

# III. わが国の終末期医療の施策の方向性

岩崎 康孝

(厚生労働省 医政局総務課)

## はじめに

わが国における終末期医療については、これまで、充実に向けて多くの施策が行われてきたところである。以下には、終末期医療の現状をふまえ、今後の終末期医療の施策の方向性について述べる。

## 終末期医療における現状

### ① 告知についての認識

#### ・告知の非タブー化

今では少数派になっているが、終末期の悪性腫瘍であることは、本人には知らせずに、家族のみがそれを承知していたという時代もあった。これは、それほど昔話ではない。第1回目の厚生省の検討会議(昭和62年)の検討課題の一つは「告知」であった。約20年前、1980年代のことである。

現在では、自分が終末期の状態になったら、知らせてほしい人が多数になっていることは、調査結果から明らかである(一般国民72%)。

また、教えてほしいと思っているのみならず、前もって、その内容を家族に知らせておく、あるいは、尊厳死協会などの第三者に登録しておく人の数も1990年(平成2年)に1万人に達しなかった登録者数が、現在では、10万人を超えていることから、かつてのような一概に「告知はタブー」と考える状況にはない。

診断や病状について、本人に知らせる場合には、原則として、本人に関するすべての決定を本人が行うことになる。その方法の代表例が、尊厳死やDNR(do not resuscitate)である。調査においても、7割の人が、単なる延命治療はやめたほう

がよい、あるいは、やめるべきであると答えている(「痛みを伴う末期状態の延命治療」について)。

さらに、その延命治療の中止の方法についても、積極的な治療法を行わない方法が良い人(14%)、痛みなどを和らげる方法に重点を置きたい人(69%)、積極的な方法で命を短縮したい人(13%)など様々な希望がある。数値では、痛みの緩和が重点となるが、個人の「死に方」については、微妙なニュアンスの違いがある。

#### ・リビングウィル、家族などの代理人による意志決定

一方、本人に知らせない場合、あるいは、本人の意識がなく本人の判断を仰ぐことができない場合、すべての決定は本人以外の人が、本人の意思を推量して行うことになる。このような症例は現場では多い。

しばしば、一般的な治療については、「最後は家族に任せる」とか「お医者さんに任せます」という人が多いという話はよく聞くところである。

確かに、そのような場合の意志決定について、家族などの代理人による決定方式があるが、そのほかに、事前の意思表示による方式がある。

調査によれば、代理人による意志決定については、6割弱の人が肯定的であるが、3割の人が状況によると答えている。一方、本人が事前に紙面で意思表示をしておくことについては、8割の人が賛成している。実際の場面に直面した際の行動と同じかどうか、あるいは、実際に漠然と考えていることと行動との差異は別として、いわば「事前の」個人の認識として、終末期における自らの治療方法の決定については自分で決めたいという人が多い。

この点では、終末期医療についての認識の変化が明らかに起こっているのではないだろうか。

② 療養環境

① 死亡する場所

・わが国の現状

テレビのドラマでもかつては、年寄りを家で看取る場面が多く登場していたように思うが、今は、そのような場面はほとんどない。

実際には、わが国では、97万人が年間に死亡する(2001年 人口動態統計<表1>)。そのうち自宅で亡くなるのは14%である。一方、81%が病院または診療所で亡くなっている。65歳以上の高齢者に限定しても、77%が病院・診療所で亡くなって

いる(表2)。つまり、ほとんどの人が医療機関でなくなっているのである(表1)。

また、そのトレンドは図1に示すとおり、昭和30年代から病院や診療所で死亡する人が急激に増加しているのである。

・諸外国の状況

各国の医療提供体制の充実状況や文化的背景により、病院で死亡する者数の比率についてはばらつきが大きい。しかし、経年的な変化としては、いずれも病院で死亡する人の比率は増加している(図2)。

