

厚生労働科学研究費補助金
厚生労働科学特別研究事業

国内外における
悪性腫瘍を中心とした尊厳死に関する研究

平成 15 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 松 島 英 介

平成 16 (2004) 年 4 月

目 次

I. 総括研究報告書

国内外における悪性腫瘍を中心とした尊厳死に関する研究	松島英介		3
----------------------------	------	-------	---

II. 分担研究報告書

1. 米国における終末期医療および尊厳死の実態 (資料)	岸 泰宏		9
2. 英国における終末期医療および尊厳死の実態 (資料)	野口 海 松島英介		69
3. オーストラリアにおける終末期医療および尊厳死の実態 (資料)	松下年子 松島英介		109
4. オランダにおける終末期医療および尊厳死の実態 (資料)	高島敦子		155
5. ドイツ法における尊厳死をめぐる新たな法的論議	甲斐克則		199

研究者一覧		221
-------	-------	-----

総括研究報告書

国内外における悪性腫瘍を中心とした尊厳死に関する研究

主任研究者 松島英介 東京医科歯科大学心療・緩和医療学分野助教授

研究要旨 わが国の一般医療現場における緩和医療の充実をはかるために、特に悪性腫瘍を中心にして、緩和医療や尊厳死に係る先進諸外国の医療体制および法的整備状況について調査した。同時に人口動態や健康関連情報、医療保険制度や国民性など背景にある諸事情を併せて取り上げた。その結果、各国とも緩和医療マニュアルとも言える緩和医療プロセスの概要を表した報告書等が存在し、各機関・多職種において十分な議論が行われていることが明らかとなった。また、世界的な潮流として、患者の人権や経済的観点を重視し、患者の日常生活により近い場所において緩和ケアが提供されるようにするため、一般病院や在宅での緩和医療が推進されていくことが示唆された。

A. 研究目的

現在、緩和医療に取り組む医療施設は徐々に増加してはいるが、実際は90%近くの患者が「一般病院での死」を迎えている現状に鑑みると、一般病院における「ホスピス・緩和ケアマインド」に基づいた医療や看護が必要となってくる。しかし、緩和医療についての十分な教育と研修を受けた医療スタッフは極めて少なく、一般病院において満足すべき緩和医療が行われているとは言い難い。また、終末期のDNR（Do Not Resuscitate）などいわゆる尊厳死を求める患者やその家族に対しては、一般に関心は深いものの、実際の医療現場ではその対応に苦慮しているところである。

そこで本研究では、わが国に合った緩和医療のあり方や尊厳死の取り扱いを検討するために、先進諸外国の緩和医療体制や尊厳死の実態を調査した。それと同時に、その国の人口動態や健康関連情報、医療保険制度や国民

性など背景にある諸事情を併せて取り上げた。それによって、調査内容をわが国に適用する際の可否を幅広い視点から、よりの確に検討することができる。

B. 研究方法

本研究では、わが国の一般医療現場における緩和医療の充実をはかるために、特に悪性腫瘍を中心にして、緩和医療や尊厳死に係る先進諸外国の医療体制および法的整備状況について調査した。また、尊厳死に係る先進諸外国の終末期に関する医療機関のマニュアルを検討した。その際は、これらの調査結果がわが国における緩和医療体制や尊厳死のマニュアル作りにどう生かせるかを念頭に置いた。先進国として、特色のある緩和医療体制をもつ米国、英国、オーストラリア、オランダにおける終末期医療の実態について分担して調査研究し、それらの調査内容をまとめて総合的に統括するとともに、これにドイツを加え

法的側面についても検討した。

具体的には、International Palliative Care Association や国際ホスピス学会、ホスピスネットワークなどの動向を調査し、国内外の単行本や学会誌をレビューした。また、インターネットを用いて各種情報を集めるとともに、各国のがん連盟や患者家族サポート団体（NPOや行政機関など）などが発行している雑誌やリーフレットを取り寄せ、効率的で患者にとってわかりやすい情報提供のあり方がどのような形態であるかを調査した。さらに、米国、オランダにおいては、実際の現状を確かめるために、緩和医療の行政担当者や医療関係者から生の情報を集めた。以上により集めた資料や分析した情報を基に、わが国に適した終末期医療のあり方を検討する方向性を見出すべく、報告書を作成した。

（倫理面への配慮）

本研究は特に個人的データを取り扱うものではなく、既に研究論文として公表され、あるいは一般的に明らかにされた調査内容を集めて総合的に分析するものであり、直接、間接に倫理面に触れるものではない。また、聞き取り調査においても、個人が特定されないよう十分配慮した。

C. 研究結果

わが国における緩和医療の方向性を模索するため、緩和医療における先進国である米国、英国、オーストラリア、オランダ、ドイツの緩和医療および尊厳死の問題における医療的・法的側面について現状分析・調査を行った。各国とも緩和医療マニュアルとも言える緩和医療プロセスの概要を表した報告書等が存在し、各機関・多職種において十分な議論が行われていることが明らかとなった（詳細は各国報告書を参照）。また、緩和医療スタッフの育成に重点を置き、緩和医療教育の充実に力を入れていることも示された。尊厳死（一部では安楽死）における法的側面は、各国で

