

アメリカの終末期ケア： 概要と政策課題

2011年11月18日

ILC-Japan, 東京

Michael K. Gusmano, PhD

ヘイスティングスセンター 研究員

ニューヨーク医科大学医療政策管理学 准教授

“アメリカでは、死ぬのが難しい”
Nancy Dubler

アメリカのナーシングホーム入所者のうち、
メディケアのホスピス給付を選ぶのは
何%？

- ✓ 1. A. 6%
- 2. B. 15%
- 3. C. 30%
- 4. D. 50%

良質な終末期ケアの倫理目標

苦しみを和らげる

生と死の両方を尊重する

ウェル・ビーイング(幸せ)を促進する

人間を尊重する

尊厳を尊重する

関係性を尊重する

違いを尊重する

公平性を促進する

専門職の倫理的整合性を維持する

良質のケアや倫理的実践を支援するために組織システムを活用する

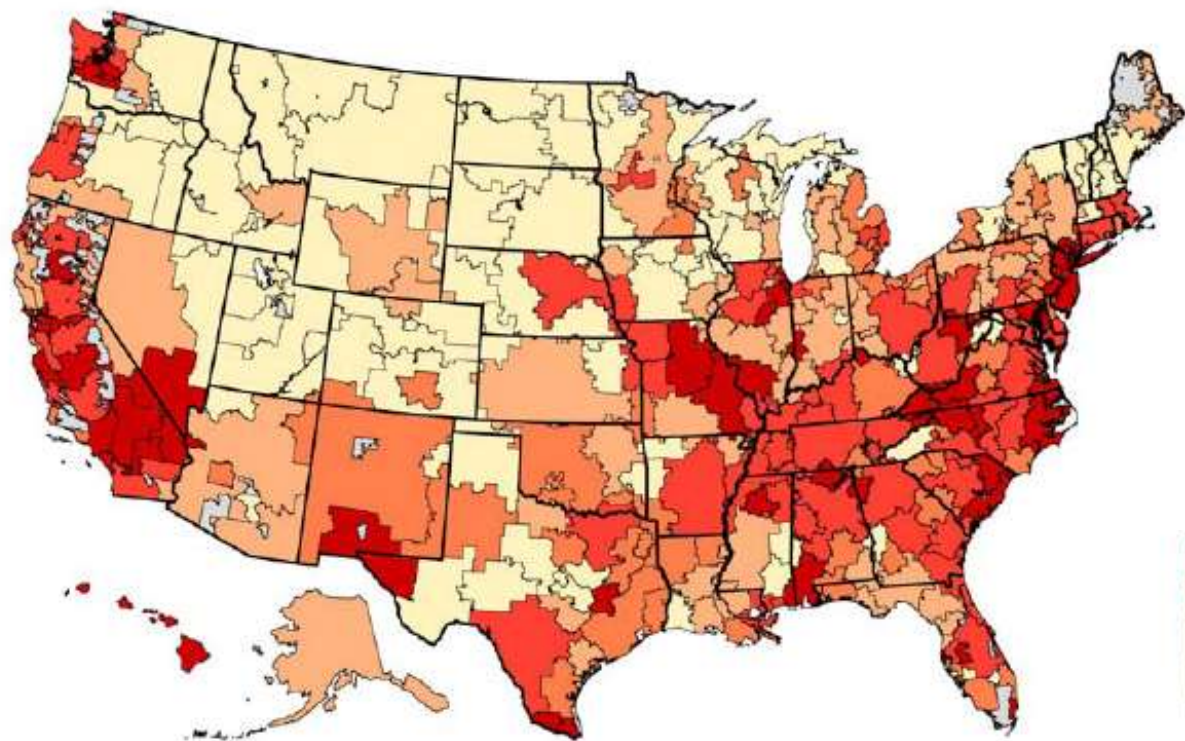
終末期ケア：理想と現実のギャップ

- 1995年の調査では、終末期ケアの選択について、医師が患者にほとんど話をしていないことがわかった。
 - 患者がいつ心肺機能蘇生をしてほしくないかを知っている医師は、半数に満たなかった。
- 1998年の調査では、479人の患者のうち391人が、病院ではなく自宅で死にたいと回答した。しかし、その391人のうち216人は、結局病院で死亡したのである！