■表1 日本における死亡場所

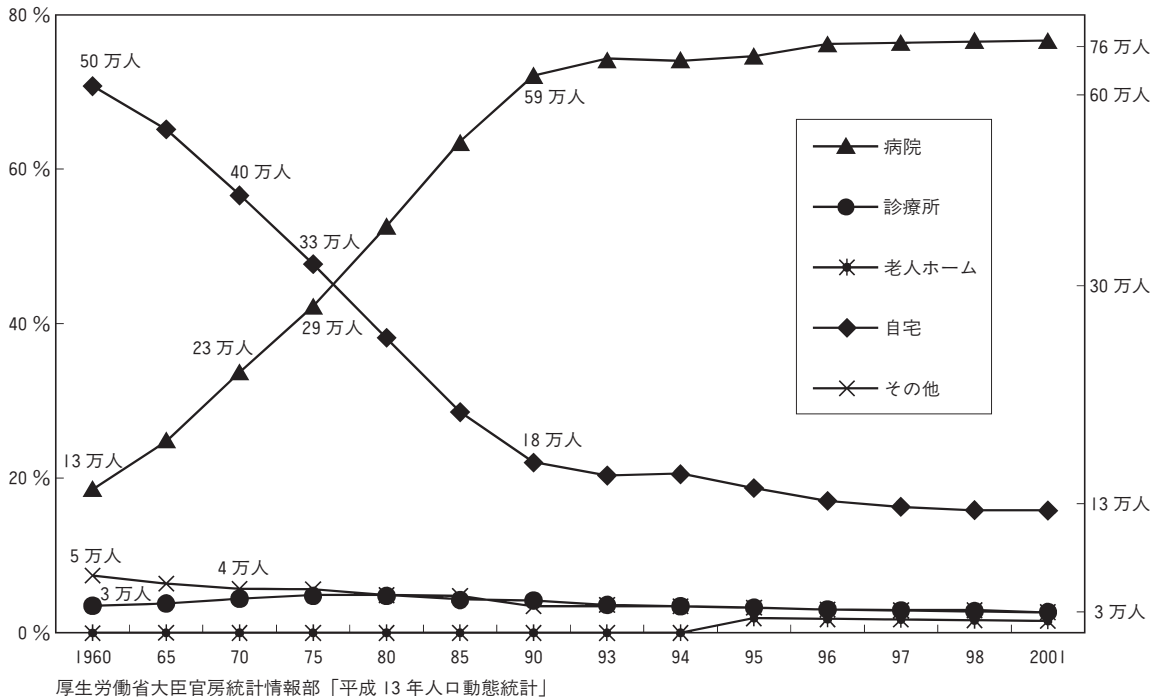
死亡場所の内訳	死亡者数	構成比
病院	760,681	78.40%
診療所	27,627	2.80%
老人保健施設	5,461	0.60%
老人ホーム	19,008	2.00%
自宅	131,337	13.50%
その他	26,217	2.70%
合計	970,331	100%

老人ホームとは、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホームを含むものである。  
資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年人口動態統計」

■表2 高齢者およびそれ以外の死亡場所

	65歳以上 死亡者数(構成比)	64歳以下 死亡者数(構成比)
病院	610,767(79%)	149,787(75.60%)
診療所	25,137(3.30%)	2,486(1.30%)
老人保健施設	5,426(0.70%)	35(0.00%)
老人ホーム	18,886(2.40%)	122(0.00%)
自宅	102,761(13.30%)	28,563(14.40%)
その他	8,438(1.10%)	17,244(8.70%)
合計	771,415	198,237

