

緩和ケアの現状

小谷 みどり

< 癌で亡くなる人の増加 >

厚生労働省が発表した「平成15年人口動態統計の年間推計」によれば、昨年亡くなった人の概数は102万5,000人。死亡者数は、1947年に113万人余りが亡くなったのを最後に減少していたが、1980年代後半になって増加傾向に転じ、昨年は55年ぶりに100万人を突破した。国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2030年代後半まで死亡者数は増加していくとされている。

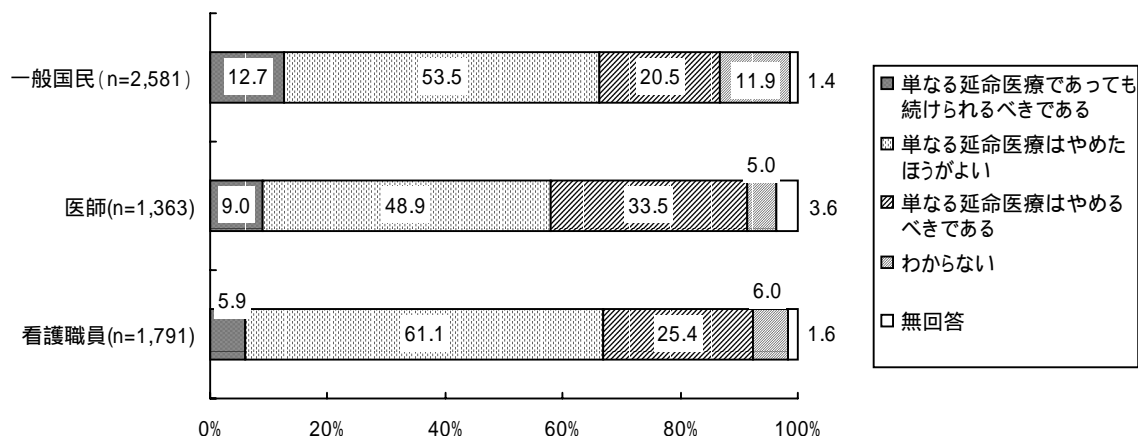
我が国では、癌は死因のトップで、昨年は約30万9,000人が癌で亡くなっている。1980年には16万人程度だったので、ここ20年でほぼ倍増した計算になる。このように3人に1人が癌で亡くなっているにもかかわらず、我が国では、末期癌患者へのケアは進んでいるといえない。

< ‘延命医療否定’の浸透 >

同じ病気でも、治癒の見込みがなく、死期が迫っている末期患者と、治癒する初期の患者とでは、治療の姿勢は根本的に違う。現在の医療レベルで治癒しないのであれば、患者が残された時間をいかに快適に過ごせるかに焦点を置き、最大限に援助するのが、ターミナルケアの考え方だ。

厚生労働省の「終末期医療に関する調査検討会」の調査では、痛みを伴い、しかも治る見込みがなく死期が迫っていると告げられた場合、「単なる延命医療であっても続けられるべきである」と回答した人はわずか12.7%にすぎなかった(図表1)。一方、「単なる延命医療はやめたほうがよい」「単なる延命医療はやめるべきである」と考えている人は合わせて74.0%にものぼった。

図表1 延命医療についての考え



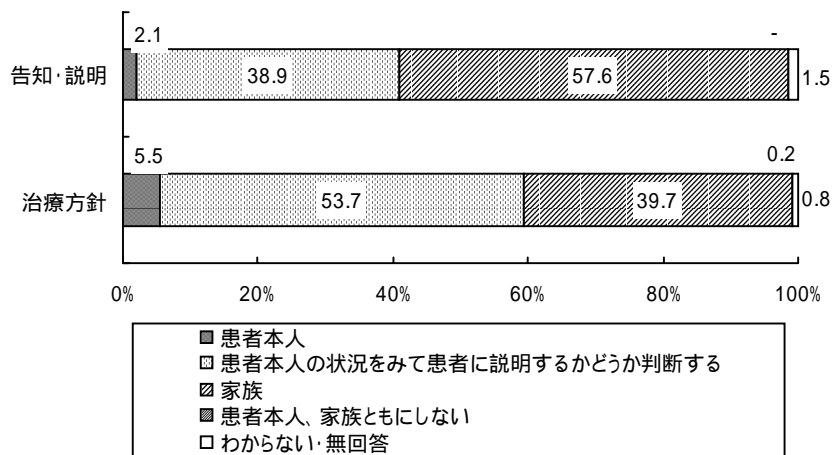
注：一般国民とは20歳以上の男女。調査時期は2003年2月～3月。
資料：厚生労働省『終末期医療に関する調査』

回答者を医療関係者に限定した同じ質問では、痛みがあり、死期が近い末期癌などの場合、延命医療を否定する医師は82.4%、看護職員では86.5%と、延命治療を肯定していない人は一般国民以上に多かった。