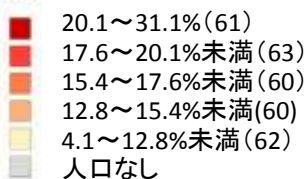
楽観の余地あり？

- 重度の慢性疾患を有するメディケア受給者が終末期に病院で過ごした日数は、2003年よりも2007年のほうが少ない。
- 2003年と比較すると、2007年には彼（女）らが病院で死亡する確率が低く、ホスピスケアを受けるとの傾向が高かった。

慢性疾患を有するメディケア受給者間における 集中治療入院に関わる死亡率



慢性疾患を有するメディケア受給者間における
集中治療入院に関わる死亡率
HRRによる(2007年の死亡データ)

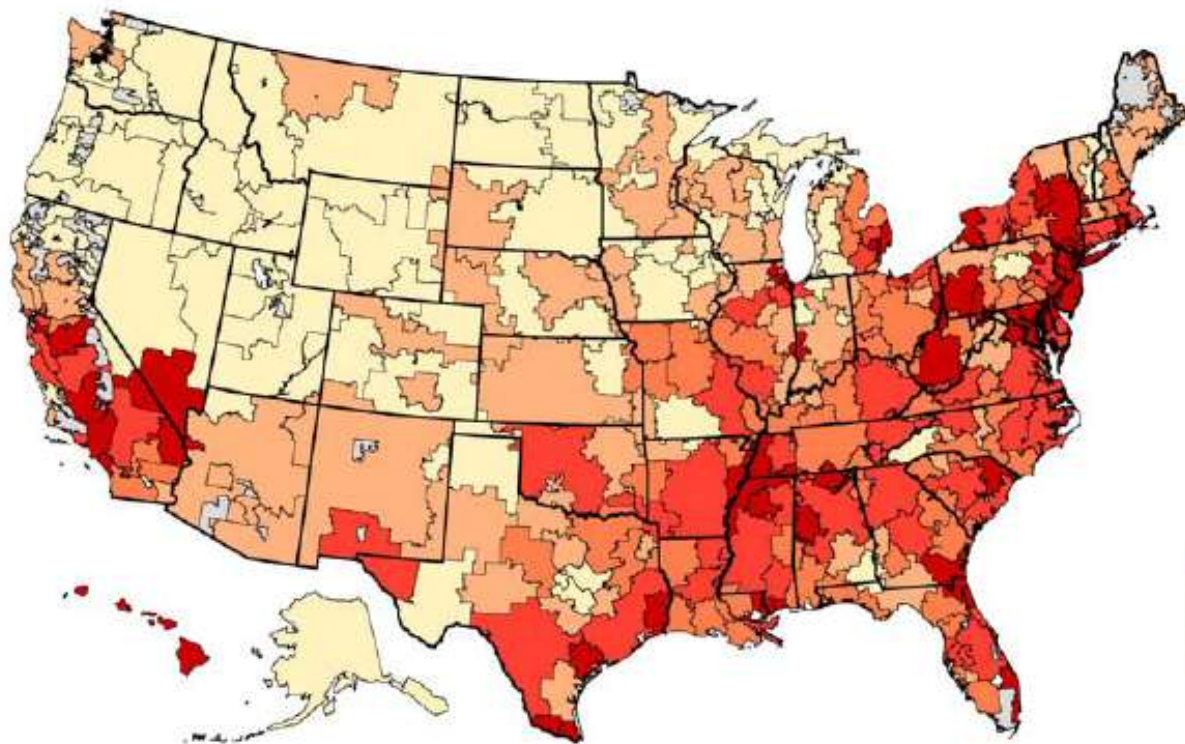


地図4: 病院圏ごとによる集中
治療入院に関わる死亡率
(2007)

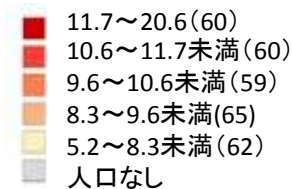


サンフランシスコ、シカゴ、ニューヨーク、ワシントン-バルティモア、デトロイト

死の直前6カ月間に 慢性疾患患者1人当たりが過ごす平均入院日数



死の直前6カ月間に慢性疾患患者1人
当たりが過ごす平均入院日数
HRRによる(2007年の死亡データ)



