストラリアを中 心に発展してきた活動で、一般的には意思決定能 力低下に備えての医療・介護(療養)に関する対応 プロセス全体を指す。しかしながら、実際には 現在も国により定義はさまざまで、最新の米国を 中心としたSudoreら3は、ACPは将来の医療に関 しての個人の価値観、人生の目標、治療選好を理 解し、共有することで、全ての年齢層の成人、す べての健康ステージを支えるプロセスと定義をし (表1)、本人の将来の医療に対しての医療従事者 の行動規範の形で記載している。この一方、英国 ではACPは本人が自発的に希望を残す行為や療 養場所の希望なども含んでおり、医療・介護(療 養)を広くカバーする形で言葉を用いている。日 本国内の定義は未だ確立していないが、筆者はこ れまでの国内の介護保険下での療養体制の充実等 を踏まえるとACPのcareは医療・介護(療養)の 両方をカバーする形が相応しいと考える。

5. プロセスとしてのACP

1994年のTenoらの論文⁴⁾では、ACPの全体的なゴールは患者が意思決定に参加できなくなった時に、臨床的なケアが確実に患者の選好により形作られるようにすることとし、個別ゴールとして医療決定のプロセスを改善することと、患者

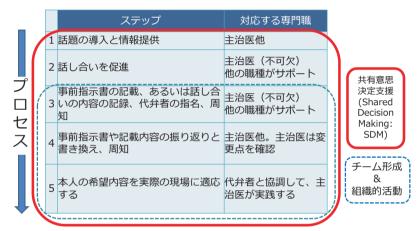
表1 アドバンス・ケア・プランニングの定義

- アドバンス・ケア・プランニングは将来の医療に関しての個人の価値観、人生のゴール、治療選好を理解し、共有することで、全ての年齢層の成人、すべての健康ステージを支えるプロセス
- アドバンス・ケア・プランニングのゴールは、その人が重篤な慢性疾患に罹患したときに、その人の価値観、目標や治療選好に一致した医療が受けられることが確実になるようにサポートすること
- 多くの人にとっては、そのプロセスには、もはや自分では意思 決定できない事態において、代わりに意思決定してくれる信頼 できる人を選び、準備することが含まれる

Sudore RL, et al. Journal of Pain and Symptom Management 53:821-832, 2017

のアウトカムを改善することをあげている。この ACPの活動についてはEmanuel⁵⁾らが、これをプロセスとして構造化し、解説している。このプロセスを要約したものが表2になる。ACPのプロセスは5つのステップで構成され、①話題の提供と情報提供、②話し合いを促進、③事前指示書の記載あるいは話し合いの内容の記録、④事前指示書や記載内容の振り返りと書き換え、⑤本人の希望内容を実際の現場に適応する、としている。①から⑤までがACP全体のプロセスであり、「ACPは プロセスである」という考え方の基本となっている。この内容を見ると、前半の①と②は本人と医療・介護従事者の対話のプロセスで、本人と対等の立場で対話をしていく、共有意思決定(Shared Decision Making: SDM)に相当する。一方、③一⑤は対話のプロセスというより、話し合いの内容を記録し、共有すること、考えが変わるごとに把握できるような体制作り、代理決定者と共に本人意思を医療行為等に反映する、という受け皿作りの活動であり、このためには受け皿の体制整備

