

23. 昨今の医療関連のテレビ・プログラムにおける蘇生率は、現実よりも高いことが知られており<sup>24</sup>、正しい情報が伝えられていないことが多いため、正確な情報の啓蒙も大切である。

病院以外での DNR について有名なものに Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST: ピンク・シートとも呼ばれる)がある(図5)<sup>8, 25</sup>。家庭の場合には、冷蔵庫に貼っておくように進められている(救急隊は、まず冷蔵庫に Advanced directives の書類があるか探そうように指導されている)<sup>26</sup>。

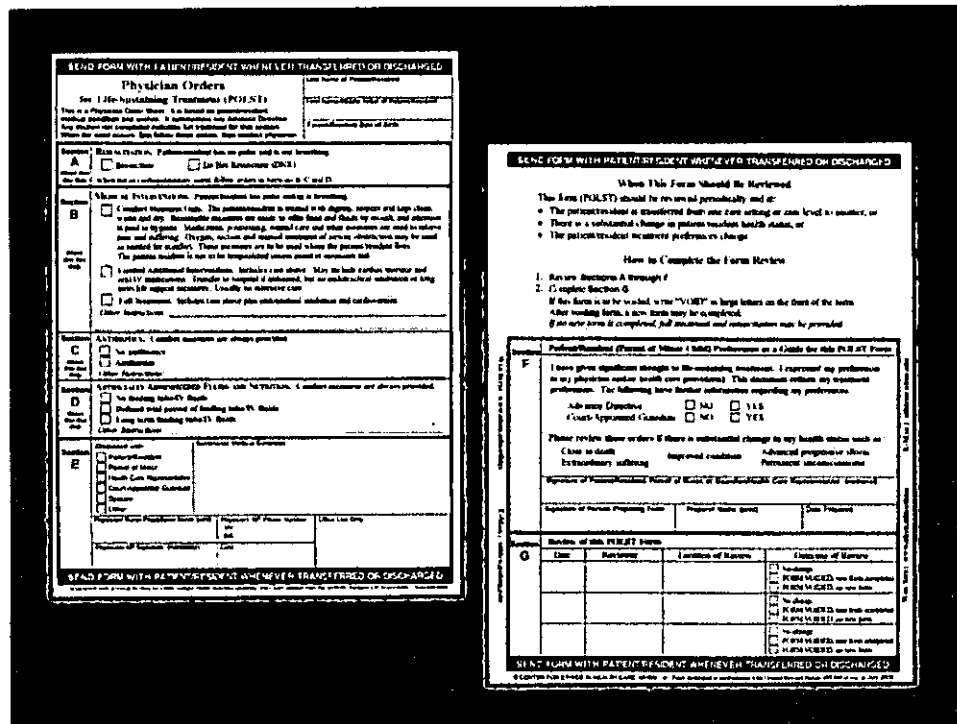


図5. Physician Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST: ピンク・シート)

POLST には CPR に関する選択、医療全般に関する選択、抗生剤使用に関する選択、経管栄養に関する選択、Advance directives に関して記入するように作成されている。この POLST の導入により、患者に苦痛をあたえる不必要な治療が軽減されている<sup>27, 28</sup>。

#### Advanced directives の普及には？

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<sup>29-31</sup>。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 を整えておらず、また 48%しか DNR order がとられていない<sup>32</sup>。

先にあげた \$2800 万かけた SUPPORT では介入研究も行われている<sup>7</sup>。この介入は、特別に訓練された看護師主導の Advanced care planning であるが、残念ながら上記に示した

医師—患者コミュニケーション、DNR order、ICU 入院、疼痛管理さらには医療資源利用の改善に効果は認められていない。

また、入院する症例の 40%はせん妄のため、Advanced directives がとれないという点も指摘されている<sup>33</sup>。しかしながら、これらの症例の 83%は、入院 2 週間前には advanced directives に関する議論が可能であったとしている。SUPPORT の結果を勘案すれば<sup>7</sup>、入院後の Reactive な介入ではなく、事前からの Proactive な介入が必要である。

先にあげた、POLST の導入により、オレゴン州のナーシング・ホーム入所者の 90%で Advanced directives が得られている<sup>26</sup>。また、ウイスコンシン州 La Crosse における医療機関が、コミュニティー（医療者をふくむ）に対する Advanced directives の教育プログラムを作成し、成功をおさめている。この介入プログラムを施行する以前の Advanced directives が整えられている率は 15%であったが、施行後には 85%に上がっている<sup>34</sup>。また、95%は Advanced directive について患者診療録でも確認できたという（ベンチマーク値は 60%）。さらに、98%の患者で、患者の希望はかなえられていたとの報告である。このほかにも、VA（退役軍人）ヘルス・システムにおいて、インセンティブ、モニタリングなどを行うことで、3 ヶ月間に重症患者の advanced directives 整備率が 50%から 70%にあがったとの報告もある<sup>26</sup>。

このように、Proactive な積極的介入を行うことで、Advanced directives 整備率は高まることが知られている。

## ⑤ 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、整えられていくものと思われる。

### Hospital Based Palliative Care Program

50%が病院で死亡しているという事実から、病院内に緩和医療チームをもつのが合理的である。さらに、98%の Medicare 死亡患者は、死亡前 1 年に、入院歴があるとのデータもある (<http://www.dartmouthatlas.org>)。とくに、Medicare 保険加入者に対する医療決定は医師が行う（マネージド・ケアと対象的）。したがって、その後の患者ならびに医療費においても大きな影響を与える。

病院ベースの緩和ケアプログラムが必要な一つの理由に、全ての医師、看護師は病院で教育を受けているからである。現在までの医学教育では、終末期医療がおろそかにされている<sup>35</sup>。たとえば、74%の研修医は終末期医療のトレーニングをされていない：83%の研修医はホスピス・ケアのローテーションを行わない：41%の医学生は、指導医が終末期患者や家族と会話している場面に遭遇しない：さらには 35%は指導医と終末期医療についての会話をしたことがない：などである。現在、Liaison Committee on Medical Education (LCME)（医学生教育に関する committee）による評価に終末期医療が含まれている点、

Accreditation Council on Graduate Medical Education (ACGME) (卒後教育に関する評議会)においても終末期医療トレーニングが勧められている点などからも、病院内に緩和医療チームもち、教育を行っていく必要がある。専門に進んだ後の教育では効果がないことが多いため、卒前・卒後教育の一環として終末期医療の教育を行う必要がある。これらによる推進策が影響し、25%の教育病院で緩和ケアプログラムがもたれている<sup>36</sup>。また、緩和医療に対する卒前教育も改善してきており、LCME 認定の 87%が緩和医療教育が行われてきている (平均時間 12 時間)<sup>37</sup>。

