

〈研究ノート〉

人生の最終段階における「死の質」

林 裕

目 次

- I . 死に至る 3つの過程
- II . QOD の構成要素
- III . QOD に係る経済的負担
- IV . 経済的負担緩和への保険関与
- V . ACP と理想の死

I . 死に至る 3つの過程

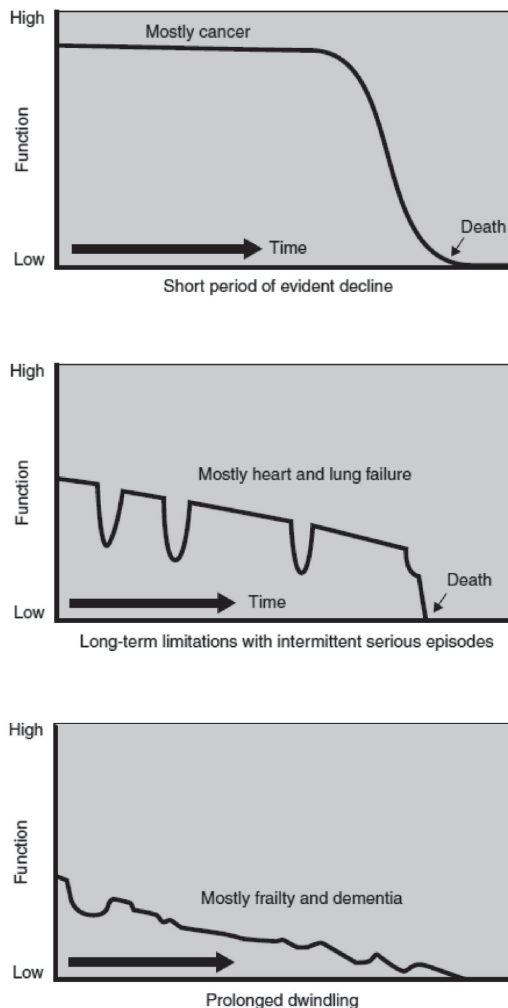
Joanne Lynn と David M.Adamson によれば、人が死に至る過程は3つのパターンに分類される。⁽¹⁾ 第1はがんが典型であるが、この場合はかなりの期間身体機能は維持されているものの、いったん病状が悪化すれば死の数週間前から急激に衰弱し、死に至るパターン。第2は心臓、肺などの臓器不全であり、この場合は症状の悪化と小康を繰り返しながら、長期にわたって機能低下し、死に至るパターン。第3は認知症や老衰の場合であり、身体機能が徐々に弱まり、死に至るパターンである。

この中で、第1のパターンが20%、第2のパターンが20%、第3のパターンが40%、残りの20%は突然死・その他である。⁽²⁾ 第1のパターンにおいては、死の数週間前までは意識もはっきりしているので、本人の意思を確認することができ、人生の最終段階の判断も明確にできる。第2、第3のパターンは本人の意思確認は可能であるが、長期の療養期間を経て徐々に機能低下していくので、どこからが人生の最終段階なのかの判断がつきにくい。なお、第3のパターンにおいては認知症が進行すれば人生の最終段階の意思確認が困難になるので、早期の意思確認が必要になる。

どのタイプの死の過程を辿るとしても、人生の最終段階を迎えた場合に、「どのような最期を迎えたいのか」という意思確認をしておくことが重要である。⁽³⁾ この3つのパターンを念頭に置いて、人生の最終段階のケアを検討すると、以下のような対応が考えられる。⁽⁴⁾ 第1

のパターンは人生の最終段階を明確に規定できるので、必要に応じて積極的治療も併用しながら一般病棟や在宅における緩和ケアを普及させることが課題である。第2のパターンは病状の悪化の兆候に合わせた早期の介入が必要なので、比較的早期の段階から本人の意思確認が必要となる。第3のパターンは医療よりも介護が中心になるので介護負担が大きな課題となる。あわせて、延命治療をどこまで行うかの本人確認が困難な場合は家族の意思の反映が必要となる。高齢者の場合は、延命治療をどこまで続けるべきか、あるいはどこで撤退すべきかということが論点となる。⁽⁵⁾

Chronic Illness in the Elderly Typically Follows Three Trajectories



Joanne Lynn, David M. Adamson (2003) "Living Well at the End of Life"
RAND Health p.8

