

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	超高齢社会における終末期の医療と介護—看取りの政策に向けて—
他言語論題 Title in other language	End-of-Life Care in a Super-aged Society
著者 / 所属 Author(s)	小寺 正一 (KOTERA Shoichi) / 国立国会図書館調査及び立法考査局専門調査員 社会労働調査室主任
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	833
刊行日 Issue Date	2020-06-20
ページ Pages	01-30
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	超高齢社会における終末期をめぐる状況、終末期の医療と介護をめぐる論点・課題 (治療の差し控えと中止、終末期における医療・介護費用、死に場所と看取り等) について整理して述べる。

* この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰 (めいせき) 性等の観点からの審査を経たものです。

* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

超高齢社会における終末期の医療と介護

—看取りの政策に向けて—

国立国会図書館 調査及び立法考査局
専門調査員 社会労働調査室主任 小寺 正一

目 次

はじめに

I 終末期をめぐる状況

- 1 死亡者数の推移と将来予測
- 2 死因構造の変化と死に至る軌跡
- 3 死亡場所

II 終末期の医療と介護をめぐる課題・論点

- 1 治療の差し控えと中止
- 2 終末期における医療・介護費用
- 3 我が国における在宅医療・介護と看取り
- 4 我が国の高齢者ケア施設における看取り
- 5 我が国の独居高齢者の看取り

おわりに

キーワード：終末期、死因構造、死に至る軌跡、死亡場所、医療コスト、介護コスト、在宅医療、在宅介護、高齢者ケア施設、独居高齢者

要 旨

- ① 我が国における死亡者数は増大を続けている。平成 30（2018）年には出生者数約 92 万人に対し、死亡者数は約 136 万人であり、我が国は、少子・多死社会を迎えている。この傾向は継続し、令和 22（2040）年には、死亡者数はピークに相当する約 168 万人に達すると予測される。
- ② 我が国の死因構造は現在、循環器系疾患や悪性新生物等の生活習慣病（慢性疾患）がその中心となっているが、終末期における医療・介護を考える上では、病態ごとの死に至る軌跡の理解が近年重要視されている。
- ③ 終末期に係る施策の考察においては、死亡場所が重要である。20 世紀以降、我が国を含め世界の多くの国では病院死の割合が増大傾向にあったが、近年では自宅死への選好が見られるようになった。我が国においては、自宅死を志向しつつも、介護・福祉施設における死亡割合が増加している。
- ④ 終末期の医療と介護をめぐる課題・論点は多岐にわたる。生命維持治療の差し控えと中止について、世界各国で法制化が進む一方、我が国ではガイドライン方式によっているが、なお議論を要するとの指摘も見られる。
- ⑤ 世界各国において終末期における医療に要する費用が論点になっているが、費用については介護まで含めた総合的な検討が必要であり、死亡直前期にのみ焦点を合わせるのではなく、長期にわたる慢性疾患のケア（の費用管理）が課題との議論もある。
- ⑥ 死亡者数が増大する中、看取り難民とも指摘される看取りの場所不足の懸念があり、介護と連携した在宅（自宅）医療の拡大が必要とも考えられるが、資源上の課題がある。特別養護老人ホームや介護老人保健施設、サービス付き高齢者向け住宅等の高齢者ケア施設における看取り体制の充実もまた重要である。また、増大する独居高齢者の看取りも課題である。
- ⑦ 今後、幸福な、満足度の高い看取りを実現する政策の形成に向け、我が国における死の実態の調査研究、エビデンスの更なる蓄積が望まれる。

はじめに

社会保障制度改革国民会議は平成 25 (2013) 年、救命・延命、治癒、社会復帰を前提とした「病院完結型」の医療、つまり従来の「治す医療」から、より生活の質を重視した「治し・支える医療」、すなわち患者の住み慣れた地域や自宅での生活のため、地域全体で治し、支え、医療と介護、さらには住まいや自立した生活の支援までもが切れ目なくつながる「地域完結型」の医療への転換を提言し、さらに、より納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること、死の質 (Quality of Death: QOD) を高める医療もその射程に含めた⁽¹⁾。本稿では、超高齢社会に達した我が国において、質の高い看取り⁽²⁾を可能にする政策形成の観点から、特に高齢者に焦点を置き、終末期⁽³⁾の状況、終末期における医療と介護をめぐる課題と論点を検討する。

I 終末期をめぐる状況

1 死亡者数の推移と将来予測

日本における死亡率は、人口高齢化の影響により昭和末期から緩やかな上昇傾向を示しており、昭和 63 (1988) 年の 6.5 (死亡者数：約 79 万人) から、平成 30 (2018) 年には 11.0 (死亡者数：約 136 万人) に達している⁽⁴⁾。同年の出生者数は死亡者数を大幅に下回る約 92 万人⁽⁵⁾であり、我が国は、少子・多死社会を迎えている⁽⁶⁾。国立社会保障・人口問題研究所による将来推計を参照すると、この傾向は継続が見込まれ、団塊の世代が全て後期高齢者 (75 歳以上) となる令和 7 (2025) 年には、死亡率は 12.4、死亡者数は約 152 万人へと増加し、令和 22 (2040) 年には、死亡率は 15.1、死亡者数はピークに相当する約 168 万人と予測されている⁽⁷⁾ (図 1)。

なお、全死亡者のうち、85 歳以上死亡者の占める割合は、昭和 45 (1970) 年には 9.3% であっ

* 本稿におけるインターネット情報は、令和 2 (2020) 年 4 月 30 日現在である。なお、本稿は医学上の学術論文ではなく、医学分野の専門的知見の詳細については、提示した文献等を適宜参照されたい。

(1) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書—確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋—」2013.8.6, pp.21, 31-32. 首相官邸ホームページ <https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkoku_syo.pdf>

(2) 看取りは元来、「看病する」、「病人の世話をする」という意味を持つが、近年では人生の最期・臨終に向けた見守り・ケア行為を指して用いられることが多くなっている。

(3) 終末期 (end of life, terminal) の確立した定義はなく、定義をせず使用している文献も多い。(David Hui et al., “The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature,” *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol.43 No.3, March 2012, pp.582-592.) 本稿ではおおむね次のような意味で使用しているが、厳密なものではない。「疾患が進んで、医学的にできる限りのことをしても近い将来の死を避けられなくなった時期」(清水哲郎「2 臨床死生学の射程」清水哲郎・会田薫子編『医療・介護のための死生学入門』東京大学出版会, 2017, pp.58-61.) 近い将来と言ってもかなりの幅があり得るし、避けることができるか否かの判断が困難な場合も少なくない。なお、近年「終末期」に替え、「人生の最終段階」という用語が使用される場合がある。

(4) 厚生労働統計協会編『国民衛生の動向 2019/2020』(『厚生指針』増刊) 2019.8, pp.60-61, 394. ここで死亡率とは、ある年における人口千人当たりの死亡者数を指す (年齢調整を行っていない粗死亡率)。

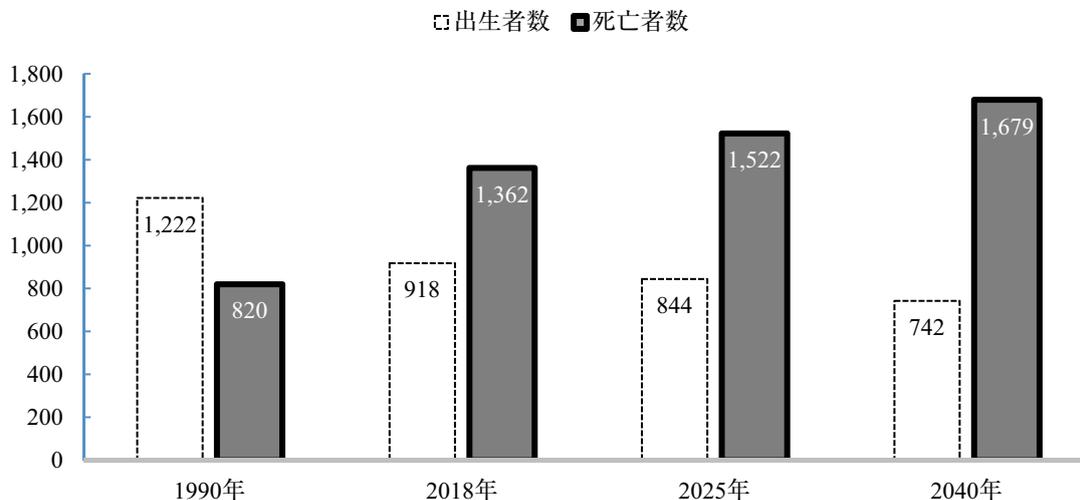
(5) 同上, p.394.

(6) 多死という点では、世界的にも年間死亡者は現在の年間 5600 万人から、今世紀半ばには 9000 万人に増加するとの予測もある。(David Clark et al., “Interventions at the end of life: a taxonomy for ‘overlapping consensus,’” *Wellcome Open Research*, 2:7, February 2017 (Last updated: 15 May 2019), pp.1-20.)

(7) 「表 1-8 出生、死亡及び自然増加の実数ならびに率 (総人口) : 出生中位 (死亡中位) 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 29 年推計』(人口問題研究資料 第 336 号) 2017.7.31, p.89. <http://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2017/pp29_ReportALL.pdf>

たものが、平成 30 (2018) 年には 47.6% へと、半数近くにまで増大しており⁽⁸⁾、死亡者自体の高齢シフトも進行している。

図 1 出生者数と死亡者数の将来予測 (単位：千人)



(出典) 1990年・2018年については厚生労働省『人口動態統計』、2025年・2040年については国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口 平成 29 年推計』の出生中位・死亡中位推計を基に筆者作成。

2 死因構造の変化と死に至る軌跡

(1) 死因構造の変化

我が国では、第二次大戦の終結を境にして疫学転換⁽⁹⁾が起り、死因(疾病)構造が急速に変化した。つまり結核等の感染症による死亡構成比が縮小し、代わって循環器系疾患や悪性新生物(以下「がん」)等の生活習慣病(慢性疾患)が死因構造の中心となっている⁽¹⁰⁾。現在の我が国の主要死因として、がんを筆頭に、心疾患(心筋梗塞、心不全等)、老衰⁽¹¹⁾、脳血管疾患(脳内出血、脳梗塞、くも膜下出血等)、肺炎等が挙げられる(表 1)。近年、がん及び心疾患の死亡率は上昇傾向にあり、脳血管疾患の死亡率は低下傾向にある⁽¹²⁾。肺炎については低下と上昇を繰り返しているが、将来的な死亡者数は減少するとの研究も見られる⁽¹³⁾。その一方、誤嚥(ご

(8) 「第 5.15 表 死因(死因年次推移分類)別にみた性・年齢(5 歳階級)・年次別死亡数及び死亡率(人口 10 万対)」厚生労働省『人口動態統計 平成 30 年 上巻』2019.11.28. 政府統計の総合窓口 (e-Stat) ホームページ <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883937&fileKind=0>> に基づき試算。75 歳以上で見ると、同時期に 35.2% から 75.8% まで増大している。

(9) 疫学転換 (epidemiologic transition) とは、人類の死亡の歴史を幾つかの段階に分ける考え方であり、①疫病(天然痘等)蔓延(まんえん)と飢饉の時代、②慢性的疫病蔓延の終息期、③変性(退行性)疾患と人為的疾患の時代の段階がある。我が国を含む先進国の多くは 20 世紀後半には③の段階に達し、さらに現在では新たに、④変性疾患遅延の時代を迎えたという。これは変性疾患(がん、脳血管疾患等)を原因とした死亡時期が遅延し、その結果平均寿命が延び続けているというものである。(金子隆一「長寿革命のもたらす社会—その歴史的展開と課題—」『人口問題研究』66 巻 3 号, 2010.9, pp.11-31.)

(10) 同上

(11) 死亡診断書記入上、最終的な死亡時点での様子が老衰である場合も合併症がない例は少なく、基礎的診断名としての脳血管障害やアルツハイマー型認知症が見えにくくなっているとの指摘もある。(折茂賢一郎「介護老人保健施設における看取りの現状と課題、病院との連携」『病院』76 巻 8 号, 2017.8, pp.614-619.)

(12) 厚生労働統計協会編 前掲注(4), pp.62-66.

(13) 池田一夫・石川貴敏「人口動態統計からみた日本における肺炎による死亡について」『東京都健康安全研究センター研究年報』69 号, 2018, pp.271-277.

えん) 性肺炎⁽¹⁴⁾の死亡者は統計が得られる昭和 54 (1979) 年以降ほぼ単調に増加しており、令和 12 (2030) 年の死亡者は、平成 30 (2018) 年の約 3.4 倍に上るとの予測もある。我が国において誤嚥性肺炎は他の先進諸国に見られない増大傾向を示している⁽¹⁵⁾。

また、死因の上位には表れていないが、やはり慢性的な疾患である認知症と糖尿病⁽¹⁶⁾罹患者の近年における増大も重要である。認知症の令和 2 (2020) 年における患者数は、平成 24 (2012) 年に比し 140 万人増の 602 万人と推計される⁽¹⁷⁾。「糖尿病が強く疑われる者」の数は、平成 28 (2016) 年に約 1000 万人と推計され、平成 9 (1997) 年以降増加している⁽¹⁸⁾。なお、認知症について、我が国の死亡統計上、直接死因とされることは少ないとも指摘される⁽¹⁹⁾が、世界的には死因の上位に位置付けられる点⁽²⁰⁾には、今後の(死亡)診断の扱い、ひいては我が国の死因構造を検討する上で留意が必要であろう。

表 1 我が国における死因の順位 (平成 30 年)

順位	死 因	割合 (%)	順位	死 因	割合 (%)
①	悪性新生物 (腫瘍)	27.4	⑥	不慮の事故	3.0
②	心疾患	15.3	⑦	誤嚥性肺炎	2.8
③	老衰	8.0	⑧	腎不全	1.9
④	脳血管疾患	7.9	⑨	血管性等の認知症 ^(注)	1.5
⑤	肺炎	6.9	⑩	自殺	1.5

(注)「血管性等の認知症」は「血管性及び詳細不明の認知症」であり、アルツハイマー病は含まない。
(出典)「第 6 表 性別にみた死因順位(第 10 位まで)別 死亡数・死亡率(人口 10 万対)・構成割合」『平成 30 年(2018) 人口動態統計(確定数)の概況』2019.11.28. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jnkou/kakutei18/index.html>> を基に筆者作成。

(2) 死に至る軌跡

終末期における医療・介護(以下では総称の際、「終末期ケア」)を考える上で、死に至る(病

⁽¹⁴⁾ 物を飲み込む働きを嚥下機能、口から食道へ入るべきものが気管に入ってしまうことを誤嚥といい、誤嚥性肺炎は、嚥下機能障害のため唾液や食べ物、あるいは胃液などと一緒に細菌を気道に誤って吸引することにより発症する。嚥下機能の低下した高齢者、脳梗塞後遺症、パーキンソン病などの神経疾患、寝たきりの患者に多い。(「誤嚥性肺炎」2016.12. 日本呼吸器学会ホームページ <https://www.jrs.or.jp/uploads/uploads/files/disease_qa/disease_a12.pdf>) なお、人口動態統計における死因分類上、「肺炎」と「誤嚥性肺炎」にはそれぞれ異なるコードが割り当てられている。

⁽¹⁵⁾ 池田・石川 前掲注⁽¹³⁾

⁽¹⁶⁾ 糖尿病は、脳血管疾患等の合併症や、がん・認知症等他の疾患へのリスクを高める可能性がある点にも留意が必要である。(「糖尿病ってなに?」国立国際医療研究センター糖尿病情報センターホームページ <<http://dmic.ncgm.go.jp/general/index.html>>)

⁽¹⁷⁾ 各年齢層の有病率が将来にわたり一定と仮定した場合の推計。(二宮利治ほか『日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究—平成 26 年度総括・分担研究報告書—』(厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業) 2015.3, p.12. <<https://mhlw-grants.niph.go.jp/niph/search/NIDD00.do?resrchNum=201405037A>>)

⁽¹⁸⁾ 厚生労働省「国民健康・栄養調査結果の概要 平成 28 年」2017.9.21, p.8. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Hou-douhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkou-zoushinka/kekkgaiyou_7.pdf>

⁽¹⁹⁾ 川越正平編著『在宅医療バイブル—家庭医療学、老年医学、緩和医療学の 3 領域からアプローチする— 第 2 版』日本医事新報社, 2018, p.221. ただし、我が国でも血管性等の認知症とアルツハイマー病(アルツハイマー型認知症の原因疾患)を合計してみれば、誤嚥性肺炎を上回り死因の 7 位(2.9%)となる。(「第 5.13 表 死因(死因簡単分類)別にみた性・年次別死亡数及び死亡率(人口 10 万対)」厚生労働省 前掲注⁽⁸⁾ <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883935&fileKind=1>> に基づき試算)

⁽²⁰⁾ 例えば英国(イングランド・ウェールズ)では 2018 年における死因の 1 位(12.8%)が認知症である。(Office for National Statistics, *Deaths registered in England and Wales: 2018*, 2019.8.6, pp.8-10. <<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsregistrationsummarytables/2018/pdf>>) アメリカにおいても、2017 年に 6 位(4.3%、85 歳以上では 3 位)である。(Melonie Heron, “Deaths: Leading Causes for 2017,” *National Vital Statistics Reports*, Vol.68 No.6, June 24, 2019, pp.8-13.)