表2 ACPの5ステップーACPはプロセスー



Emanuel et al. JAGS 43: 440-446, 1995から改変

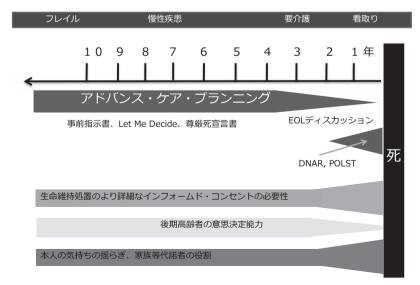


図9 ACP実施時期

や組織化が必要であることを示している。このように対話のプロセスと、受け皿としての体制整備あるいは組織化がACPの基本要素といえる。

ACPの適切な開始時期を図9に示した。図の右側、すなわち死期に近づいた時期の意思決定支援はEnd-of-Life Discussion(EOLD)と呼ばれているが、この時期では、特に高齢者では基礎疾患の進行や認知症などにより判断能力が低下していることが多く、一方で、家族の意向が反映されやすい時期と言える。このため、本人の意向確認のためには判断能力がある、より早期に話し合いを開始する必要がある。要介護状態で施設に入所する時期の高齢者はすでに判断能力が低下していることが多く、このため、理想的には医療・介護専門職との関わりが始まるフレイルの時期に、遅くとも、要介護状態が進んでいない時期にはACPを開始する必要がある。

6. ACPにおける共有意思決定(SDM)

共有意思決定とは、医師(場合によっては、ケ ア提供者)と患者がそれぞれの情報を共有し、互 いの情報を理解し、複数の治療の選択肢から一緒 に話し合って決める、意思決定支援の1つの方法 である。共有意思決定支援で重要なことは、医師 と患者が対等の関係性であること、複数の選択肢 から選べるようにすること、治療を決めるために それぞれがもつ重要な情報を互いに提供し合い理 解するためのコミュニケーションを実践すること である。共有意思決定支援は、患者固有の価値観 や意向に焦点を合わせた支援であり、医師など医 療・ケア提供者は、患者が自分の考えを伝えられ る時期から、時間をかけて継続的に関わり、価値 観や意向を共有し学んでいく。そして、人生の最 終段階を迎える場面では医師など医療・ケア提供 者は、過去に共有されてきた情報をもとに、その 人の価値観に沿った治療やケアを提供することが 可能となる。

共有意思決定を行うためには、医師やケア提供 者が共有意思決定支援のコミュニケーション技術 などを習得する必要がある。同時に、患者も共有 意思決定支援のコミュニケーション技術などを習得した医師やケア提供者らとの関わりの中で、自分の価値観や意向を伝え、一緒に治療を決定する技術を習得していく必要がある。なお、インフォームド・コンセントは、患者の自立決定権を担保するための医療法に位置づけられている医師が担う義務である。合意できるほど患者が情報を理解できるように、説明する医師やケア提供者の役割は、治療など意思決定を行う上で重要でひり、その方法として、共有意思決定支援という方法が近年注目されている。インフォームド・コンセントは日本語では「説明と同意」と示されているが、患者の権利が確立している21世紀では同意ではなく、合意という表現が適切であると考える。

共有意思決定支援の効果検証は各国で研究が進められているのが、治療効果の向上、疾患の改善、心理的な正の影響などについては必ずしも一定の有益性は担保されていない。共有意思決定支援により、不安の軽減や服薬のアドヒアランスの向上により治療効果が向上し、疾患が改善するとした研究がある反面、介入効果が確認できない研究結果も存在している。共有意思決定支援の介入技術や評価方法のばらつきも指摘されており、まだ発展途上の領域であると言える。

患者の意思決定方法の希望について日本で行われた調査®では、医師から説明を聞いた上で医師と相談して自身で決定したいという回答が全体の半数程度であった。

また、イギリスの国民保健サービス (National Health Service: NHS) は、共有意思決定支援による患者の価値観や意向を中心に治療やケアが選択されることや、病気の理解や治療決定に主体的に患者自身が参画することにより患者中心のケアを実現することが保健医療サービスの質を向上させるための重要な戦略と位置づけている。

日本でも、人生の最終段階までその人らしい暮らしを続けられるように支援したいと願う医師やケア提供者は多いが、患者の価値観や意向を充分に情報収集することなく、家族の価値観に基づき

人生最終段階の支援が提供されてきた。

多死社会を迎え、その人らしい支援をできるように、コミュニケーションに問題のない日常的な関わり場面から患者の価値観や意向を共有しながら治療やケアを決定していくコミュニケーション技術を用いて、共有意思決定する専門職の在り方を進めていく必要がある。