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 (ケアの連続性)、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<sup>38</sup> (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)。

現在の医療は、効果的かつ効率的な医療が求められている。緩和医療の効果として、数多くの研究で以下のような医療の質が向上することが示されている<sup>39-41</sup>。

- 疼痛・不快な症状の緩和
- 目指す医療の再構築ならびに医療決定が困難な場合のサポート
- たとえば、化学療法中の終末期がん患者に対して、医師は化学療法の中止を勧めたつもりになっている。しかし、患者はそう認識しておらず、お互いに目指す医療が異なっていることが多々ある (personal communication: Pan C. 2003, 12)。これらのコミュニケーションをサポートする役目も多い。
- QOL の向上、患者・家族の満足度の増加
- 医療者ならびに家族の負担軽減
- 患者の治療遂行の手助け
- 適切な治療現場への転院の手助け

例をあげると、図 6 に示すように緩和医療チームにより疼痛ばかりでなく嘔気、呼吸困難感も改善することが示されている<sup>39, 40</sup>。

また、家族の満足度も高く、

- 疼痛管理・・・95%
- 疼痛以外の管理・・・92%
- QOL のサポート・・・89%
- 家族のストレス・不安に対するサポート・・・84%
- 終末期疾患の告知方法・・・88%
- 全体的な緩和医療・・・95%

のような好ましい結果も報告されている<sup>39, 40</sup>。

## Improvement in Symptoms for 1070 Patients Followed by the Mt. Sinai Palliative Care Service (6/97-12/00)

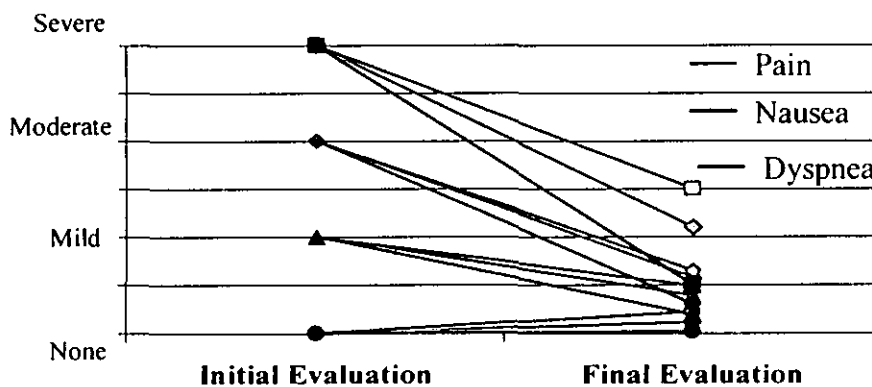


図6. 緩和医療チームの関与による疼痛、嘔気、呼吸困難感の推移

### 医療費効果

緩和医療はコストの削減に繋がるということが知られている<sup>39-41</sup>。これは、適切な治療の場所で患者を治療することを促進するからである。緩和医療により、在院日数ならびに ICU 在室日数が減少することも示されている。緩和医療は、適切な治療現場での治療を促進し、ホスピス・ケアへの導入を促進するなど、ケアの連続性を確保する。

たとえば、2002年に Mount Sinai Hospital に入院した Medicare 患者の比較では(疾患は DRG にてマッチング)、緩和ケアを受けた症例は受けていない症例と比較して、トータルで 357 日の在院日数を減少させることが可能であったという。これは直接コストだけでも、\$866,000 の経費節約に繋がっている<sup>39, 40</sup>。

St. John's Regional Medical Center (Joplin, MO)による、緩和ケア・コンサルテーションのデータでは<sup>39, 40</sup>、緩和ケアを始めることにより 197 症例で\$315,915 の医療費削減(\$1,604/patient)が認められている。このうち\$230,643 が Critical Care の医療費削減であり、残り\$85,272 は非 Critical Care によるものである。

また、Kaiser Permanente Study (がん、心不全、COPD が対象：対象症例 300)によれば<sup>42</sup>、緩和医療を受けた症例は受けなかった症例と比べて、満足度が高く、病院での治療から家庭での治療に移行している点を示されている。

さらに医療費を比べてみると・・・

表 2. Kaiser Permanente Study のまとめ

	緩和医療	コントロール	p
がん	\$5,190	\$13,438	.001
COPD	\$7,364	\$17,136	.02
心不全	\$10,200	\$13,714	.31
トータル	\$7,990	\$14,570	<.001

とトータルで平均 45% (\$6,580) の医療費が節約されたことが示されている。

Robert Wood Johnson Foundation: Promoting Excellence in End of life によるオハイオ州の Ireland Cancer Center における研究では、緩和医療が関与することにより、高い質のがん治療が可能で、薬剤費の減少 (\$61/day から \$18/day) ならびに死亡 1ヶ月前にホスピス・ケアへの紹介率の上昇 (13% から 80%) が認められている<sup>40</sup>。

さらには、Virginia Commonwealth University Palliative Care Unit では<sup>43</sup>、緩和ケアユニットに転科することにより 66% のコスト削減が可能であることが示されている。

現在のところ、Randomized Control Trial (RCT) によるコスト削減効果の報告はないが (Randomized が倫理的側面を含めて困難)、RAND コーポレーション (リサーチ会社) により現在進行中とのことである (Meier D: personal communication: 2003.12)。

#### Community Collaborative Project

緩和医療プログラムと並行して、もう一つの方向性として、Community Collaborative Project があげられる。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。

図 7 に示すように、終末期患者は様々な問題をかかえた “Complex” 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。

この概念は、マネージド・ケア会社が最近とりいれている。今までのマネージド・ケアは監査官 (ケア・マネージャー) が、入院決定や高額な検査や医療行為、さらに、治療方法などに対して、“バイアスのない” 監査を、実際の医療と同時並行していた (Utilization Management: 医療サービス利用マネジメントと呼ばれる)。この医療サービス利用マネジメントによる医療行為監査は、不必要な検査や治療を減らし、医師がよりコストの罹らない介入方法をとるようにしていく事を主眼とし、高額医療の制限や医療施設による医療費格差を無くするのが目標であった。結果として、短期的には医療費を抑制する方向に導いた。しかし、医療サービス利用マネジメントは、患者ならびに医療者両者からの手厳しい批判もあり、最近では Case management (ケース・マネジメント) ならびに Disease management (疾病マネジメント) といった手法に取って代わりつつある。