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「平成13年人口動態統計」



■図1 死亡場所の内訳の推移

## ②終末期医療を提供する医療施設

### ・緩和ケア病棟について

医療機関は、終末期医療のためのみに作られているわけではなかったため、終末期を迎えている患者にとっては必ずしも心地よい場所ではなかったかもしれない。

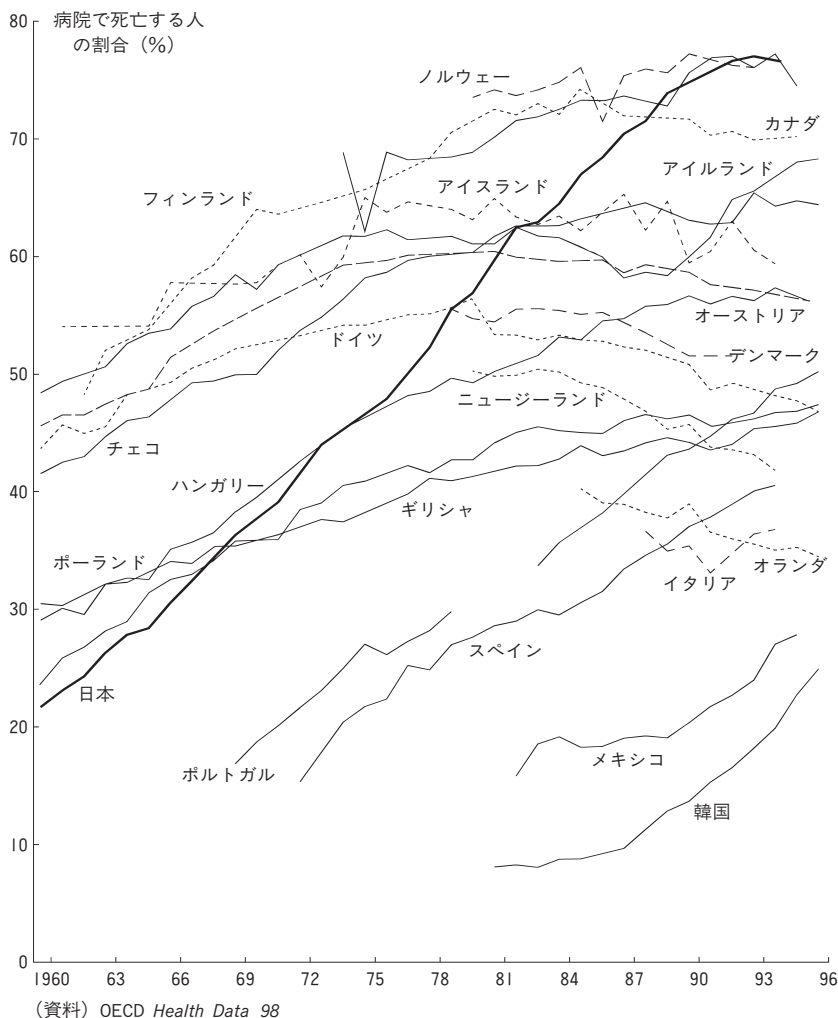
たとえば、医療機関の構造は、その期待される医療を提供する機能との兼ね合いにより決定されるため、一般的な住宅とは異なり、騒音がある、プライバシーが一部犠牲になっているなど、病院の居住性はあまり高くないが多かった。また、医療により提供できるサービスがほとんどなくなった患者に対しては、医療従事者が忙しいこともあり、あまり寄りつかなくなることもあった。あ