違いはあるものの、患者の人権をどのように守っていくのかといった観点から、各国の文化的背景を踏まえた議論が行われていた。

D. 考察

これらを総合すると、緩和医療はホスピスといった「施設ケア」から、一般病院や在宅あるいはナースিংホームでの「緩和チームによるケア」にシフトしてきているということ、それとともに緩和ケア・プログラムが一般にも普及されつつあることがわかった。世界的な潮流として、患者の人権や経済的観点を重視し、患者の日常生活により近い場所において緩和ケアが提供されるようにするため、一般病院や在宅での緩和医療が推進されていくことが示唆された。また、英国やオーストラリアのように、医療がある程度医師の裁量に委ねられている国もあれば、米国のように、緩和医療でさえ法律に基づいて取り扱おうとする国もあった。さらに、例外的ではあるが、オランダのように、すべてに患者本人の意思が尊重される国さえあった。

E. 結論

本研究の特徴は、ただ単に先進諸外国の緩和医療体制や尊厳死の取り扱いを調査しただけでなく、その国の人口動態や健康関連情報、医療保険制度、国民性など背景にある諸事情を併せて報告している点にある。それによって、わが国の緩和医療の現状のレベルや特徴を浮かび上がらせることができ、ひいては国内の一般医療現場に還元されやすくなるとともに、尊厳死を求める患者やその家族に対して真摯な議論を行う上での基礎的な資料となると考える。

F. 研究発表

1. 論文発表

資料として各報告書にまとめた。

2. 学会発表
なし

G. 知的所有権の取得状況
1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録
なし

3. その他

特記すべき事なし

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）
分担研究報告書

米国における終末期医療の実態

分担研究者 岸泰宏 ミネソタ大学精神科

研究要旨 米国の終末期医療・緩和医療システムならびにその実態を、論文のレビューならびに実際のプログラム訪問などにより調査した。現況では、Advanced Directives などの法制化は進んでいるものの、実際には患者は死を迎える際に、不必要な痛みと孤独を味わっており、医師は患者の希望を理解していないことが多い。さらに、患者の望まない不必要な治療行為や不適切な治療の場（集中治療室など）も多く、高額医療につながっている。これらを改善するために、Hospital Based Palliative Care Program ならびに Community Collaborative Project などが普及しつつあり、患者中心の効果的かつ効率的医療が可能となっている。また、これらのプログラムが卒前・卒後の終末期医療教育においても重要な役割を占めてきている。

A. 研究目的

米国の終末期医療・緩和医療システムならびにその実態を調査することにより、今後のわが国の緩和医療システムの構築・改善に役立てる。

B. 研究方法

米国の終末期医療・緩和医療に関する代表的論文をレビューした。また、米国の医療マネジメント会社（Blue Cross Blue Shield）を通じて現在の終末期・緩和医療の医療経済についても調査した。

さらに、米国の代表的な緩和医療プログラムの訪問ならびに緩和医療医との面会を通じて、実際の終末期医療・緩和医療の実態を調査した。

（倫理面への配慮）

実際のプログラム訪問時等においては、HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability Act) に定められた規則によった。

C. 研究結果

現状：

米国の終末期医療の現状では、患者は死を迎える際に、不必要な痛みと孤独を味わっており、医師は患者の希望を理解していない。さらに、患者の望まない不必要な治療行為や不適切な治療の場（たとえば集中治療室など）も多く、高額医療につながっているのが現実

である。

終末期医療システム：

一つはホスピス・ケア・プログラムがある。米国の場合、ホスピスは施設での治療よりも、在宅ホスピスを示すことが多い。ホスピス・ケアに加入できる条件は、主治医ならびにホスピスのメディカル・ディレクターが 6 ヶ月以下の余命と判断しなくてはならない。したがって、多くの疾患（慢性腎不全や閉塞性肺疾患など）では適切な時期にホスピス・ケアを受けることができない。現状では、死亡前 1 年のホスピス利用（65 歳以上）は全米平均 21.5% に過ぎない。ホスピスの利点（疼痛管理や心理的・Spiritual なサポート等）を活かすには、最低でも 60 日間の利用が必要とされている。しかしながら、ホスピス利用日数は近年減少しており、1983 年には平均 70 日であったが、1995 年には 36 日となっている。1998 年には 28% のホスピス利用者は 1 週間以内の利用で死亡している。

もう一つの代表的なシステムは、緩和医療プログラムである。緩和ケアは、患者の症状を緩和する点に焦点をあてている。症状の緩和により、回復あるいは積極的なクオリティーの高い生活を送ることが可能になる。緩和ケアは、重度の疾患からくる疼痛やその他の症状に対する専門的な治療を行う。緩和ケアは、原疾患の治療前、治療中、治療終了後、つまり疾患経過のいつでも行われる。余命が数年あるとされた場合にも緩和ケアは行われ