## Care Management Focuses on the Needs of Patients

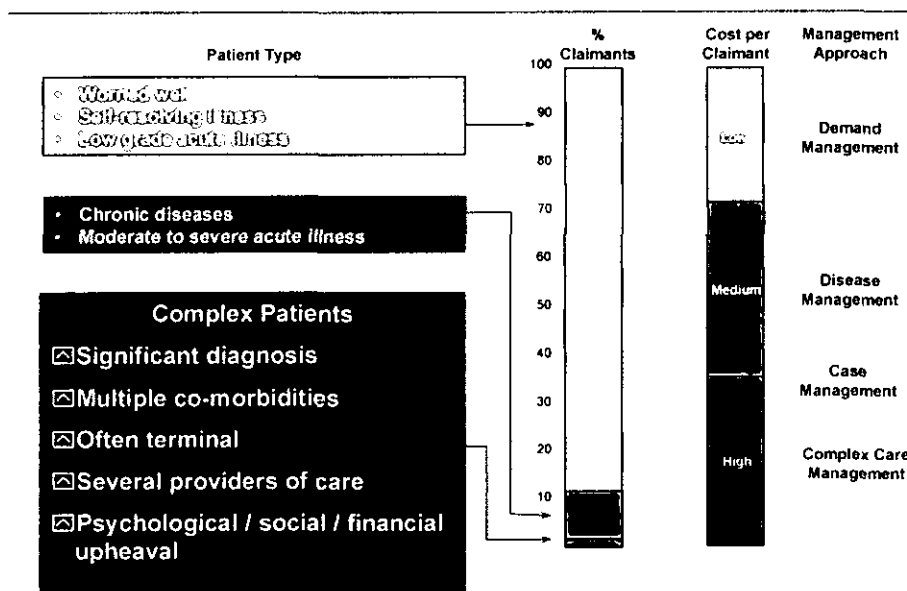


図7. ケア・マネジメントはどの患者に行うのが合理的か？

これらは、多くの合併症を抱える症例や慢性疾患などの複雑な症例（結果的に高額医療になる）の予後を改善する点に重きが置かれている<sup>44-46</sup>。医療サービス利用マネジメントで批判の多かった、受診回数、在院日数や医療行為の制限といった細部にまでわたるマネジメントを減らし、医療（受療）援助に焦点をあてるようになっている。適切な医療を行うことが、結果的に医療費を節約することにつながることも示されている。

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（通常は看護師資格をもっている）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たれたプログラムに 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”を主眼においている<sup>47</sup>。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。この AICC に加入した症例と、未加入症例の比較では、

- \$3,500/patient の医療費削減
- Advanced directives の診療録での確認 (74% vs. 42%)
- ICU での死亡減少 (6% vs. 25%)
- ホスピス利用の増加 (56% vs. 25%)

という結果が出ている<sup>47</sup>。これらの結果から、マネージド・ケア会社ならびに地域の基幹

病院、ホスピスが連携して、AICC による効果的・効率的終末期医療を勧めていく試みも行われている (Black J, personal communication, 2003.9) (Fowler NR, personal communication, 2003.9)。

## 医療保険

米国の医療保険は、複雑であり、説明は困難である。しかし、80%以上の死亡者が Medicare 患者 (65歳以上の老人保健) であるため、主に Medicare について述べる。

Medicare 加入者は現在約 4,000 万人である (<http://cms.hhs.gov>)。Medicare はパート A とパート B に分けられている。パート A は病院費用にあてられ、パート B は医師診察料・技術料にあてられる。パート A の病院費用は DRG (diagnostic related group) による“包括医療”となっているが、パート B は出来高払いである。この出来高払いは、HCFA (Health Care Financing Administration) による fee-schedule による (支払いは少ない)。したがって、終末期医療において (Medicare の場合)、病院側は、DRG による包括払いのため、“効率性”を重視するが、医師は少ないながらも“出来高”のため、“効率性”に関するモチベーションは少ない。

DRG や HCFA によるコントロールで、Medicare のコストの伸びはやや抑えることができたが、十分ではない。そこで、政府は老人保険もマネージド・ケア会社に委託管理できるように法律を改正した。現在、約 4,000 万人の Medicare 加入者の 12% がマネージド・ケアにより管理されている (Medicare plus Choice と呼ばれるもの)。通常の Medicare を選択するか、Medicare plus Choice を選択するかは個人に委ねられる。Medicare plus Choice は個人の負担金が少なかったり、薬剤費、眼鏡等がカバーされているかわりに、マネージド・ケア会社に管理されるため医師の選択が限られる。マネージド・ケア会社は、終末期医療の“効率的”管理が必要なため、上記に示した AICC プログラムを選択する方向にいたっている。

## ⑥ まとめと感想

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。参考として、第 4 部に各疾患に対するガイドラインを添付した。

緩和医療チームが教育に果たす意義は高い。筆者が訪問した施設でも、症例を通じながら医学生・研修医に指導を行っていた。たとえば、

86 歳の痴呆老人が呼吸不全にて救急外来に搬送された。せん妄も認められる。一時意識が“清明”になった際、“気管内挿管”は嫌だとの意思を表明した。気管内挿管が必要な状況だが、どうするか? (解答: 答えはない: 通常は挿管される)。その後 ICU に入室し・・・云々・・・と続く

といった症例を提示し、Advanced directives ならびに医療倫理・法律等についてディス

カッションを行っていた。さらには、痴呆患者に経管栄養・あるいは PEG を施行するのは？といった場合には、医学的には生存率に差はなく無効であり医療決定代理者にそう説明するが<sup>48, 49</sup>（“多くの穴のうち、一つの穴を塞いでもあまり効果はない・云々・・・”）、患者の今までの人生・志向を尊重した（たとえば、ホロコースト生存者の場合には栄養が重要視されるなど）倫理面の重要性も、現実に即した形で教育していた（Mun, S. personal communication, 2003, 12）。

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、今後はとくに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。緩和医慮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ー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。