の) 軌跡 (illness trajectory) の考え方が近年重視されている⁽²¹⁾。死に向かう軌跡を理解することにより、終末期ケア関係者にとっては患者の価値観に沿った適切なケアの提供、意思決定支援を行う上で有用となり、患者やその家族には予測される変化への適合、生活のコントロールの助けとなる。これは主として4つのパターンに類型化される (表2)。

表2 死に至る軌跡のパターン

パターン	特徴 ^(注1)	該当例 ^(注2)
① 突然死型	急速な転帰。最終段階の機能低下は瞬間的なものから数日。	虚血性心疾患、くも膜下出血、事故・災害
② がん型	全身機能は比較的保たれた期間が続き、本人の終末期ケアに関する希望を確認できる。最期の1から2か月で急速に機能低下。症状や経過に一定の法則性がある。	各種のがん
③ 臓器不全型	急な悪化と回復を繰り返しながら、数年単位で機能が低下、最期は比較的急速な変化。予後の予測、終末期の判別 (急性増悪の際の回復可能性判断) に困難が見られる。	慢性閉塞性肺疾患、慢性心不全、腎不全、代償不能の肝硬変
④ フレイル型	臓器不全型より更に長期にわたり、緩やかにスロープを下るように機能が低下。終末期の見極めが困難であり、本人の意思確認も難しくなる。終末期における人工的水分・栄養補給 (継続) の課題が比較的顕著。	認知症、老衰

(注1) 各々の特徴は、必ずしも該当の疾患全てに当てはまるわけではない。

(注2) 該当疾患例の個々のケースについては、他のパターンに当てはまる場合もある。

(出典) Joanne Lynn and David M. Adamson, *Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*, RAND, 2003, pp.6-10. <https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/white_papers/2005/WP137.pdf>; 木澤義之「終末期医療 (人生の最終段階の医療) とは」『診断と治療』107 巻 10 号, 2019.10, pp.1164-1165; 平原佐斗司「II4 臓器不全の軌道学」川越正平編著『在宅医療バイブル—家庭医療学, 老年医学, 緩和医療学の3領域からアプローチする— 第2版』日本医事新報社, 2018, pp.206-211; 池上直己『日本の医療と介護—歴史と構造、そして改革の方向性—』日本経済新聞出版社, 2017, pp.149-152 等を基に筆者作成。

がん型 (②) の場合は、軌跡の予測可能性が高く、終末期の期間も比較的短く、家族介護も含めて終末期ケアを見通しやすい面がある。疼痛管理と精神的支援を行うホスピスケア (緩和ケア) が一つの選択肢となり、多職種による在宅緩和ケアも適する場合がある。臓器不全型 (③) の場合は、疾患・個人・選択された治療ごとに軌跡が多様であり、疾病管理と介護を適切に組み合わせる必要があり、在宅 (訪問診療を含む) と (必要に応じた) 入院による対応が考えられる。フレイル⁽²²⁾ 型 (④) の場合は、医療よりも介護が終末期ケアの中心になり、独居者が増加し、家族介護も困難になりつつある中では、特別養護老人ホーム等の施設における対応も重要となる。また、嚥下障害が進み、構造的な肺炎 (誤嚥性肺炎) を来しやすい状態となることから、経口摂取の中止が問題となることが多い。中止の場合、人工的水分・栄養補給 (胃瘻 (いろう) や中心静脈栄養法⁽²³⁾ 等) の実施 (と人生・生活の質 (以下「QOL」

(21) 本項の執筆に際しては、次の文献を適宜参考にした。木澤義之「終末期医療 (人生の最終段階の医療) とは」『診断と治療』107 巻 10 号, 2019.10, pp.1164-1165; 平原佐斗司「II4 臓器不全の軌道学」川越編著 前掲注(9), pp.206-211; 池上直己『日本の医療と介護—歴史と構造、そして改革の方向性—』日本経済新聞出版社, 2017, pp.149-152; 北田志郎「II6 認知症の軌道学」川越編著 同, pp.219-224; 山崎章郎「第2章 我々はどのようにやって死ぬのか」『在宅ホスピス』という仕組み』新潮社, 2018, pp.29-48。

(22) フレイルとは、加齢に伴い健康障害に対する脆弱性が増加した状態。要介護の要因として重要であるが、必ずしも不可逆的に衰えるばかりではなく、早期発見・適切な介入により生活機能の維持・向上を図ることも可能と言われる。(飯島勝矢「II9 フレイルとサルコペニア」川越編著 同上, pp.241-248.)

(23) 胃瘻とは、経腸栄養法の一つで、腹壁から直接胃に栄養や水分を注入するためのチューブを留置するもの。中心静脈栄養法とは、非経腸栄養法の一つで、心臓に近い中心静脈を用いて高カロリーの輸液を継続的に点滴投与するもの。

(Quality of Life) の考量) についての判断が必要になり、これは実質的には延命の選択ともなり得ることから、倫理的検討を伴う(Ⅱ章1参照)。本人の認知機能が相当低下していることも多く、栄養補給や点滴等の延命治療の意向、病院への救急搬送の有無等、本人を中心に、事前にケアプランを作成することが望まれる。このパターンについては、在宅医療による対応が適する。

3 死亡場所

死をどこで迎えるのか(看取りの場所はどこか)、という点は、終末期ケアとその政策を考察する上で重要であり、本人とその介護者の経験を決定する要素の一つである。本節では、日本と諸外国における状況を概観する。

歴史的に見ると、20世紀中頃の疫学転換を背景にして、医学は急速な変革期を迎えている。複雑・高度な医療設備が拡充され、多くの工業国において国民は近くに病院を持つことになった⁽²⁴⁾。人は、特に都市部において自宅で生まれることがなくなったと同様、自宅で死ぬことも少なくなり、「死の完全な医療化」がもたらされた。病院が正常な死の場所となったのである⁽²⁵⁾。

(1) 日本

江戸時代においては、看取りの場は基本的に家であり、看取りの具体的な方法も家人に伝授されていたと言われる⁽²⁶⁾。医師が死亡確認を行い、官庁への報告によって死が管理されるようになった明治時代以降においても、往診医や派出看護婦に支えられた家族・親族・地域の相互扶助において家で死を迎えるのが一般的であった。戦前の家政学においては、看取りの知識や技術も教えられていたという。しかし、やはり戦後の疾病構造の変化を受け、高度な医療設備を必要とする生活習慣病への対応などにより病院の数と規模が拡大し、多くの死はその施設の中で迎えられるようになり、看取りの文化も消失する⁽²⁷⁾。統計を確認(表3)すると、1951(昭和26)年には8割を超えていた自宅死割合は大きく減少、1970年代には病院死と逆転し、2000年代以降は12~13%程度で推移している。近年は病院死も若干の減少傾向を見せているが、代わったのは自宅死ではなく、特別養護老人ホーム等の介護・福祉施設における死の増加である⁽²⁸⁾。また、高齢になるほど自宅死・病院死が減少する傾向がある⁽²⁹⁾。なお、都道府県別に見

⁽²⁴⁾ アトゥール・ガワンデ(原井宏明訳)「3 依存」『死すべき定め—死にゆく人に何が出来るか—』みすず書房、2016、pp.60-64。(原書名: Atul Gawande, *Being Mortal: Medicine and What Matters in the End*, 2014.)

⁽²⁵⁾ フィリップ・アリエス(成瀬駒男訳)「第12章 倒立した死」『死を前にした人間』みすず書房、1990、pp.524-529。(原書名: Philippe Ariès, *L'homme devant la mort*, 1977.)

⁽²⁶⁾ 柳谷慶子「④ 老いを看取る」『江戸時代の老いと看取り』山川出版社、2011、pp.81-87。江戸時代後期の医家平野重誠による『病家須知』(びょうかすち、びょうかこころえぐさ)では、終末期の看病として、病人の心が沈まないようにすることや病人の訴えに沿う、清潔で物静かな寝室とすること、亡くなる時に心残りとならないような配慮(臨終における親族の立ち合いはなるべく避け、泣き声は聞かせないなど)等、具体的に挙げている。(家子敦子「終末期ケア論における授業材料としての『病家須知』の検討」『仙台北百合女子大学紀要』18号、2013、pp.39-53; 新村拓『老いと看取りの社会史』法政大学出版局、1991、pp.180、235-236.)

⁽²⁷⁾ 新村拓『在宅死の時代—近代日本のターミナルケア—』法政大学出版局、2001、pp.8-10、28-32、88、98、138-150。

⁽²⁸⁾ この要因として、終末期ケアに対する介護報酬の加算による政策効果も指摘される。(池上 前掲注⁽²¹⁾、pp.173-175.)

⁽²⁹⁾ 年齢別に見ると、80歳以上死亡者では、65-79歳に比較して自宅割合が5%減少(11.2%)、病院割合が7.6%減少し(70.1%)、介護・福祉施設(介護老人保健施設・介護医療院・老人ホーム)の割合が11.9%増加(15.2%)している。(「第5.22表 主な死因(死因年次推移分類)別にみた性・死亡の場所・年齢(特定階級)別死亡数及び百分率」厚生労働省 前掲注⁽⁸⁾ <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883944&fileKind=1>>)

表3 我が国における死亡場所の推移（場所別に見た死亡数百分率（%））

年	施設内				施設外	
	病院 ^(注1)	診療所	介護老人保健施設 ^(注2)	老人ホーム ^(注3)	自宅 ^(注4)	その他
1951（昭和26）	9.1	2.6	—	—	82.5	5.9
1960（昭和35）	18.2	3.7	—	—	70.7	7.4
1970（昭和45）	32.9	4.5	—	—	56.6	5.9
1980（昭和55）	52.1	4.9	—	—	38.0	5.0
1990（平成2）	71.6	3.4	0.0	—	21.7	3.3
2000（平成12）	78.2（0.77）	2.8	0.5	1.9	13.9	2.8
2010（平成22）	77.9（2.4）	2.4	1.3	3.5	12.6	2.3
2015（平成27）	74.6（3.3）	2.0	2.3	6.3	12.7	2.1
2018（平成30）	72.0	1.7	2.6	8.0	13.7	2.0

（注1）（ ）内は、緩和ケア病棟における死亡割合（内数）。データが得られた対象年についてのみ記載。

（注2）2018（平成30）年からの統計項目名として、「介護医療院・介護老人保健施設」とされている。新たに設置された介護医療院の割合（内数）は、0.1%である（2018（平成30）年）。

（注3）介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。1994（平成6）年までは老人ホームでの死亡は、「自宅」又は「その他」に含まれる。

（注4）自宅のほか、グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅を含む。

（出典）「第5.6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」厚生労働省『人口動態統計 平成30年 上巻』2019.11.28. 政府統計の総合窓口（e-Stat）ホームページ <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883928&fileKind=1>>; 志真泰夫ほか編集『ホスピス緩和ケア白書 2019』青海社, 2019, p.86等を基に筆者作成。

ると、自宅死の割合が最も高いのは東京都区部（19.8%）であり、最も低い大分県（8.3%）の2.4倍である⁽³⁰⁾。この点、病院施設資源（人口当たり病床数等）が少なく、在宅医療へのアクセスが良い場合に自宅死割合が高い傾向があるとの研究も見られる⁽³¹⁾。ただし、統計上の自宅死は「自宅看取り死」のみならず、孤独死等の異状死も含んでいることには留意が必要である⁽³²⁾。

それでは、現代において死亡場所をめぐる意向はどのようなものだろうか。これについて、完治が見込めない病気の場合に迎えたい最期の場所として、60歳以上の約半数（51%）が「自宅」と回答しているとの調査がある⁽³³⁾。さらに、終末期の状態像を明確にした厚生労働省の調査（表4）によると、死に至る軌跡のパターンに応じ意向も変化し、がん型の場合は自宅で過ごしたい割合が高くなるが、臓器不全型の場合は医療機関の、フレイル型の場合は介護施設の比重が大きくなっている。ただし、いずれの場合も、自宅以外を選択した理由として「介護してくれる家族等に負担がかかるから」との回答が多数を占めている⁽³⁴⁾点には留意が必要である。

(30) 「第5.8表 死亡の場所別にみた都道府県（特別区－指定都市再掲）別死亡数百分率」厚生労働省 同上 <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883930&fileKind=1>>

(31) 五十嵐美幸ほか「がん死亡および全死因の都道府県別自宅死亡割合と医療社会的指標の地域相関分析」『Palliative Care Research』9巻2号, 2014, pp.114-121.