る。緩和ケアは積極的治療を中止するといった誤解があるが、がん患者の化学療法中にも緩和ケアを行うことで、QOLが高まるとの報告も多い。50%の患者は病院（急性期病棟）で死亡している現状を考えると、全ての病院に緩和ケア・プログラムを求めるのは合理的である。しかし、2000年に施行された American Hospital Association (AHA)の調査（全米6,000病院）では、全米平均42%が疼痛マネジメント・プログラム（ガイドラインに沿った疼痛管理を医療スタッフに教育するプログラム）をもっているにすぎない。さらには、緩和ケア・プログラムを持っている病院は全米平均13.8%にすぎない。

終末期医療制度：

Advanced Directives (事前の指示書)

これは州レベルで決められているが、1991年に連邦議会も Patient Self-Determination Act (PSDA)を法制化した。この法律では、Medicareならびに Medicaidの患者を受け入れる病院は、患者に対して治療の受諾・拒否の権利があること、ならびに Advanced directivesを整えるように告げなくてはならないとしている。

Advanced Care Planning (Advanced directives)には2つの種類がある。一つは Living Will (生前の意思表示)であり、もう一つは Medical Powers of Attorney (医療代理委任)である。

Living Will: Medical directivesともよばれる。自分で医療の決定が出来なくなった際のケアを、文書で指示しておくものである。現在、47州とDC(コロンビア自治区)で living will は認められている。

Medical Power of Attorney: Health care power of attorneyともよばれる。自分自身で医療の決定が出来ない場合、特定の人 (health care proxy: 代理決定者)に医療の決定をしてもらうことを示すこと。全50州ならびにDCにおいて法制化されている。現在28州ならびにDCにおいて、health care proxyが決定できる医療の種類について示されている。州により、どこまで医療決定をできるか異なる。

これらの Advanced directives は患者中心の医療ならびに終末期医療のQOLをあげる上で、無くてはならないものである。また、Advanced directives に関してプライマリケア医と議論することで、患者の満足度も上がるという点も示されている。

しかし現状では、PSDAの施行にも関わらず、Advanced directives が整えられていないことが多い。Advanced directives が整えられているのは一般的に約15-20%にすぎない。現状では、ナーシング・ホームといった最も advance directives が必要な場所でも、20%しか living will が整えていない。しかし、システムティックな積極的な介入方法をとることにより、Advanced directives 整備率があがることも示されている。

自殺幫助・安楽死

現在、オレゴン州において自殺幫助が認められている。しかし、99%以上の米国人がその制度を利用しておらず、最も自殺幫助と安楽死が利用されているオランダですら96%以上のものが自殺幫助や安楽死を選んでいない。オレゴン州に続いて自殺幫助の法制化を試みたいいくつかの州もその動きは現在阻まれており、自殺幫助を禁止する法案が各州で制定されている。

自殺幫助が法制化されたとしても、緩和ケアが終末期の標準的なケアになるべきであるとする意見が強くみられる。自殺幫助もしくは安楽死は、少なくとも最善のケアを施された後に選択されなければいけない。疼痛の95-98%はコントロールできるし、自殺幫助もしくは安楽死を望むものは疼痛などの身体症状を理由にしているのではなく、抑うつ、精神的苦痛、実存的苦痛に困っている。これらは、包括的な緩和医療により改善可能である。

終末期医療の今後の方向性

今後、緩和医療は2方面に向かっていくであろう。これら2つは、相補しながら、整えられていく。

その一つは Hospital Based Palliative Care Program である。

Hospital Based Palliative Care Program

50%が病院で死亡しているという事実、さらに、98%の Medicare (高齢者保険) 死亡患者は、死亡前1年に、入院歴がある点などから、こうしたプログラムをもつのは合理的である。これらのプログラムをもつことにより、不必要な医療費の節約、臨床症状・クオリティー・オブ・ライフの改善、患者・家族満足度の増加などが認められている。さらには、医師の卒前・卒後終末期医療教育を行うには無くてはならない。さらには、Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)の基準に、疼痛管理、患者のニーズにあった医療の提供、医療コミュニケーション

が加わっているため、JCAHO からの信任を得るのに緩和医療チームの存在は重要である

(JCAHO からの信任のない病院には、Medicare、Medicaid の医療費還付が無いばかりでなく保険会社も契約は結ばない)。

もう一つの方向性として、Community Collaborative Project があげられる。

Community Collaborative Project

これは Community でのケア・コーディネーションを行うことに主眼がおかれる。これらは、マネージド・ケア会社が最近とりいれている。終末期患者は様々な問題をかかえた複雑な患者である。これらの症例の医療費は非常に高いため(総医療費の 3 分の 1 以上を占める)、ケア・マネジメントに力をいれていく必要がある。マネージド・ケアは、多くの欠点ばかりが指摘されているが、“ケア・マネージャー”の存在という大きな利点もある(通常の Medicare ではケア・マネジメントはない)。主にケア・マネジメントからの情報を考慮にいれたプログラムに Advanced Illness Coordination Care (AICC) がある。このプログラムは余命 18 ヶ月からホスピスまでの“pre-hospice”を主眼にしている。このプログラムに該当する患者に対して、6 回の訪問を行い、心理社会的さらには専門的なケア・コーディネーションについて焦点をあてた話し合いを行う。これらの情報をもとに、地域の病院ならびに専門医と連携しながら、ホスピス・ケアまでの治療の援助・コーディネーションを行うプログラムである。