緩和ケアプログラムでは、精神科的な問題が多々認められる。患者ばかりでなく、家族もこれらの問題を抱えていることが多い。いくつかの緩和ケアプログラムでは精神科医が加わっていることがあるが、精神科医が積極的に加わっているプログラムは少ない。精神科医の関与は、今後の大きな課題であるが、医療費支払面より困難が生じている。マネージド・ケアの場合、身体疾患現場での精神科治療は困難であり、大きな課題となっている<sup>50</sup>。日本の緩和ケアでの精神科医の関与は大きく、これを維持していくのは大切である。昨今の DPC システムによる精神科 DPC 免除は、将来の精神科関与に少なからず悪影響するものと考え<sup>51</sup>。

今後の終末期医療で大切な点は、77%の死因はがんによるものでない点である。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 QOL をあげるであろう。



## 2. 米国における尊厳死，安楽死，自殺幫助に関する裁判と法

### カレン・アン・クインラン事件：ニュージャージー州

米国ニュージャージー州最高裁判所における持続的植物状態のカレン・アン・クインランから生命維持装置を取り外すことを法的に認めた 1976 年の判決は、世界で最初に生命維持装置を取り外すことを認めた判決として有名である。この判決は、医療行為について患者は自ら決定することができるというインフォームド・コンセントの考えにもとづいたものであり、その後の安楽死・尊厳死の裁判や法律に大きな影響を与えることとなった。

### カリフォルニア州自然死法：カリフォルニア州

1976 年カリフォルニア州ではカレン・アン・クインランの裁判の影響を受けて、終末期の植物状態の患者は、生命維持装置を使用しないか取り外すことを医師に要請する文書（リビング・ウィル）を作成する権利を保証する法律「カリフォルニア州自然死法」が制定された。カリフォルニア州で制定された「自然死法」が各州でも制定されていき、延命治療の拒否の要件がより明確になっていった。そして、尊厳死はアメリカのみならず、広く末期医療の領域に認識されるようになっていった。

### 1989 年統一末期病者権利法：統一州法全米会議

1989 年、統一州法全米会議は「統一末期病者権利法」を定めた。この法律は次の 2 点の特徴があった。①患者があらかじめ指名した他人に末期状態になったときの意思決定の代行を認め、そのような趣旨の宣言書を作成できること ②末期状態に陥った患者のリビング・ウィルがない場合、患者の家族等に治療の差し控え・装置の撤去を決定する権限を認めること。

### イニシアティブ 119：ワシントン州

ワシントン州では 1991 年 11 月に「イニシアティブ 119」と呼ばれる法案に対しての住民投票が行われた。この法案は、死期が迫った知的精神的判断能力のある成人末期患者が人道的な方法で穏やかに死への幫助を望むことを自主的に決定し、文書を作成し、医師に要請し、その医師の手によって死への幫助をしてもらう権利を法律が認めるものであった。しかし住民投票の結果、賛成 46%、反対 54%で制定されなかった。

### プロポジション 161：カリフォルニア州

カリフォルニア州では 1992 年 11 月 3 日に「プロポジション 161」と呼ばれる法案についての住民投票が行われた。その内容はワシントン州の「イニシアティブ 119」に類似していた。住民投票の結果、賛成 47%、反対 53%で制定されなかった。

#### ワシントン州自殺幫助規定違憲訴訟：連邦最高裁判所

1994年、ワシントン州西部地区連邦司法裁判所は、自殺幫助を禁じるワシントン州改正法典9A編〔刑法典〕360章060条が、合衆国憲法修正14条のデュー・プロセス条項および平等条項に違反すると宣言した。

そして、ワシントン州政府は第9巡回区連邦控訴裁判所に控訴をしたが、1996年実体的デュー・プロセス違反を理由に控訴は棄却された。それを受けて、ワシントン州政府は連邦最高裁判所に上訴した。1997年、連邦最高裁判所は、裁判長ウィリアム・レーンクイストのもとで、「医師による患者の自殺幫助を求めて主張されている権利は、知的精神的判断能力のある成人終末期患者に対してさえ存在しない」と判決を下した。

#### ニューヨーク州自殺幫助規定違憲訴訟：連邦最高裁判所

1994年、ニューヨーク州で自殺幫助を禁じるニューヨーク州法は違憲であると訴えたが、連邦地方裁判所の判断は合憲であり、原告は控訴した。それに対して、1996年、第2巡回区連邦控訴裁判所はニューヨーク州の法律を違憲との判断を下した。それを受けてニューヨーク州政府は連邦最高裁判所に上訴した。1997年、最高裁判所の裁判長ウィリアム・レーンクイストは、「医師による患者の自殺幫助は許されない」と判決を下したうえで、最高裁判所は、「医師による患者の自殺幫助を禁じるニューヨーク州法は、米国憲法修正第一四条に違反していない」と判決した。

#### フロリダ州自殺幫助規定違憲訴訟：フロリダ州最高裁判所

自殺幫助を禁じる米国フロリダ州法を違憲とする訴えに対して、1997年フロリダ州最高裁判所は、自殺幫助を禁じるフロリダ州法の合憲判決を下した。

#### オレゴン州尊厳死法：オレゴン州

オレゴン州では、住民投票の認可に必要な数以上の住民の署名を確保し、1994年11月8日に「オレゴン州尊厳死法」についての住民投票が行われた。この法案の内容を以下に要約する。

州の住民で、複数の医師に「不治の病で良くなる見込みが全くない終末期の病気にかかっていて、適切な医学的判断によれば半年以内に死亡すると推定できる」と診断された判断力のある成人患者は、自主的に医師に「人道的で自分の尊厳を守ってくれる方法で生命を終焉させる薬剤を処方して欲しい」と要請することが法的に認められる。また州の医師はそうした患者への処方を許可する。患者はその要請の後第1段階として15日間以上の間に定められた要件を満たし、その後第2段階としての要件を満たした後で48時間の待機を行い、薬剤を処方箋を受け取れる。要請の撤回は可能であり、またその薬剤を服用するか否かは患者が判断する。

住民投票の結果、賛成 52%、反対 48%で過半数を得たが、反対する患者および医療機関が「本法案には米国憲法修正 1 条及び 24 条に違反している疑いがある」として訴え、連邦地方裁判所が「法制化手続きの執行」の暫定的差止命令を出し、1995 年 8 月 3 日には「本法は米国憲法に違反している」と裁決され本法の法制化は実現できなくなった。