加えて重要なことは、人生の最終段階をいかに過ごすか（過ごさせたいか）という意味である。当事者や家族にとってのそれは、医療従事者とは違ったとらえ方がされる。⁽⁶⁾ 医療従事者にとっての人生の最終段階とは生物としての人間が消滅すること（生命の終わり）であるが、当事者や家族の想いは、この世からあの世への移行プロセスである。死が間近に迫ったときは安らかな死を求める QOD (Quality of Death = 死の質) の実現を図る必要がある。⁽⁷⁾ 死の質とはすなわち、尊厳のある死のことである。拙稿「終末期保障の在り方」⁽⁸⁾ でも紹介した、E. キューブラー・ロスの『死ぬ瞬間』において説かれた人生の最終段階を迎えた患者の5つの段階の想い、すなわち、事実の受け入れを拒否しようとする「否認と隔離」、この否認が維持できなくなると生じる「怒り」、延命の願望を叶えるための神との「取引」、もはや自分の病気を否認できなくなると生じる「抑鬱」、そして最後に静かに自分の終焉を見つめて自分の運命を受け入れる「受容」という5つの段階の想いを経て、自分の運命を受け入れた患者は最期の時をどのように迎えたいと思っているのだろうか。

II . QOD の構成要素

死がまだ遠い状態にあるときには生に対して前向きな姿勢を問う QOL (Quality of Life) を考える意味はあるが、死が間近に迫ったときには安らかな死をもとめる QOD の実現を図ることが必要になる。⁽⁹⁾ QOD を実現させるためには、望んだような人生の最終段階のケアであったか、患者の状態はどうであったか、患者を取り巻く環境や制度は満足いくものであったかなどの検証が必要となる。また、ここでいう QOD は死という一時的な出来事ではなく、死に至るまでの過程としてとらえる必要がある。したがって、その期間は死が予想されるようになった時から死に至るまでであり、対象となるのは患者だけではなく、死に至るまでに患者にかかわる家族や医師・看護師などをも含むものである。⁽¹⁰⁾ 先にも述べたように QOL は死がまだ遠い状態にあるので、生活水準や人生の満足度など「生きること」を指標とするものであるが、QOD は「満足のいく死に方」を実現させることである。QOD を実現させるための構成要素として以下の3つの項目があげられる。⁽¹¹⁾

QOD の構成要素

人生の最終段階のケア

病名の告知

インフォームド・コンセント：治療方法に関する知識と理解および同意、

望んだ治療方法

医療者との関係：コミュニケーションと信頼

患者の状態

身体的状態：症状や痛みのコントロール、嚥下、呼吸

心理的状态：人生をふり返っての満足感や達成感、死の受容

経済状態：医療費、残される家族の経済生活

家族関係：家族と過ごす時間、コミュニケーションと信頼

死への準備：遺言、遺産相続、葬式、墓

環境条件

物的環境：望んだ場所か（自宅、病院、施設）、病室の快適さ、家族と過ごせる場所、建物を取り巻く環境

社会制度：医療サービス、福祉サービス、医療費や介護費用に対する公的私的保険

1つめの人生の最終段階のケアとは、本人が望んだか、告知の時期や方法は適切であったかが問われる「病名の告知」、説明の適切さ、患者が理解したうえでの同意であることが重要である「インフォームド・コンセント」、患者に対して十分な時間をとって話を聞き、説明をしたか、患者は医療者を信頼していたかが問われる「医療者との関係」から構成されている。2つめの患者の状態とは、病状や痛みのコントロールができて（いた）か、最期に至るまで嚥下や自発的な呼吸が可能である（あった）か、あるいは経管栄養や人工呼吸器を使用したかなどが問われる「身体的状態」、やり残したことがない、やり残したことはあるが引き継いでくれる人がいるなど、人生をふり返っての評価である「心理的状态」、医療費や遺される家族の経済生活に不安がないことが重要である「経済状態」、家族と過ごす時間が十分ある（あった）か、患者と家族および家族員相互の関係が良好で、十分にコミュニケーションがとれている（いた）かが重要である「家族関係」、遺言の有無、遺産相続・葬式・墓など死後の準備ができて（いた）かという「死への準備」から構成されている。3つめの環境条件とは、最期を過ごす場所が患者の望み通りであったか、病室が快適であったか、家族と過ごせる場所の有無、建物を取り巻く環境の良否が含まれる「物的環境」、医療サービスおよび福祉サービスが提供されているか、医療費や介護費用に対する公的私的な保険の有無や有効性が問われる「社会制度」から構成されている。これらの構成要素を通じて、患者や家族にとって「満足のいく死に方」が実現できたかが測定されることになる。

この中の「家族関係」と「物的環境」に関連して、厚生労働省の統計をみると、令和2年の「死亡の場所」は病院68.3%、診療所1.6%、介護医療院・介護老人保健施設3.3%、（再掲）介護医療院0.7%、助産所0.0%、老人ホーム9.2%、自宅15.7%、その他1.9%である。⁽¹²⁾