サンフランシスコ、シカゴ、ニューヨーク、ワシントン-バルティモア、デトロイト

地図6: 病院圏ごとによる、死の直
前6ヶ月間に慢性疾患患者一人当
たりが過ごす平均入院日数
(2007)

私達がすべきことは何か？

- 当時3つの対策がとられた。
- 終末期における患者の選択肢拡大（例：生前遺言及び／あるいは代理人の指名）
- 医師への研修の改善
- ホスピスや緩和ケア
- 40年経ったが、成果はわずかである。
－なぜ？

事前指示書は効果的か？

- 十分な指示が提供できていない
 - 曖昧すぎて明確でない:「もし私の死期が近づいたら」
 - 日常的な臨床的状况で役立つには医学的に特定されすぎている (例:「もし私が長期にわたって植物状態となったら」)
- 2005年に大統領生命倫理評議会が出した報告書でも、事前指示書の効果に懸念を表明している。
 - 「人の将来のケアについて明確に指示をしようとするのは、誤っていたり効果的でなかったりすることが多い」
- しかしその後の調査からは、指示書が使用された場合には、その真の価値を提供できることが示唆される。
 - 例えばTeno等の調査では、「事前指示書、蘇生禁止指示書及び人工的水分補給・栄養差し控え指示書は、経管栄養の低使用率と関連している」事がわかった。

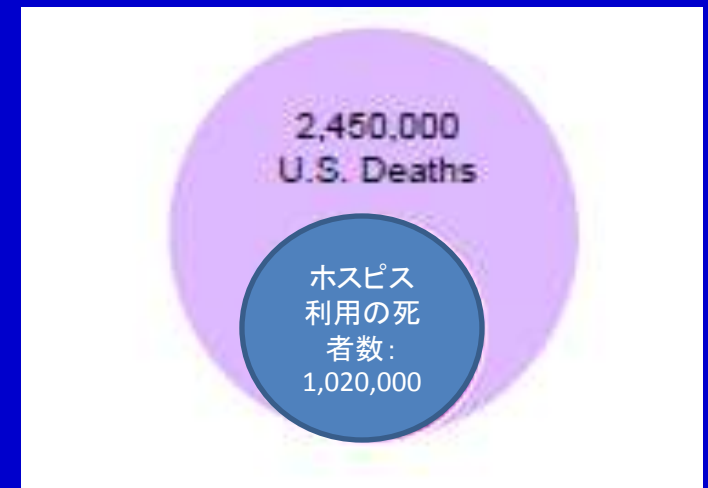
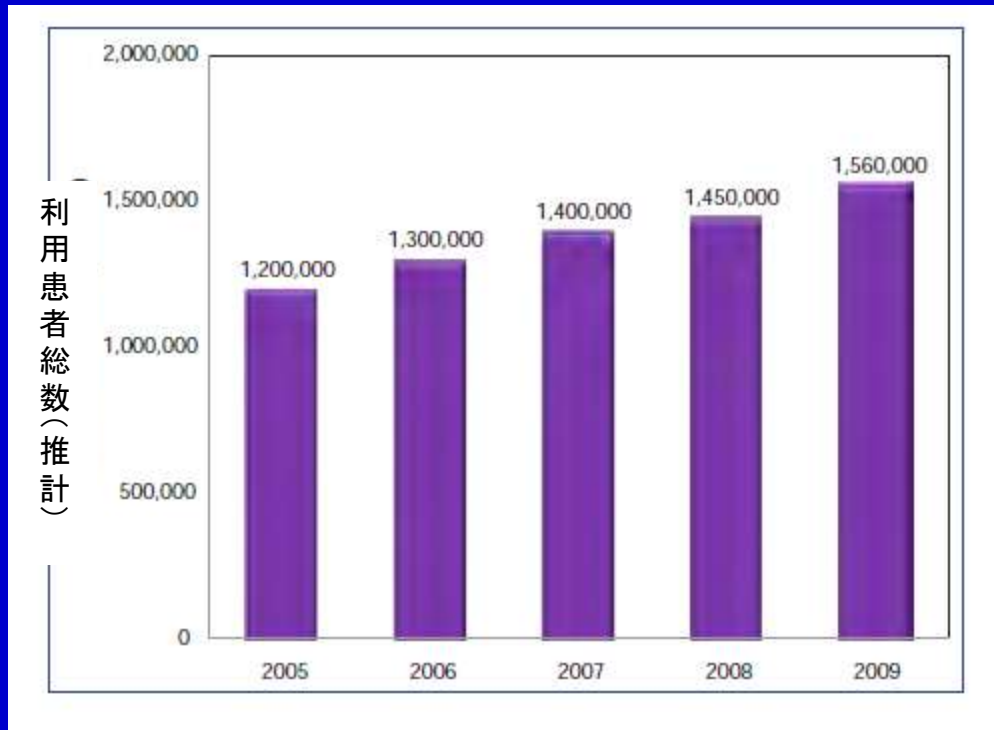
持続的委任状 (Durable Power of Attorney) が救いの手？