るいは、医療機関では一般に家族などの面会時間も限定されており、終末期医療を家族で過ごしたいという希望があったとしても、かなえられる状況にはないことが多い。

このような要望に対して、緩和ケア病棟あるいはホスピスという名称で専門に終末期を扱う医療施設が発達している。

緩和ケア病棟は、わが国では1973年（昭和48年）に淀川キリスト教病院でのチームアプローチや1981年（昭和56年）に聖隷三方原病院での設置を嚆矢としている。

また、制度として診療報酬上位置づけられたのは1990年（平成2年）の「緩和ケア病棟入院料」が設けられて以来である。1人当たりの面積が広



■ 図2 各国の病院で亡くなる人の割合の推移

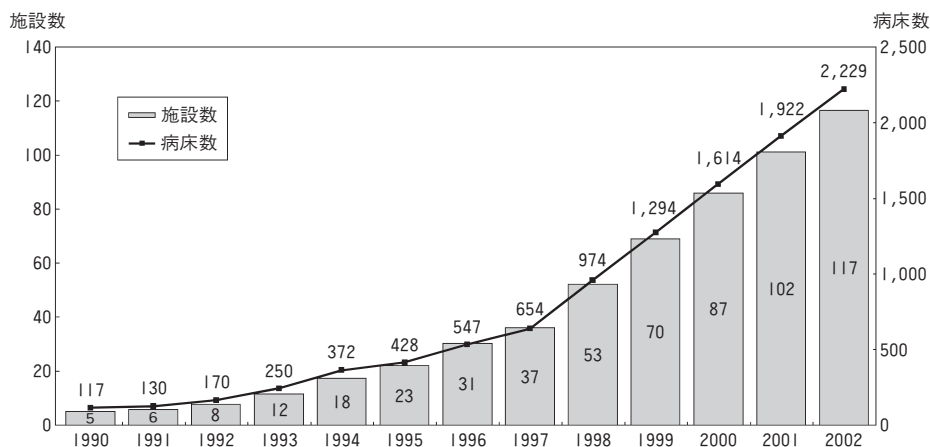
■表3 緩和ケア病棟等の基準

緩和ケア病棟入院料

- 1) 入院料の趣旨  
主として末期の悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者を入院させ、手厚い看護態勢と適切な療養環境の下、緩和ケアを行う病棟（平成2年創設）
- 2) 点数の設定  
緩和ケア病棟入院料（1日につき） 3,780点  
地域加算並びに退院時に算定できる在宅悪性腫瘍患者指導管理料および在宅寝たきり患者処置指導管理料を除き、入院に係る費用は全て包括
- 3) 施設基準（おもなもの）
  - ・病棟に緩和ケアを担当する医師が常勤していること
  - ・看護師数は1.5:1以上、夜間は複数配置であること
  - ・1人につき 病棟床面積 30 m<sup>2</sup>以上、病室床面積 8 m<sup>2</sup>以上であること
  - ・病棟内に患者家族の控え室、患者専用の台所、面談室、談話室を備えていること
  - ・入退棟に関する基準が作成され、医師、看護師等により入退棟の判定が行われていること
  - ・緩和ケアの内容に関する患者向けの案内が作成され、患者、家族に対する説明が行われていること
  - ・財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機器評価を受けていること
- 4) 届出状況（平成13年7月1日現在）  
91施設、1,716床

緩和ケア診療加算

- 1) 入院料の趣旨  
一般病床に入院する悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状または不安、抑うつなどの精神症状を持つ者に対して、当該患者の同意に基づき、症状緩和に係る専従のチームによる診察が行われた場合に入院基本料に加算する（平成14年新設）
- 2) 点数の設定  
緩和ケア診療加算（1日につき） 250点  
1日当たりの算定患者数は、1チームにつきおおむね30名以内
- 3) 施設基準（おもなもの）
  - ・身体症状の緩和を担当する医師、精神症状の緩和を担当する医師および緩和ケアの経験を有する看護師から構成される緩和ケアに係る専従チームが設置されていること
  - ・看護師は、5年以上悪性腫瘍患者の看護に従事した経験を有し、緩和ケア病棟等における研修を修了している者であること
  - ・初回の診察にあたり、主治医、看護師などと共同のうえ緩和ケア診療実施計画書を作成し、その内容を患者に説明のうえ交付すること
  - ・院内の見やすい場所に緩和ケアチームによる診療が受けられる旨の掲示をするなど、患者に対して必要な情報提供がなされていること
  - ・財団法人日本医療機能評価機構等が行う医療機能評価を受けていること