(32) 例えば神奈川県（2014（平成26）年）の場合、自宅死割合は15.7%であるが、うち看取り死は6.9%に過ぎず、看取り死を指標として見直すなら、県内の格差（在宅医療普及度アウトカム）は拡大するとの指摘がある。垣内康宏『在宅医療の正確なアウトカム指標確立に向けた研究—法医学と在宅医療の連携—』2018.7.31. 在宅医療助成勇美記念財団ホームページ <http://www.zaitakuiryo-yuumizaidan.com/data/file/data1_20180925125416.pdf>

(33) 内閣府『高齢社会白書 令和元年版』2019, pp.66-68. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2019/zenbun/pdf/1s3s_04.pdf>

(34) 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「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」2018.3, pp.54, 64, 74. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf> なお、この調査におけるように、死亡（を望む）場所と死の前にケアを受ける（受けたい）場所は本来異なる概念であるが、区別していない（できない）場合がまま見られる。

表4 一般国民における死亡場所の意向 (%)

パターン ^(注2)	場 所	施 設		施 設 外
		医療機関	介護施設	自宅
がん型	医療・療養を受けたい場所 ^(注3)	37.5	10.7	47.4
	最期を迎えたい場所 ^(注4)	18.8	1.4	69.2
臓器不全型	医療・療養を受けたい場所	48.0	17.8	29.3
	最期を迎えたい場所	10.8	0.6	70.6
フレイル型	医療・療養を受けたい場所	28.2	51.0	14.8
	最期を迎えたい場所	3.4	0.5	63.5

(注1) 無回答を省略しているため、各場所に対する意向の合計は100%にならない。

(注2) 本表におけるパターンは、死に至る軌跡のパターンを厚生労働省調査（以下「調査」）に当てはめた。調査では、がん型は、「末期がんで、食事や呼吸が不自由であるが、痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合」、臓器不全型は、「重度の心臓病で、身の回りの手助けが必要であるが、意識や判断力は健康なときと同様の場合」、フレイル型は、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」に各々対応する。

(注3) 調査においては、「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」病状になった場合とされている。

(注4) 医療・療養を受けたい場所として「自宅」を選んだものに限定した割合である。

(出典) 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「人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書」2018.3, pp.49-80. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/saisyuiryo_a_h29.pdf> を基に筆者作成。

(2) 諸外国

(i) 全般的傾向

世界36か国を調査した研究⁽³⁵⁾によると、世界的にも自宅死への選好が支配的（しかし死が近づくにつれて減少する。）である一方、実際の死亡割合（中央値）は、病院において53.7%、自宅その他において31.5%、高齢者ケア施設⁽³⁶⁾において12.0%であった。病院死の割合は日本が最も高く（78%）⁽³⁷⁾、中国（19%）⁽³⁸⁾・アルバニア（11%）において特に低かった。死亡場所の決定要因としては様々考えられ、十分な説明は難しいものの、日本に対しては、病床数の多さと入院期間の長さが背景として指摘される。なお、高齢になるほどケア施設での死亡が増大することも共通の傾向であった。

(ii) 米国

米国においても、1949年には39.5%だった病院死が、1980年には60.5%まで上昇したが、1980年代の制度変化（メディケア（Medicare）⁽³⁹⁾においてホスピスがカバー対象になり、また、入院費用（医療機関収入）を抑制する1件当たりの支払い方式が導入された等）を契機に、病院

⁽³⁵⁾ Joanna B. Broad et al., “Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics,” *International Journal of Public Health*, Vol.58 No.2, April 2013, pp.257-267.

⁽³⁶⁾ 各国において統一された概念ではないが、日本における介護・福祉施設、英米におけるナーシングホーム等の総称として本稿では使用する。

⁽³⁷⁾ 日本については、2007-2009年のデータ（死亡総数3,392,606人）が使用されている。

⁽³⁸⁾ 中国については2004-2005年のデータに基づいているが、これ以降も中国における自宅死は増加傾向にあることを示す研究が見られる。（Jiaoli Cai et al., “Socioeconomic Differences and Trends in the Place of Death among Elderly People in China,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol.14 No.10, October 2017, pp.1-16.）

⁽³⁹⁾ 米国における、65歳以上の高齢者や障害者を対象とした公的医療保険制度。また、高齢者を含め、年齢にかかわらず貧窮者を対象とする制度としてメディケイド（Medicaid）がある。

死が減少傾向を見せるようになる⁽⁴⁰⁾。2017年には、病院死は35.8%まで減少、自宅死は30.8%、ホスピスは7.8%へと上昇を示している(表5)。なお、不慮の事故等(external causes)を除いた場合、20世紀当初以降、この年初めて自宅死が病院死を上回ったとの指摘も見られる⁽⁴¹⁾。また、85歳以上に限れば、ケア施設での死亡割合が35.1%と最多を占める⁽⁴²⁾。

一方、ホスピスについては、最期の数日を占めるに過ぎない場合も少なくないとの指摘がある⁽⁴³⁾。また、自宅死の増加については、「自宅で死を迎えることを唯一の道として理想化する、ある種の文化的変容」が起こっているとの見解⁽⁴⁴⁾がある一方、社会経済的格差の影響、つまり貧困層は自宅で十分なケアを受けることが困難であり、病院死を迎える傾向があるとの問題も存在すると言われる⁽⁴⁵⁾。

表5 死亡場所の比較(日・米・英、場所別に見た死亡数百分率(%))

年	国	施設内			施設外	総死亡数 (人)
		病院 ^(注2)	ケア施設 ^(注3)	ホスピス ^(注4)	自宅	
2006	日本	82.3 (79.7)	3.1	1.8	12.2	1,084,451
	米国	44.5 (36.4)	21.9	2.0	25.2	2,426,264
	英国 ^(注5)	67.0		4.9	19.0	502,599
2017	日本	74.8 (73.0)	10.0	3.7	13.2	1,340,567
	米国	35.8 (29.1)	19.3	7.8	30.8	2,813,503
	英国 ^(注5)	46.7	21.9	5.6	23.6	533,253

(注1) 省略した死亡場所があるため、各国各項の合計は100%にならない。

(注2) 日本については診療所を含めた死亡割合を示した()内は診療所を除いたもの。米国においては入院患者に限定した死亡割合を()内に示している。2006年の英国については、病院とケア施設(ナーシングホーム等)が統計上分離されていない。また、英国については精神科病院が含まれていない。

(注3) 日本においては、介護老人保健施設と老人ホームの合計死亡割合を示している。

(注4) 日本におけるホスピス(緩和ケア病棟)死亡割合は、病院の内数となる。

(注5) 英国については、イングランド・ウェールズの統計である。

(出典) 日本について、「第5.6表 死亡の場所別にみた年次別死亡数百分率」厚生労働省『人口動態統計 平成30年 上巻』2019.11.28. 政府統計の総合窓口(e-Stat)ホームページ <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883928&fileKind=1>>; 志真泰夫ほか編集『ホスピス緩和ケア白書 2019』青海社, 2019, p.86、米国について、CDC (Centers for Disease Control and Prevention) WONDER <<https://wonder.cdc.gov/>> からの抽出データ、英国について、Office for National Statistics <<https://www.ons.gov.uk/>> の提供データ等を基に筆者作成。

(iii) 英国

英国(イングランド・ウェールズ)における研究によれば、1974年から2000年代初頭まで、自宅死の減少傾向が確認されていた(特に非がんによる死亡)⁽⁴⁶⁾。その後、病院死は減少、自宅

(40) Committee on Care at the End of Life, Division of Health Care Services, Institute of Medicine, Marilyn J. Field and Christine K. Cassel, eds., *Approaching death: improving care at the end of life*, Washington, D.C.: National Academy Press, 1997, pp.39-41.

(41) Sarah H. Cross and Haider J. Warraich, "Changes in the Place of Death in the United States," *The New England Journal of Medicine*, Vol.381 No.24, 2019.12.12, pp.2369-2370. ここでは入院死データを用いたと考えられる。

(42) CDC (Centers for Disease Control and Prevention) WONDER <<https://wonder.cdc.gov/>> からの抽出データ。

(43) Committee on Approaching Death: Addressing Key End-of-Life Issues, Institute of Medicine of the National Academies, *Dying in America: Improving Quality and Honoring Individual Preferences near the End of Life*, Washington, D.C.: National Academies Press, 2015, pp.33-34.

(44) Gina Kolata, "More Americans Are Dying at Home than in Hospitals," *New York Times*, 2019.12.11. <<https://www.nytimes.com/2019/12/11/health/death-hospitals-home.html>>

(45) Haider Warraich, *Modern Death: How Medicine Changed the End of Life*, New York: St. Martin's Press, 2017, pp.52-53.

(46) Barbara Gomes and Irene J Higginson, "Where people die (1974-2030): past trends, future projections and implications for care," *Palliative Medicine*, Vol.22 No.1, January 2008, pp.33-41.

死は増加に向かっているが、ヨーロッパ諸国の中では病院死の割合がなお比較的高く⁽⁴⁷⁾、2017年には46.7%を占めている(表5)。

病院死亡数(の減少)に影響を与える要因としては、①終末期ケア職のトレーニングによる無計画な入院の回避(アドバンス・ケア・プランニング(Advance Care Planning: ACP)⁽⁴⁸⁾)、②医療・介護ケアシステムの統合、③長期・コミュニティベースのケアへの投資などが挙げられるが、米国におけるように、貧困と病院死の間にある相関関係も示されている⁽⁴⁹⁾。

(iv) シンガポール

シンガポールにおける自宅死とその関連要因に関する研究(慢性疾患による成人死亡を対象)によれば、自宅死の割合は28%であり、文化的要因(強い孝の道徳を有する国民性)と疾患別の要因を除いた制度的なものとしては、在宅緩和ケアへのアクセスと自宅死への自らの選好に関する文書化と議論(すなわちACP)が影響を及ぼしていることが示されている⁽⁵⁰⁾。

II 終末期の医療と介護をめぐる課題・論点

ここでは終末期における医療と介護、そして看取りをめぐる政策上の課題・論点について取り上げる。

1 治療の差し控えと中止

終末期において、患者の生命が維持・延長される可能性がある治療⁽⁵¹⁾(以下「生命維持治療」)の差し控え(開始しないこと。withholding)と中止(withdrawing)は、困難な意思決定を伴う課題である⁽⁵²⁾。個々の患者に対する治療の臨床効果、またその利益・負荷・リスクに不確実性があり、死に至るプロセスを単に引き延ばすか、苦痛を与えるに過ぎない場合もある中、倫理的・法的に許容可能な選択を求められる⁽⁵³⁾。高齢者の場合、認知症等によって医療同意能力が問題となる例も多い⁽⁵⁴⁾。また、選択に際し、本人の視点から見た人生の豊かさ(満足、QOL)を重

(47) Jack Hunter and Martina Orlovic, *End of Life Care in England*, May 2018, pp.10-15. Institute for Public Policy Research HP <<https://www.ippr.org/files/2018-05/end-of-life-care-in-england-may18.pdf>> この文献ではオランダにおいて病院死の割合が最小とされるが、オランダでは総合診療医が、プライマリケアにおける高レベルの調整機能と相まって、終末期における再入院を抑止していると指摘している。

(48) 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こと。(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「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」2018.3改訂, p.1. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10802000-Iseikyoku-Shidouka/0000197702.pdf>>)

(49) Hunter and Orlovic, *op.cit.*(47)

(50) Woan Shin Tan et al., “Individual, clinical and system factors associated with the place of death: A linked national database study,” *PloS One*, Vol.14 No.4, 2019.4.18, pp.1-13.

(51) 英国一般医療審議会(General Medical Council)は、例えば生命に危険を及ぼす感染症に対する抗生剤、心肺蘇生措置、腎透析、人工的(臨床上援助される)栄養・水分補給、人工呼吸器などを挙げている。(General Medical Council, *Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making*, 2010, p.9. <<https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/treatment-and-care-towards-the-end-of-life>>)

(52) 本稿においては、治療の差し控え・中止といわゆる(積極的)安楽死(euthanasia)や医師幫助(ほうじょ)自死(physician-assisted suicide)を異なる概念としており、後者については取り扱っていない点に留意。

(53) General Medical Council, *op.cit.*(51), pp.8-9.

(54) 小寺正一「認知症—状況・施策・課題—」『レファレンス』826号, 2019.11, pp.54-55. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11389555_po_082602.pdf?contentNo=1>

視する考え方も近年強調される⁽⁵⁵⁾。

(1) 海外の全般的状況

事前指示（リビング・ウィル等）⁽⁵⁶⁾に関する規定が含まれる法を制定し、その関係で治療の差し控え・中止を認めている例が多く、欧米を中心に世界全体でこれまで25か国以上に達する（州法レベルを含む）。アジアでは韓国・台湾・シンガポール等で制度が整備されている⁽⁵⁷⁾。なお、これらの国の中には、カナダ・ベルギー等、安楽死や医師による自殺補助を制度化している例も見られる。

(2) 米国の状況

米国では、終末期における意思決定に関する法を含め、医療に関する法は基本的に州法が取り扱う。これまで、全ての州においてリビング・ウィルや医療代理人指名の形で、自己決定権を組み込んだ法律が制定されている。ただし、生命維持治療の差し控え・中止に関する基準は州ごとに異なり、必ずしも終末期に限定されない⁽⁵⁸⁾。また、自己決定権が強調される一方、意思能力が失われた患者の最善の利益が考慮される場合もある⁽⁵⁹⁾。医療従事者が、リビング・ウィルや医療代理人の指示に従った場合、法的免責（民事・刑事）が認められる⁽⁶⁰⁾が、多くの州では、良心に反するような場合に、患者の意思の遂行を医療従事者が拒否することもまた、認められている⁽⁶¹⁾。患者家族の位置付けとしては、医療代理人や後見人（裁判所によって選任）がない場合に、代行判断者とされる場合がある⁽⁶²⁾。

しかし、リビング・ウィルは、いざ必要となった場合の具体的な医療環境をあらかじめ想定して記述することが難しく、また、医療記録に反映されておらず、医療従事者が入手できない場合もあることから、近年では、POLST（Physician Orders for Life-Sustaining Treatment. 生命維持治療に関する医療指示）が重視されている。これは、患者本人又は代理者との協議の上で作成され（共同意思決定）、医師が署名する終末期医療に関する具体的な医療措置（指示）を含んだ文書であり、リビング・ウィルを補完する⁽⁶³⁾位置付けとされる⁽⁶⁴⁾。近年の研究によると、苦

(55) 会田薫子『長寿時代の医療・ケア—エンドオブライフの論理と倫理—』筑摩書房, 2019, p.42.

(56) 患者が意思表示能力を有する間に、その能力を失った場合に備え、あらかじめ治療に関する事柄をまとめておくこと。大別すると、代理人を指名するものと事前指示書（リビング・ウィル）によるものの2種がある。事前指示に基づき、治療の差し控えや中止が認められることになる。

(57) 畔柳達雄「安楽死の容認—世界の動向—」『日本医師会雑誌』148巻1号, 2019.4, pp.47-49; 田中美穂・児玉聡『終の選択—終末期医療を考える—』勁草書房, 2017, pp.212-213, 232-240.

(58) 永続的無意識状態（permanent unconsciousness）を対象とする州も多い。（Barbara A. Noah, “A Better Death in Britain?” *Brooklyn Journal of International Law*, Vol.40, 2015, pp.877-880.）

(59) 医療代理人が決定を下すに際し、患者の意思に関する情報が得られない場合、最善の利益に則って判断する。（*ibid.*）

(60) 田中美穂・前田正一「米国50州・1特別区の事前指示法の現状分析—終末期医療の意思決定に関する議論の構築に向けて—」『日医総研ワーキングペーパー』No.329, 2014.12, pp.38-39, 64-74. 日本医師会総合政策研究機構ホームページ <https://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_562.html>; 樋口範雄『アメリカ高齢者法』弘文堂, 2019, p.60.

(61) Noah, *op.cit.*(58) その場合、他の医療従事者がケアを担当することになる。

(62) 田中・前田 前掲注(60), p.43; 樋口 前掲注(60), pp.56-57.