しかし、この判決について連邦控訴裁判所第 9 巡回裁判所に控訴した結果、1997 年 2 月 27 日に逆転判決が下され法制化手続き差止命令を撤回するように指示された。それに対して反対派は連邦最高裁判所に上告したが、最高裁判所は 1997 年 10 月 14 日に連邦控訴裁判所の判決を支持し上告理由を認めなかった。

また、反対派議員がオレゴン州議会に「1994 年提出のオレゴン州尊厳死法法案 16 の廃止を問う住民投票のための法案 51」を提出し、1997 年 9 月 2 日に可決された。これにより 1997 年 11 月 4 日に住民投票が行われたが、その結果賛成 60%で法案は認められ、「オレゴン州尊厳死法」は正式に制定された。本法は、米国で初めての「医師による自殺幫助容認の法律」であり、1998 年 3 月 26 日、乳がんを患う 80 代の女性が処方されたバルビツール酸を内服し、オレゴン州尊厳死法に基づいて自殺幫助が行われた第一例となった。

オレゴン州尊厳死法を無効にするために「1999 年疼痛除去促進法」が上程され、1999 年 10 月に下院で可決されたが、オレゴン州の上院議員が議事妨害をする計画を宣言をしたため上院には上程されなかった。

2001 年 11 月 6 日米国司法長官アシュクロフトが「オレゴン州尊厳死法」は「連邦政府管理取締り物法」に違反していると結論し、「オレゴン州尊厳死法」を無効にする指令を出した。

オレゴン州政府は米国司法長官らを被告人として第 1 審裁判所に訴訟を提起したところ、2002 年 4 月、「オレゴン州尊厳死法」を合憲とする判決を下した。

2002 年 9 月、合衆国司法省は連邦控訴裁判所第 9 巡回裁判所に控訴した。2003 年 12 月現在、未だ判決は出ていないが、いずれの判決にしる連邦最高裁判所に上告することが予想されている。

#### オレゴン州尊厳死法制定後の他州の動き

その他、自殺幫助を認める法律の制定を試みたミシガン州（1998 年）、メイン州（2000 年）はいずれも成功をしていない。一方、オハイオ州では自殺幫助を禁ずる法律が新たに制定された（2002 年）。2003 年にはアリゾナ州、ハワイ州、バーモント州で自殺幫助を認める法律の法制化の動きがあったが、いずれも実現のためには厳しいものとなっている。それに対して、ノースカロライナ州では新たに自殺幫助を禁ずる法律の制定の動きがある。

### 3. 米国における自殺幫助・安楽死

#### ① 米国の自殺幫助・安楽死の実態

すでに述べたように 2003 年 12 月現在の米国で自殺幫助を認めている州はオレゴン州のみであり、安楽死を認めている州は存在しない。そのような状況のなか米国全体で行われている自殺幫助と安楽死について述べる。

現在、多くの医師が自殺幫助または安楽死の依頼をされている<sup>61-63</sup>。

1902 人の医師を対象にした全米の調査(1998 年)では、現行の法制度においては 11%が自殺幫助を行うと答え、法で認められれば 36%が自殺幫助を、24%が安楽死を行うだろうと答えている<sup>64</sup>。米国の医師において、自殺幫助または安楽死をすすんで行おうとするものは多くなかった。

米国において、非腫瘍医が自殺幫助の依頼を受けた割合は 20%以下なのに対して、腫瘍医のうち 50%は依頼を受けていた<sup>65</sup>。また、医師一人当たりで平均した調査によると、一生涯で自殺幫助の依頼を 3 件、安楽死の依頼を 4 件受けることになる<sup>66</sup>。

オレゴン州において自殺幫助が法制化される以前に、2761 人の医師を対象に行った調査(1996 年)で 7%の医師が自殺幫助を行っていたことが明らかになった<sup>67</sup>。米国全国で 1902 人の医師に対して調査(1998 年)を行ったところ、3.3%の医師が自殺幫助を行ったことがあることがわかった<sup>68</sup>。3288 人の腫瘍医を対象にした調査(2000 年)では 10.8%<sup>69</sup>、サンフランシスコ州の AIDS 患者をケアする 228 人の医師を対象にした調査(1997 年)では 53%<sup>70</sup>のものが自殺幫助を行っていた。

Emanuel et al は自殺幫助について調査し、15%のケースで自殺が失敗していると報告した<sup>71</sup>。オレゴン州ではいまだ自殺幫助の失敗の報告はないが<sup>72,73</sup>、オランダでは自殺幫助の失敗により、自殺幫助から安楽死に切り替えたケースは 18.4%にも及ぶという<sup>74</sup>。この事実は安楽死を禁止しているオレゴン州にとっては深刻な問題である。

医師以外の医療従事者(主に看護師)を対象に行った調査では、安楽死もしくは自殺幫助を行ったことがあるものは 5-16%という結果<sup>75,76</sup>であった。

#### ② 米国国民の自殺幫助・安楽死に対する姿勢

米国国民で自殺幫助または安楽死を支持するものの割合は 34-65%と幅広い値を示す<sup>77,78</sup>。Ezekiel et al によると国民の 3 分の 1 は自殺幫助または安楽死に無条件に賛成し、3 分の 1 は無条件に反対し、残り 3 分の 1 は条件次第で賛成や反対に位置するとしている<sup>79</sup>。しかし、その条件とは堪え難い疼痛などを伴うことであり、自殺幫助や安楽死を求める患者の理由として挙げられる家族の重荷になるということは自殺幫助や安楽死の理由としては支持されていない。また、安楽死と自殺幫助の区別は明確ではなかった。一方、生命維持装置の取り外しについては 90%の国民が支持するが、哲学者の一部では倫理的にその差はないとする自殺幫助や安楽死については最大で 65%の支持しかなかった<sup>80</sup>。

### ③ 自殺幫助・安楽死を望む患者の実態

将来選択する可能性のひとつとして考慮するものも含めて、自殺幫助について考えるものは378人のAIDS患者<sup>81</sup>（1996年）、そして100人のALS患者<sup>82</sup>（1998年）を対象とした研究ではそれぞれ約半数であった。988人の終末期の患者を対象としたプロスペクティブスタディ（2000年）では、60.2%の患者が自殺幫助を支持し、10.6%の患者が自殺幫助または安楽死について真剣に考えていた。2ヵ月後の調査では、10.3%の患者がやはり自殺幫助について考えていたが、当初自殺幫助について考えていた者の半数は既に自殺幫助を考えておらず、半数が新たに自殺幫助について考慮していたという結果であった<sup>83</sup>。また、調査期間中に死亡した256人の患者のうち自殺幫助または安楽死の依頼を明確にしたものは4人（1.6%）であった。オレゴン州の調査では、終末期の患者の約1%が医師に対して自殺幫助の希望を述べ、そのうちの約10人に1人（終末期の患者の0.1%）が自殺幫助によって死亡した<sup>84,85</sup>。オランダでの自殺幫助または安楽死での死亡者数は、全死亡者数の3.4%を占めている<sup>86</sup>。

