

注目！がん看護における最新エビデンス

米国における最近20年間の死亡場所の変化

Changes in the Place of Death in the United States.
Cross SH, Warraich HJ. N Engl J Med. 2019. 12; 381 (24) : 2369-2370.

日本の全死因・がんの死亡場所は表1に示すように、70%程度が病院の一般病棟であり、自宅死亡は12～13%程度です。全死因では老健・老人ホームがやや多く、がんでは緩和ケア病棟がやや多いという特徴があります。

今回紹介する論文は、The New England Journal of Medicineに掲載された、最近の約20年間の米国における死亡場所の推移に関するものです。筆者はこれまでずっと死亡場所の分析にもかかわってきたのですが、この米国の統計には少し驚きました。

まず、米国では病院死亡と自宅死亡の割合が逆転しました(図)。米国は高齢者向け医療制度であるMedicareにホスピスオプションというものがあり、以前から在宅ホスピスが普及していました。在宅ホスピスの適用になりやすいがんでは、以前から自宅死亡は30%を超えていたのですが、それでも全体的には病院死亡の方が多かったため、この逆転は予想外でした。また、米国で「ホスピス」と言えば、ひと昔前まではこの在宅ホスピスのことだったのですが、日本のホスピス・緩和ケア病棟に相当する



宮下光令 教授

東北大学大学院 医学系研究科
保健学専攻 緩和ケア看護学分野

みやしたみつりのり: 1994年3月東京大学医学部保健学科卒業、臨床を経験した後、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻助手・講師を経て、2009年10月東北大学大学院医学系研究科保健学専攻緩和ケア看護学分野教授。専門は緩和ケアの質の評価。

施設内でホスピスケアを受けて亡くなる患者が急増しています。病院死亡の減少には、この施設内ホスピス死亡の増加が影響しているのでしょうか。また、米国ではナーシングホームでの死亡が多く、ナーシングホームにおける終末期ケアの質の低さが以前から問題になっていましたが、ナーシングホーム死亡はあまり変わっていません。

死亡場所と患者の特性の関連を表2に示します。自宅死亡は若年、女性、マイノリティで少ない、がん患者は自宅死亡や施設ホスピスが多い、認知症ではナーシングホームが多いというような特徴が見て取れます。

医療制度が異なる日本と米国を直接的に比較することは難しいですが、日本の人口あたり急性期病床数は、OECD(経済協力開発機構)諸国の中でも非常に高いグループに属し、米国の4倍程度と言われてます。そして、日本の急性期病床の多さが医療費を圧迫しており、日本でも地域医療計画に基づき病床数の削減の必要性が叫ばれています。さすがに、日本が短時間で米国の水準まで急性期病床を削減することは困難でしょうが、同様の変化

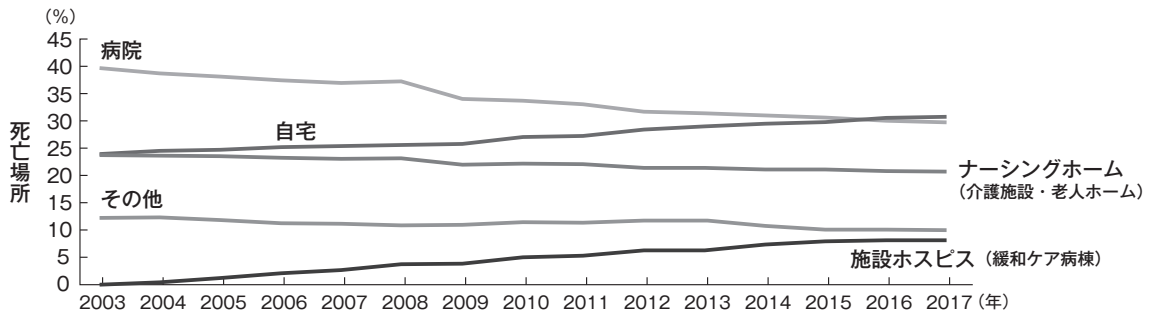
《表1》日本における死亡場所の内訳(2018年人口動態統計)

(単位: %)

| | 病院 (一般病棟) | 緩和ケア病棟 | 自宅 | 老健・ 老人ホーム | 診療所 | その他 |
|-----|--------------|--------|------|--------------|-----|-----|
| 全死因 | 68.3 | 3.7 | 13.0 | 10.6 | 1.7 | 2.8 |
| がん | 67.9 | 13.9 | 12.1 | 3.9 | 1.5 | 0.8 |