(63) リビング・ウィルは、将来のケアについて成人全体を対象とし、必ずしも医療環境に限定されないが、POLSTは、現に重篤な状態にあるもののケアを対象とし、医療環境の下での指示事項に限定されている。

(64) National POLST Paradigm Task Force, *POLST Legislative Guide*, 2014.2.28. <<https://polst.org/wp-content/uploads/2017/02/2014.02.20-POLST-Legislative-Guide-FINAL.pdf>>; Carol Suzuki and Masako Minooka, “Legislation on “death with dignity” in U.S.” 日本臨床倫理学会ホームページ <http://square.umin.ac.jp/j-ethics/english/topic_20130920_2.htm>

痛を除くのみ (comfort-only) 又は限定的な治療を指示する POLST を有していた患者については、ICU への入室や人工呼吸器等の POLST に合致しない治療が控えられる傾向が実際見られ、特に高齢になるほど、またがん・認知症患者に対して、その傾向が高まったともされる⁽⁶⁵⁾。

(3) 英国の状況

英国 (イングランド・ウェールズ) においては、終末期に限定されたものではないが、意思能力法⁽⁶⁶⁾ (本項では、「本法」) が重要である⁽⁶⁷⁾。本法は、意思能力を喪失した成人に代わっての意思決定を規定するものであり、永続的代理権 (lasting powers of attorney)⁽⁶⁸⁾、治療を拒否する事前の意思決定⁽⁶⁹⁾、ケア又は治療に関する行為の免責、独立意思能力代弁人 (independent mental capacity advocate)⁽⁷⁰⁾ 等が含まれる。意思決定はすべて本人の最善の利益⁽⁷¹⁾ のためになされなければならないということが本法の原則 (第 1 条第 5 項) であるが、生命維持治療に関する場合は、「本人の死を願う周囲の思惑に誘導されてはならない」(第 4 条第 5 項) としつつ、治療が無益 (futile)、患者に過度の負担を与える、回復の見込みがないといった場合は、患者の死という結果の可能性があっても、生命維持治療の差し控えや中止が、患者の最善の利益であるという判断もあり得るとする⁽⁷²⁾。医師⁽⁷³⁾ は、専門家としての技量をもって、生命維持治療が患者の最善の利益になるか決定せねばならず、その判断に異議があり、合意に達する方法がない場合は、保護裁判所が本人の最善の利益を決定することになる⁽⁷⁴⁾。

なお、英国においては、終末期医療のルール作りの観点から、本法とその行動指針⁽⁷⁵⁾ に加え、医師向けのガイダンス⁽⁷⁶⁾ も重要な役割を果たしている点が特徴である。ガイダンスとはいえ、

(65) しかし、38% の患者は POLST と一致しない可能性のある集中的な治療を受けたという。(Robert Y. Lee et al., “Association of Physician Orders for Life-Sustaining Treatment with ICU Admission among Patients Hospitalized near the End of Life,” *Journal of the American Medical Association*, published online February 16, 2020, pp.E1-E11.)

(66) Mental Capacity Act 2005 c.9. <<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2005/9/contents>> 精神能力法と訳される場合もある。

(67) 本項の執筆に際しては、次の文献を適宜参考にした。Noah, *op.cit.*(58), pp.881-886; 新井誠監訳、紺野包子訳『イギリス 2005 年意思能力法・行動指針』民事法研究会, 2009; 橋本有生「第 2 編第 1 章 イギリス法における精神能力を欠く成年者の医療の決定」田山輝明編著『成年後見人の医療代諾権と法定代理権—障害者権利条約下の成年後見制度—』三省堂, 2015, pp.143-167.

(68) 本人が判断能力を有するうちに、意思決定を行う権限を代理人に授与するもの。権限には、医療を含む身上福祉及び財産に関する事項がある (第 9 条第 1 項)。治療行為の実施又は継続に対して、同意又は拒否を行うことができるが、代理権授与証書に明記がない限り、生命維持治療の実施又は継続に関する同意又は拒否を行う権限は与えられない (第 11 条第 7 項 (c)・第 8 項)。

(69) 治療を拒否する事前の意思決定は、生命の危機に陥っても当該意思決定を適用させるという本人作成の供述書 (署名文書) がない限り、生命維持治療には適用されない (第 25 条第 5 項・第 6 項)。

(70) 意思能力喪失者の中でも、家族や友人といった適切な相談相手のいない場合に、差し控えや中止を含む重大な医療行為等の意思決定を行う際に支援する目的で創設されたもの (第 35 条～第 41 条)。

(71) 本法では「最善の利益」の定義付けはなされていないが、第 4 条において考慮すべき要件の一覧が規定されている。例えば、本人の過去及び現在の要望及び感情、能力があれば意思決定に影響を与えたであろう信念及び価値観等。

(72) Department for Constitutional Affairs, *Mental Capacity Act 2005: Code of Practice*, London: TSO, 2007, p.79, para 5.31. <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf> この行動指針は、本法第 42 条及び第 43 条に基づき、大法官 (Lord Chancellor) によって発令されたものである。

(73) 医師は第 5 条に基づき、意思能力喪失者の最善の利益に適う治療を行う権限を認められているが、事前の意思決定があればそれが優先される。(*ibid.*, p.168, para 9.33.)

(74) *ibid.*, p.80, para 5.33.

(75) *ibid.*

(76) General Medical Council, *op.cit.*(51); British Medical Association and Royal College of Physicians, *Clinically-assisted nutrition and hydration (CANH) and adults who lack the capacity to consent*, 2018. <<https://www.bma.org.uk/media/1161/bma-clinically-assisted-nutrition-hydration-canh-full-guidance.pdf>>

一定の規制的性格を有しており、米国に比べると医師の権限が強いと指摘も見られる⁽⁷⁷⁾。

(4) 我が国の状況

我が国には、終末期医療に関する米国や英国のような法律は存在しない。成年後見制度における成年後見人についても、英国の意思能力法が定める永続的代理権とは異なり、医療同意権は有していないとするのが通説である⁽⁷⁸⁾。我が国ではかつて生命維持治療の中止⁽⁷⁹⁾をめぐる刑事手続が複数起こり、医師が関与した場合、積極的安楽死と同様に、殺人罪又は嘱託殺人罪となるおそれがあるという状態が生まれ⁽⁸⁰⁾、学説上も、一定の場合には（中止が）許容されるとの立場が一般的なもの、正当化の根拠付けと実際の適用範囲が争われてきた⁽⁸¹⁾という経緯がある。その中で、平成 18（2006）年に発覚した富山県射水市民病院事件⁽⁸²⁾を契機として、厚生労働省は、平成 19（2007）年、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」⁽⁸³⁾を公表し、これはその後 2 回の改訂を経て、次のような内容となった⁽⁸⁴⁾。①インフォームド・コンセントに基づく医療・ケアチームとの話し合いを経た、患者本人による意思決定を基本とする、②医療・ケア行為の開始・不開始・変更・中止等は、医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべき、③ ACP の考え方も取り入れ、家族等⁽⁸⁵⁾も含めて話し合いが繰り返し行われることも必要、④本人意思が確認できない場合、家族等が推定できる場合は推定意思を尊重、推定できない場合は、本人にとっての最善の方針（最善の利益）が基本となる。

このガイドラインには法的拘束力はなく、医療・ケア行為の不開始・中止について具体的な措置内容や許容要件に言及されておらず、医師等の免責も担保されない。一方で、厚生労働省の当初ガイドライン公表以降、関係学会等による終末期医療に関するガイドラインの策定も行われるようになり（表 6）、結果的には警察が介入するような重大な事案の発生は見られていないとされる⁽⁸⁶⁾。これは、医師の独断を排し、医療・ケアチームとの話し合いによるプロセス（適正な手続）を重視したことの効果との指摘⁽⁸⁷⁾もあり、現在の我が国においては、特段の立法措

(77) Noah, *op.cit.*(58), pp.883-886.

(78) 小林昭彦ほか編著、福本修也ほか『新成年後見制度の解説 改訂版』金融財政事情研究会, 2017, pp.152-153; 小寺 前掲注(54)

(79) 我が国においては、生命維持治療の差し控え（不開始）については許容される場合があるにしても、既に開始された生命維持治療の中止は許容されないとの理解が従来一般的であった（町野朔「認知症高齢者の終末期医療と法律」松下正明・齋藤正彦編著『認知症医療・ケアのフロンティア』日本評論社, 2018, pp.220-221.）が、例えば英国では、中止に伴う感情的負荷や患者の死に責任を負う気持ちを臨床判断より優先し、患者にとって益のある治療を開始しなかったり、全体的利益のない治療を継続する、といったことがないようにすべきとされ（General Medical Council, *op.cit.*(51), p.25, para 33.）、差し控えと中止は区別されていないと考えられる。

(80) 樋口範雄「8 日本の終末期医療と法—2018年における報告—」柏木昇ほか編『日本とブラジルからみた比較法—二宮正人先生古稀記念—』信山社, 2019, pp.186-191.

(81) 米村滋人『医事法講義』日本評論社, 2016, pp.184-188.

(82) 末期がんの入院患者ら 7 人が、人工呼吸器を外されて死亡したもの。殺意はなく、因果関係に疑いも残るとして不起訴処分となった。（「呼吸器外し、医師不起訴「殺人罪成立せず」富山・射水市民病院問題」『朝日新聞』2009.12.22.）

(83) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」2007.5. <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html>>

(84) 厚生労働省「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」2018.3 改訂. <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197721.pdf>>

(85) 家族等とは、今後、単身世帯が増えることも想定し、本人が信頼を寄せ、人生の最終段階の本人を支える存在であるという趣旨で法的な意味での親族関係のみを意味せず、より広い範囲の人（親しい友人等）を含む。

(86) 樋口 前掲注(80), p.192; 町野 前掲注(79), p.213.

(87) 町野 同上

置は不要との見解もある⁽⁸⁸⁾。しかし、医療従事者からはなお不安が解消されず、更に議論が必要との指摘も見られる⁽⁸⁹⁾。また、このようなガイドライン方式については、多数のガイドラインが並立することによる混乱の懸念、相互のすり合わせが必要との指摘⁽⁹⁰⁾や、ガイドラインの実践、経験の蓄積を経た上⁽⁹¹⁾で、終末期医療における適正な手続を明示し、一定の手続違反については制裁を科すことができる特別法（重大事犯への制裁は刑法）によって対応し、より個別具体の事項に対してはガイドラインが担うという役割分担が必要との見解もある⁽⁹²⁾。さらに、生命維持への介入や刑事制裁に偏するのではなく、ACPを促進する観点の法（医療代理人に関する法等）の制定に向けた提案⁽⁹³⁾もなされている。

表6 終末期に関連した医療・ケアガイドライン・提言等（例示）

公表団体	ガイドライン名称	年
日本老年医学会	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—	2012
日本救急医学会・日本集中治療医学会・日本循環器学会	救急・集中治療における終末期医療に関するガイドライン—3学会からの提言—	2014
日本透析医学会	維持血液透析の開始と継続に関する意思決定プロセスについての提言	2014
日本臨床倫理学会	日本版 POLST（DNAR ^(注2) 指示を含む）作成指針	2015
全日本病院協会	終末期医療に関するガイドライン—よりよい終末期を迎えるために—	2016
日本医師会生命倫理懇談会	超高齢社会と終末期医療（第XV次生命倫理懇談会答申）	2017
日本集中治療医学会	Do Not Attempt Resuscitation（DNAR）指示のあり方についての勧告	2017
日本緩和医療学会	がん患者の治療抵抗性の苦痛と鎮静に関する基本的な考え方の手引き	2018
厚生労働省	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
消防庁	「平成30年度救急業務のあり方に関する検討会傷病者の意思に沿った救急現場における心肺蘇生の実施に関する検討部会」報告書	2019
日本老年医学会・日本在宅医学会・国立長寿医療研究センター	高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン2019	2019

（注1）必ずしも生命維持治療の差し控え・中止の文脈に限定せず、例示している。

（注2）Do Not Attempt Resuscitation. 心停止時に心肺蘇生を行わないことを指す。

（出典）各ガイドライン・提言等を基に筆者作成。

2 終末期における医療・介護費用

国の医療費や介護費が増大を続ける中、終末期ケアを見直すことによって費用の削減につなげることが可能なのか、議論がある⁽⁹⁴⁾。米国では終末期の医療が高費用かつ浪費的（治療成果

(88) 樋口 前掲注(80), pp.199-201; 同上

(89) 大内尉義「人工栄養の投与の不開始と中止」『日本医師会雑誌』148巻1号, 2019.4, p.33.

(90) 甲斐克則「第7章 終末期医療のルール化と法的課題」『終末期医療と刑法』成文堂, 2017, p.129.

(91) 厚生労働省の調査によると、各種ガイドラインの医師等による利用状況は必ずしも高くはなく、これらガイドラインを知らないと回答した医師も24.5%存在した。（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 前掲注(34), p.94.）また、我が国における治療中止の実態把握を行う全国調査が必要との指摘もある。（田中・児玉 前掲注(57), p.243.）

(92) 辰井聡子「10 終末期医療とルールの在り方」甲斐克則編『終末期医療と医事法』信山社, 2013, pp.230-233.

(93) 樋口範雄「終末期患者の医療決定についてのプロセス—終末期患者の事前意思表示—」『日本医師会雑誌』148巻1号, 2019.4, pp.24-26.

(94) 「揺れる終末期医療 財政論、倫理とせめぎ合い」『日本経済新聞』2017.4.24. 仮に財政破綻時には、終末期医療が保険財源から外され、自己負担の大幅な引上げが行われる可能性の指摘もある。（渡辺英克『患者目線の医療改革』日本経済新聞出版社, 2019, pp.224-225.）

があまり見込めない。)であり改革が必要との見解も広く見られ⁽⁹⁵⁾、多くの研究が長期にわたって積み重ねられている⁽⁹⁶⁾。終末期費用のあり方は、文化的・倫理的な側面を含む課題ではあるが、資源の公平・効率的な配分の観点からその実態把握が必要であろう⁽⁹⁷⁾。本節では、我が国の高齢者に係る医療・介護費の全体的な状況も含め、我が国と諸外国（主として米国）を対象とした研究等を概観する。

(1) 我が国の高齢者に係る医療費・介護費の状況

近年、国民医療費⁽⁹⁸⁾は毎年2～4%程度増加を続けている（以下、表7を参照）。75歳以上の後期高齢者医療費は、それよりも大きいペースで伸びており、国民医療費の4割近くに達している。

表7 高齢者（後期）に関連する医療費データ

年度	国民医療費 (兆円) (対GDP比 (%))	伸び率 (%) (うち高齢 化影響分 (%))	後期高齢者医 療費(兆円) (国民医療費 に対する割合 (%))	伸び率 (%)	1人当 たり医療費 (万円) (75歳未 満) ^(注2)	伸び率 (%)	1人当 たり医療費 (万円) (75歳以 上) ^(注2)	伸び率 (%)
2009	36.0 (7.3)	3.4 (1.4)	12.0 (33.4)	5.2	18.9	2.7	88.2	2.3
2010	37.4 (7.5)	3.9 (1.6)	12.7 (34.0)	5.9	19.5	3.2	90.1	2.2
2011	38.6 (7.8)	3.1 (1.2)	13.3 (34.5)	4.5	20.1	2.7	91.6	1.6
2012	39.2 (7.9)	1.6 (1.4)	13.7 (34.9)	3.0	20.4	1.5	91.5	▲0.1
2013	40.1 (7.9)	2.2 (1.3)	14.2 (35.4)	3.6	20.7	1.8	92.7	1.3
2014	40.8 (7.9)	1.9 (1.2)	14.5 (35.5)	2.1	21.1	1.8	93.1	0.4
2015	42.4 (7.9)	3.8 (1.0)	15.1 (35.7)	4.4	21.9	3.8	94.8	1.9
2016	42.1 (7.8)	▲0.5 (1.0)	15.4 (36.5)	1.6	21.7	▲0.9	93.0	▲2.0
2017	43.1 (7.9)	2.2 (1.2)	16.0 (37.2)	4.2	22.1	1.6	94.2	1.4
2018 (注3)	43.4 (-)	0.8 (1.1)	16.4 (37.8)	2.4	22.2	0.5	93.9	▲0.3

(注1) 後期高齢者医療制度が開始された翌年度（2009年度）以降のデータを記載している。各伸び率は対前年度比である。また、医療費等の数値は表示用に丸めてある。

(注2) 1人当たり医療費については、概算医療費の数値を使用している。

(注3) 2018年度の医療費は、見込み値である。

(出典) 各年度に対応する厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」；同「医療費の動向」；同「後期高齢者医療事業年報」等を基に筆者作成。

医療費の増大は高齢化の影響とみなされる傾向にあるが、厚生労働省の要因分析によると、高齢化で説明可能な部分は数割程度であり、残りは医療の高度化や患者負担の見直し等の要因

95) ガワンデ 前掲注24, pp.145-188; Eric French et al., “End-of-Life Medical Expenses,” *Federal Reserve Bank of Richmond Working Paper*, No.18-18, 2018, p.2. <https://www.richmondfed.org/-/media/richmondfedorg/publications/research/working_papers/2018/pdf/wp18-18.pdf>

96) 鈴木亘「レセプトデータによる終末期医療費の削減可能性に関する統計的考察」『学習院大学経済論集』52巻1号, 2015.4, pp.15-16; Ian Duncan et al., “Medicare Cost at End of Life,” *American Journal of Hospice & Palliative Care*, Vol.36 No.8, 2019.8, pp.705-706.