公的介護保険が導入されて以来、在宅重視が唱えられ、また人生の最終段階を自宅で過ごしたいとの希望も多い中で、現実には病院と診療所で70%を占めている。「死亡の場所」としての医療機関の割合が大きいのは、家族にとっては症状が急変した時の対応の不安によるものであり、患者本人にしてみれば家族の負担への配慮によるものであろう。医療の目的の大半は延命措置であり、少しでも寿命を延ばすために医学は進歩してきたが、人生の最終段階をスパゲティ症候群で迎えることが理想の姿かといえは疑問は残る。⁽¹³⁾ 特に高齢者にとっては日常の暮らしから遠ざかること自体がそもそも不安材料であり、病室での死は孤独死そのものである。⁽¹⁴⁾ 「死亡の場所」がどこであったかで、その後の遺族の精神状態に与える影響が異なり、一般病棟で看取った遺族が抑鬱症状と悲嘆が最も重く、住宅で看取った遺族が最も軽症であったという研究結果もある。⁽¹⁵⁾ 病院などの医療機関でQODへの理解が不足しているといわれることがあるのは、救命・延命を使命としている医療機関にとって、自然な死が受け入れがたいところがあるからであろう。⁽¹⁶⁾ 日本は「生かす医療」は世界トップクラスであるが、「死なせる医療」は大きく立ち遅れているといわれている。⁽¹⁷⁾

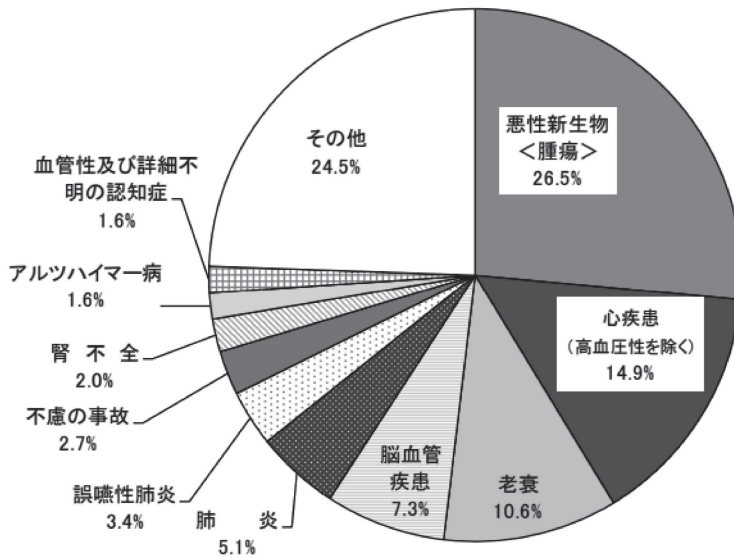
厚生労働省の『人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン(2018年改訂)』において、人生の最終段階における医療・ケアの在り方について最も重要な原則として謳われているものが、本人の意思決定を基本としたうえで、人生の最終段階における医療・ケアを進めることである。そのためには患者本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いが不可欠となる。なお、患者本人の意思は変化しうるものなので、話し合いが繰り返し行われることが重要である。⁽¹⁸⁾ また、公益社団法人日本医師会生命倫理懇談会の『人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン』においても、人生の最終段階においては、本人の意思が一番重要であり、いたずらに延命を試みるよりも、QOLやQODをより重視し、場合によっては延命措置の差し控えや中止も考慮すべきであると記されている。⁽¹⁹⁾ なによりも患者本人の人生観・価値観が尊重されなければならないということである。

Ⅲ．QODに係る経済的負担

QODの構成要素のうち「経済状態」と「社会制度」については、主に医療費の問題と公的保険の補完としての経済的支援となる民間保険制度の視点から検討していくことにする。厚生労働省の『令和3年(2021)人口動態統計月報年計(概数)の概況』によれば、令和3年の死因順位は以下のとおりである。⁽²⁰⁾ 死亡数第1位は悪性新生物(腫瘍)で38万1497人、全死亡者に占める割合は26.5%である。死亡数第2位は心疾患(高血圧性を除く)で21万4623人、全死亡者に占める割合は14.9%、死亡数第3位は老衰で15万2024人、全死亡者に