- アメリカ法曹協会の高齢者法律問題委員会及び大統領生命倫理委員会が、「持続的委任状」の利用を通じて「代理人」を活用することを推奨した。
- 医療委任状を手配しているアメリカ人は15%に過ぎず、生前遺言を準備している人(少数)の半数である。

ホスピスの展開

- 「ホスピス」という言葉は、1967年にロンドン郊外でホスピス(セント・クリストファー)を設立したシシリー・ソンドーズが作った。
- 1960年代後半に、エリザベス・キューブラー＝ロスの著書「死ぬ瞬間(On Death and Dying)」で、「尊厳死」が注目を集め、エール大学看護学部長だったフローレンス・ウォルドはソンドーズと共に働き、アメリカでホスピスを推進した。
- 重要な指標から、ホスピスが「主流」になりつつあることが確実に示されてきた。
 - ビル・クリントンの医療改革(実現せず)で保証給付に含まれた(1993年)
 - ホスピスケア記念切手発行(1999年)
 - ホスピス・緩和ケアへのアクセスに関する全国会議(2005年)
 - ホスピスに「世界的関心」を寄せてもらったための「世界デー」イベントが70カ国で開催(2006年)
 - ホスピスケアが終末期ケアのコストを削減することを主張する研究が増加

ホスピス利用は増加しているが、 いまでも限られている



National Hospice and Palliative Care Organization, 2010

アメリカのホスピスケアは どこで提供されている？

死を迎えた場所	2009	2008
患者の住居	68.6%	68.8%
自宅	40.1%	40.7%
ナーシングホーム	18.9%	22.0%
居住施設	9.6%	6.1%
ホスピス(施設)	21.2%	21.0%
急性期病院	10.1%	10.1%

Too Little, Too Late(少なすぎ、遅すぎ)

- ホスピスケアの平均利用日数は69日、中央値は21.1日
 - 半数は利用が3週間未満で、残りの半分が3週間以上
- ホスピス利用者のおお半が癌患者のため、死の3週間前、あるいは平均値である69日前まで、終末期であることがわからない、というのは考えにくい。

