

# I. わが国の医療提供体制と緩和ケア

## 1. 緩和ケアの基本課題

池上 直己

(慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室)

### はじめに

がん対策基本法によってがん診療連携拠点病院において緩和ケアの提供と研修が義務化され、また75歳以上の高齢者を対象とする高齢者医療確保法において終末期ケアが1つの柱となっている。このような動きを受けて緩和ケアがますます注目されてきたが、以下の誤解を正す必要がある。

第1は、「緩和ケア」と「終末期ケア」が同義語として解釈される傾向である。しかし、緩和ケアの目的は身体的、精神的苦痛の緩和であり、その対象は必ずしも終末期に限られていない。すなわち、緩和ケアと積極的治療の関係は排他的でなく、補完的であるので、患者の状態により両者の割合を変えて、緩和ケアを終末期に限らず、幅広く適用すべきである。

第2は、「緩和ケア病棟」の対象が、対象ががんとエイズに限られていることから、「緩和ケア」も同様に限定されていると一般に認識されている。確かに国民の3分の1はがんによって死亡しており、最大の死因であるが、逆に3分の2はがん以外で亡くなっているため、がん以外にも対象を広げるべきである。ちなみにアメリカでホスピスケアを受けた者のうち、がんの診断がついていたのは46%（2005年）にすぎない<sup>1)</sup>。

第3は、「終末期ケア」が、後期高齢者を対象とした課題として取り上げられていることである。しかし、社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会は、2007年7月30日の「これまで議論された主な事項」の中で、75歳以上と未満で医療を区切る必要性がないことを指摘している。これは患者にとって医療への期待が

75歳の誕生日を境に変わらないので当然であり、アメリカでは75歳未満が全体の3分の1以上を構成している<sup>1)</sup>。

以上の通り、今後は緩和ケアの対象を終末期とがんに限らず普遍的に適用し、また終末期ケアの対象をあらゆる年齢層に拡大するべきである。その際、次の基本課題について検討する必要がある。第1に終末期ケアと医療費の関係の整理、第2に積極的治療を断念する法的手順、第3に死に至る経過の類型化とおのおのに対応する医療体制である。本稿ではこれらの課題について解説した後、緩和ケア医に期待される役割について提言する。

### 終末期ケアの医療費

終末期ケアが注目されている大きな理由は、医療費を適正化するための手段として有効であると一般に考えられていることにある。確かに国民の素朴な感情として、治療しても患者が死亡するようであれば、「ムダ」なことが行われた、と判断されても無理はない。しかし、医師の立場からすれば、治療してみないと改善するかどうかは分からず、また患者の立場から万に一つでも治る確率があれば、治療を希望する場合もあり、特に患者が若く、突然襲った病気であればこうした傾向は強い。

したがって、公的医療保険として、患者が積極的治療を希望した場合には給付すべきであり、仮に制限すれば、患者は私財を全部投げ出しても治療を選択する可能性がある。すなわち、生死が関わる状況下では、個人が自分の受ける便益の確率と費用負担を天秤にかけて、合理的に選択する

という経済学的前提は成り立たないので、患者は病苦と自己破産の二重の悲劇に見舞われる可能性がある。

実は混合診療が原則的に禁止されてきた理由の1つは、こうした状況の発生を防止することであり、今後とも先進医療などにおいて例外的に認める場合においても厳しい制限を設ける必要がある。そして医療にアクセスする際は、患者の支払能力、年齢、障害の有無によって格差があってはならない<sup>2)</sup>。

ところで、このような形で積極的治療が行われれば、終末期の医療費は膨大な金額なると考えられがちだが、厚生労働省の推計によると、実際には死亡前1カ月間の医療費は、医療費全体の3%、9千億円(2005年)に留まっている<sup>3)</sup>。なぜ、このように少額に留まっているのであろうか。筆者は司法の提示する積極的治療中止の基準が必ずしも順守されていないことが一因で、仮に原則通りに実施されれば、死亡前医療費は高騰すると考えており、ちなみにアメリカでは、死亡前1年間の医療費は、生涯医療費の22%を構成すると推計されている<sup>4)</sup>。

もし、国民が終末期において現状よりも積極的な治療を望んでいるならば、このような医療費の増加は容認されよう。しかし、国民に対する意識調査によれば、積極的治療を肯定する意見は決して多くなく、また増えてない<sup>5)</sup>。したがって、患者と家族が終末期ケアにおける選択肢を行使できるように法制度を整備する必要がある。