97) 府川哲夫・郡司篤晃「老人死亡者の医療費」『医療経済研究』1巻, 1994, p.107.

98) 国民医療費は、当該年度内の医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものの。

が挙げられている⁽⁹⁹⁾。1人当たりの医療費を見ると、75歳未満においては20万円程度であるが、75歳以上では90万円を超え、4倍を上回る格差が生じている。しかし、75歳以上ではその伸び率は比較的小さくなっており、マイナスになる年度も見られる点には注意が必要である。

一方、介護費（介護保険制度に基づく介護の総費用額）は、医療費よりもおおむね高い伸び率で推移し、2017（平成29）年度には介護保険制度開始年度の約3倍に相当する10兆2千億円余りに達している（以下、表8を参照）。なお、各年の伸び率に対する要因分析を行った研究によると、医療費に比して高齢化の寄与度は高いものの、やはり高齢化以外の要因の存在も示されている⁽¹⁰⁰⁾。また、1人当たり給付費は、総費用に比べ伸び率が低く、2017（平成29）年度には制度開始時の約2倍に当たる27万円余りとなっている。

表8 介護の総費用額・1人当たり給付費の推移

年度	介護の総費用額 (億円)	伸び率 (%)	1人当たり給付費 (千円) ^(注1)	伸び率 (%)
2000 ^(注2)	36,273	—	145	—
2009	74,306	6.9	238	4.8
2010	78,204	5.2	249	4.6
2011	82,253	5.2	256	2.8
2012	87,570	6.5	263	2.7
2013	91,734	4.8	266	1.1
2014	95,887	4.5	270	1.5
2015	98,326	2.5	269	▲0.4
2016	99,903	1.6	268	▲0.4
2017	102,188	2.3	271	1.1

(注1) 1人当たり給付費は、第1号被保険者（65歳以上）に対するもの（全国平均）。また、介護費用・1人当たり給付費には高額介護サービス費、高額医療合算介護サービス費、特定入所者介護サービス費を含む。各伸び率は対前年度比である。

(注2) 2000年度に介護保険制度が開始されている。

(出典) 各年度に対応する厚生労働省「介護保険事業状況報告」等を基に筆者作成。

(2) 終末期における医療・介護費用に関する研究（日本を対象）

終末期の定義が多様であり、死に至る軌跡のパターンによっても変化する点を踏まえ、以下に対象とする研究等は、死亡前の一定期間に発生する費用を扱ったものになっている。これまで得られた知見⁽¹⁰¹⁾によると、①死亡前医療費はあるタイミング（死亡の6か月程度前）から急増する、②死亡前医療費に占める入院医療費の割合が高い、③死亡前医療費は死亡時年齢の上昇に伴い減少する、といったことが挙げられる。疾病別に見ると、虚血性心疾患、高血圧性疾患、糖尿病などが死亡直前の医療費高騰が大きく、胃等のがんについては、直前の高騰はそれほど大きくないものの、6か月程度前から高騰が顕著に始まっているともされる⁽¹⁰²⁾。総医療費に

⁽⁹⁹⁾ 厚生労働省保険局調査課「医療保険に関する基礎資料—平成29年度の医療費等の状況—」2019.12, p.83. <https://www.mhlw.go.jp/content/kiso_h29.pdf>

⁽¹⁰⁰⁾ 介護保険外の主体の行動や介護保険関連諸施策の影響等を受ける場合がある。例えばある自治体では、介護保険制度の適用外である有料老人ホームの設立が盛んになり、併設されたデイサービスへの需要が喚起され、介護費用の伸びが生じたなど。（みずほ情報総研「介護費用の伸びの定量的な分析に関する調査研究事業報告書」2015.3. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000140295.pdf>>）

⁽¹⁰¹⁾ 鈴木 前掲注⁽⁹⁶⁾, pp.15-47; 府川・郡司 前掲注⁽⁹⁷⁾, pp.107-118 等

⁽¹⁰²⁾ 鈴木 同上, pp.20-21.

占める死亡前医療費の割合（1年分）については、10.4%⁽¹⁰³⁾、11.2%⁽¹⁰⁴⁾といったものがある。また、厚生労働省では、死亡前1か月間における医療費を終末期医療費として、約9千億円（平成14（2002）年度）という値を示している⁽¹⁰⁵⁾。これは同年度の国民医療費約31兆円⁽¹⁰⁶⁾の2.9%に相当する⁽¹⁰⁷⁾。

一方、死亡前介護費については、死亡前医療費とは逆に、死亡時年齢の上昇に伴って増加することが示されている⁽¹⁰⁸⁾。このことは、死亡前の医療を介護施設に代替したとしても、単純には（総）費用の抑制に結び付かないことを示唆する。また、死亡時の要介護度が高くなるにつれ、死亡前1年間の医療費は減少するが、介護費は増大するとする研究もある⁽¹⁰⁹⁾。このように終末期ケアの政策を検討する上では、医療費と介護費を総合して捉える視点が重要になるが、そのような研究事例は多くない。

終末期の費用管理を検討する上では、次のような方向性が考えられる。①治療（過度な集中治療等）の見直し、②ケア・看取りの場所を介護施設に移す、③ケア・看取りの場所を在宅に移す。①については、年齢とともに死亡前医療費が減少していることから、既に一定の抑制は行われているとも推測できる。後期高齢者死亡前30日以内1人1日当たり入院医療費は、後期高齢者入院医療費平均と比して、1.48倍という調査⁽¹¹⁰⁾もあるが、これが削減可能な性格のものか、検討を要しよう。また、終末期医療費の分布の幅は小さく、95%下限に治療を標準化したとしても、費用削減効果は5~8%程度であるとの研究も見られる⁽¹¹¹⁾。②については、診療密度の低い入院の長期継続により死亡前医療・介護費が押し上げられており、入院を介護施設に代替させることで総費用を抑制する効果があるともされる⁽¹¹²⁾。③については、後期高齢者であるがん患者を対象として、看取り場所が終末期医療費に与える影響を検討した研究によると、在宅死亡の方が有意に低かったことが示されている⁽¹¹³⁾。ただし、入院医療と在宅医療については、基本となる重症度や背景要因が異なり、移行可能な状況がそもそも限定的との指摘⁽¹¹⁴⁾もあり、また、在宅医療の費用抑制効果を確認するには介護費等を含めた総合的な検討が必要

⁽¹⁰³⁾ 平成14（2002）年度の富山県における65歳以上の医療費を対象としたもの。（同上、p.30.）

⁽¹⁰⁴⁾ 平成3（1991）年3月から平成4（1992）年2月の青森県等11県における65歳以上の医療費を対象としたもの。（府川・郡司 前掲注97, pp.107-108.）

⁽¹⁰⁵⁾ 全国全年齢層の医療機関での死亡者を対象としたものである。（「中長期の医療費適正化効果を目指す方策について」（第17回社会保障審議会医療保険部会 資料1）2005.7.29. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/s0729-9c.html>>）

⁽¹⁰⁶⁾ 厚生労働省保険局調査課 前掲注99, p.2.

⁽¹⁰⁷⁾ これ以降、このような政府の終末期費用推計は見られないが、仮に当時の1人当たり死亡前医療費に変化がないものとして、平成29（2017）年度に当てはめてみると、約1.12兆円（国民医療費の2.6%）となる。（筆者試算）

⁽¹⁰⁸⁾ Hideki Hashimoto et al., “Micro Data Analysis of Medical and Long-Term Care Utilization among the Elderly in Japan,” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Vol.7 No.8, August 2010, pp.3022-3037.

⁽¹⁰⁹⁾ 湯田道生ほか「第2章 死亡前1年間の医療費・介護費」岩本康志ほか『健康政策の経済分析—レセプトデータによる評価と提言—』東京大学出版会、2016, pp.39-51.

⁽¹¹⁰⁾ 前田由美子・福田峰「後期高齢者の死亡前入院医療費の調査・分析」『日医総研ワーキングペーパー』No.144, 2007.7.2. 日本医師会総合政策研究機構ホームページ <https://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_351.html>

⁽¹¹¹⁾ 鈴木 前掲注96, pp.21-22.

⁽¹¹²⁾ 田近栄治・菊池潤「死亡前12か月の高齢者の医療と介護」『季刊社会保障研究』47巻3号, 2011.Win, pp.304-319.

⁽¹¹³⁾ 対象は死亡前1年間の1人当たり総医療費（介護レセプトデータは含まず）。（金晟娥・馬場園明「後期高齢がん患者における終末期医療費と死亡場所」『医療福祉経営マーケティング研究』13巻1号, 2018.10.1, pp.1-10.）

⁽¹¹⁴⁾ 加藤光樹「終末期医療と医療経済」『治療』98巻4号, 2016.4, pp.558-559.

である⁽¹¹⁵⁾。家族によるインフォーマルケアのコストも考慮しなければならない⁽¹¹⁶⁾。今後は、患者のQOLを毀損しない前提の下、その状態像ごとに、①②③を組み合わせた研究が求められよう。

(3) 終末期における医療・介護費用に関する研究（米国等諸外国を対象）

米国のメディケアにおける終末期医療費割合（最期の1年分。以下同じ。）は、若干の減少傾向を見せながらも、1978年から2006年まで一貫して25%を超えているとされる⁽¹¹⁷⁾。近年（2015年）においても21%という研究があり⁽¹¹⁸⁾、米国においては医療費高騰の主たる要因の一つに挙げられることが多い。その一方、メディケアは高齢者・障害者の医療に限定された制度であり、米国民全体を対象とし、医療費に更に介護費を加えた総費用に占める割合で見ると終末期分は13%にとどまり、終末期患者は高コストグループの一部に過ぎないとの指摘もある（費用管理の観点から、最も注視の必要があり削減効果の見込めるのは、慢性疾患・機能低下のグループという。）⁽¹¹⁹⁾。なお、1人当たりの終末期費用は近年減少傾向にあるというデータも見られる⁽¹²⁰⁾。

表9は、高齢者に限定せず、介護費も含めた終末期費用の国際比較を行った研究結果を示すものである。医療・介護の制度は国によって多様であり、横断的な比較は困難であることに留意しなければならないが、米国は1人当たり費用で比較すると高額であるものの、割合で見ると（医療費だけの場合も、介護費を含めた総費用の場合も）通念とは異なり、低いとされている⁽¹²¹⁾。日本についても、相対比較の観点からは必ずしも高いとは言えない（絶対額の評価は別である⁽¹²²⁾）。また、この研究では死亡前3年にわたる費用も示され、その占める割合が死亡前1年よりも高いことなどから、費用管理の課題は死亡直前期（の救命努力）よりむしろ、慢性疾患の患者のケアのあり方にあることが示唆されている。

なお、終末期のケアが浪費的と言えるためには、次のような条件を満たさなければならないとの指摘もある⁽¹²³⁾。①死亡の時期を事前に予測可能、②寿命の延長につながらない、③QOLの増進につながらない。①については、従来の費用研究が事後の（ex-post）ものであり、事前の（ex-ante）観点で機械学習の技法を用いた高死亡リスク患者を対象とした研究⁽¹²⁴⁾では、予測が

(115) 阿波谷敏英「在宅終末期医療をめぐる二つの視点—患者・家族と医療費抑制の立場から—」『月刊保険診療』69巻12号, 2014.12, pp.56-57.

(116) 二本立「第1章第2節 在宅での看取りの推進で医療介護費の抑制は可能か?」『地域包括ケアと医療・ソーシャルワーク』勁草書房, 2019, pp.28-31.

(117) Gerald F. Riley and James D. Lubitz, “Long-Term Trends in Medicare Payments in the Last Year of Life,” *Health Services Research*, Vol.45 No.2, April 2010, pp.565-576.

(118) Duncan et al., *op.cit.*(96), p.708.

(119) 総費用の上位5%を占めるグループには1820万人が属し、そのうち終末期患者は11%（200万人）にとどまるという。また、高コストグループに属さない終末期患者も50万人存在する。（Melissa D. Aldridge and Amy S. Kelley, “The Myth Regarding the High Cost of End-of-Life Care,” *American Journal of Public Health*, Vol.105 No.12, December 2015, pp.2411-2415.）

(120) William B. Weeks et al., “Proportion of Decedents’ Expenditures among Recent Reductions in Medicare Expenditures,” *JAMA Internal Medicine*, Vol.178 No.5, May 2018, pp.717-719.

(121) 先に紹介した研究（Aldridge and Kelley, *op.cit.*(119)）より更に低い割合である。

(122) 仮に平成23（2011）年における我が国の病院・診療所全死亡者に対し、この研究の1人当たり死亡前費用を当てはめるなら、介護を除く死亡前1年の医療費は約3.8兆円となる。（2014年1月分日本銀行報告省令レート1米ドル=100円を用いて筆者試算）

(123) French et al., *op.cit.*(95), pp.24-25.

(124) Liran Einav et al., “Predictive modeling of U.S. health care spending in late life,” *Science*, Vol.360 Issue 6396, June 29, 2018, pp.1462-1465.