■図3 緩和ケア病棟数・病床数の推移

■表4 終末期医療にかかるおもな診療報酬上の評価

項 目	内 容
【入院料】 緩和ケア病棟入院料 (1日) 3,780点	主として末期の悪性腫瘍および後天性免疫不全症候群の患者を入院させ緩和ケアを行う
緩和ケア診療加算 (1日) 250点	悪性腫瘍または後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛などの身体症状や精神症状を持つ一般病棟の入院患者に対して、緩和ケアチームによる症状の緩和を提供する
【在宅医療】 在宅患者訪問診療料 (1日) 830点 在宅ターミナルケア加算 1,200点 在宅看取り加算 200点	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療する(原則として週3日を限度に算定) 急性増悪等の場合は、1月に1回連続14日まで算定可
在宅末期医療総合診療料 (1日) 院外処方の場合 1,495点 院内処方の場合 1,685点 在宅看取り加算 200点	居宅において療養を行っている通院が困難な末期の悪性腫瘍患者に対して、計画的な医学管理の下に総合的な医療を提供する(訪問診療と訪問看護を提供)
寝たきり老人在宅総合診療料 (1日) 院外処方の場合 2,290点 院内処方の場合 2,575点 在宅老人ターミナルケア加算 1,200点	在宅寝たきり老人等に対して、在宅療養計画の下に、1月に2回以上訪問して診療を行う(月1回を限度に算定)
在宅患者訪問看護・指導料 (1日) 保健師、助産婦、看護師による場合 週3日まで 530点 週4日以降 630点 准看護師による場合 週3日まで 480点 週4日以降 580点 難病等複数回加算 250点 ターミナルケア加算 1,200点	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、訪問看護計画によって保健師、助産婦、看護師または准看護師を訪問させて、看護または療養上必要な指導を行う(原則として週3日を限度に算定) 急性増悪等の場合は、1月に1回連続14日まで算定可
(老人)訪問看護療養費 (1日) 保健師、助産婦、看護師、理学療法士または作業療法士による場合 週3日まで 5,300円 週4日以降 6,300円 准看護師による場合 週3日まで 4,800円 週4日以降 5,800円 難病等複数回訪問加算 2,500円 ターミナルケア加算 12,000円	居宅において療養を行っている患者であって通院が困難な者に対して、医師の指示の下に訪問看護計画に基づき、保健師、助産婦、看護師、准看護師、理学療法士または作業療法士が、指定訪問看護を行う(原則として週3日を限度に算定) 急性増悪等の場合で指示があった場合は、1月に1回連続14日まで算定可 末期の悪性腫瘍や神経難病等の患者については、2カ所の訪問看護ステーションから訪問看護を提供した場合、算定可。

く(病室面積8平方メートル以上)、医師が常時勤務し、看護師の人員配置が厚い(患者1.5人に対して看護師1人配置)、特殊な病棟が診療報酬上設けられ、医療機関において設置できるようになり、そこで、終末期医療が提供されるようになった(表3)。

現在、わが国では、121施設、2,310床(2003年10月1日現在、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会調べ)がある(図3)。

緩和ケア病棟の数は急増しているものの、緩和

ケアを要する患者すべてに対してサービスを提供する状況にはない。また、将来そのような状況になるかどうか、あるいは、それが望ましいことかどうかについては議論がある。

また、緩和ケアを要する患者にとっていつの時点から緩和ケア病棟での医療を受けることがよいことであるかについては、個人差がある。医療を提供する側の認識もバリエーションがあり、緩和ケア病棟への紹介の遅れについても比較的古くから指摘されているところである。

そのため、緩和ケア病棟に限らず、緩和ケアを提供できる態勢を整える必要性がある。

・緩和ケア病棟以外の医療施設について

現在、病院については約9,300、診療所については約9万3,000ある。

たとえば、悪性腫瘍がすべて緩和医療を必要としているかどうかは定かではないが、人口動態統計をみると悪性腫瘍だけでも年間21万人が死亡している。前述の通り、その8割が医療機関で死亡しているとして、約16万人が病院または診療所で死亡しているのである。緩和医療を必要とする人のうち、緩和ケア病棟以外の医療機関で亡くなる人のほうが圧倒的な多数なのではないだろうか。

また、近年では在宅医療の技術が進み、病院で行えることの多くが在宅で行えるようになってきた。たとえば、中心静脈栄養などの比較的嚴重な管理を要する医療行為でさえ、在宅で提供できる医療となっている。前述の通り約10%の人が自宅でなくなっており、そのうちの一定の比率の方々は、主治医の往診などにより対応されていることも少なくないのではないかと。