これらのプログラムにより Advanced directives 整備率が高まる点、医療費が抑制できる点、ホスピス利用が増加する点など良好な結果が得られている。

D. 考察・結論

米国の終末期医療がめざしているのは、“患者中心”の効果的・効率的な医療である。この効果的・効率的な医療のためには、適切な場所で、適切な治療を行う必要がある。米国も日本には遅れるものの、高齢化社会をむかえつつある。したがって、今後は“更なる”終末期医療の医療経済面からのアプローチが増えていくように思える。緩和医療チームの構築ならびにケア・マネジメントを含んだコミュニティを中心としたシステムの構築が進んでいくものと思われる。

実際のプログラム訪問で感じたのは、緩和医療プログラムが卒前・卒後教育に果たす役

割が非常に大きい点である。緩和医療専門スタッフによる実地教育は、実際の医療現場に即しており、その質の向上に直結している。

問題点として感じたのは、精神科関与が薄いプログラムが多い点である。実際に、精神科医の関与が少なく、問題点の一つとしてあげているプログラムもある。終末期・緩和医療において、患者の精神科的問題は多い。せん妄、うつ、不安、不眠は頻繁に出現する。さらには、家族の精神的問題も多い。精神科関与が少ないプログラムが多い理由の一つは、人的な面に加えて経済的な面が多く影響している。複雑極まる米国の保険制度が精神科関与を阻害する一因となっている。日本においては、精神科関与が高いため、今後もこの状況を維持していくのは大切と感じた。

日本においては、終末期・緩和医療は“がん”に主眼がおかれているが、合理的とはいえない。米国でも、がんは主要な終末期・緩和医療の対象となっているが、その他の慢性疾患の緩和医療にも力をいれている。日本でも米国でも、がん以外で数年にわたる経過をとりながら死亡していく疾患が多いため、初期よりの“緩和医療”あるいは“ケース・マネジメント”の関与が医療の質ならびに患者の生活の質向上さらには医療費抑制に繋がるであろう。

E. 健康危険情報

特になし。

F. 研究発表

論文発表

「米国における終末期医療および尊厳死の実態」として報告書を資料にまとめた。

学会発表

なし

G. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

特に行っていない。

米国における終末期医療
および尊厳死の実態

分担研究者：岸泰宏（ミネソタ大学精神科）

目次

1. 終末期医療全般のレビュー	17
① 人口ならびに死亡数・死亡場所	17
② 現状	18
Support	18
ICU 利用	18
Nursing Home	19
③ 終末期医療システム	19
ホスピス	19
緩和ケアプログラム	21
④ 終末期医療制度	24
Advance Directives	24
⑤ 今後の方向性	26
Hospital Based Palliative Care Program	26
Community Collaborative Project	29
医療保険	31
⑥ まとめと感想	31
2. 尊厳死、安楽死、自殺幇助に関する裁判と法律	33
3. 自殺幇助・安楽死	36
① 米国の自殺幇助・安楽死の実態	36
② 米国国民の自殺幇助・安楽死に対する姿勢	36
③ 自殺幇助・安楽死を望む患者の実態	37
④ 自殺幇助・安楽死を依頼する患者とその対応	37
⑤ 自殺幇助・安楽死を持続して望む患者とその対応	38
⑥ オレゴン州の自殺幇助の実態	38
⑦ まとめ	39
4. 終末期医療のガイドライン	40
5. 文献	50

1. 米国の終末期医療全般のレビュー

① 米国の人口ならびに死亡数・死因

人口 292,886,591 (12/22/2003)

死亡数：2,416,425 (2001 年)¹

表 1. 死因¹

順位		#	%
	All causes	2,416,425	100
1	Diseases of heart	700,142	29.0
2	Malignant neoplasm	553,768	22.9
3	Cerebrovascular diseases	163,538	6.8
4	Chronic lower respiratory disease	123,013	5.1
5	Accidents	101,537	4.2
6	Diabetes mellitus	71,372	3.0
7	Influenza and pneumonia	62,034	2.6
8	Alzheimer' s disease	53,852	2.2
9	Nephritis, nephritic syndromes and nephrosis	39,480	1.6
10	Septicemia	32,238	1.3
11	Suicide	30,622	1.3
12	Chronic liver disease and Cirrhosis	27,035	1.1
13	Homicide	20,308	0.8
14	Essential hypertension and hypertensive disease	19,250	0.8
15	Pneumotitis due to solids and liquid	17,301	0.7
	All other causes	400,935	16.6

死亡場所：

年間約 250 万人が死亡。そのうち 80%が Medicare (老人保険) 対象者である。約 50 万人は、Sudden death (突然の死) であるが、残りの 200 万人は長期の経過を経て死亡する。

65歳以上のアメリカ人の50%は病院で死亡している。20-25%はナーシング・ホームでの死亡である。90%以上が家庭での死亡を希望しているが²、家庭での死亡は全州平均で24.9%(14.7%~35.8%)に過ぎない³。