困難であることが示されている。また、費用と QOL 双方の観点でメリットがあるとして、終末期における集中的治療から、ホスピス・緩和ケアへの転換を進める見解もある⁽¹²⁵⁾。一方、ホスピス利用が、予後の評価が難しい認知症等非がん患者へ広がったことによるホスピス滞在期間の延長等により、費用はかえって増大したとの研究も見られる⁽¹²⁶⁾。

表9 終末期医療・介護費の国際比較

比較要素	米国	日本 ^(注1)	デンマーク	フランス	ドイツ ^(注1)	オランダ	台湾
死亡前1年(2011年) ^(注2)							
死亡者医療費(介護含む)が占める割合(%) ^(注3)	8.45	— ^(注5)	10.95	—	10.96	10.01	11.20
1人当たり死亡前費用(\$) ^(注4)	80,094	—	62,672	—	52,742	63,473	20,892
死亡者医療費(介護除く)が占める割合(%)	7.11	5.93	9.97	8.50	10.59	7.32	10.10
1人当たり死亡前費用(\$)	59,180	38,942	52,286	36,350	46,480	36,592	18,787
死亡前3年(2009~2011年)							
死亡者医療費(介護含む)が占める割合(%)	16.70	—	22.16	—	21.40	19.40	24.48
1人当たり死亡前費用(\$)	155,398	—	128,612	—	95,844	123,019	41,716
死亡者医療費(介護除く)が占める割合(%)	12.77	10.36	19.23	14.10	19.85	14.28	22.07
1人当たり死亡前費用(\$)	104,222	66,256	102,333	59,534	80,633	68,332	37,542

(注1) 各国については国を代表するデータを使用しているが、日本とドイツについては限定的なデータとされる点に注意。

(注2) 死亡年として、デンマークは2012年を、フランスは2013年のデータを使用している。

(注3) 表中の各割合は、各カテゴリー(比較要素)における死亡者と生存者を合わせた総費用に対するもの。

(注4) 表中の費用は、2014年米ドルに換算したもの。

(注5) 表中の「—」は、出典の著者によって、データ利用ができなかったとされるもの。

(出典) Eric French et al., “End-of-Life Medical Expenses,” *Federal Reserve Bank of Richmond Working Paper*, No.18-18, 2018, pp.9-15. <https://www.richmondfed.org/-/media/richmondfedorg/publications/research/working_papers/2018/pdf/wp_18-18.pdf>; Eric B. French et al., “End-Of-Life Medical Spending in Last Twelve Months of Life is Lower than Previously Reported,” *Health Affairs*, Vol.36 No.7, July 2017, pp.1211-1217 を基に筆者作成。

3 我が国における在宅医療・介護と看取り

(1) 在宅医療・介護に係る施策

戦前期においては広く行われていた医師による往診も、戦後は廃れつつあったが、昭和61(1986)年、診療報酬において訪問診療の概念(寝たきり老人に対する訪問診療料の新設等)が導入され、平成4(1992)年には「居宅」を医療提供の場として位置付けた第2次医療法(昭和23年法律第205号)改正が行われるなど在宅医療が推し進められることになる。近年において在宅医療の需要を押し上げてきたのは、地域における末期がん患者及び要介護高齢者の増加(特に認知症高齢者)とも指摘される⁽¹²⁷⁾。平成18(2006)年には、24時間体制(往診・訪問看護)

⁽¹²⁵⁾ 死亡1~3日前の1日当たり費用について、入院時は5,983ドル、ホスピスでは230.74ドル等。(Duncan et al., *op.cit.*(96), pp.708-709.)

⁽¹²⁶⁾ Pedro Gozalo et al., “Changes in Medicare Costs with the Growth of Hospice Care in Nursing Homes,” *The New England Journal of Medicine*, Vol.372 No.19, May 7, 2015, pp.1823-1831. もっとも、終末期におけるホスピスの費用効率性については、メディケアにおいてホスピスが給付対象とされた1980年代初頭においても議論がある。(今村みづ穂「アメリカの医療制度と財政政策—ホスピスを中心として—」『一橋論叢』128巻1号, 2002.7, pp.55-56.)

の在宅医療を提供する在宅療養支援診療所（平成 20（2008）年には、在宅療養支援病院）が創設される。在宅医療の対象となる患者は、医療に加えて介護も必要とする状態であることが多く、平成 26（2014）年、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）の改正により、市区町村が中心となり地元の医師会等と連携する在宅医療・介護連携推進事業が制度化された。

このような中、在宅における看取りについても、その促進の観点から診療報酬や介護報酬において、各種の加算⁽¹²⁸⁾が順次整備されてきている。また、平成 30（2018）年度から開始された第 7 次医療計画（期間 6 年）において、国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能として、①退院支援、②日常の療養支援、③急変時の対応に加え、④住み慣れた自宅や介護施設等患者が望む場所での「看取り」を示している⁽¹²⁹⁾。

(2) 在宅（自宅）看取りに係る資源量

(i) 看取り難民

厚生労働省においては、療養病床の転換等⁽¹³⁰⁾による在宅医療等の新たなサービスの必要量を、令和 7（2025）年に約 30 万人程度と推計している（ただし在宅医療だけではなく、外来や介護施設などでも対応⁽¹³¹⁾）。これは都道府県に対する政策的な需要（目標）値であり、これとは別に、訪問診療を利用する患者の高齢化の影響を（機械的に）積算すると、同年に単月当たり約 100 万人の在宅医療に対する需要が生ずるとしている。これらの数値は看取り需要を前面に考慮したものではないが⁽¹³²⁾、一方、平成 22（2010）年の死亡者数と令和 12（2030）年の推計死亡者数を比較し、増分の約 40 万人について看取り先の確保が困難、とした例がある⁽¹³³⁾。このいわゆる「死に場所（看取り）難民」⁽¹³⁴⁾について、状況を確認する。

総死亡者数は、平成 29（2017）年比で見ると、令和 7（2025）年には約 18.1 万人、令和 22（2040）年には約 33.8 万人増加する（表 10）。これについて、現在の診療提供体制のままでは対応困難との指摘がある⁽¹³⁵⁾。また、地域医療構想⁽¹³⁶⁾において病床数は相当の削減が見込まれ、更に病床の機能分化も求められる中、看取りの資源確保が更に困難となることも想定される。そこで、病院・診療所における死亡者数が現状（平成 29（2017）年）から増えないと仮定すると、看取り難民を発生させないためには、令和 22（2040）年には自宅における看取り、施設（介護老人

(127) 平原佐斗司「在宅医療と精神科医療—それぞれの歴史と融合—」平原佐斗司監修、内田直樹編著『認知症の人に寄り添う在宅医療—精神科医による新たな取り組み—』クリエイツかもがわ、2018、pp.90-91。

(128) 例えば診療報酬について、在宅ターミナルケア加算や看取り加算。

(129) 厚生労働省医政局地域医療計画課長通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について」（平成 29 年 3 月 31 日医政地発 0331 第 3 号（平成 29 年 7 月 31 日一部改正））pp.132-143。<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10800000-Iseikyoku/0000159904.pdf>>

(130) 新たな施設類型（介護医療院）等への転換、療養病床や一般病床の軽症患者を在宅医療等へ移行するものなど。

(131) 厚生労働省医政局長通知「医療計画について」（平成 29 年 3 月 31 日医政発 0331 第 57 号（平成 29 年 7 月 31 日一部改正））の別添「介護施設、在宅医療等の新たなサービス必要量の推計方法について」<<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-10800000-Iseikyoku/0000173192.pdf>>

(132) 厚生労働省医政局「第 9 回医療計画の見直し等に関する検討会 議事録」2017.2.17。<<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000154535.html>>

(133) 厚生労働省保険局医療課長「平成 24 年度診療報酬改定について」（平成 24 年度診療報酬改定説明会 資料）2012.3.5、p.15。<https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_01-02.pdf>

(134) 朝日新聞迫る 2025 ショック取材班『日本で老いて死ぬということ—2025 年、老人「医療・介護」崩壊で何が起ころか—』朝日新聞出版、2016、p.1；山崎 前掲注(2)、pp.15-19。

(135) 加納亜子・永井学「選ばれる看取りの作法」『日経ヘルスケア』349 号、2018.11、p.29。

(136) 令和 7（2025）年における医療ニーズ（必要病床数）を推計し、それに対応する医療体制構築のため、地域関係者の協力の下、医療機関の役割分担や連携の仕組みを構築するもの。平成 30（2018）年に開始された都道府県の医療計画中に位置付けられる。

保健施設及び老人ホーム⁽¹³⁷⁾における看取りを各々現状の2倍以上に増加させる必要があることが分かる(表11。両者の按分比が一定の場合。実際には、これまで施設看取りの伸びは自宅看取りを大幅に上回っている)。

表10 死亡者数・病床数・平均在院日数の推移

年	総死亡者数 (人) ^(注1)	総死亡者数増分 (人) ^(注2)	病院・診療所 死亡者数 (人)	病院・診療所 死亡者数増分 (人) ^(注2)	病床数 (注3)	平均在 院日数
1996	896,211	0	704,589	0	1,509,617	40.8
2005	1,083,796	187,585 (21%)	892,919	188,330 (27%)	1,430,429 (-5%)	37.5
2010	1,197,014	300,803 (34%)	960,776	256,187 (36%)	1,373,468 (-9%)	32.8 ^(注4)
2017	1,340,567	444,356 (50%)	1,002,531	297,942 (42%)	1,314,448 (-13%)	29.3
2025	1,522,000	181,000 (14%)	-	-	1,191,000 (-21%)	-
2030	1,603,000	262,000 (20%)	-	-	-	-
2040	1,679,000	338,000 (25%)	-	-	-	-

(注1) 2025年以降は推計値。
 (注2) 2017年までは1996年比。2025年以降は2017年比概数。()内は1996年又は2017年に対する増加割合。
 (注3) 2017年までの病床数は2025年との比較のため、医療施設調査における総病床数から、精神・感染症・結核各病床を除いた数(一般病床と療養病床に相当)。2025年の病床数は地域医療構想における推計値の上限(下限は、1,148千床)。()内は1996年病床数に対する減少割合。
 (注4) 2011年のデータ(調査が3年に1回実施のため)。
 (出典) 各年に対応する厚生労働省「人口動態統計」; 同「医療施設調査」; 同「患者調査」; 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」; 「予防・健康・医療・介護のガバナンス改革」(第5回経済財政諮問会議 資料4) 2017.4.12等を基に筆者作成。

表11 自宅死亡者数と施設死亡者数の推移

年	総死亡者数増分 (人) ^(注1)	自宅死亡者数 (人) ^(注2)	施設死亡者数 (人) ^(注2)	介護老人保健 施設死亡者数 (人)	老人ホーム 死亡者数 (人)
1996	0	149,925	16,757	2,335	14,422
2005	187,585	132,702	30,624	7,346	23,278
2010	300,803	150,783	57,750	15,651	42,099
2017	444,356	177,498	133,028	33,110	99,918
2025	181,000	281,000 (1.6)	211,000 (1.6)	-	-
2030	262,000	328,000 (1.8)	245,000 (1.8)	-	-
2040	338,000	371,000 (2.1)	278,000 (2.1)	-	-

(注1) 2017年までは1996年比。2025年以降は推計値(2017年比概数)。
 (注2) 2025年以降は、病院死亡者数は2017年のものと同一(増加しない)と仮定した場合に、総死亡者数の増分を自宅と施設で按分した概数(2017年の割合を使用)。施設死亡者数は、介護老人保健施設と老人ホーム各死亡者数の合計。()内は2017年の数に対する比率。
 (出典) 各年に対応する厚生労働省「人口動態統計」; 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 平成29年推計」を基に筆者作成。

一方、平成8(1996)年から平成29(2017)年までの20年余りの間においても病床数は13%減少⁽¹³⁸⁾したが、病院・診療所での死亡者数は逆に42%(約30万人)増大している(表10)。これは平均在院日数の短縮(病床使用効率の向上)の影響が推測され、今後療養病床を含めこの傾向が一定程度継続するとするならば、病院・診療所による更なる死亡数の吸収も考え得るが、

(137) ここでは介護老人ホーム、特別介護老人ホーム、軽費老人ホーム及び有料老人ホームをいう。

(138) 一般病床と療養病床(相当)で見た場合。総病床数で見ても13.5%の減少となっている。

いずれにせよ在宅医療を始め、病院・診療所外における看取りの体制強化が必要となろう。なお、自宅死とされる中には、看取りに相当しない異状死も相当程度含まれており⁽¹³⁹⁾（既に一定の看取り難民が発生しているとも解釈可能である。）、このことも勘案するなら、一層の看取り体制の強化が求められる。

(ii) 各種資源量

ここでは、病床数以外の在宅看取りに直接係る医療関係資源量を確認する（表12）。近年、在宅療養支援病院の数は若干増加傾向にあり、在宅療養支援診療所の数は横ばいないし微減である。在宅看取りを実施する病院や診療所の数は増加を示すが、全体の数%を占めるに過ぎない。一方、訪問看護ステーション⁽¹⁴⁰⁾の数は大きく増大している。訪問看護ステーションでは、看取り対応として医師との連携、本人意思の確認、予後や死までの経過説明、家族等へのグリーフケアなどを行っており⁽¹⁴¹⁾、訪問看護師が看取りにおいて果たす役割は今後も高まると考えられる⁽¹⁴²⁾。

表12 在宅（自宅）看取りに係る資源量

年	在宅療養支援 病院数 ^(注1)	在宅療養支援 診療所数 ^(注1)	訪問看護 ステーション数	在宅看取り実施 病院数 ^(注2)	在宅看取り実施 診療所数 ^(注2)
2014	928	14,397	7,473	476 (262)	4,312 (3,042)
	10.9%	14.3%		5.6%	4.3%
2017	1,197	14,651	9,735	583 (375)	4,729 (3,522)
	14.2%	14.4%		6.9%	4.7%
2018	1,275	13,614	10,418	— ^(注3)	—
	15.2%	13.3%		—	—

(注1) 下段は、病院総数又は一般診療所総数に対する割合を示す。

(注2) 上段（ ）内は、在宅療養支援病院数又は在宅療養支援診療所数（内数）、下段は、病院総数又は一般診療所総数に対する割合を示す。

(注3) 「—」は該当データがないもの。

(出典) 各年に対応する「在宅医療にかかる地域別データ集」厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>>; 「訪問看護ステーション数調査」全国訪問看護事業協会ホームページ <<https://www.zenhokan.or.jp/new/topic/basic/>> 等を基に筆者作成。

(3) 在宅（自宅）看取りに係る課題

(i) 終末期ケアに関するエビデンスの整備

そもそも自宅での看取りは患者のQOLを高めるための手段であって、それ自体は目的ではなく、その有用性についてのエビデンスが必要である。例えば在宅での終末期ケアによって、通常のケアに比べ自宅で死を迎える可能性が高くなり、1か月後の患者満足度は改善される一方で、6か月後には満足度が低下したとの海外における報告もある⁽¹⁴³⁾。すなわち、療養の時期により満足度が異なる可能性があることになる⁽¹⁴⁴⁾。「高齢者在宅医療・介護サービスガイドラ

(139) 垣内 前掲注(32)

(140) 保健師または看護師が管理者となって運営する事業所で、介護保険や医療保険が使用できる。

(141) 全国訪問看護事業協会「訪問看護の看取りや医療依存度の高い療養者を支える機能の充実と質確保に関する調査研究事業報告書」2015.3, pp.28-29. <<https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h26-1.pdf>>

(142) 村上靖彦『在宅無限大—訪問看護師がみた生と死—』医学書院, 2018, pp.3-10.

(143) Sasha Shepperd et al., “Hospital at home: home-based end-of-life care (Review),” *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2016, Issue 2, Art. No.: CD009231, pp.1-37.

(144) 山中崇「在宅医療の有用性のエビデンス」『内科』121巻4号, 2018.4, p.1032.