ここでACPプロセスの後半の受け皿作りの実 際を見てみる。ここでは高齢者のACPが有益で あることに関するエビデンスを報告したオース トラリアのオースティン病院の活動を紹介する。 オースティン病院では department of respecting patient choicesというACP活動の専門部門を緩 和ケアの部門とは別に立ち上げている。併任も含 めて医師、看護師およびその他の専門職により 構成され、筆者が訪問した2011年には7.8人の スタッフにより活動が行われていた。主な活動 は、1)病院スタッフがACPの活動に準拠するよ う、ACPの院内指針作成。2) 入院患者への直接の 面接を通じて話し合いの内容の記録や文書(現在 advance care directive (ACD) と呼ばれている) の取得。3)この話し合いの内容を電子カルテに保 存し、アラートで周知。4)専門職や市民に向けて の教育 (e-ラーニング含む)、5) 市民の中にファシ リテーターの養成、などでこのように多面的かつ 組織的な活動をしている。また、地域においては 病院と診療所双方の場での話し合いの内容を電子 カルテ上で情報共有することも行われていた。最 終的にはアラートで示されたACDや話し合いの 内容を主治医が確認し、医療代理人と共に本人の 意思を反映した医療行為を考えていく、という流 れであった。このように、海外の文献でもACP は「対話 |のプロセスであると、記載されているも のがあるが、実際に行われている内容は2者間の 対話のみでなく、話し合われた内容を共有するた めの体制作りやファシリテーター養成など、多面 的かつ組織的活動として行われている。

このようにACPの実践は、やる気のある個人の力だけでできるものではなく、患者サポート室や地域連携室等の組織全体で活動する体制作りが

求められる。

7. 全国の動きと今後のACPの課題

このACPの考え方は国内で急速に広がっており、実質的にH30年度の診療報酬改定にも反映されることになった。これからACPの活動はさらに広がりを見せると思われるが、なかには対話する行為のみ、あるいは文書化のみをACPとする記述なども見受けられ、国内ではACPに関する十分な理解がされているとはいいがたい状況にある。海外の歴史や実績を踏まえつつ、国内での実践を積み重ねながら、国内での統一した概念構築を経て、より標準化された実践内容にしていく必要がある。

おわりに

人生の最終段階の医療における、世界的な潮流は、医療・介護専門職が、いかに人の思いを引き出し(意思決定支援)、つないでいくか(継続性の担保)に焦点が移ってきている。厚生労働省のガイドラインの実践のためには共有意思決定の考え方を基盤にしたコミュニケーションスキルの習得とACPを組織的に実践する体制構築が欠かせない。このハードルは高いが、本人意思を反映させる医療の実現のために必要不可欠な活動と考える。

本稿にCOI(利益相反)はありません

〔文献〕

- 小玉聡、前田正一、赤林朗:時論 富山県射水市民病院事件について、日本医事新報、No. 4281,P 79-83, 2006.
- 厚生労働省ホームページ『人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改訂について』
 URL: http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html
- Sudore RL, et al.: Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. Journal of Pain and Symptom Management 53: 821-832, 2017.
- Teno JM,et al.: Advance care planning. Priorities for ethical and empirical research. Hastings Cent Rep 24: S32-S36, 1994.
- Emanuel LL,et al.: Advance Care Planning as a Process
 Structuring the Discussions in Practice. Journal of the American Geriatrics Society 43: 440-46, 1995.
- Shay LA, Lafata JE.: Where is the evidence? A systematic review of shared decision making and patient outcomes. Medical Decision Making 35 (1):114-31, 2015.
- Hauser K, Koerfer A, Kuhr K et al.: Outcome-Relevant Effects of Shared Decision Making. Deutsches Ärzteblatt International 112 (40): 665-71, 2015.
- 8) 日本医師会総合政策研究機構 (2014).日医総研ワーキング ペーパー,第5回 日本の医療に関する意識調査, P64, 図 6-10.