病院やナーシング・ホームで死亡している患者の多くは、もし家庭でのケア・サポートが充実すれば、入院・入所が必要ない。現在、患者がどこで死亡するかというのは、患者の希望とは関係がないことが多い。医師の診療方針、ホスピスの利便性、オープン・ホスピタル・ベッドなどに影響されることが多い⁴⁻⁶。

② 現状

Support

終末期医療に関するひとつの転機となった研究に、\$2,800万かけた SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments)⁷がある。6ヶ月の余命患者を対象としたこの研究では、

- 36%の患者は CPR(心肺蘇生)を望んでいなかった。入院時に47%の医師のみしか、この点を把握していなかった。
- 79%の患者に対して DNR (Do Not Resuscitate: 蘇生拒否)の有無が取られていた。しかし、その46%の DNR は死の2日前に取られていた。
- 死亡前6ヶ月間に、38%の患者は10日以上 ICU 入院が認められた。また、46%の患者は死の3日以内にベンチレーターを使用されていた。
- 意識のあった患者の50%が中等度から高度の痛みが持続(一日のうち半日以上)していた。

といった、好ましくない結果がえられていた。この報告から、“患者は死を迎える際に、不必要な痛みと孤独を味わっている。医師は患者の希望を理解しておらず、さらに高額医療につながっている。”という現状が明らかとなった。

人々は、医療技術の進歩による、過剰医療ならびに死の遷延を恐れており、また身体的・心理的ストレスが無視され治療されない点を危惧している⁸。

ICU (集中治療室) 利用

ICUで“機械につながれながら”最期をむかえるのを、多くのアメリカ人は恐れている。がん患者で ICU に入院した症例の55-75%は、痛み、不快、不安、不眠、耐え難い空腹あるいは口渇を訴えている⁹。さらには、ICU に入室したがん患者は、Advanced directives (事前の指示書: 後述) が整備されていても、生命維持に関する治療開始に差がないとの報告もある¹⁰ (ただし、Advanced directives のある症例では、治療方法ならびに DNR に関して早期に決定が可能)。2000年の報告では、全米平均10.1%の患者が、死亡前6ヶ月間に7日以上 ICU を使用していたとしている¹¹。オレゴン州の3.4%からニュージャージーの17.3%と州により差が認められている。オレゴン州の場合、90%以上のナーシング・

ホーム入所者が advanced directives を整えているため、過剰医療があった場合に目立つ点も影響しているであろう。あるナーシング・ホームからの症例が Advanced directives が整備されておらず、過剰な医療を受けている点を医療スタッフが発見し、この“Medical Error（医療過誤）”を改善するように指示を出したことなども報告されている¹²。さらには、後述する POLST も、このような良好な結果に影響しているものと考えられる。

Nursing Home（ナーシング・ホーム）

約 160 万人がナーシング・ホームに入所している。約 20–25%がナーシング・ホームで死亡しているが、2020 年には 2 倍以上に増加するとの試算がある。しかしながら、疼痛管理が適切に行われているとはいえない。1999 年の調査では、疼痛が持続（60—180 日）している入所患者は全米平均で 42.2%（33.3%~54.9%）である¹¹。ナーシング・ホームで死亡した患者は、ホスピス・ケアを受けている患者の方がホスピス・ケアに加入していない患者と比べて疼痛管理は行われているものの（51%対 33%：オッズ比：2.08）、多くの症例の疼痛管理が不十分である点を示されている¹³。

③ 終末期医療システム

ホスピス

米国の場合、ホスピス（ホスピス・ケア）というと、施設ではなくホスピス・プログラム（主に在宅・訪問ホスピス）を指すことが多い。

ホスピス・ケアは終末期患者と家族を一つとして扱い、疾患の治療（Cure）に焦点をあてるのではなく、症状の緩和（palliation）に重きをおくものである。緩和ケアの中の一つに位置づけられる。患者が家庭、ナーシング・ホームあるいはホスピス施設どこにいても、このケアは受けられる。多方面での介入が中心であり、身体症状だけでなく心理的ならびに Spirituality（スピリチュアリティ）にも及ぶ。生きている意味が見出せなくなる実存的な苦痛（スピリチュアル・ペイン）は「なぜ私は不治の病になったのか」「私の人生はこれで良かったのか」などと、生き方に関わる、究極的で簡単には答えられない問いかけをして苦しむことをさす。こうした心の苦しみを癒すことをスピリチュアルケアという。家族への介入として、死亡 1 年後に、家族へのサポートが行われる。

1975 年には 1,000 人がホスピスに加入していたにすぎないが、2000 年時点で、年間約 700,000 人がホスピス・ケアに加入しており、毎年増加している¹⁴。ホスピス・プログラム数も増えており、1982 年には 500 プログラムだったものが、2000 年には 3,100 プログラムになっている¹⁴。このホスピス・ケアの増加は、1982 年に Medicare 保険（高齢者保険）でまかなえるようになったことが大きく影響している。ホスピス・ケアに加入できる条件は、主治医ならびにホスピスのメディカル・ディレクターが 6 ヶ月以下の余命と判断しなくてはならない¹⁴。したがって、多くの疾患（表参照：CRF：慢性腎不全や COPD：閉塞性肺疾患など）では適切な時期にホスピス・ケアを受けることができない患者が多い。

以下の表（図 1）のとおり、がん患者はある程度予測は可能だが、その他の疾患では死期は予測できない（パターンは予測可能だが）。

The Demographic Imperative
The Reality of the Last Years of Life:
Death is not Predictable
(slide courtesy of Joanne Lynn, MD Rand Corp.)