### ④ 自殺幫助・安楽死を依頼する患者とその対応

当初、自殺幫助や安楽死を望むものは軽減しない疼痛や身体症状を理由にしているものと考えられていた。しかし、自殺幫助を考える患者のその理由の多くは疼痛などの身体症状ではなく、個人の価値観によるものが大きいことが分かった<sup>87-91</sup>。それは、信仰心が強くないことのほかに抑うつ、自分が周囲の重荷になってしまうこと・他人の世話にならないといけないこと・自律性を失うことといった精神的苦痛、尊厳を喪失、人生の意味の喪失、身体機能の喪失、死を自分自身で決定したいことなどであった。

自殺幫助を強く願う患者のうち半分はうつ病の診断を満たしていたという報告<sup>92</sup>に始まり、うつは終末期においてしばしばみられることがわかった。その有病率は4.5%-53%といわれしばしば見過ごされている<sup>93</sup>。終末期においては、「気持ちの落ち込みはありますか？」という簡単な質問が診断の助けになるという報告がある<sup>94</sup>。

これらの事実を踏まえたうえで、自殺幫助や安楽死の依頼に対しては医師が患者の苦悩や恐れを十分に理解を示した接し方をしていくことで、多くの場合患者の自殺幫助の訴えは消失する<sup>95,96</sup>。従って、自殺幫助の背景にある動機が明らかになるまで受諾も拒否もすべきではない<sup>97</sup>。患者の中には死そのものより死にゆく過程に恐怖するものもある<sup>98</sup>。患者によっては、死とは安らぐことのない苦悩に取り囲まれ、病院の中で孤独に迎えるものであると捉えられており<sup>99</sup>、そのような思いが自殺幫助を考えていくことにつながるとしている<sup>100</sup>。一部の患者は堪え難い苦悩に襲われたときに自殺幫助を選択することがあるが、それは将来についてのより多くの情報を求めていたり、苦痛を訴えるための手段である場合がある<sup>101,102</sup>。

Back et al の調査<sup>103</sup>によると76%の医師は身体症状の治療を強化し、65%はうつや不安を治療する。24%は精神医学的な評価を依頼するということがあった。

## ⑤ 自殺幫助・安楽死を持続して望む患者とその対応

その後も持続して自殺幫助の訴えを続けてきたときには、医師はその患者の苦痛が自殺幫助に足りうるものなのか否か評価しなければならない。身体的苦痛も確かに問題になるが、それ以上に自律性の喪失や未解決の精神的苦痛や霊的苦痛のほうがより強く患者を悩ませる。QOL という概念も患者により異なり、身体的に障害が出てきたとしても本人がそれとは違うことに強く価値を見出せば、身体状態によらず高い QOL を保つことができる。死を迎えるとき、患者は安らかであり苦痛から開放されていなければならない。かつての延命を目的とした医療から転換し、患者それぞれの希望にあわせた医療を行うべきであり、例えば家族と過ごす時間を支援していくことなどを行うべきである<sup>104</sup>。

自殺幫助を依頼してくる患者は疼痛をはじめとした身体症状を抱えていることがあり、症状緩和のために薬剤を増量していかなければならない。ときには、身体症状緩和のためにバルビツール酸を使用し鎮静をはかることもある。このことにより、結果として死期が早まったとしても、この行為が死を意図したのではなく、症状緩和を目的としているならば合法的なのである<sup>105, 106</sup>。複数のホスピスを対象にした調査では、死亡者数の 0-50%で終末期に鎮静を行っていた<sup>107</sup>。

患者のなかには、自殺幫助とすでに認められている患者の権利との間に混乱がみられることがある。そのため、自殺幫助を希望している患者に対しては、生命維持を目的とした装置からの離脱や拒否は認められており、輸液や経管栄養も拒絶できることを伝えなければならず、そのうえで自殺幫助の意思を確認する<sup>108-110</sup>。また、自殺幫助と積極的安楽死を同一視している者もしばしば認められる<sup>111</sup>。

## ⑥ オレゴン州の自殺幫助の実態

自殺幫助を訴える患者のなかで、自分の抱えている悩みを解決することができれば自殺幫助に対する固執は消失することが多い。オレゴン州で自殺幫助を希望した患者のうち、最終的に生命を終焉させる薬剤を処方されたものは 15%にしか過ぎない<sup>112</sup>。

オレゴン州において、医師が疼痛をはじめとする身体症状のコントロール、ホスピス・ケアの紹介、精神的サポートや抗うつ薬の投与を行っても、0.1~0.2%の患者は自殺幫助を希望した。しかし、処方を受けた患者のうち約 3 分の 1 は処方薬を内服せず、もともとの病気で死亡した<sup>113, 114</sup>。オレゴン州で自殺幫助の処方を受けた患者の家族にインタビューしたところ、患者は自分自身で死のタイミングと方法をコントロールしたいと思っていたことがわかった<sup>115</sup>。このような患者にとっては、生命を終焉させる薬剤を持っているということ自体で、死をコントロールしているという満足な感覚を得ていたものと思われる。

オレゴン州の尊厳死法では、自殺幫助を希望する患者は家族にそのことを伝えるように記されているが、家族によっては<sup>116</sup>患者の選択に敬意を払うことができるが、未解決の家族内の問題が残されてしまった場合には、悲哀が続くことがある。

⑦ まとめ

自殺幫助がオレゴン州で法制化され、安楽死もしくは自殺幫助は緩和ケアの代わりのものであるということになるのだろうか。自殺幫助が法制化されたにもかかわらず、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<sup>117, 118</sup>。

現在の米国の緩和ケアの実態をみると、多くの専門家は疼痛の95-98%はコントロールできるとしているが<sup>119, 120</sup>、ホスピスのケアを受けていた患者のうち、死を迎える前の最後の1週間に堪え難い疼痛を認めていたものは2-35%であり<sup>121, 122</sup>、堪え難い呼吸困難を認めていたものは35%にも上った<sup>123</sup>。不十分な緩和ケアは必ず是正されなければならない<sup>124</sup>。なぜならば、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からである。ここで忘れてはいけないのは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、靈的(実存的)苦痛に因っていることである。従って、この点に留意したうえで医師は患者に対応していかなければいけない。