このような現実に対して、終末期医療を提供できるような態勢を整備する必要性は高い。そのため、平成14年度の診療報酬改定により、緩和ケア病床ではなく、一般の病床において、緩和ケアを提供する専門のチームサービスが提供されている場合（痛みなどを担当する医師、メンタルケアを担当する医師および終末期医療の経験を有する看護師からなる専従の緩和ケアチームによるサービスが行われた場合）においての診療報酬上の加算（緩和ケア診療加算）が設けられた（表3）。

また、在宅での終末期医療に対しても、計画的な医学的管理を提供した場合の診療報酬点数（在宅末期医療総合診療料）が設けられている（表4）。

③ 治療技術の水準

・治療技術の向上

終末期医療にかかる治療技術は悪性腫瘍に限らず確実に進歩している。今後のがん研究のあり方に関する有識者会議作業班による報告書（平成13年）に見るように、治療技術そのものも進歩して

いる。たとえば、白血病や乳がんにかつて罹患していた人が元気に活躍している姿を見ることは決してまれではない。

・終末期医療技術の向上

終末期医療については、延命治療に加え終末期医療への期待が高い。また、痛みのコントロールに関しても格段の進歩がある。WHOからすでに第2版が出版されている「痛みからの解放—WHO方式がん疼痛治療法」を承知している従事者は一般の医師で74%、ホスピスの医師で98%であった。

さらに、終末期医療のメンタルケアについてもたいへん進歩しており、日本総合病院精神医学会、日本サイコオンコロジー学会、日本死の臨床研究会などにより終末期患者、その家族、終末期医療にかかわる医療従事者への治療方法や対処方法が開発され、医療従事者への教育が行われている。

終末期医療における施策の方向性

① 患者自らの意志決定の尊重および支援

上記の通り、終末期医療を受けている患者の希望は、医療の内容や水準、場所、療養環境などの側面からみて多様である。そのため、可能な限り希望にあった医療を提供することが望ましい。

また、事前に自らの意志を示しておきたい人が8割を占めており、自らの意志を尊重して欲しいと考えている人が大多数であった。

従来は、家族や医師、看護師が患者の希望を忖度して、患者に提供される医療が決定されている傾向にあるものを、患者自らの意志決定に任せることができるよう、患者の意志決定の支援を図る仕組みが今後より一層強化される必要があるかもしれない。

平成15年4月に公表された「医療提供体制の改革のビジョン」において「（終末期医療については）国民の意識調査を行うとともに、本人の意思を尊重した望ましい終末期医療の在り方について幅広い見地から検討し、望ましい終末期医療の促進のためのマニュアルの作成、研修体制の整備など必要な環境整備に努める」としているところであり、医療従事者が患者の意志を尊重することができる

ように、より一層の検討が必要である。

## ② 療養環境の一層の改善

医療機関の療養環境については、近年急速に改善されている。さらに、終末期医療については、診療報酬制度などを中心として、緩和ケア病棟や一般病棟、在宅での緩和医療の整備が相当に進んでいる(図3)。より良い療養環境を確保するために、介護などの領域と相まって様々な技術開発もなされているところである。

今後は、必要に応じ、このような整備をより一層進める必要がある。

## ③ 治療技術の一層の向上および均てん化

終末期医療については、治療技術が相当進歩しているが、一方で地域格差もたいへん大きい分野である。そのため、医療技術の均てん化をすることが求められており、たとえば、がんについては、二次医療圏に1カ所を目的とした地域がん拠点病院などを順次配備することとしているなどの施策がある。

---

## おわりに

終末期医療については、制度上は、徐々に整いつつあり、知見も集積しつつある。

終末期医療について、平成9年の調査に続き平成14～15年度の検討会(座長：町野朔・上智大学法学部教授)を設け、調査が進行中である。調査としては3回目となり、一般国民などの認識についての経年変化をある程度追うことができる。また、調査対象としてこれまで行われてこなかった、介護老人福祉施設の調査を初めて行うことになった。

このような調査が、よりよい終末期医療の展開についての一助となるよう各方面のご協力をいただければと希望している。

(上記の数値については、特に記載しない場合には、平成9年の末期医療に関する国民の意識調査など検討会報告書〈報告書は平成10年〉の数値である)