ところで、延命ではなく、痛みの緩和に重点を置いたケアは、患者のQOLを高めるためにあるので、その効果を発揮させるには、患者が事実を知っていることが望ましい。前述の調査でも、治る見込みがない場合、病名や余命について知りたいと回答した人は76.9%にもものぼっている。

それにもかかわらず、日本療養病床協会の調査では、患者が治る見込みがない病気に罹患した場合、事実を最初に説明する相手は「家族」として回答した医師が最も多く、57.6%と過半数を占めた(図表2)。そのため、家族の反対で患者本人に告知されていないケースも相当数あると思われる。告知しなければ、治療方針の決定に際しても患者は蚊帳の外に置かれる可能性が高い。実際、担当している患者が治る見込みのない病気になった場合、患者本人の意見を聞いて治療方針を決定すると回答した医師はわずかに5.5%で、「家族の意見を聞く」という回答は39.7%もあった。

図表2 告知説明や治療方針の決定を相談する相手



注：調査対象者は、日本療養病床協会会員病院558病院。医師の回答者は358病院926名。調査時期は2003年6月。
資料：日本療養病床協会「終末期医療に関する調査」 <http://homepage2.nifty.com/Ltc/terminal.html>

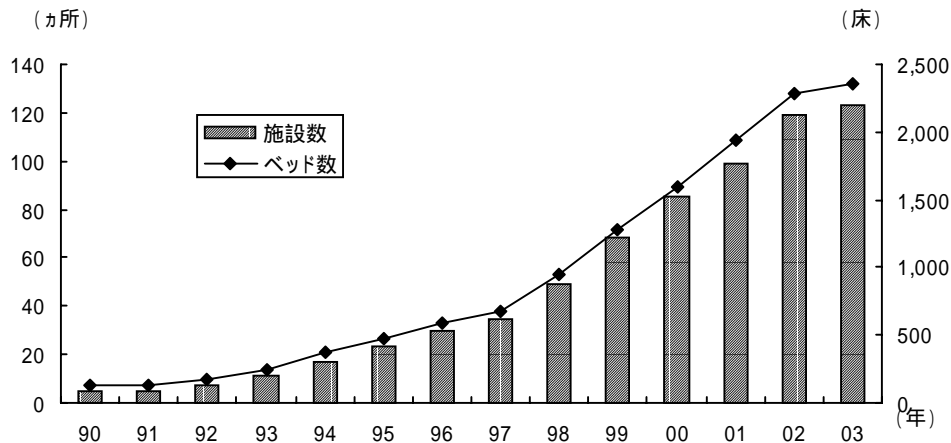
< 増える緩和ケア病棟と新たな問題 >

このように我が国では、患者本人より家族の意見が最優先される傾向がまだまだ強いため、一般論としては延命治療に否定的であっても、患者本人には告知をせず、最後まで積極的治療をおこなうケースも少なくない。

一方で、ここ数年、緩和ケア病棟の増加がめざましい(図表3)。緩和ケア病棟は、治癒を目的とした積極的治療ではなく、痛みの緩和に重きを置いたケアをおこなう専門施設である。1990年4月に当時の厚生省が「緩和ケア病棟」の施設基準を設置し、定額制の「緩和ケア病棟入院料」を導入したが、97年に大幅に診療報酬が引き上げられたのをきっかけに、施設数は急増している(現在、1日当たり患者1

人3万8,000円)。2003年末現在で、緩和ケア病棟承認・届け出受理施設は123カ所、2,352床と、癌で亡くなる人の数をかんがみればまだまだ少ないものの、施設の増加は今後も進むと思われる。

図表3 緩和ケア施設・ベッド数の推移



資料：全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会のA会員（緩和ケア病棟承認・届け出受理施設）の名簿

ところが、緩和ケア施設の急増に伴い、ケアスタッフの不足やケアの質のばらつきという新たな問題が指摘されている。この背景には、緩和ケアに対する認識が医師によってまちまちであること、診療報酬が定額制であることなどが挙げられるが、緩和ケアに関わるスタッフの教育や育成が急がれる。

緩和ケアは認可された専用施設に入院しなければおこなえないものではない。実は、地域の医院や診療所では、厚生労働省が定めた緩和ケア病棟の設置基準を満たせないという大きな壁がある。我が国では、治癒する見込みがなく、死期が近いのなら、最期は自宅で過ごしたいと考える人は多い。こうしたニーズに応えるため、街の医院や診療所には「在宅ホスピス医」と呼ばれる往診医も少しずつ増えてきており、訪問看護サービスと組み合わせれば、自宅で安らかな時間を送りたいという願いは実現可能になってきている。

多死社会にあって、ターミナルケアに関する人々の意識も高い。しかし、「最期をどのように迎えたいか」という思いだけでなく、その思いをサポートしてくれるケアや看護の体制について、私たちが情報を持っているかどうかで、最期の迎え方に違いが出てきているのも事実である。誰もがいつか遭遇する死。しかも、末期癌で亡くなる人の割合は多い。そうであれば、ターミナルケアの情報はもっと発信されるべきだし、私たち自身も、自分に合ったケアを選ぶという積極的な視点を持たなければならない。