現在、自殺幫助が認められにもかかわらず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ことを忘れてはいけない。そして、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。これらの事実は今後の自殺幫助に対する米国人の姿勢を反映しているものなのかもしれない。

#### 4. 終末期医療のガイドライン

はじめに：

1990年にWHO（World Health Organization）は、終末期医療を含むがん医療の新しい考え方として「緩和ケア」を次のように定義した。

緩和ケアとは、治癒を目的とした治療が有効でなくなった疾患をもつ患者に対して行われる積極的で全人的なケアであり、痛みやその他の症状コントロール、精神的な苦痛、社会的な問題、霊的な問題の解決が最も重要な課題となる。また、患者とその家族に対して出来る限り良好なQOLを提供することも目的としている。そして、緩和ケアは終末期だけでなく、治癒を目指しているより早い時期から適用すべき多くの利点を持っている<sup>125</sup>。

つまり、緩和ケアは終末期のみに必要な医療ではなく、本来すべての患者に疾患の診断時から提供されるべき医療なのである<sup>126</sup>。

米国の2001年度の死亡者数240万人のうち約50%が病院で死亡し、25%が自宅、25%がナーシングホームで死亡している。全死亡者数の1/4である60万人がホスピス・ケアを受けているが、その多くは自宅やナーシングホームでのケアを受けている<sup>127</sup>。AHA（American Hospital Association）によると、2000年の調査では米国の病院の42%のみが疼痛コントロールのプログラムを有しており、公式にホスピス・ケアを提供しているものは23%、緩和ケアのプログラムがある病院は14%にとどまっているにすぎない<sup>128</sup>。そのような状況で、米国では病院でのホスピス・ケアをより普及させるためにHospice-Hospital Collaborationsとして、ホスピスと病院の連携を進める動きもある<sup>129</sup>。

米国では、2003年に約133万人が新たにがんと診断され、およそ56万人のがんにより死亡し、今日では約9千万人のがん罹患者がいると推測されている<sup>130</sup>。がん死亡数のうち最も大きな割合を占めるのが、肺がんであり2003年には約16万人が死亡したと考えられている<sup>131</sup>。

2001年において、米国のホスピス利用患者のうち、がんと診断されたものは53.6%であり、末期の心臓病と呼吸器疾患はそれぞれ10%、6%にすぎない<sup>132</sup>。がんの中でも特に肺がんが最もその割合が大きく21%を占めている<sup>133</sup>。

目的：

今回の調査では、米国の終末期の医療が今後目指していく方向について、米国が発表しているガイドラインをもとに検討することを目的とした。

方法：

米国では、それぞれのがんに対して個別のガイドラインが作成されてはいるが、そのほとんどは生存率の改善を目的としたものである。その一方、疼痛緩和をはじめ



としたがんの支持療法についてのガイドラインも多くみられるが、そのほとんどは非特異的な原発巣に対するものである。

米国のがん死亡者数の中で最も大きな割合を占め、終末期医療の中心となるホスピスの中でも大きな割合を占める肺がん、特に非小細胞肺がんに対するガイドラインから米国で行われているがんの終末期医療の実態について検討した。

## 肺がん（特に非小細胞肺がん）に対するガイドライン

肺がんについて、まず病期において異なってくる治療について概説する。進行がんの手術不能例では、薦められる治療法を示すとともに支持療法を提示する。治療の一部は身体症状の緩和を目的としており、支持療法と重なる点が多くみられ、ここが現実の臨床的な cure と care の移行部位と思われる。今日の日本においても次第に普及してきている症状緩和を目的とした支持療法についても触れながら、今後の日本の終末期医療の課題となる主治医と患者・家族とのコミュニケーションのあり方、病院の倫理委員会の果たすべき役割、ホスピス・ケアの提供についてのガイドラインを紹介する。

### 1. 非小細胞肺がんの治療法

非小細胞肺癌は、診断時の改訂国際病期分類システム<sup>131</sup>に基づいた癌の進展度に応じて3群に分けられる。それぞれの治療法は以下のとおりである<sup>135</sup>。

第1群の患者には、外科的に切除可能な腫瘍（一般に病期IおよびII）が含まれる。腫瘍の種類および宿主要因に左右されるものの、このグループが最も予後良好である。切除可能な癌であっても患者が医学的に手術禁忌であれば、根治的放射線療法が考えられる。

第2群の患者には、肺癌の局所進展（T3-T4）または所属リンパ節転移（N2-N3）を認めるものが含まれ、その経過は多様性を示す。このグループの患者に対しては放射線療法、もしくは放射線療法に化学療法などの併用による治療を行う。T3またはN2の一部の患者に対しては、外科的切除のみで有効な治療を行うことができることもある。

第3群の患者には、診断時に遠隔転位（M1）が認められるものが含まれる。原発腫瘍による症状を緩和するために、放射線療法または化学療法による治療を行う。パフォーマンスステータスが良好な患者、女性、遠隔転移がひとつの場所に局限している患者は、長期生存の可能性はある<sup>136</sup>。進行癌では、化学療法が生存期間のわずかな改善をもたらすが全生存率は不良である<sup>137, 138</sup>。しかし、転移性または局所進展性の非小細胞肺癌に対する化学療法的アプローチを支持する報告<sup>139-144</sup>がされているが、化学療法による有意な症状緩和がみられたが客観的奏功とは結びつかなかったという報告もある<sup>145, 146</sup>。化学療法がQOLに及ぼす影響に関してさらなる研

究が今後必要であるが、現時点ではルーチンに行うことが推奨される単剤化学療法のレジメンは存在せず、現在行われているプラチナ製剤ベースの併用化学療法についても、標準療法とみなせる具体的なレジメンは存在しないという状況である。プラチナ製剤ベースの化学療法後に再発した患者には二次治療を考える。しかし、二次治療法の対象となる患者の選択基準は十分に定義されていない<sup>147</sup>。

化学療法は、パフォーマンスステータスが良好で評価可能病変を有する患者<sup>148</sup>が、予想されるリスクと限られた利益に関して十分な説明を受けたうえで、このような治療を望む場合のみに行うべきである。