占める割合は10.6%、死亡数第4位は脳血管疾患で10万4588人、全死亡者に占める割合は7.3%である。

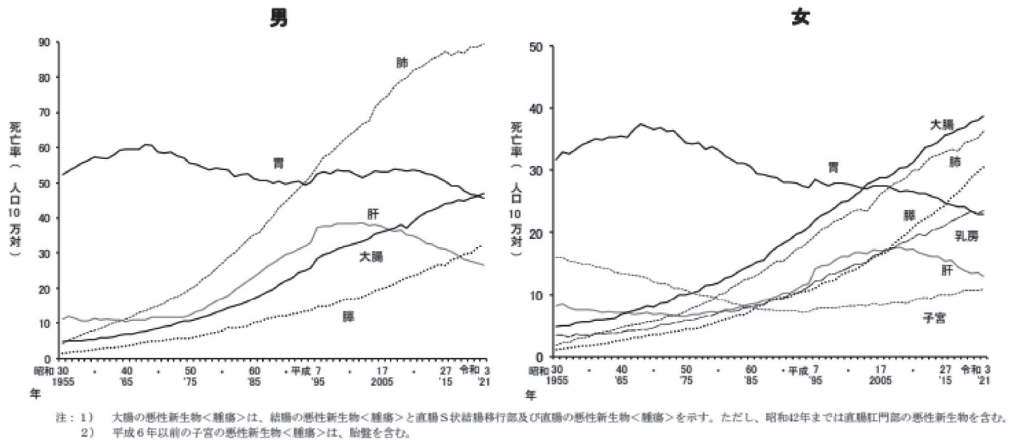
主な死因の構成割合（令和3年（2021））



厚生労働省（2022）『令和3年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況』、10ページ。

ちなみに、悪性新生物〈腫瘍〉の主な発生部位別死亡率の推移をみてみると以下のとおりである。⁽²¹⁾ 男では「肺」がもっとも高く、平成5年以降第1位となっている。女では「大腸」と「肺」が高く、「大腸」は平成15年以降第1位となっている。

悪性新生物〈腫瘍〉の主な部位別にみた死亡率（人口10万対）の年次推移



厚生労働省（2022）『令和3年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況』、13 ページ。

では、これらの病気になったときの医療費はどれくらいかかるものなのかを、肺がん、大腸がん、心疾患、脳血管疾患についてそれぞれみてみることにする。なお、医療費は疾患の状況によって異なるものなので、あくまでも参考事例としての金額である。⁽²²⁾

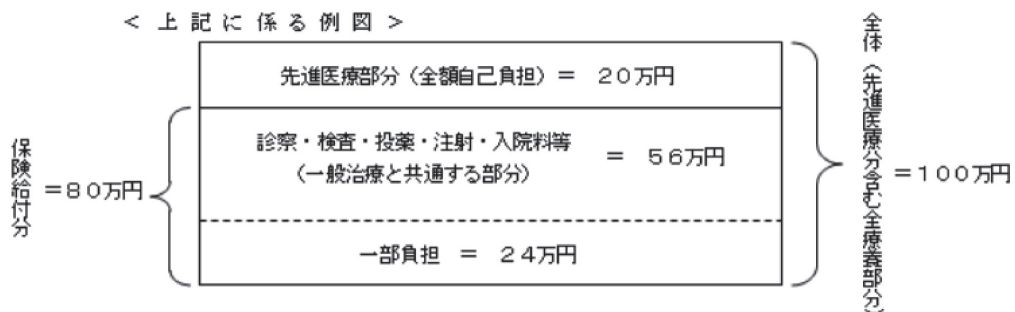
【肺がん】57 歳男性。	喫煙歴 37 年。肺腺がん。入院 24 日。
	医療費合計 1,408,200 円
	患者負担額（3 割） 422,460 円
	食事標準負担額 29,440 円
	患者負担額合計 451,900 円
【大腸がん】53 歳女性。	直腸の分化型腺がん。直腸全間膜切除術。入院 24 日。
	医療費合計 1,048,500 円
	患者負担額（3 割） 314,550 円
	食事標準負担額 28,060 円
	患者負担額合計 342,610 円
【心疾患】56 歳男性。	急性心筋梗塞。心臓カテーテルによる PCI 実施。入院 3 日。
	医療費合計 874,600 円
	患者負担額（3 割） 262,380 円
	食事標準負担額 2,300 円
	患者負担額合計 264,680 円

【脳血管疾患】57歳男性。心房細動で種々の神経症状を発症。薬物療法に加えて血管内治療。入院15日。

医療費合計	1,052,040 円
患者負担額（3割）	315,610 円
食事標準負担額	16,100 円
患者負担額合計	331,710 円

医療費が高額になった場合は、高額療養費制度を申請することができるが、所得に応じて負担限度額が定められていることと、入院時の食事、差額ベッド代、先進医療などには適用されないことは留意すべきである。実際、高額療養費制度適用外の自己負担部分が医療費全体を左右する場合もあるからである。中央社会保険医療協議会の『主な選定療養に係る報告状況』によれば、令和3年7月1日時点の差額ベッドの1日当たりの平均額は、1人室8,315円、2人室3,151円、3人室2,938円、4人室2,639円で、平均すると1日当たり6,613円の自己負担額が発生することになる。⁽²³⁾ 当然のことながら、入院日数が長引けば負担額も増加することとなる。

先進医療に係る費用は全額自己負担となるために、患者や家族にとっては大きな負担となる。例えば、総医療費が100万円で、そのうち先進医療に係る費用が20万円だった場合、先進医療に係る20万円が全額自己負担となり、通常の治療と共通する部分（診察、検査、投薬、入院料）は保険給付の対象となる。⁽²⁴⁾ したがって、この場合は、自己負担部分を除いた80万円のうち、7割にあたる56万円が各健康保険制度からの給付となり、3割にあたる24万円が患者の負担となる。