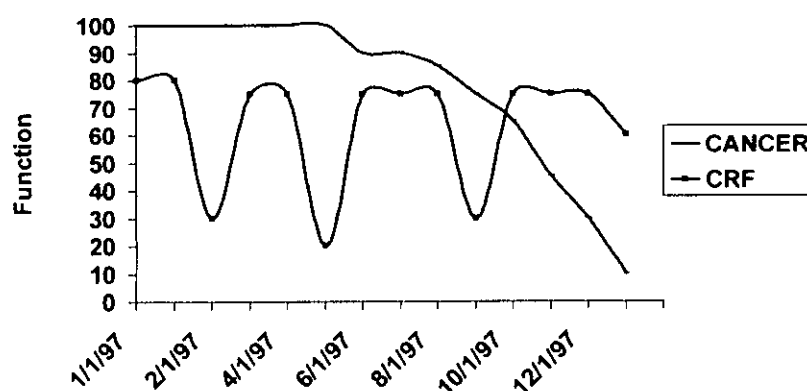


図 1. 慢性腎不全とがん患者の機能低下

慢性腎不全患者では特に死亡（機能低下）の予測が困難

ホスピスは終末期医療の“ゴールド・スタンダード”となっている。しかしながら、死亡前 1 年のホスピス利用（65 歳以上）は全米平均 21.5%（4.9%～21.5%）に過ぎない¹¹。さらに、がんで死亡した患者の 40% しかホスピスに紹介されていない¹⁵。

さらには、ホスピスの利点（疼痛管理や心理的・Spiritual なサポート等）を活かすには、最低でも 60 日間の利用が必要とされている。しかしながら、ホスピス利用日数は近年減少している。1983 年には平均 70 日であったが、1995 年には 36 日に減少している。1998 年には 28% のホスピス利用者は 1 週間以内の利用で死亡している¹⁶。表 3 はある保険会社加入者のホスピス利用日数である¹⁷。2001 年のデータでは、全米平均 25.3 日（13.7～42.9 日）の利用となっている¹¹。

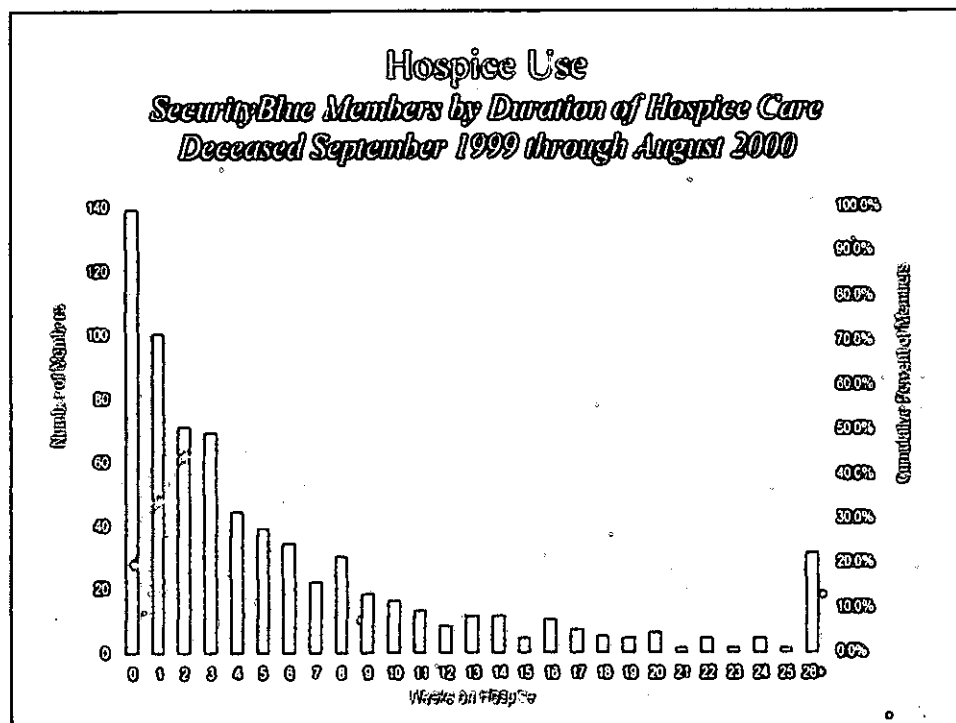


図 2. ホスピス利用日数

棒グラフはホスピス・ケア利用日数（週）の人数、折れ線は累積％
最も多いのは、1 週以内の利用者であり（棒グラフ）、利用者全体の
50％は 2 週以内である（折れ線グラフ）。