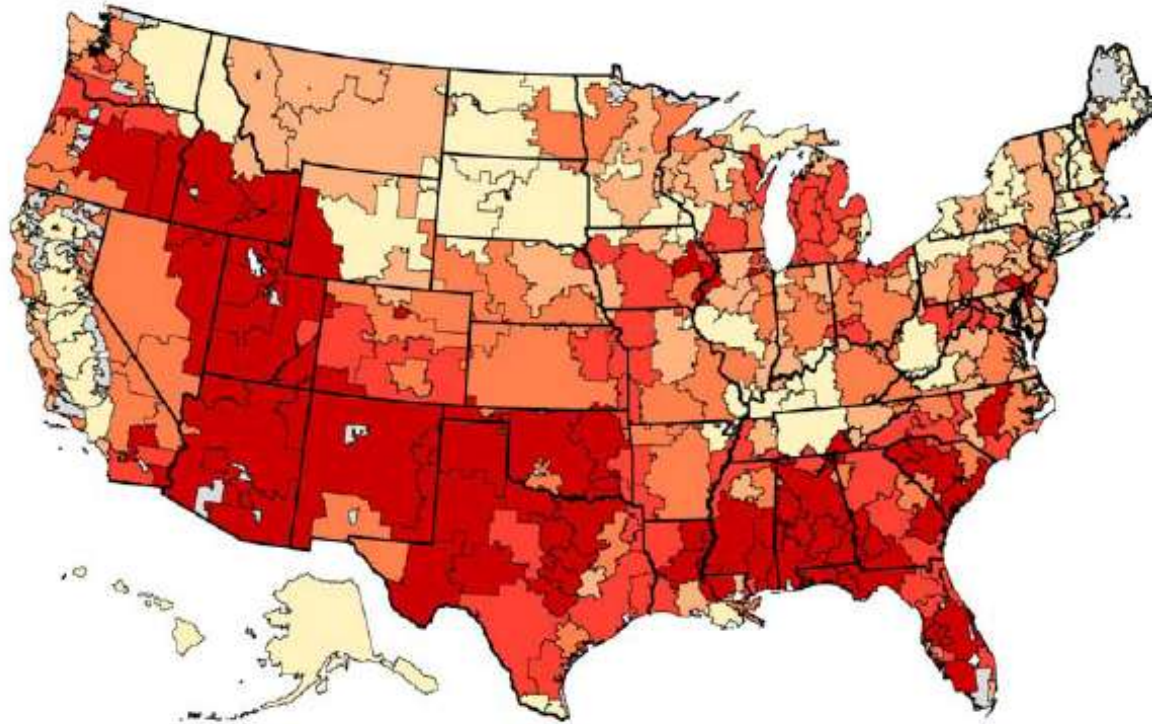
Too Little, Too Late(少なすぎ、遅すぎ)

- 心臓病の終末期患者に関する調査では、ホスピスサービスが徐々に増加していたのと同時に、費用がかかる集中治療の利用も増加していたことが分かった。
- ホスピスケアがコストを削減できる十分な証拠がある一方で、ホスピス前にかかるコストも計算されなければならない。

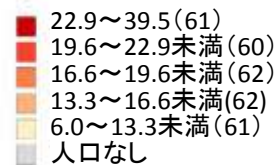
ホスピス利用の人種／民族格差

患者の人種	2009	2008
白人	80.5%	81.9%
多人種／その他の人種	8.7%	9.5%
黒人／アフリカ系アメリカ人	8.7%	7.2%
アジア、ハワイ、その他太平洋諸国	1.9%	1.1%
アメリカンインディアン／アラスカ先住民	0.2%	0.3%

死の直前6カ月で慢性疾患患者が ホスピスサービスを受けた平均日数



死の直前6カ月間における慢性疾患患者1
人当たりのホスピス利用平均日数
HRRによる(2007年の死亡データ)



サンフランシスコ、シカゴ、ニューヨーク、ワシントン-バルティモア、デトロイト

地図10: 病院圏ごとによる、死の
直前6ヶ月間における慢性疾患
患者一人当たりのホスピス利用
平均日数(2007)

緩和ケア

- 緩和ケアとは、患者の痛みに対処したり痛みを抑えたりするサービスの総称である。患者は同時に治療を受けてもよいし、終末期であってもなくてもよい。
- ホスピスケアは必ず緩和ケアを伴うが、緩和ケアはホスピスだけでなく他の場所（特に病院）でも行われる。

緩和ケアはコストを削減できるか？

- 最近の調査では、転移性非小細胞肺癌の患者対象の緩和ケアが、コスト削減につながったことを示している。
 - なぜ？このような患者達は、効果がほとんどない毒性の強い治療を受けるのをやめたから。
- 緩和ケアチームは在宅ケア支援を提供し、予防可能な患者の緊急入院を防いだ。

緩和ケア拡大の財政的バリア

- 直接的な利害対立：病院は終末期の集中ケアで収入をあげている。
- メディケア(とメディケイドの大半)には、病院内におけるホスピス・ベース以外の緩和ケアに対する特定の報酬カテゴリーがない。