先進医療のなかで、がんに対する先進医療として陽子線治療や重粒子線治療が注目されている。陽子線とは水素原子という比較的小さな粒子を光の速度近くまで加速して治療に使うもので、重粒子線とはより大きな炭素粒子を加速して治療に使うものである。重粒子線は陽子線の3倍の治療効果があるといわれている。治療の対象となるものは、ひとつの部位に留まっている固形のがんであり、白血病のような血液のがんや広範な転移のあるがん、不規則に動く臓器（胃や腸）のがんは治療の対象にならない。がん病巣を集中的に攻撃するために副作用が少ない点や、治療期間が短いこと、通院治療も可能なことなど、そのメリットが謳われている。2022年4月から公的医療保険の適用が広がったものの、施設・設備の建設・維持に膨大な費用がかかるために治療費は相対的に高額になる。QODを実現させるためには、医療に係る経済的負担の軽減もひとつの課題となる。

Ⅳ．経済的負担緩和への保険関与

QODを構成する要素のうち、「経済状態」に関しては民間保険商品の活用によって、患者や家族の経済的負担を緩和することが可能である。医療・介護・遺族の生活に関与しうる保険商品を概観していこう。

医療保険は入院・手術・死亡を保障するものであるが、死亡保険金は少額であるために、遺族の生活保障を考えるのであれば、定期保険や終身保険といった死亡保障を重視した商品を選択する必要がある。医療保険は生命保険会社が販売している医療保険と、損害保険会社が販売している医療費用保険がある。この2つの商品は保険金の支払い方法が異なる点に留意すべきである。生命保険は定額給付、損害保険は損害填補を原則としているため、生命保険会社の医療保険では契約時に定められた日額を基本として入院・手術・死亡の保険金が定額で支払われる一方、損害保険会社の医療費用保険は実際にかかった治療費分が支払われる実費払いとなる。差額ベッド代の負担にも活用できるので、公的医療保険の補完としての役割もある。

がん保険はがんに特化した医療保険であり、医療保険の保険金に加えて、がんと確定診断された場合に、がん診断給付金が一時金として支払われる。がん保険には指定代理請求制度が設けられているので、都合により被保険者に病名や余命の宣告を行わない場合に備えて、契約時に指定代理請求人を指定することができる。また、がんの治療に備えて先進医療特約を付加しておけば、保険金で先進医療の技術料を支払うことができる。なお、契約時に定められた技術料に充てられる保険金は総額であるので、治療時に保険金が支払われ場合、次の治療ではその残額が上限となる。

死因の上位を占める、がん・心疾患・脳血管疾患に備えるものとして特定疾病保障保険が

ある。この保険はがんと確定診断された場合、医師から急性心筋梗塞や脳卒中の診断を受けたのち60日以上障害状態が続いた場合に、死亡保険金相当額が生前に支払われるところに特徴があり、その目的は高額な医療費負担への備えである。生前給付型のいまひとつのタイプとして、理由を問わず余命6ヶ月と診断された場合に、死亡保険金相当額が生前に支払われるリビングニーズ特約があるが、その目的には高額な医療費負担に備える他に人生最後の想い出づくり資金としての活用が含まれている。なお、リビングニーズ特約の内容については拙稿「終末期保障の在り方」において詳説している。⁽²⁵⁾

医療よりも介護が中心となる人生の最終段階を迎えるにあたっては、公的介護保険の補完としての介護保険の活用が考えられる。介護保険は公的介護保険の対象外となる若年要介護者の介護、介護のために離職・転職することによって生じる収入減、各種介護用品の購入、病院・介護施設への通院・送迎のための交通費など公的介護保険の給付対象にならないところを保障するものである。所定の要介護状態が一定期間継続した場合、認知症と確定診断された場合に保険金が支払われる。

では、その実態を生命保険文化センター『2021（令和3）年度 生命保険に関する全国実態調査』を通じてみてみることにする。生命保険会社の特定の保障機能を持つ生命保険や特約の加入状況の中から、医療保険・がん保険・特定疾病保障保険・認知症保険・介護保険の加入状況をみると下表のようになる。⁽²⁶⁾

特定の保障機能を持つ生命保険の加入率（特約含む）2021年 （％）

保険種類	世帯	世帯主	配偶者
医療保険	93.6	88.7	65.8
がん保険	66.7	60.1	43.6
特定疾病保障保険	48.4	43.2	27.8
認知症保険	6.6	5.2	3.3
介護保険	16.7	13.6	8.5

生命保険文化センター（2021）『2021（令和3）年度 生命保険に関する全国実態調査』57～77ページより著者作成。かんば生命を除く。

認知症保険は販売開始間もないこともあり加入率が低くなっている。介護保険については加入率は低いものの、「今後増やしたい生活保障準備項目」では、「世帯主の老後の生活資金の準備（32.4％）」、「配偶者の老後の生活資金の準備（27.2％）」に次いで「世帯主が要介護状態となった場合の介護資金の準備（25.6％）」があがってきている。⁽²⁷⁾ 今後、加入率の