ある調査によると、70％の人は終末期にはホスピス・ケアを受けたいと考えているが、62％はそれでも“curative”な治療を求めるとしている。このことは、終末期にホスピス・ケアを受け入れたとしても、“curative”な治療を諦めていない点を示している⁸。さらに、ホスピス・ケアは、患者や家族にとって誤った意味に受け取られていることが多い。医師が治療を諦めて（希望なく）到達する死をむかえる場所と考えていることが多い。

緩和ケアプログラム

緩和ケアプログラム（Palliative Care）とホスピス・ケアはイコールではない。緩和ケアは、患者の症状を緩和する点に焦点をあてている。症状の緩和により、回復あるいは積極的なクオリティーの高い生活を送ることが可能になる。緩和ケアは“Medicine”の一つであり、重度の疾患からくる疼痛やその他の症状に対する専門的な治療を行う（図 3 参照）。緩和ケアは、原疾患の治療前、治療中、治療終了後、つまり疾患経過のいつでも行われる。余命が数年あるとされた場合にも緩和ケアは行われる。緩和ケアは積極的治療を中止するといった誤解があるが、がん患者の化学療法中にも緩和ケアを行うことで、QOLが高まるとの報告も多い。

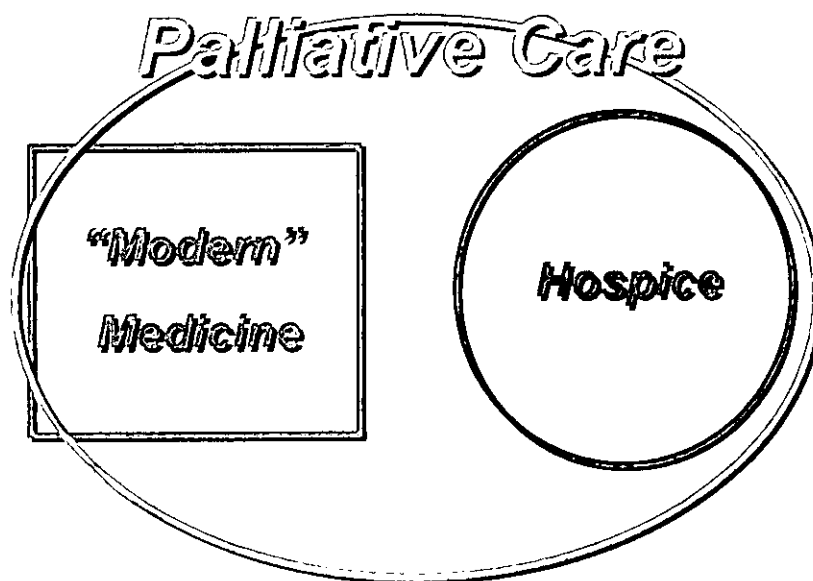


図 3. 緩和ケアとホスピスの関係

通常の Modern Medicine、Palliative Care、Hospice Care の関係を図示すると以下のようになる（図 4）。

Palliative Care's Place in the Course of Illness

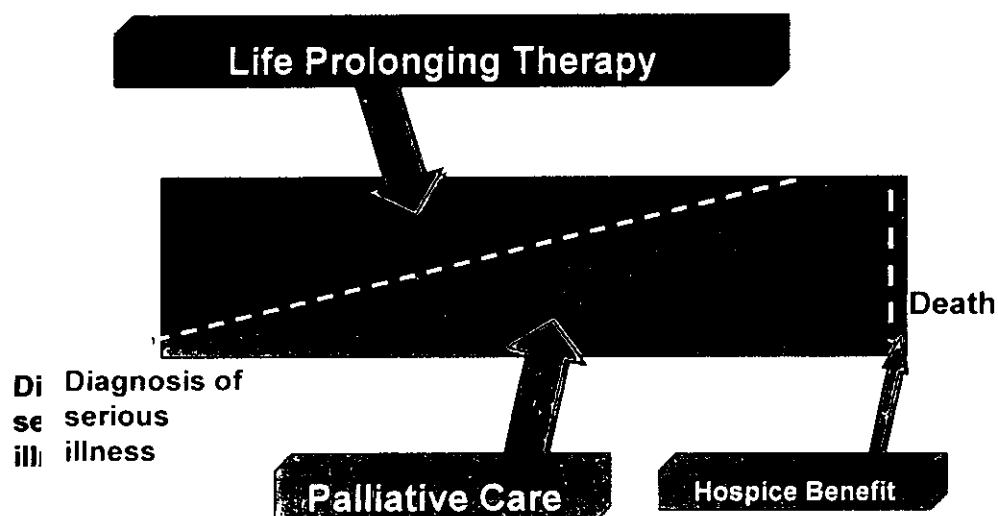


図 4. 緩和医療（Palliative Care）の疾患進行度に対する位置づけ

緩和ケアプログラムのゴールは以下のような点である。

- 症状の緩和
- 医師・看護師と患者・家族のコミュニケーションの改善——患者・家族の希望にあったケア・コーディネーション。患者の転院、ナーシング・ホーム、ホーム・ケア利用等、治療の場所が移っても、ケアの連続ならびにケアの統合・一貫性を含む
- どのような医療をめざすか・・・についての患者、家族、医療者のコンセンサス
- 患者ならびに家族の満足度をあげる
- 医療経済面での効果