## 積極的治療の断念

司法当局としての延命を中止するための要件は、1995年に「東海大安楽死」事件に対して横浜地裁の判決理由の中で、以下の通り示されている<sup>6)</sup>。

①患者が治癒不可能な病気に冒され、回復の見込みがなく死が避けられない末期状態にあること

②治療行為の中止を求める患者の意思表示が存在し、それが治療行為の中止を行う時点で存在すること

③治療行為の中止の対象となる措置は、薬物投

与、…(中略)…、生命維持のための治療措置など、すべて対象となってよい

上記のうち、①の「回復の見込みがなく死が避けられない状態」の判定は難しいことは判決文でも認めており、複数の医師による反復した診断の必要性、および中止の対象となる医療行為と死に対する影響を考慮する必要性が指摘されている。しかしながら、たとえ専門家であっても死期を予測することは難しく、ホスピスケアの患者の場合であっても、Christakisら<sup>7)</sup>は医師が生存期間を正確に判断できたのは2割に留まったと報告している。また、がん以外の場合はいっそう難しく、たとえばFoxら<sup>8)</sup>によると、心臓・肺・肝臓の重篤な疾患の患者で、余命が6カ月以内と判断された患者を追跡した結果、最も厳しい予後の判断基準を用いた場合でも、過半数は生存していた。

次に、②の「治癒不能な病気」を規定することも、「病気になる前の元気な状態になる」という意味ではなく、「改善」という意味に解釈すれば、心肺機能の改善する見込みがまったくなくなるのは一般に死亡の直前であるので、最期まで「治療不能」と断定できない。ところが、臨死期になると一般に意識はなくなるので、患者の意思を「治療行為の中止を行う時点」で確認することはできず、家族が行う必要がある。これに対して、判決文でも家族による「推定的意思」を認めているが、本人と事前に話し合っていなければ「推定」するのは難しい。なお、臓器移植法に準拠すれば家族全員が一致する必要があるのでいっそう困難となる。

最後に、③の「生命維持のための治療措置など、すべて対象」であることは、薬剤の投与などの積極的な治療だけではなく、水分栄養の補給による消極的な治療も含むことを意味する。

以上のように、判例で提示された「末期状態」と「治療不能」の要件を完全に満たすことも、また家族が本人の意思を推定することも難しい。こうした状況下では、医師はデフォルトで積極的治療を行わざるをえず、また家族の側も、家族のうち一人でも治療を希望する(事後的でも)状況下では、受療させなかった場合には、その者から不保護罪(義務を怠る)ないし保護責任者遺棄罪

(見捨てる)で告発される可能性がある。

そこで、患者の意向が担保される新たな仕組みを用意する必要がある。実はその後、東京高等裁判所は川崎協同病院事件(喘息重積発作で脳損傷の患者に対してミオブロックを注射し死亡)に対する控訴審判決(2007年2月28日)において、適法とする要件を提示し、それに従って判断することに対して「解釈上の限界」があると述べているが、立法化によれば家族の意思による中止は可能である点を示唆している<sup>9)</sup>。しかし、厚生労働省は「終末期医療のガイドライン」(2007年3月5日)を提示したが、「家族等の話等から患者の意思が推定できる場合には、推定意思を尊重」という表現に留まっており、患者側の対応も規定していない。

そこで、筆者は「事前指示」(advance directives)の法制化を提案する。「事前指示」は二つの要素より構成され、一つは終末期における心肺蘇生、人工呼吸装置、経管栄養、抗生剤等の利用の有無に関する意思(リビング・ウィル)であり、もう一つは代弁者(advocate)の選定である。「事前表示」は本人が無能力になった時点で始めて発効し、代弁者に決定権が移る。逆に意思を表示できるうちは、いつでも、また口頭でも内容を変更できる。したがって、作成する意義は、作成を契機に終末期の状況について自分でよく考え、家族と話し合うことと、代弁者を定めることである。

「事前表示」が活用されるために、作成の手続が簡便で、必要な時にすぐに提示できることである。ミシガン州では、用紙は医療機関に備えてあり、またホームページからダウンロードして印刷も可能で、同用紙に本人と代弁者のほか、証人が署名すれば有効である。そして作成後はコピーされ、本人・代弁者・主治医などがそれぞれ保管し、入院すれば病院は医療記録に添付する義務がある。

代弁者のほとんどは家族であるが、本人に代わって責任を果たす用意があれば、だれでも選定できる。正と副の2人が選定され、副は正が連絡つかないか、代弁者としての任務を拒否した場合に対応する。このように代弁者の選定には制限はな