イン」では、医療従事者による在宅終末期ケアの実施を提案しているが、エビデンスの確信性は「低」としている⁽¹⁴⁵⁾。我が国の在宅医療に関するエビデンスは限られており、海外のエビデンスも参考にしつつその構築を図る必要も指摘される⁽¹⁴⁶⁾。エビデンスの対象領域としては、疾患ごとの医療・介護上の手法に加え、患者・家族や介護者の満足度、医療費（削減効果）、独居高齢者への適用可能性等が挙げられよう。

(ii) 政策効果の測定

第7次医療計画における在宅医療提供体制整備のための数値目標について、看取りは必須ではないものの、ストラクチャー指標として「在宅看取りを実施している診療所・病院数」「ターミナルケアを実施している訪問看護ステーション数」、プロセス指標として「在宅死亡者数」「看取り数（死亡診断のみの場合を含む）」「在宅ターミナルケアを受けた患者数」などが掲げられているが、アウトカム指標が示されていない⁽¹⁴⁷⁾。また、「在宅看取りを実施している診療所・病院数」については22都道府県が目標設定しているが、他の指標については少ない⁽¹⁴⁸⁾。市区町村においても、「自宅での看取り数」を評価指標として活用しているのは6.6%にとどまるというデータがあり⁽¹⁴⁹⁾、看取りについて現状把握も困難な状況である。このような中、在宅医療を進めるため、ロジックモデル（因果関係図）を活用した指標の見直しを試みる研究も行われている⁽¹⁵⁰⁾。

なお、在宅医療の実態を把握し、施策に反映するためには、例えば横浜市の事例⁽¹⁵¹⁾のように、国民健康保険等医療・介護のレセプトデータ（医療・介護ビッグデータ）の活用を進めていくことが今後重要になると考えられ、自治体に対する国の支援も必要となろう。

(iii) 医療体制上の困難

特に診療所において在宅医療の普及を妨げる要因として、「24時間の往診体制をとること・連絡を受けること」、「医師自身の体力」、「緊急時の入院病床確保」、「医師・看護師の確保」等が挙げられている。また、「在宅での看取りの実施」も負担とされる⁽¹⁵²⁾。診療所の医師の高年

(145) エビデンスレベルが低いのは、終末期ケアの性質上、ランダム化比較試験が困難であるという事情もある。
 「CQ22 在宅療養者に対して医療従事者が提供するエンド・オブ・ライフケアの意義は？」日本老年医学会ほか編『高齢者在宅医療・介護サービスガイドライン 2019』ライフ・サイエンス、2019、pp.101-103。

(146) 山中 前掲注(44)、pp.1031-1034。

(147) 「別表 11 在宅医療の体制構築に係る現状把握のための指標例」厚生労働省医政局地域医療計画課長通知 前掲注(129) <<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000159906.pdf>>

(148) 「在宅医療の中間見直しに向けた検討について」（第9回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG資料1）2019.9.6、p.44。厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000545064.pdf>>

(149) 野村総合研究所「地域包括ケアシステムにおける在宅医療・介護連携推進事業のあり方に関する調査研究事業—実態調査編—」2019.3、pp.30-35。<https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/social_security/20190410_3_report_2_1.pdf?la=ja-JP&hash=ADD0FDE103316781F310D9623A5238400569D8C0>

(150) 例えば看取りのロジックモデルについては、「本人の住み慣れた地域、本人の望む場所で不安なく最期まで暮らす」ことを目指す姿とし、その達成に必要な要素（本人意思の表出・希望に沿った看取りの実施等）を整理、目標達成のための手段・方法・具体的施策を検討（ACPの取組、事前指示書作成等）、そして評価内容を設定していく、といった流れが示される。（川越雅弘「第7次医療計画の現状・課題と改善策について—厚労科研「在宅医療の提供体制の評価指標の開発のための研究」中間報告—」（第9回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG資料3）2019.9.6、pp.12-19。厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000545066.pdf>>）

(151) 看取りに関連する調査も行われている。（「医療ビッグデータの活用」2019.7.23。横浜市ホームページ <<https://www.city.yokohama.lg.jp/kurashi/kenko-iryu/iryu/seisaku/bigdata.html>>）

(152) 日本医師会総合政策研究機構・日本医師会保険医療部「かかりつけ医機能と在宅医療についての診療所調査結果（2016年11月実施）」『日医総研ワーキングペーパー』No.378、2017.2.28、pp.47-57。日本医師会総合政策研究機構ホームページ <https://www.jmari.med.or.jp/research/research/wr_615.html>

齢化も報告されている⁽¹⁵³⁾。このような状況では、連携体制の構築が一つの方向にはなり、例えば情報共有を確実にしつつ、複数の医院で機能強化型の在宅療養支援診療所を形成し、夜間・休日及び緊急時対応を分担することが考えられる⁽¹⁵⁴⁾。また、介護を含む多職種の効果的な連携のために、ICTを活用した情報共有を進めていく必要もあろう⁽¹⁵⁵⁾。一方、看取りについて、在宅療養支援診療所の届出をしないで行っている診療所が26%（平成29（2017）年）⁽¹⁵⁶⁾あり、可能な範囲で特定患者に在宅医療を行っている医師も相当数いると推測される。訪問診療を行っていない診療所は全体の約8割⁽¹⁵⁷⁾であるが、少ない件数であっても実施するようになることで在宅医療に変化をもたらすような政策誘導の必要性も指摘される⁽¹⁵⁸⁾。中長期的には、地域において看取りに関わる担い手・人材を育成することが求められよう⁽¹⁵⁹⁾。

なお、診療所（開業医）における対応に限界も見られる中、在宅療養支援病院、特に地域包括ケア病棟や介護医療院、介護施設やデイサービス等を併設し、多様な療養形態から選択可能とする地域密着型病院の可能性に期待する指摘もある⁽¹⁶⁰⁾。

4 我が国の高齢者ケア施設における看取り

本節では、自宅・病院以外の看取りの場として、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム。以下「特養」）、介護老人保健施設（以下「老健」）、さらに自宅ではないが住まいの機能を有する有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅（以下「サ高住」）⁽¹⁶¹⁾などにおける看取りの状況と今後の課題について見る⁽¹⁶²⁾。これら的高齢者ケア施設では、認知症等非がんの疾患や老衰によって看取りに至る入居者が多く予後予測が困難であること、また、認知症によって本人の意思確認が困難であり、家族による代理意思決定が多いという特徴があるとされる⁽¹⁶³⁾。

(1) 特養における看取り

特養を含めた老人ホームにおける死亡については、近年その占める割合（表3）、絶対数（表11）共に大きく伸びている。この背景には、平成18（2006）年度に創設された介護報酬上の看

⁽¹⁵³⁾ 「在宅医療（その2）」（中央社会保険医療協議会総会（第349回）総-3）2017.4.12, p.23. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000161550.pdf>>

⁽¹⁵⁴⁾ 齊藤康洋「在宅医療の実際」『内科』121巻4号, 2018.4, p.1029. なお、このような機能強化型在宅療養支援診療所（連携型）の割合は、全在宅療養支援診療所のうち、21%である（平成30（2018）年）。（「在宅医療にかかる地域別データ集」同上 <<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000061944.html>> から試算）

⁽¹⁵⁵⁾ 「在宅療養におけるICTを活用した情報共有について」（平成30年度第1回東京都在宅療養推進会議ワーキンググループICTを活用した情報共有検討部会 資料3）2018.8.23. 東京都福祉保健局ホームページ <https://www.fu.kushihoken.metro.tokyo.lg.jp/iryu/iryu_hoken/zaitakuryouyou/suishinkaigi/zaitakuwgiCT1.files/kenntou.pdf>

⁽¹⁵⁶⁾ 表12に基づいて試算。

⁽¹⁵⁷⁾ 「在宅医療にかかる地域別データ集」前掲注⁽¹⁵⁴⁾ から試算（平成29（2017）年）。

⁽¹⁵⁸⁾ 百石雅哉「一般診療所が在宅医療を始めるためのハードル」『札幌通信』619号, 2019.3.20, pp.27-28.

⁽¹⁵⁹⁾ 小澤竹俊「在宅での看取りの現状と課題、病院との連携—看取りにかかわる人材育成の可能性—」『診断と治療』107巻10号, 2019.10, pp.1199-1203.

⁽¹⁶⁰⁾ 長尾和宏『痛い在宅医』ブックマン社, 2017, pp.241-242.

⁽¹⁶¹⁾ サービス付き高齢者向け住宅とは、「高齢者の居住の安定確保に関する法律」（平成13年法律第26号）に基づき、介護・医療と連携し、高齢者の安心を支えるサービスを提供するバリアフリー構造の住宅である。なお、人口動態統計上は、「自宅」のカテゴリーに含まれることに注意（表3）。

⁽¹⁶²⁾ 介護療養型医療施設に代わり、平成30（2018）年度から法定された介護医療院の看取り機能も重要であるが、発足間もないこともあり本稿では取り上げていない。

⁽¹⁶³⁾ 大河原啓文ほか「日本の高齢者ケア施設における看取りの質の評価・改善に関する研究の動向」『Palliative Care Research』11巻1号, 2016, p.401.

取り介護加算等国の政策誘導が指摘され⁽¹⁶⁴⁾、看取り促進を目的とした加算はその後にも更に強化されている⁽¹⁶⁵⁾。看取りの受入れ方針として、「希望があれば受け入れる」との特養が83.4%を占め、実際に1件以上看取りを行った特養も61.5%に上るとの全国調査結果もある。一方、看取り率は35%であり、向上の余地も残されていた⁽¹⁶⁶⁾。特養は施設要件として医師は非常勤で可であり、看護職員も夜間勤務・当直がなくてもよく⁽¹⁶⁷⁾、医療系専門職配置が希薄であって、加算要件を満たさない形での看取りも相当数あるとの指摘もなされる⁽¹⁶⁸⁾。看取りを進めるには、夜間・休日に配置医師から指示を仰げる体制、配置医師自身に対応困難である場合の夜間・緊急時の対応体制づくりが重要とされ⁽¹⁶⁹⁾、また、地域の診療所医師との連携が有効である可能性も指摘される⁽¹⁷⁰⁾。

体制上の課題がある反面、終末期ケアの質（看取りの質）については、特養内で死亡した場合は、病院において要介護の状態死亡した場合と特養から病院に入院後死亡した場合のいずれに比しても遺族による評価が高く、特養は終の棲家（すみか）として認識され、職員が終末期ケアに対応できるようになれば、一層適切なケアが提供可能とする研究も見られる⁽¹⁷¹⁾。最期まで安楽な生活を継続する工夫等、特に介護職に対しその専門性をいかせるようなサポートが重要であろう⁽¹⁷²⁾。

なお、特養の待機者が全国で29.2万人に上り⁽¹⁷³⁾、引き続きその整備が課題となる⁽¹⁷⁴⁾が、特に都市部においては、サ高住・住宅型有料老人ホームの増加が特養待機者数の減少に結び付いており、今後は単純な量的整備ではなく、代替サービスによって機能を担保するという観点も重要となる⁽¹⁷⁵⁾。特養内死亡の割合が増えたとしても、入所期間が長いことから実数の増加には限界があるとの指摘もあり⁽¹⁷⁶⁾、看取りについても特養以外の施設・サービスも含めた全体的な検討が必要となろう。

(164) 池上 前掲注(21), pp.173-175.

(165) 平成30(2018)年度介護報酬改定における配置医師緊急時対応加算や施設内で実際に看取った場合のより手厚い評価等。

(166) 看取りは、平成29(2017)年上半期に行われたものを対象として集計されている。また、ここでいう看取り率は、分母を病院等への退所者等看取りを行う可能性があった数、分子を看取り実施数としたもの。(野村総合研究所「高齢者施設等における医療ニーズ対応のあり方に関する調査研究報告書」2018.3, pp.56-58. <https://www.nri.com/-/media/Corporate/jp/Files/PDF/knowledge/report/cc/social_security/20180420-2_report_1.pdf?la=ja-JP&hash=962928A15D57372BB442D75A3817F615D63F8681>)

(167) 特養配置医師中非常勤割合は95%、夜間の看護体制はオンコール対応が91.6%を占めている。(同上, pp.10-14.)

(168) 加藤昌夫・編集部「特別養護老人ホームにおける看取りの制度と現状」『ゆたかなくらし』436号, 2018.11, pp.4-13.

(169) 野村総合研究所 前掲注(166), p.106.

(170) 東京都健康長寿医療センター研究所「特別養護老人ホーム看取りケア提供体制実態調査結果報告」2017.4, p.4. <https://www.tmg Hig.jp/research/team/cms_upload/syumatsuki_care_20170502.pdf>

(171) 池上 前掲注(21), pp.177-179.

(172) 小松重弥音・岡田進一「特別養護老人ホームの介護職による終末期高齢者を支える日常的介護実践—介護福祉士に対する量的調査の分析結果から—」『社会福祉学』58巻4号, 2018.2, pp.46-61.

(173) 要介護3以上。要介護1・2(特例入所の場合)を含めると32.6万人。(「特別養護老人ホームの入所申込者の状況」2019.12.25. 厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000157884_00001.html>)

(174) 「特養待機者、依然32万人 厚労省調査 3年前から4万人減」『毎日新聞』2019.12.26.

(175) 三菱UFJリサーチ & コンサルティング「利用者ニーズを踏まえた特別養護老人ホーム等のサービス見込量の推計方法に関する調査研究事業報告書」2019.3, pp.98-102. <https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_25.pdf>

(176) 池上 前掲注(21), p.180.

(2) 老健における看取り

老健は、要介護高齢者にリハビリ等を提供し在宅（生活）支援・在宅復帰を目指す介護保険施設であり、医療法上では医療提供施設に位置付けられる。施設要件として常勤医師、看護・介護職員、リハビリテーション専門職⁽¹⁷⁷⁾、栄養士等多職種の配置が求められている。その概念上、看取りとは必ずしも直接的には結び付かないが、在宅支援の延長上に老健での看取りが選択肢とされる⁽¹⁷⁸⁾。看取りに対応する老健は増加傾向を見せ⁽¹⁷⁹⁾、約70%に達している⁽¹⁸⁰⁾。この結果、老健における死亡についても、近年その占める割合（表3）、絶対数（表11）共に伸びている。特養に比して入退所数は多く、これらを更に高める余地もあると考えられる⁽¹⁸¹⁾。老健には多職種がそろっていることから、ACPの実践に適した場であるとも指摘され⁽¹⁸²⁾、その実績も得られつつある⁽¹⁸³⁾。なお、老健における看取りの質（家族・親族満足度）は高く、特に入所時に看取りの説明が行われること、さらに終末期医療の方針について、家族・親族の心が揺らぐ場合にもそれを支える職員との関係性が満足度と関連しているとの研究も見られる⁽¹⁸⁴⁾。また、老健の介護報酬は包括払いであることから、可能な医療措置に限界はあるものの、進行の比較的緩徐なものであって抗がん剤の投与がない等一定の条件を満たす場合には、がん患者の看取りにも活用可能とする見解もある⁽¹⁸⁵⁾。

(3) 有料老人ホーム・サ高住における看取り

高齢者が人生の最期を迎える場所として今後重要になる主な場所として、市区町村（自治体）では自宅・特養を挙げる例が多い⁽¹⁸⁶⁾。しかし、特定施設⁽¹⁸⁷⁾の指定を受けている場合、有料老人ホームでは72.1%、サ高住では57%が看取りの実績を有しており（平成31（2019）年調査⁽¹⁸⁸⁾）、平成28（2016）年調査⁽¹⁸⁹⁾と比較すると相当の伸びを示している。更に留意すべきは、特定施設の指定を受けていない場合でも、有料老人ホームで49.8%、サ高住でも38.3%が実績を有していることである⁽¹⁹⁰⁾。これら供給市場においては、介護・生活支援・医療・看護サービスを包括