*緩和ケア病棟は日本ホスピス緩和ケア協会正会員施設の統計に基づくため、実際はこの2割程度多いと予想される。

《図》米国における死亡場所の推移（全死因）



《表2》属性と死亡場所の関連

| 属性 | 死亡者数 (N=35,166,711) | オッズ比 (95%信頼区間) | | | | |
|----|------------------------|-------------------|------------------|--------------------------|--------------------|------------------|
| | | 病院 | 自宅 | ナーシングホーム (介護施設・老人ホーム) | 施設ホスピス (緩和ケア病棟) | |
| 年齢 | 65歳未満 | 8,148,268 (23.2) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) |
| | 65～84歳 | 5,754,390 (44.8) | 0.85 (0.83-0.87) | 0.90 (0.88-0.92) | 2.98 (2.97-2.99) | 1.24 (1.23-1.25) |
| | 85歳以上 | 11,262,117 (32.0) | 0.54 (0.52-0.57) | 0.77 (0.73-0.80) | 5.86 (5.80-5.92) | 1.34 (1.32-1.36) |
| 性別 | 女 | 18,091,115 (51.4) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) |
| | 男 | 17,075,596 (48.6) | 1.01 (1.00-1.01) | 1.07 (1.07-1.08) | 0.89 (0.88-0.90) | 0.97 (0.96-0.97) |
| 人種 | 白人 | 30,109,637 (85.6) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) |
| | 黒人 | 4,111,769 (11.7) | 1.47 (1.46-1.48) | 0.80 (0.78-0.83) | 0.65 (0.64-0.66) | 0.91 (0.88-0.95) |
| | その他 | 945,305 (2.7) | 1.48 (1.45-1.51) | 0.92 (0.90-0.94) | 0.59 (0.58-0.60) | 0.68 (0.66-0.70) |
| 民族 | 非ヒスパニック | 33,083,905 (94.1) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) |
| | ヒスパニック | 1,994,612 (5.7) | 1.41 (1.39-1.43) | 1.01 (1.00-1.02) | 0.49 (0.48-0.50) | 0.93 (0.91-0.96) |
| 死因 | がん | 8,629,676 (24.5) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) | 1.00 (Reference) |
| | 心疾患 | 10,300,286 (29.3) | 1.17 (1.16-1.18) | 0.73 (0.72-0.74) | 1.21 (1.19-1.23) | 0.28 (0.28-0.29) |
| | 呼吸器疾患 | 3,708,240 (10.5) | 2.57 (2.54-2.61) | 0.48 (0.46-0.49) | 1.07 (1.05-1.09) | 0.49 (0.48-0.50) |
| | 認知症 | 2,778,592 (7.9) | 0.38 (0.37-0.38) | 0.42 (0.41-0.42) | 4.63 (4.45-4.80) | 0.37 (0.34-0.40) |
| | 脳卒中 | 2,065,286 (5.9) | 2.24 (2.16-2.32) | 0.31 (0.29-0.33) | 1.58 (1.56-1.61) | 0.78 (0.77-0.79) |
| | その他 | 7,684,631 (21.9) | 2.53 (2.48-2.58) | 0.43 (0.42-0.44) | 1.25 (1.22-1.28) | 0.42 (0.42-0.43) |

※オッズ比が1より大きいことは、参照グループ (Reference) に対して、その場所での死亡が多いことを示す。逆に1より小さいことは、その場所での死亡が少ないことを示す。例えば、年齢が65～84歳の方は65歳未満に比べて病院死亡が0.85倍であり（病院死亡が少ない）、85歳以上では0.54倍である（病院死亡が少なく、約半分である）。同様に、がんに比べて呼吸器疾患では病院死亡が2.57倍であり（病院死亡が多い）、認知症では病院死亡は0.38倍である（病院死亡が少ない）。

※95%信頼区間が1をまたいでいない場合、統計学的に有意に差があると言える。

が日本でも起こるのかもしれませんが。

過去の多くの調査で、日本人は自宅での死亡を望むことが示されています。急性期病床の削減に伴い、老健・老人ホームでの死亡の増加や、在宅ケア・在宅ホスピスの充実がなされればそれが可能になるのかもしれませんが。

この原稿を執筆している現在、米国ではCOVID-19の猛威によりニューヨークなどで医療崩壊が起こっており、その影響もあって死亡者数は2万人を超えて世界一になりました。ほかにも、人口比で病床数が少ない国で

は、医療崩壊が深刻です。病床数が多い日本は、このような危機に強い、有事の際にも安心して医療が提供される国と言えるのかもしれませんが。筆者はこれまで、病床数の削減と在宅ケアの充実を図れば、自宅死亡は20～30%くらいまで上昇させることができ、多くの方が望む場所で死を迎えられるようになると思ってきました。現在のCOVID-19や将来も起こるべき感染症による危機を考えると、病院や治療の予備能を保ちつつ医療資源の適正化を図ることの難しさを実感しています。