いが、証人には配偶者・親・子・孫・兄弟の親族、および相続人、医師、治療ケアを受けている施設の従事者、加入している保険会社の従事者はなれない。また、代弁者に権限が移るのは、医師が本人の無能力を診断し、記録した後であり、このようにして公正性が担保されている。

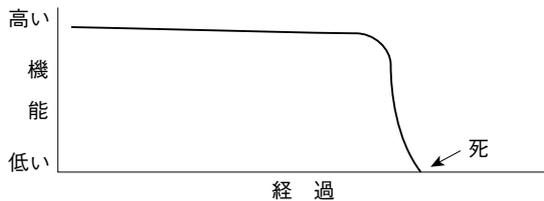
医療機関には、「事前指示」の順守のほか、広報する義務がある(ただし、救急隊員の場合は心肺蘇生の義務が優先される)。また、「事前指示」があっても、積極的治療の開始(点滴など)、中止(抜管など)の際には、意思を表示できるなら本人、表示できない場合には代弁者の同意が必要である。さらに、同意を得る際、主治医とは別個に治療ケアチームの看護師、ケアマネジャーなどが確認すること、また説明事項に対する了解を記録し、署名を求めることが望ましいといえよう。

## 死に至るパターンの類型化

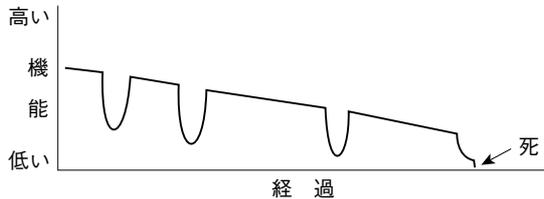
終末期ケアへの対応を検討し、患者と家族に説明するうえで、図1に示すLynnら<sup>10)</sup>が提示した、亡くなるまでの経過の3類型は有用である。これら類型ごとに、いつから改善の見込みがない「回復不能」の「終末期」の状態とするか、治療に対する患者の意思を確認できるかを分析し、また医療提供体制としての対応についてそれぞれ提示する。

第1のタイプは、典型的にはがんの場合であり、亡くなる数週間前までは生活は自立していて、自分で食事でもでき、トイレに行くこともできるし、頭もはっきりしている。それが死亡の2週間ぐらい前に急激に落ちるので、この時点から「終末期」と規定できる。改善の見込みがないことも明らかであるゆえ、その時点までに患者の意思も確認しやすい。ただし、がんであっても、乳がんなどで再発を繰り返す場合は第2のタイプに近く、また虚弱高齢者が前立腺がんになった場合には第3のタイプに近い。

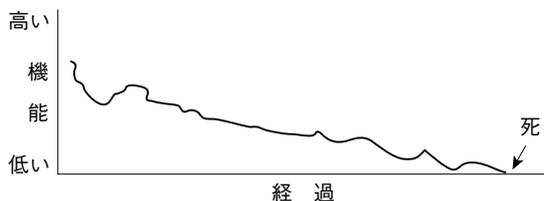
第2は、徐々に低下しながら死亡する心・肺・肝・腎などの慢性疾患の場合で、今回が最後の入院となるかどうかは入院時点では分らないので、終末期の規定は難しい。すなわち、入院によって



a. がんなど：死亡の数週間前まで機能は保たれ、以後、急速に低下



b. 心臓・肺・肝臓などの臓器不全：時々重症化しながら、長い期間にわたり機能は低下



c. 老衰・認知症など：長い期間にわたり徐々に機能は低下

図1 死に至る3つのパターン<sup>10)</sup>

改善する可能性は常に存在するが、その可能性は徐々に低下し、また改善した場合の機能レベルも、次第に低下するので、いつの時点で積極的治療を断念するかは難しい判断である。

第3は、長期にわたり徐々に低下する老衰や認知症等のパターンで、いつから「終末期」であるかは病気が年単位で進行するので分からず、肺炎を併発すれば、肺炎という状態については「改善」できるが、認知症等の「回復」はできない。患者による意思の表示は早期の段階に限られ、進行すれば家族が推定しなければならない。しかし、たとえば誤嚥性肺炎になった場合に、治療を経口の服薬、注射、点滴のいずれに留めるか、あるいは再発を予防するために胃瘻を作るべきかを決めることは難しいので、「事前指示」が特に重要になり、アメリカではアルツハイマー病の場合に早期に作成することが推奨されている。

