

The Government of the United States of America, the U
Ireland, and the Union of Soviet Socialist Republics, her
Proclamation as the principal and the
competent arrangement under strict international control
Nations which would put an end to the armaments race
testing of all kinds of weapons, including nuclear weapo
test explosions of nuclear weapons for all time, determin

OCT. 2017 VOL.43 NO.10
三万人のための情報誌
2017年10月1日発行 | 昭和50年3月17日第三種郵便物認可
第43巻第10号通巻512号 毎月1日発行

選択 10



終末期「緩和ケア医療」の酷い実情

死ぬなら楽に死ぬ。苦しむなら治る。どつちかにしてもらいたい。苦しんだ上に死ぬなんて理屈に合わぬ——。映画「お葬式」でデビューし名作を生み続けた故・伊丹十三監督の至言は、治癒不能と診断されたがん患者の心奥に響く。そんな死に怯えながら、命の火をともす人を支える治療が緩和ケアだ。英国の医師シシリー・ソングが一九六七年、ロンドンにホスピスを開設したのが起源で、身体的な痛みだけでなく社会的、精神的、スピリチュアルな苦痛を和らげることが不可欠と提唱した。

緩和ケアは世界中に普及している。一九八六年には世界保健機関(WHO)が「がん性疼痛緩和ガイドライン」を発表し、鎮痛剤モルヒネの経口投与を推奨した。モルヒネは身体的苦痛を和らげる緩和ケアの柱だ。その後、終末期のがん患者は痛みの他にも、不安や不眠など多くの問題を抱えていることが明らかとなり、緩和ケアが確立した。早期から緩和ケアを受けた患者の方が二・七カ月長生きしたデータも発表されている。

二カ月で追い出される患者

その緩和ケアで、日本の評判はすこぶる悪い。英経済誌「エコノミスト」が公表した国際比較だと、日本は世界十四位と先進国で最下位レベルだ。「まともな緩和ケアが受けなければ、自分で必死に探さしかない」。首都圏のがんセンターに勤務する緩和ケアの専門医

はこう言い切る。かかりつけの患者が主治医に緩和ケアを希望したところ、宛名なしの紹介状を渡された。「自分で探せ」と同義語だ。だが緩和ケア施設は見つからず、その後、体調も悪化した。主治医に連絡すると「あなたは、もううちの患者ではない」と拒絶された。緩和ケアの看板掲げる病院に電話したが、緊急受診は受け付けないと言われた。外来予約は二カ月後。待つ間に、救急車で近所の病院に運び込まれる事態に——。

これは特殊な事例ではなく、日常の風景だ。緩和ケアは、がんが進行し、手術や抗がん剤治療が施せない患者を病院から追い出す格好の免罪符と化しているのだ。背景には、その制度設計の杜撰さがある。緩和ケアを実施できる施設の態勢整備の基準が極めて高く、大病院や国立がん研究センター(国がん)など大きな施設でしか満

たせない。ゆえに病床が少なく、ニーズに答えられないのだ。

具体的に説明しよう。例えば「緩和ケア診療加算」(一日につき四百点で、一点は十円)を申請するには、医師、看護師、薬剤師からなる専従のチームを配置しなければならない。一チームで担当できる患者は三千人以内に限られる。

これとは別に「緩和ケア病棟入院料の施設基準」を満たす必要があり、「緩和ケアを担当する常勤の医師が一名以上配置されていること」「複数の病棟において当該入院料の届け出を行う場合には、病棟ごとに一名以上の常勤医師が配置されていること」を義務づけている。さらに、緩和専門医だけでなく「精神症状の緩和を担当する常勤医師」、つまり精神科専門の常勤医を求めている。

これらの基準をクリアできる施設は少ないため、緩和ケア病棟はいつも満床で、院内の患者すら引き受けられない。終末期の患者は他の病院へ送ってしまうケースが大半だ。その結果、がん患者の八割以上は地元の中小病院で命尽きる。このような病院に「緩和ケア

病棟」はなく、患者は終末期をもたえ苦しむ過ごすことになる。

運よく大病院や国がんに入院できても、大往生できるわけではない。「入院したら、早く死んでしまわないと緩和ケア難民に逆戻りしてしまう」(緩和ケア専門医)。その理由は、緩和ケア病棟での入院期間が延びれば、入院基本料が下がるように診療報酬が定められているからだ。三十日以内は四千九百二十六点、六十日以内は四千四百点、それ以上は三千二百点だ。「多くの患者が二カ月で追い出される」と前出専門医は内実を語る。

モルヒネを使わせない薬価制度

厚労省は医師に広く情報を提供するのではなく、緩和ケア病棟の施設基準に「緩和ケアに関する研修を受けた医師の配置」を盛り込み、がん診療連携拠点病院を対象に毎年の「緩和ケア研修会」開催を義務づけた。これで得をするのは、国がんと日本緩和医療学会。研修会企画責任者は、原則として国がんか日本緩和医療学会が主催する研修会を受講していなければならぬからだ。

例外は、日本緩和医療学会が推薦し、

厚労省が「同等以上の能力を有する者」と認めるケース。厚労省は、この事業に二億三千万円の予算を措置した。国がんは厚労省の直轄組織で、日本緩和医療学会は「国がんの外郭団体」(元国がん幹部)。理事には三人の国がんの緩和ケア担当者が、名誉会員には垣添忠生・国がん名誉総長など国がんOBが名を連ねる。



終末期の苦痛を和らげるところか治療打ち切りの口実になる。

多くの医師に緩和ケアの知識を広めるのではなく、一部の専門家が手盛りの制度をつくったことになる。

日本の緩和ケアで問題視されるのは、モルヒネの使用量の少なさだ。WHOがモルヒネの使用を勧告して以降、世界の医療用麻薬の使用量は四十四倍に増加した。日本でモルヒネが普及しない原因は、皮肉なことにモルヒネの値段が安

いからだ。もつとも汎用される鎮痛剤オキシコドン十ミリグラム錠

の日本での値段は、二百六十円程度。米国では六十三ドル(六百六十〜千四百三十円)と高い。日本の医療用麻薬の使用量の少なさが指摘されても、製薬企業の腰は重い。「医療用麻薬は管理費などのコストがかかり、濫用が表面化するとメディアに叩かれるのに、単価が安く割に合わない」(製薬

企業社員)からだ。

日本では十分な知識のない医師が鎮痛剤のモルヒネを不適切に使い、重大な副作用を生じるケースも増えている。問題視されたのが昨年七月に死亡したタレントの大橋巨泉氏のケース。国がんから退院後、自宅の近くの在宅ケア医の診療を受けた。この医師からモルヒネを処方され、体調が悪化。国がんに再入院し、三カ月後に死亡した。因果関係は不明な点も多いが、夫人は「最後の在宅介護の痛み止めの誤投与がなければと許せない気持ちです」とコメントしている。在宅医療を推進する厚労省は本来、こうした医師にモルヒネの適切な服用を啓蒙すべきだが、

現行の研修事業では対象外だ。

厚労行政の失策で緩和ケアは特別な医師だけの医療行為という認識が定着し、多くの患者から緩和ケアを受ける権利を奪った。緩和ケアを望んでも、首都圏では二カ月以上も待たなければならず「緩和ケア棄民」が溢れる。死ぬなら楽に……。現世を軽妙に活写した伊丹監督の遺言とは程遠い凄惨な現実が私たちの目の前に広がる。