びることが期待される。人生の最終段階における医療の経済的負担が緩和されれば、心理的苦痛の軽減にもつながることになるので、QOD を実現させるために保険が一定の役割を果たすことになるものと思われる。

生命保険文化センターの『2022（令和4）年度 生活保障に関する調査《速報版》』における医療保障に対する私的準備の状況の項目を見ると、「準備している」は82.7%、「準備していない」は15.3%となっており、具体的な準備手段をみると、「生命保険」が最も高く68.8%、以下「預貯金」44.5%、「損害保険」20.8%の順になっていることがひとつの傍証となるであろう。⁽²⁸⁾

医療保障に対する私的準備状況

(複数回答、単位：%)

	N	生命 保険	損害 保険	預貯 金	有価 証券	その他	準備 している	準備 していない	わからない
2022 (令和4) 年	4,844	68.8	20.8	44.5	7.8	0.3	82.7	15.3	2.0
2019 (令和元) 年	4,014	73.1	20.6	41.8	5.8	0.4	85.0	12.9	2.1
2016 (平成28) 年	4,056	72.9	20.9	42.0	5.6	0.5	84.2	14.1	1.7
2013 (平成25) 年	4,043	70.5	19.5	38.3	5.1	0.6	82.8	15.9	1.3
2010 (平成22) 年	4,076	71.0	19.8	38.1	5.4	0.5	82.2	15.9	1.9
2007 (平成19) 年	4,059	70.3	24.8	37.7	5.5	0.5	82.0	16.5	1.4
2004 (平成16) 年	4,202	68.0	21.8	37.5	4.1	0.3	79.3	17.2	3.5
2001 (平成13) 年	4,197	66.9	25.9	40.2	4.6	0.4	80.2	16.9	2.8
1998 (平成10) 年	4,217	70.4	25.9	42.5	4.4	0.3	81.8	15.8	2.4
1996 (平成8) 年	4,388	70.1	22.9	40.7	4.3	0.8	82.4	16.1	1.5

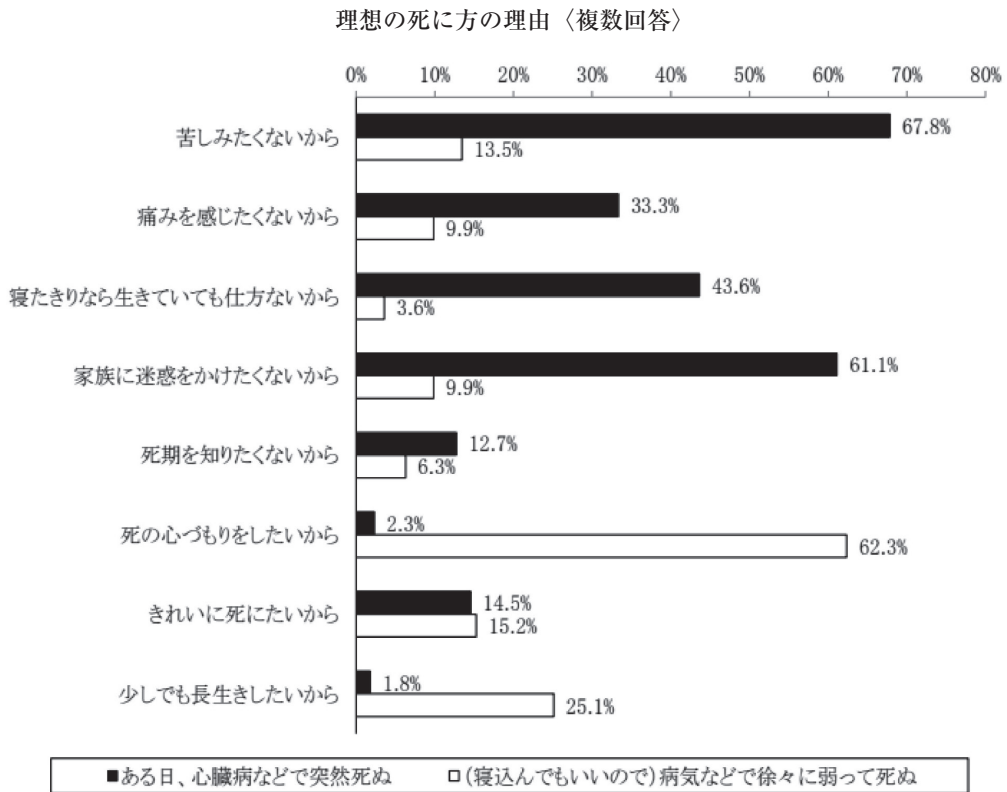
生命保険文化センター（2022）『2022（令和4）年度 生活保障に関する調査《速報版》』、30 ページ。

2013年に「社会保障制度改革国民会議報告書」において記された医療の在り方の中で、納得し満足のできる最期を迎えるための支援、すなわち人間の尊厳ある死を視野に入れたQODを高める医療の必要性が説かれた。⁽²⁹⁾ それから10年が経過したが、「経済状態」ひとつとっても、満足のいくQOD実現のために検討すべき課題は残されている。