放射線療法は、非小細胞肺癌の進展により生じる気管、食道、気管支などの圧迫、骨転移または脳転移、疼痛、声帯麻痺、咯血、上大静脈症候群などの症状を緩和するのに効果的である。症例によっては、近位の閉塞性病変を改善するために気管支内レーザー療法および/または近接照射療法を行う<sup>149</sup>。このような治療的介入は、ほかに機能的な問題がない患者のQOL向上のためには重要である。切除可能な原発性肺癌と単一の脳転移が同時に存在するようなまれな症例では、単一の脳病変の外科的切除を行うと同時に原発巣の切除、術後化学療法および/または原発部位への放射線照射を行うと共に、術後日々分割線量で180~200cGyの全脳照射を行う<sup>150,151</sup>。

再発非小細胞肺癌患者においては、放射線療法は限局性の腫瘍塊によって生じている症状の姑息的な緩和に優れた効果をもたらす。

原発性非小細胞肺癌病変の切除後に、単一の脳転移を来し頭蓋外腫瘍の兆候を認めない患者では、脳転移の外科的切除と術後の全脳照射により無病生存率の延長を達成することができる<sup>152,153</sup>。切除不能な脳転移には放射線外科療法による治療を行う<sup>154</sup>。日々線量で180~200cGyを照射するが、有害事象を起こすリスクが高い1日の照射量を増大させた短期間照射（少分割照射）は避ける<sup>155</sup>。外科的切除の適応外である患者の大半は、従来の方法による全脳照射を受けるべきである。

## 2. 支持療法

肺癌の支持療法について、ACCP (the American College of Chest Physicians) が Palliative care と題して、NGC (the National Guideline Clearinghouse) でガイドラインを示している<sup>156,157</sup>。

肺癌に対する緩和ケアの報告では、RCTs (Randomized controlled trials) はほとんど無く、このガイドラインの多くは case series の報告から作成されている。多くのがんで、出現する症状のいくつかは共通のものではあるが、肺癌でより多くみられる症状もある。肺癌で最も多くみられるものは疼痛、呼吸困難、咳嗽であり、このガイドラインでは、これらの症状に加えて肺癌特有にみられる脳転移、脊髄転移、骨転移、咯血、気管食道瘻、上大静脈症候群の対応について示している。

## 疼痛

癌性疼痛は、現在癌に罹患しているかまたは癌の既往歴のある患者のうち 90% まででは効果的に管理できるとされているが、現実には十分に治療されていないことが多い<sup>158</sup>。癌性疼痛または癌に伴う症状は必ずしも完全に解消されるわけではないが、利用できる治療法を適切に用いることにより、大部分の患者の痛みを効果的に緩和できる。疼痛管理は癌の全病期を通して患者の生活の質を改善する。進行癌の患者は、疼痛に伴う複数の併発症状を経験するため、疼痛に対して系統的な症状の評価と最善の QOL のための適切な管理が必要である<sup>159</sup>。

ACCP のガイドラインは、AHCPR (The Agency for Health Care Policy and Research) の示す癌性疼痛<sup>160</sup>のガイドラインをもとに作成されている。

### *Recommendations*

1. 全ての患者・家族は安全かつ効果的に疼痛除去が行われることを保証されなければならない。
2. 全ての患者は疼痛について評価されるべきであり、訴える疼痛を最優先に扱い、治療中は定期的に評価を続けるべきである。
3. 全ての患者に対して、適切な治療を選択すべきである。
4. 全ての患者の投薬は単純であり、かつ非侵襲的な方法で投与されるべきである。
5. 禁忌でなければ NSAID (nonsteroidal anti-inflammatory drug) による治療を開始し、疼痛がより重症であるか増強したときにはオピオイドを使用しなければならない。
6. 疼痛が続く場合には、オピオイドを増量するべきである。
7. 疼痛コントロールが困難な場合には、鎮痛補助役を用いるべきである。
8. 鎮痛薬は 24 時間、必要な量を投与されるべきである。
9. オピオイドを必要とする患者には meperidine を投与するべきではない。
10. 投薬は経口で行うが、困難なときには経皮的もしくは経直腸的に行うべきかもしれない。
11. 筋肉注射は避けるべきである。
12. オピオイドを投与する場合には便秘について留意すべきである。
13. 全ての患者は鎮痛プランについて書面で説明されるべきである。
14. 全ての患者は活動性を保持されるべきである。
15. 理学的介入も用いるべきかもしれない。
16. 心理社会的介入も用いるべきである。
17. 興味を持つものには家族療法や宗教的介入も用いるべきかもしれない。
18. 疼痛緩和に放射線療法も考慮されるべきである。
19. 必要に応じて専門家にコンサルトするべきである。

## 骨転移

### *Recommendations*

1. 骨転移の痛みには適応があれば放射線療法を考慮すべきである。
2. 骨転移の放射線療法で鎮痛増強を目的にステロイド投与をするべきかもしれない。
3. 放射線療法が無効である骨転移の疼痛に対してビスホスフォネートの投与をするべきである。
4. 骨転移の疼痛に対する放射線療法の無効例にカルシトニンを投与するべきかもしれない。
5. 骨転移に放射性薬品の投与をするべきかもしれない。
6. 比較的予後が保たれている場合、長管骨の骨転移に対して骨折予防に外科的固定術をするべきである。

## 脊髄転移

### *Recommendations*

1. 脊髄硬膜外転移は早急に治療を開始すべきである。
2. 高容量のステロイドと放射線併用療法を検討すべきある。
3. 硬膜外転移による脊髄圧迫が認められる場合、無症候であっても予防的放射線療法を行うべきである。
4. 硬膜外転移による脊髄圧迫と椎体の破壊により、神経症状の悪化がみられるときには外科的処置を施すべきである。その後に放射線療法は追加されるべきかもしれない。

## 肺がんによる脳転移

### *Recommendations*

1. 症候性の脳転移には全脳照射を行うあいだ、dexamethasone の投与をするべきである。
2. 多発性脳転移には全脳照射をするべきである。
3. 頭蓋内転移の外科的治療後の再発例には全脳照射をするべきかもしれない。

## 咳嗽と呼吸困難

### *Recommendations*

1. 呼吸困難を認める肺がん患者は気管閉塞や胸水貯留、COPD (chronic obstructive pulmonary disease)の増悪を検索すべきかもしれない。
2. 呼吸困難に対して気管支拡張剤、ステロイド、抗生物質、オピオイドなどの薬物療法と酸素療法をするべきかもしれない。