緩和ケアに対する財政的バリア

- 緩和ケアはホスピスと同じではないが、混同されることが多い。
- メディケア・ホスピスプログラムに適用される規則は、早期の緩和ケア提供という目標を弱体化させるものである。
 - メディケアホスピス給付の対象となるには、患者は6カ月以下の余命の診断を受けなければならない。
 - 患者は、全ての治療をあきらめて、ホスピス給付のみ受けることに同意しなければならない。

緩和ケアへの財政的バリア

- 患者の大半は病院かナーシングホームで死亡するため、ホスピスプログラムは施設の医療専門職と調整を図らなければならない。
- ナーシングホームは、患者を緩和ケアに移行させることで、金銭的にペナルティーを課される。
- 質の評価指標は、ナーシングホームが患者を緩和ケアに移行させることを実践しにくくしている。

緩和ケアと慢性癌

- アメリカでは、以前に癌の診断を受けた癌生存者が1,200万人近くいる。
 - 早期癌の治療を受け、再発していない人
 - 長期にわたって治療を受けている慢性的な癌患者
 - 癌が再発しやすい人
 - 癌に関連した慢性症状のある人
- ホスピス外の緩和ケアは、入院での診察サービスの多い場合が多い
 - 外来は、これらの幅広いサービスへの一貫したアクセスが難しい。

モラルと終末期ケア

- 宗教の「権力者」たちによる露骨な干渉の事例なしに、アメリカの物語は終われない。
 - Terri Schiavo
 - オクラホマ州Tulsaの患者(2010年)
 - H.R. 3200の第1233項「Advance Care Planning Consultation(事前ケア計画協議)」

ケアの差し控え VS 中止

- アメリカでは法的にも倫理的にも区別されない。
 - どちらもケアを実施しないこと。
 - 延命支援の中止は、医師幫助自殺とは法的にも道徳的にも異なる。
 - 緩和を目的とした鎮静剤の使用は、(わずかであるが)死を早めることもあるが、これも医師幫助自殺とは異なる。

ケアの差し控え VS 中止

- 医療専門職は、違和感を「感じる」ことにより、ケアを中止する決定がしにくい。
 - この点を認めるのは重要。しかし、もし治療の差し控えが患者の望むことであれば、決定しにくいからと言って患者の要望に反することをを行うのは倫理的でない。

法的な障害を取り除く

- 法的な障害を取り除いた重大な判決
 - Quinlan (1976)
 - Saikewicz (1976)
 - Bouvia (1986)
 - Schiavo (2005)

法に関する誤った通念

- 緩和目的の鎮静剤使用、延命治療の未提供、または延命治療の中止により訴えられた病院やナーシングホームは、ほとんどない。
- しかし、上記の事が起こるのではないか、という不安だけでも、医療提供者が患者を一番に考えた行動をとりにくくするのに十分である。

死との勝利なき闘い

- CallahanとNuland: アメリカの医療・社会の文化 (New Republic)
- 良質な終末期ケアは、死を人間の状態の一部として受け入れる意思を必要とする。
 - 医療専門職による
 - 患者や家族による
 - 医療業界による

死との勝利なき闘い

死を人間の状態の一部として受け入れる、ということの意味

- 医療専門職にとって: 患者を健康へ導く以前の任務と同じように、患者の死への道に付き添うことが重要となる。
- 患者や家族にとって: 医療は結局、死から救えるものではない。
- 医療業界にとって: 高い費用をかけて命を数カ月しか(あるいは1年ほどであっても)伸ばさない新たなテクノロジーは役立たずである。
 - 高い医療費
 - 良質の終末期ケアの先延ばしを後押しする: まだあきらめるな、果敢に戦え

連邦政府政策と勝利なき闘い

- リチャード・ニクソン大統領が1970年に宣言した癌との「闘い」および、アメリカ国立衛生研究所の研究予算の急増。
- 死との闘いで犠牲となったことの一例：医療が、古くからの歴史があるケア・死を人生の避けられない一部として受け入れること・安らかな死を迎えられるように医師が可能な限りの全てを行う倫理的義務を忘れてしまった。
- 「技術的規範」は、死にゆく人の命を持続させるように出来る限りのことを行い、そのために使える技術を積極的に使う義務として、医師の間で幅広く理解されている。
- 比較的よく知られていない「技術的規範」：限りない医学的進歩を追求する、と想定された義務