V. ACPと理想の死

公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団の『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査2018年』によると、治る見込みがなく、余命を脅かされるような病気にかかった場合に大切にしたいこととして「非常に大切」と回答した人がもっとも多かったのは、「からだの苦痛が少なく、穏やかな気持ちで過ごせる（苦痛の緩和）」（48.8%）という項目で、次いで「身の回りのことができて、トイレや排せつについて困ることがない（自分を保つ）」（41.4%）、「楽しみがあったり、明るく過ごせる（高いQOL）」（41.2%）、「自分で望んだ場所で過ごし、最期を迎えられる（希望する療養場所の実現）」（40.3%）、「自分の人生をまっとうしたと感じる（人生の達成感）」（39.8%）の順であった。⁽³⁰⁾ いずれの回答もQODの構成要素の中の「医療者との関係」、「身体的状態」、「心理的状态」、「死への準備」を検討するうえで示唆を与えるものであり、最期まで自立を支えて生き方や価値観を尊重してほしいという意識が伺える。⁽³¹⁾

ちなみに、同調査では理想の死に方についての意識調査もなされている。その結果は、自分で死に方を決められるとしたら、「ある日、心臓病などで突然死ぬ」（「ぽっくり死」）、あるいは「（寝込んでもいいので）病気などで徐々に弱って死ぬ」（「ゆっくり死」）のどちらが理想かという問いかけに対して、「ぽっくり死」が77.7%、「ゆっくり死」が22.3%であった。「ぽっくり死」を望む人の理由としては、「苦しみたくないから」（67.8%）、「家族に迷惑をかけたくないから」（61.1%）が6割以上を占めていた。次いで多かった理由が、「寝たきりなら生きていても仕方ないから」（43.6%）であった。⁽³²⁾



公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（2018）
『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査 2018 年』、24 ページ。

自分らしい逝き方を選択し、QOD を実現させるために取り組まれているものが ACP（Advance Care Planning）である。ACP は、人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会の『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 解説編』によれば、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と定義され、主要な観点として以下の 3 点が述べられている。⁽³³⁾

- 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・住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。

このガイドラインの策定により、ACPの実践は医療・介護スタッフだけが行うべきものではなく、患者や家族と医療・介護スタッフが最善の医療・ケアを創り上げるために行うべきものであるということが周知されたことになる。⁽³⁴⁾ 就中重要なことは人生の最終段階を迎えた患者や家族の「どう逝きたいか」という意思を医療・介護スタッフが共有するための、双方向のコミュニケーションである。すなわち、これまで医療現場において中心となっていた「説明—同意モデル」を「情報共有—合意モデル」に転換しようというものであり、患者や家族の人生に関する価値観を反映させて治療方針を決定するということである。⁽³⁵⁾

一方で、ACPを実践するための阻害要因の調査によると、人生の最終段階についての話し合いに関する考え方は、「医療は患者中心であるべき」「ACPにより患者・家族の不安が惹起される」「ACPの実践の仕方についての教育が欠如している」「ACPを実践するうえでの時間が欠如している・実践には労力がかかる」「ACPを実践する際に協力を得られるリソースが身近にある」「ACPの実践により医師にマイナスな感情・影響が及ぶ」「死を避けるために最期まで医師は治療すべき」の7つに分類されるという。⁽³⁶⁾ 理想の死の実現に向けてACPを実践し浸透させるためには、実践に労力がかかる等の医療者要因や時間・リソースを確保するための勤務面やシステムの見直しが必要となろう。⁽³⁷⁾

また、ACPを支援する際には以下の留意点を念頭におく必要があるといわれている。⁽³⁸⁾ ①予後が1年以内と想定される患者を優先的にACPの対象とする、②患者と医療者双方の不安に対処する、③主治医・看護師は患者のケアに携わる他の専門職と連携し必ずチームで協働する、④患者の同意を得て患者が望む場合のみ話し合いを進める、⑤患者から強い感情が表出された場合はACPを中断し患者の思いを傾聴・理解に努めて寄り添うこころのケアに焦点を置く。ACPは医療・介護スタッフが患者や家族に強要するものではない。患者や家族と医療・介護スタッフとが情報を共有しながら、患者が自分の人生観・価値観に基づいて人生の最終段階の限られた時間を自分らしく生き、満足いく理想の死を迎えることができるよう協働することこそが、ACPの目的である。ACPが「人生会議」と呼ばれるゆえんである。

死は万人に平等に訪れるが、人生の最終段階をいかに過ごし、どのような最期を選択するかは千差万別である。

※ 参考・引用文献中で「終末期」と表記されている部分は、厚生労働省が「終末期」を「人生の最終段階」という言葉に切り替えたことを受けて、本稿中では「人生の最終段階」という表記にしている。