(177) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士。

(178) 平成21（2009）年の介護報酬改定において、ターミナルケア加算が老健にも新設されている。

(179) 折茂賢一郎「介護老人保健施設における看取りの現状と課題、病院との連携」『診断と治療』107巻10号、2019.10、pp.1195-1197。

(180) 平成29（2017）年の全国調査結果。（全国老人保健施設協会「介護老人保健施設における在宅復帰・在宅療養支援機能の強化へ向けて」2018.3、p.60。<http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2018/04/H29_zaitakushien_kyoka_report.pdf>）

(181) 池上 前掲注(21)、p.180。

(182) 樋口範雄「超高齢・多死社会では終末期への心づもりを ACPは人生を語れる幸せな機会」『老健』30巻4号、2019.7、pp.12-15。

(183) 入所定員100人当たり（年）看取り対応人数は8～14人、ACPを行った人数は7～16人など。（全国老人保健施設協会 前掲注(180)、p.61。）

(184) 泉田信行ほか「高齢者施設における看取りについて」『日本老年医学会雑誌』53巻2号、2016.4、pp.116-122。

(185) 須田啓一「介護老人保健施設での看取りからみたがん診療—老健に出来ること、出来ないこと—」『ホスピスケアと在宅ケア』26巻1号、2018.5、pp.60-62。

(186) 三菱UFJリサーチ & コンサルティング「高齢単独世帯等の看取り、介護のあり方に関する調査研究事業報告書」2019.3、p.60。<https://www.murc.jp/wp-content/uploads/2019/04/koukai_190410_14.pdf>

(187) 介護保険制度上、特定施設入居者生活介護というサービスに分類され、入居要介護者は、日常生活上の世話、機能訓練、療養上の世話の対象となる。また、看取り介護加算も算定される。

(188) 三菱UFJリサーチ & コンサルティング 前掲注(186)、p.109。調査対象期間は直近の1年間。

(189) 特定施設である有料老人ホームで48.9%、サ高住は全体で22.8%。ただし、調査対象期間は半年間。（野村総合研究所「高齢者向け住まいにおける認知症ケアや看取り、医療ニーズ等の重度化対応へのあり方に関する調査研究報告書」2017.3、pp.62-63。<https://www.nri.com/jp/knowledge/report/lst/2017/cc/0410_4>）

(190) 三菱UFJリサーチ & コンサルティング 前掲注(186)、p.109。

的に提供する形態と自立自律の住まいを保持し、要介護の時点で地域の医療や介護サービスを利用する形態に分化を見せているともされる⁽¹⁹¹⁾。在宅ホスピス・看取り・葬儀・相続まで、エンディングサービスを包括的に視野に収めた事業を展開する民間事業者も現れている⁽¹⁹²⁾。その一方、有料老人ホームやサ高住を高齢者関連の行政計画（地域包括ケア）に位置付けている市区町村は3割に満たないとされる⁽¹⁹³⁾。今後は多様な住まい・施設における看取りに向けた総合的な施策の形成が必要であろう。サ高住や特養から治療・リハビリ目的等で老健に短期入所するといった施設相互の連携を高める方向もある⁽¹⁹⁴⁾。また、看取りの対応には施設ごとにばらつきもあると指摘され⁽¹⁹⁵⁾、看取りの質の評価指標の開発、指標に基づく評価の実施とその結果の住民への開示を行うことにより、サービスの向上を進めていく必要もあると考えられる。

5 我が国の独居高齢者の看取り

我が国の世帯数の将来推計によると、平成27(2015)年国勢調査時と比較して、令和22(2040)年における世帯主が65歳以上の単独(独居)世帯は625万から896万へと1.4倍に増加するとされる⁽¹⁹⁶⁾。同期間における独居率⁽¹⁹⁷⁾を65歳以上の男女別に見ると、男性は14.0%から20.8%へ、女性は21.8%から24.5%へと上昇が見込まれている⁽¹⁹⁸⁾。これに対応し、独居高齢者の自宅あるいはケア施設での看取り需要も増大することが想定される⁽¹⁹⁹⁾。また、特に自宅において看取りが伴わない場合は、いわゆる孤独(孤立)死に当たると考えられ、例えば東京都23区においては平成15(2003)年の孤独死数⁽²⁰⁰⁾は2,861人⁽²⁰¹⁾であったが、平成30(2018)年には5,513人⁽²⁰²⁾と、1.9倍に増加している。平成30(2018)年の東京都23区における自宅死亡者数は15,823人⁽²⁰³⁾であり、その34.8%が孤独死に該当することになる⁽²⁰⁴⁾。孤独死の是非は価値観によるとも言え、一概に否定できるものではないが、①救命可能であるケースがある、②死体が腐乱し、本人の尊厳を損ない、事後に社会的トラブルを生ずる場合がある、という点

⁽¹⁹¹⁾ 同上, p.31.

⁽¹⁹²⁾ 吉田肇「インタビュー 在宅ホスピスやミサワホームグループとして終活関連の相談窓口を拡充、ハード・ソフト両面で「高齢者の暮らし」を支える」『月刊シニアビジネスマーケット』179号, 2019.6, pp.18-21.

⁽¹⁹³⁾ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 前掲注⁽¹⁸⁸⁾, p.50.

⁽¹⁹⁴⁾ 佐藤龍司「終の棲家としての介護保険施設」川越編著 前掲注⁽¹⁹⁾, pp.596-600.

⁽¹⁹⁵⁾ 「特集 介護全比較」『週刊ダイヤモンド』107巻39号, 2019.10.12, pp.46-48.

⁽¹⁹⁶⁾ 国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計(全国推計)2018(平成30)年推計」2018.1.12, pp.6-7. <http://www.ipss.go.jp/pp-ajsetai/j/HPRJ2018/hprj2018_gaiyo_20180117.pdf>

⁽¹⁹⁷⁾ 独居者数(単独世帯数)を当該年齢階級の人口数で除した割合。

⁽¹⁹⁸⁾ 国立社会保障・人口問題研究所 前掲注⁽¹⁹⁶⁾, p.10.

⁽¹⁹⁹⁾ 60歳以上の単身世帯について、「完治が見込めない病気の場合に迎えたい最期の場所」として「自宅」が33.7%、「病院・介護療養型医療施設」が39.0%、「特別養護老人ホーム・有料老人ホームなどの福祉施設」が11.0%、「サ高住」が3.4%とする調査がある。(内閣府 前掲注⁽³³⁾, p.68.)

⁽²⁰⁰⁾ ここでは、異状死(自殺・事故死・死因不明(病死を含む))のうち、自宅で死亡した一人暮らし(単身世帯)の者の数。(東京都監察医務院「東京都23区における孤独死の実態」2010.12, p.1. <<https://www.fukushiho ken.metro.tokyo.lg.jp/kansatsu/kouza.files/19-kodokushinoinjittai.pdf>>)

⁽²⁰¹⁾ 「東京都監察医務院で取り扱った自宅住居で亡くなった単身世帯の者の統計(平成15~19年)」東京都監察医務院ホームページ <<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kansatsu/kodokushitoukei/kodokushitoukei.html>>

⁽²⁰²⁾ 「東京都監察医務院で取り扱った自宅住居で亡くなった単身世帯の者の統計(平成30年)」同上 <<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kansatsu/kodokushitoukei/kodokushitoukei30.html>>

⁽²⁰³⁾ 「第5.7表 死亡の場所別にみた都道府県(特別区-指定都市再掲)別死亡数」厚生労働省 前掲注⁽⁸⁾ <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883929&fileKind=1>>

⁽²⁰⁴⁾ ただし、東京都監察医務院の統計と人口動態統計で「自宅」の範囲が完全に一致していない可能性があり、また、死後経過時間が短い場合は、必ずしも看取りが伴わなかった(孤立していた)とも限らない点(発見者と一定の交流があった可能性)に留意。逆に入院中や同居の家族がいる場合でも、死亡の際は周囲に人がいないこともある。

で問題がないとは言えず⁽²⁰⁵⁾、今後研究・対策の必要性もあろう。

介護保険法の要支援又は要介護認定者のうち在宅の者がいる世帯における主な介護者は58.7%が同居の家族であり、事業者は13%にとどまるという現状⁽²⁰⁶⁾に照らせば、同居家族のいない独居高齢者の自宅看取りを一定の質の確保の下で可能にするためには、介護・医療等社会資源による支援体制の充実が不可欠であると考えられる。しかし、訪問診療を実施する医療機関（診療所）においても6割以上が、地域で在宅医療を拡大するためには家族の介護力の確保が重要であるとする調査⁽²⁰⁷⁾もあり、家族がない場合の支援体制整備は容易ではないことが窺える。ある県における、終末期独居高齢者の訪問看護ステーションによる看取りの実態調査によると、受入れの依頼は半数近くのステーションであり、実際の受入れは常勤の訪問看護師数が多く、夜間（深夜）・早朝の定期的訪問体制が整備されたステーションで多かったという。また、病状の急激な変化に対応するため、病院が併設されているか、医療機関との連携が求められる⁽²⁰⁸⁾。

死に至る軌跡のパターン（表2）のうち、がん型が寝たきりの期間が短く、介護者の負担の観点から、最も看取りが容易ともされ⁽²⁰⁹⁾、がんの場合の自宅死亡割合は、平成17（2005）年の5.7%から平成30（2018）年の12.1%まで上昇を見せている⁽²¹⁰⁾（それでもなお、がん終末期独居高齢者の自宅看取りを可能にするためには、医療・看護を中心とする地域緩和ケアの構築と介護・福祉の側面から多面的な支援体制が重要との研究がある⁽²¹¹⁾）。臓器不全型は入院治療を要することが多く、認知症等フレイル型の自宅看取りは長期にわたり介護者の負担も大きくなる⁽²¹²⁾。疾病の様態も、看取りの場所の選択に影響を及ぼし得る。今後は、当事者の選択を尊重しつつ、「在宅・病院・施設ケアのベストミックス」が求められるとの指摘もある⁽²¹³⁾。実際、特定施設入居者生活介護指定の有無にかかわらず、看取りの実績のある有料老人ホーム・サ高住の7割が、独居者の看取りまで継続居住を可能とする体制を既に構築しているという調査もある⁽²¹⁴⁾。

独居高齢者の自宅等看取り需要が増大する場合、財政負担も含め資源配分の調整の観点からも地域包括ケアシステムを推進する自治体の役割が重要になると考えられるが、独居高齢者等に関する方針・事業・施策において、看取り期の介護、医療・看護、生活支援を取り上げている自治体の割合は7%前後にとどまっており⁽²¹⁵⁾、今後の課題である。なお、独居高齢者について認知・判断能力が十分でない場合、意思決定支援⁽²¹⁶⁾が必要になり、医療同意権限はないにし

⁽²⁰⁵⁾ 苛原実『独居看取りの時代—在宅医が考える心豊かな「独り死」—』ヒポ・サイエンス出版、2016、pp.11-16。

⁽²⁰⁶⁾ 厚生労働省「平成28年 国民生活基礎調査の概況」2017.6.27、pp.30-32。<<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf>>

⁽²⁰⁷⁾ 日本医師会総合政策研究機構・日本医師会保険医療部 前掲注(52)、pp.56-57。

⁽²⁰⁸⁾ 前馬理恵ほか「訪問看護ステーションにおける独居高齢者の看取りの現状と課題」『第48回（平成29年度）日本看護学会論文集 在宅看護』2018、pp.31-34。

⁽²⁰⁹⁾ 苛原実「多職種が毎日関われば独居で独り亡くなくても孤独死ではない」『医療と介護 Next』3巻4号、2017、pp.15-16。

⁽²¹⁰⁾ 「第5.21表 主な死因（死因年次推移分類）別にみた性・死亡の場所・年次別死亡数及び百分率」厚生労働省前掲注(8) <<https://www.e-stat.go.jp/stat-search/file-download?statInfId=000031883943&fileKind=1>>

⁽²¹¹⁾ 柄澤邦江「がん終末期独居高齢者の在宅看取りを可能とするための医療・介護連携に関する研究の展望」『地域ケアリング』18巻4号、2016.12、pp.86-88。

⁽²¹²⁾ 苛原 前掲注(209)

⁽²¹³⁾ 二木 前掲注(116)、p.31。

⁽²¹⁴⁾ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング 前掲注(86)、p.148。

⁽²¹⁵⁾ 同上、p.46。

⁽²¹⁶⁾ 小寺 前掲注(54)、pp.52-55。

でも成年後見人等（保佐人・補助人・任意後見人を含む。）の役割も重要になり得るし、死後事務の処理も適切に対応する必要がある⁽²¹⁷⁾。独居高齢者の自宅看取りを行った場合には医療機関の未収金発生リスクが高いとの指摘もある⁽²¹⁸⁾。身寄りが全くない人、家族・親族がいても連絡がつかない状況にある人あるいはその支援が得られない人への対応も課題となる⁽²¹⁹⁾。独居高齢者の看取りを支えるためには、医療・介護にとどまらない多様な支援の組合せに基づく多職種連携のシステムが求められるのである⁽²²⁰⁾。このようなシステムの整備、そして死後まで含めた手続の見通しが明確⁽²²¹⁾になって初めて、独居高齢者が増大する時代において安心できる、穏やかな死と看取りが可能になると考えられる。

おわりに

これまで高齢者ケアは、健康長寿（アクティヴ・エイジング）に焦点を合わせ、虚弱・依存・死という最後の部分への対応が疎かであったとも指摘される⁽²²²⁾。ACP、在宅医療、在宅看取りといった取組についてもそのあり方や有効性を示すエビデンスの蓄積は緒に就いたところであり、孤独死のようにこれから研究を進めなければならない領域もある。また、病態について、例えば一定の自律性を維持しつつ緩和ケアや在宅ホスピスといった形での対処・試みが行われつつあるがんの場合と、自律的な意思決定が困難な局面も想定される認知症の場合では、求められる終末期ケアの施策や制度も異なってくる。そして、病院から自宅への流れを強調するばかりではなく、病院における看取りの質を高めることもまた、福祉向上の観点で重要であろう。幸福な、満足度の高い看取りを実現する政策の形成に向け、我が国における死の実態の調査研究、エビデンスの更なる蓄積が望まれる。

（こてら しょういち）

⁽²¹⁷⁾ 近藤俊英「独居高齢者の債務処理、終末期および死後の対応」『実践成年後見』85号、2020.3、pp.101-107.

⁽²¹⁸⁾ 独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクトチームほか「独居高齢者の在宅看取りができる地域づくりプロジェクト2018」2018.5.25、p.17. 在宅医療助成勇美記念財団ホームページ <http://www.zaitakuiryoyuumizaidan.com/docs/kenkyuukai/suishin2017_wg3_dokkyo.pdf>

⁽²¹⁹⁾ 山縣然太郎ほか「身寄りがいない人の入院及び医療に係る意思決定が困難な人への支援に関するガイドライン」（平成30年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業））2019.5. 厚生労働省ホームページ <<https://www.mhlw.go.jp/content/000516181.pdf>>

⁽²²⁰⁾ 上野千鶴子「「在宅ひとり死」を可能にするための専門職の役割とは」『医療と介護Next』3巻4号、2017、p.9.

⁽²²¹⁾ 例えば、「成年後見の事務の円滑化を図るための民法及び家事事件手続法の一部を改正する法律」（平成28年法律第27号）の成立により、成年後見人がその職務として成年被後見人の死亡後に行う事務（遺体の火葬、成年被後見人の生前にかかった医療費、入院費及び公共料金等の支払等）が可能となった。

⁽²²²⁾ トニー・ウォルター（堀江宗正訳）『いま死の意味とは』岩波書店、2020、pp.62-63.（原書名: Tony Walter, *What Death Means Now: Thinking Critically about Dying and Grieving*, 2017.）