以上の終末期の類型に対応した提供体制は次の通りになる。第1のタイプは比較的定型化できる

ので、ケアする場を緩和ケア病棟に限る必要はなく、欧米では地域のホスピスケアのチームが、ナーシングホーム、在宅に向いて専門的なケアの部分を提供しており、病気ががんに限っていない。第2のタイプは、悪化の予防と入院治療が必要であるので、設備の整った病院が中心となる。第3のタイプでは、在宅ないし介護保険施設で、外来の主治医ないし施設の医師が行うべきである。

## 緩和ケア医の役割

国民の8割は病院で死亡しており、このうち緩和ケア病棟で死亡しているのは1%程度に留まる<sup>11)</sup>。したがって、どの医師も緩和ケアの基礎的な知識を修得し、そのうえで緩和ケアの専門医が介入する医療システムを整備すべきである<sup>12)</sup>。ちなみにホスピスケア発祥の地であるイギリスでは、院内の専門の支援体制を整備し、どの病棟においても緩和ケアに対応できる体制を目指しており、また「緩和ケアパス」という標準化したケアの方式も提示されている<sup>13)</sup>。

これに対して日本では疼痛管理について、「モルヒネの使用に当たって、有効性と副作用について患者にわかりやすく具体的に説明できる」と回答した医師の割合は42%にすぎず、5年前と変わっていなかった<sup>5)</sup>。さらに、筆者らがパイロット的に2つ病院の医師に対して、アメリカにおける「終末期ケアに関する知識問題」の回答を求めたところ、疼痛管理の知識および家族のケアに対する配慮が必ずしも十分でないことが判明した<sup>14)</sup>。

終末期ケアにおいて患者や家族とのコミュニケーション方法なども重要な要素であり、それが不十分であるゆえ、家族との行き違いや、自らの不安を覆い隠すための権威的な対応となって表れている可能性がある。国の意識調査においても「終末期医療に対して、悩みや疑問を感じた経験」が過半数の医師と看護職者に頻繁にあったと回答していたことから問題の深刻さが推測される。

したがって、緩和ケアに対する医師の知識を高めるべきであり、こうしたニーズは2006年度の診療報酬の改定によっていっそう大きくなってい

る。すなわち、在宅療養支援診療所が設置されたが、その要件は24時間対応などの規定に留まっている。また、医療保険の療養病床において、がん末期で疼痛管理が必要な患者は医療区分2の高い報酬に分類され、抗がん剤とモルヒネ系鎮痛剤は出来高で請求できるようになったが、質の評価は人員配置基準に留まっている。こうした状況下で、緩和ケア医として、質を評価する方法を提示し、率先して実践するべきであろう。

#### 文 献

- 1) National Hospice and Palliative Care Organization : <http://www.nhpco.org/files/public/2005-facts-and-figures.pdf> (アクセス : 2007.10.22)
- 2) 池上直己 : 医療経済—個人の利益と社会の厚生. ジュリスト 1339 : 75-81, 2007
- 3) 厚生労働省「医療費の将来見通しに関する検討会」. 社会保険旬報 2311 : 24-25, 2007
- 4) Hoover DR, et al : Medical expenditures during the last year of life. Health Services Research 37: 1625-1642, 2002
- 5) 厚生労働省 : [www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html) (アクセス : 2007.10.22)
- 6) 判例特報 : 横浜地裁平成7.3.28判決. 判例時報 1530 : 28-42, 1995
- 7) Christakis NA, Lamont EB : Extent and determinants of error in doctors' prognoses in terminally ill patients: prospective cohort study. BMJ 320 : 469-473, 2000
- 8) Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, et al : Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver diseases. JAMA 282 (171) : 1638-1645, 1999
- 9) 本庄 武 : 速報事例解説—医師のよる重度の昏睡状態患者に対する治療中止の許容性. TKC ローライブラリー, 2007
- 10) Lynn J, Adamson DM : Living well at the end of life. WP-137. Rand Corporation, 2003
- 11) 池上直己 : 病院としての終末期ケアへの対応. 病院 65 : 102-109, 2006
- 12) Stjernsward J : The public health strategy for palliative care. J Pain Symptom Management 33 (5) : 486-493, 2007
- 13) Ellershaw J, Wilkinson S : Care of the dying—A pathway to excellence, Oxford University Press, 2003
- 14) 池上直己 : 平成16年度「終末期医療におけるQOL向上に関する研究」. 財団法人笹川医学医療研究財団, 2005