注

- (1) Joanne Lynn, David M. Adamson (2003) “Living Well at the End of Life” RAND Health pp.8-9
- (2) ibid. p.9
- (3) 渡辺洋子 (2019)「高齢者長期ケアの課題」、『社会福祉』第6号、59ページ。
- (4) 池上直己 (2004)「終末期ケアの課題と将来展望」、『社会保険旬報』No.2218、8～9ページ。
- (5) 袖井孝子 (2012)「高齢者の終末期ケア—QOL から QOD へ—」、『生活福祉研究』通巻80号、1ページ。
- (6) 同上、4ページ。
- (7) QOD は一般的に Quality of Death の略として表記されるが、これに「死にゆく過程」である Dying を加えて QODD (Quality of Dying and Death) という表記が用いられることもある。また、QOD を Quality of Dying and / or Death の略として用いる場合もあるので、本稿の表記では Dying も含めた QOD の表記とする。
- (8) 林裕 (2019)「終末期保障の在り方」、『熊本学園商学論集』第23巻第1号所収。
- (9) 袖井 (2012)、5～7ページ。
- (10) 袖井孝子編著 (2007)『死の人間学』、金子書房、4ページ。
- (11) 同上、14～16ページ。
- (12) 厚生労働省 (2021)『厚生統計要覧』第1編人口・世帯 第2章人口動態。
平成30年より介護老人保健施設は介護医療院・介護老人保健施設となり、表中に(再掲)介護医療院が追加となった。
- (13) スパゲティ症候群とは、輸液ルート、導尿バルン、気管チューブ、動脈ライン、サチュレーションモニタなど身体中にチューブやセンサーを取り付けられた状態を指す。ちなみに、日本財団 (2021)『人生の最期の迎え方に関する全国調査』によると、人生の最期について、「積極的な治療を受けて、1分1秒でも長く生きることを優先させたい」という考えには、「強く共感する」1.4%、「共感する」2.5%であったのに対して、「無理に治療をせずに、体を楽にさせることを優先させたい」という考えには、「強く共感する」45.5%、「共感する」40.7%であった。
- (14) 浅川澄一 (2020)「幸せな死に方—欧米諸国と日本の違い—」、『家族社会学研究』第32巻第1号、71ページ。
- (15) 羽多野裕 (2016)「療養場所が quality of death and dying と遺族の健康に及ぼす影響に関する研究」、『遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究3』、(公財)日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団、44～45ページ。
- (16) 浅川澄一 (2020)、77ページ。
- (17) 小堀鴎一郎 (2018)『死を生きた人びと』、みすず書房、124ページ。
日本の医療水準が高く評価されているのは、平均寿命が長いこと、病床数が多いこと、保険医療への社会保障支出が多いこと(国民皆保険)などがあげられている。

- (18) 厚生労働省（2018）『改定 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』、1 ページ。
- (19) 公益社団法人日本医師会生命倫理懇談会（2020）、『人生の最終段階における医療・ケアに関するガイドライン』、3 ページ。
- (20) 厚生労働省（2022）『令和3年（2021）人口動態統計月報年計（概数）の概況』、10 ページ。
- (21) 同上、13 ページ。
- (22) 以下の事例は、新日本保険新聞社（2020）『2020年12月版 こんなにかかる医療費』の事例による。
- (23) 中央社会保険医療協議会総会資料（2022）『主な選定療養に係る報告状況』、3 ページ。
- (24) 厚生労働省ホームページ（2023）『先進医療の概要について』
- (25) 林裕（2019）、87～89 ページ。
- (26) 生命保険文化センター（2021）『2021（令和3）年度 生命保険に関する全国事態調査』、57～77 ページ。
- (27) 同上、137 ページ。
- (28) 生命保険文化センター（2022）『2022（令和4）年度 生活保障に関する調査《速報版》』、30 ページ。
- (29) 社会保障制度改革国民会議（2013）『社会保障制度改革国民会議報告書』。31～32 ページ。
- (30) 公益財団法人日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（2018）『ホスピス・緩和ケアに関する意識調査2018年』、19 ページ。
- (31) 同上、22 ページ。
- (32) 同上、23～24 ページ。
- (33) 人生の最終段階における医療の普及・啓発の在り方に関する検討会（2018）『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 解説編』、1 ページ。
- (34) 池永昌之・濱吉美穂編（2020）『アドバンスト・ケア・プランニング（ACP）実践ガイド』、中央法規出版、4 ページ。
- (35) 同上、5 ページ。
- (36) 中山智裕・吉田健史・森雅紀（2021）「アドバンス・ケア・プランニングの実践における医師の障壁—単施設質問紙調査より—」、『Palliative Care Research 16（1）』、21 ページ。
- (37) 同上、21～23 ページ。
- (38) 竹之内沙弥香（2022）「アドバンスト・ケア・プランニング支援のポイント」、『日本呼吸ケア・リハビリテーション学会誌』第30巻第2号、156～157 ページ。