先に述べた通り、50%の患者は病院（急性期病棟）で死亡している。したがって、全ての病院に緩和ケア・プログラムを求めるのは合理的である。しかし、2000 年に施行された American Hospital Association (AHA) の調査（全米 6,000 病院）では¹¹、全米平均 42%（4.9%～72.7%）が疼痛マネジメント・プログラム（ガイドラインに沿った疼痛管理を医療スタッフに教育するプログラム）をもっているにすぎない。さらには、全米平均 23.5%（5.0%～57.5%）の病院がホスピス・ケアを施行（病院内あるいは病院の援助のもと家庭で）しているのみである。緩和ケアプログラムを持っている病院は全米平均 13.8%（0～54.5%）にすぎない。

成功している緩和ケアプログラムの一つに、Mount Sinai Hospital in New York City' s Lilian and Benjamin Herzberg Palliative Care Institute がある。このチームは指導部 6 名（医師 4 名）、スタッフ 13 名（医師 8 名）、ローテーションのフェロー、研修医などで成り立っている。しかしながら経済面でみると、医師に限れば、医療費還付によりまかなえるのは医師 1 名のみであり、医療経済面効果（後述）による病院からの理解・援助により医師 1 名の給料がでるだけで、そのほかのスタッフ維持は、研究費、基金からの援助・補助、理解ある人々からの寄付によりまかなっているとのことである (Meier D & Pan C: Personal Communication: 2003.12)。緩和医療の多数は Medicare（あるいは Medicare plus Choice というマネージド・ケア）によりまかなわれており、医療費の支払いは少なく、緩和ケアプログラムの促進を阻害している。

1996 年より、American Board of Hospice and Palliative Medicine (ABHPM) が緩和医療認定医制度を設けている。現在（2003.12）までに 1,210 医師が認定をうけている (www.abhpm.org)。そのほかの教育プログラムとして、Education for Physicians on End-of-Life (EPEC) (<http://epeconline.net/EPEC/Webpages/index.cfm>) などがある。

看護部門では、The Hospital and Palliative Nurses Association (www.hnpa.org) により、ホスピスならびに緩和ケア認定看護師（2002 年時点で 7,623 名）の資格があたえられている。

④ 終末期医療の制度

Advance Directives (事前の指示書)

これは州レベルで決められているが、1991年に連邦議会もPatient Self-Determination Act (PSDA)を法制化した。この法律では、MedicareならびにMedicaidの患者を受け入れる病院は、患者に対して治療の受諾・拒否の権利があること、ならびにAdvanced directivesを整えるように告げなくてはならないとしている。

Advanced Care Planning (Advanced directives)には2つの種類がある。一つはLiving Will (生前の意思表示)であり、もう一つはMedical Powers of Attorney (医療代理委任)である。

- Living Will: Medical directivesともよばれる。自分で医療の決定が出来なくなった際のケアを、文書で指示しておくものである。現在、47州とDC (コロンビア自治区)でliving willは認められている (マサチューセッツ、ミシガン、ニューヨーク州では認められていない)³。
- Medical Power of Attorney: Health care power of attorneyともよばれる。自分自身で医療の決定が出来ない場合、特定の人 (health care proxy: 代理決定者あるいはagent) に医療の決定をしてもらうことを示すこと。全50州ならびにDCにおいて法制化されている。現在28州ならびにDCにおいて、health care proxyが決定できる医療の種類について示されている。週により、どこまで医療決定をできるか異なる。

これらのAdvanced directivesは患者中心の医療ならびに終末期医療のQOLをあげる上で、無くてはならないものである。また、Advanced directivesに関してプライマリーケア医と議論することで、患者の満足度も上がるという点も示されている¹⁸

病院、ナーシング・ホーム等で、Joint Commission on Accreditation or Healthcare Organization (JCAHO)による信任 (病院にとって最も重要な信任の一つ: 後述) を得るためには、DNR Order (蘇生拒否を望むかどうか)を医師が準備する必要がある。Non-Hospital DNRについての法律も44州ならびにDCでは施行されている。これは、病院以外 (たとえば家庭) において、CPR (心肺蘇生) が好ましくなかったり、あるいはCPRを望まない人のためにある。救急隊は必要な場合にはCPRを行う義務があるため、これらの患者にCPRが行われないようにするためである。医師によりサインされた文書であり、救急隊に示すことでCPRが行われないようにする。ナーシング・ホームでのCPR成功率は0~5%とされている¹⁹⁻²¹。老齢者が病院外で誰もそばにいない場所 (unwitnessed) で心肺停止に至った場合には生存率は0に近い。幸い、誰かがそばにいて (witnessed) 心肺停止を起こし、蘇生に成功したとしても、ほとんどの患者は病前レベルに回復しない。75歳以上の患者は、CPRに成功しても、5倍の確率で機能低下が起こることも知られている²²。正しい情報を医師が伝え、大多数の老齢者はCPRを望まなくなることも知られている