1件2000円「終末期相談支援料」は人生最大の屈辱 即刻削除しろ！

「年金」の次は衝撃の文書で追及する長妻議員

改めてことの経緯を振り返れば、衝撃的な2枚の文書が示されたのは、4月23日の衆議院厚生労働委員会でのことだった。

「終末期の判断」と題した1枚目には、「診断名」「病状」「治療効果が期待できないと判断する理由」「予測される生存期間」などの記入欄があり、「生存期間」の欄は「①2週間以内②1カ月以内③数カ月以内④不明」に○印をつけるようになっている。

後期高齢者医療制度について、本誌はこれまで批判し、その廃止を求めてきた。政府は猛然たる世論の反発を受け、その見直しを表明せざるを得なくなったが、その中でもここにただちに削除すべき問題が大きく横たわっている。老人たちへの延命措置打ち切りとも受け取ることのできる「終末期相談支援料」制度である。

「終末期医療における希望事項（リビング・ウイル）」と題した2枚目はさらに〝単純明快〟で、「輸液」「人工呼吸器」「蘇生術」など6項目の右側に「①希望する」か「②希望しない」の選択肢が示されている。

「終末期相談支援料」は、患者と家族と医師らが終末期の治療方針や延命治療の有無などを話し合い、文書や映像にまとめると患者1人につき2000円の診療報酬が医師に支払われるというものだ。

この制度が生まれる議論の舞台となったのは、厚労相の諮問機関「社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」。その委員で、野中医院（東京都台東区）の野中博院長が、その趣旨をこう説明する。

「支援料は医療現場で当たり前のようにやってきた作業を改めて診療報酬で評価しましょうということです。特別部会は何らかの文書を想定していたのではなく、文書作成に至るまでの過程を議論しました。もちろん患者さんの話をきちんと聞いていくことこそが患者さんの尊厳を守ることなのです」

冒頭の2枚の紙は、支援料の合意文書の一例として、厚生労働省が民主党の長妻昭衆院議員に出した全日本病院協会作成の文書なのである。

野党や患者団体は「患者の意思決定を無理強いすることになる」と批判を強め、厚労省は5日後の28日、患者の希望が確認できない場合は「不明」や「未定」としたままでも支援料を算定することを各都道府県に通知した。

「この文書はひな型ではありませんし、『不明』を選択できないので改良しないと使えません」（厚労省の担当者）

医者の〝便利な手法〟になる恐れも

厚労省は今となっては火消しに躍起だが、言うまでもなく、本当に問題なのは書式うんぬんではない。命の終わり方という「人間の尊厳」にかかわる極めて重大な問題が、こうも簡単に、突如として一制度の中に組み込まれたことにある。

「『終末期』ということがあまりにも安易に話されていると思います。心の準備のない家族は突然、『終末期』の話題を振られることがものすごくショックなんです」

そう話すのは、関東地方のある町で90歳近い母親を介護するAさん（67）だ。

Aさんの母親は最近、突然発熱し、総合病院で受診した。持病とは関係ない一時的な症状だったが、初対面の医師の言葉にAさんは衝撃を受けたという。

「母のいない診察室で『余命のことをご家族で話されたことはありますか』と尋ねられました。大した病気ではなかったので驚いたし、何でそんなことを言うのかと、はらわたが煮えくり返る思いでした。話を聞いた父もショックで寝込んでしまったくらいです」

支援料が導入されたからといって、医師が終末期と判断した患者に「2000円ほしさ」にいきなり治療方針の説明や相談を持ち出すことは考えにくい。ただ、各医療機関で合意文書のひな型が決まってくれれば、患者に大きな心理的ショックを与えるケースが起こりかねないと指摘する医師もいる。東京都足立区にある柳原診療所の増子忠道所長が言う。

「あってはならないことですが、いわゆるマニュアル世代の若い医者には、支援料が〝便利な手法〟になってしまう恐れはあります。がんの告知にしてもいきなり患者さんに言ってしまう若い医者がいるくらいですから……」

兵庫県尼崎市にある長尾クリニックの長尾和宏院長も、

「在宅医は死について患者さんと話す時、さりげなく、傷つけないように、ものすごく気をつかうものです。型にはめてしまうと患者さんがショックを受けることになりかねません」

と言うのである。

意思は間際でなくとも揺れ動く

だが、危惧すべきは「ダメなマニュアル医師」だけではない。増子所長が、続ける。

「患者や家族と終末期の治療方針について話し合うというのは、私たちが日常的に繰り返しやっていることです。ただし、合意文書には誰のための制度か――

だが、危惧すべきは「ダメなマニュアル医師」だけではない。増子所長が、続ける。

「患者や家族と終末期の治療方針について話し合うというのは、私たちが日常的に繰り返しやっていることです。ただし、合意文書には誰のための制度か――

せず、カルテに記載している。文書化することで、一度文書にしたからそれで決まりと患者さんが受け止めることに抵抗感があるし、文書が免罪符のようになって延命治療をしなかったり、病状が急変した時に入院させないという危惧が、現場にはあります」

2000円が算定されるのは患者1人につき1回限りで、一度文書にしたものは何度でもタダで変更できる。「患者の自発的な意思を尊重し」「意思の決定を迫ってはならず」「意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の十分な理解を得ること」という留意事項もある。

だが、現実はそう単純ではないのだ。

進行性の難病である筋萎縮性側索硬化症（ALS）という病気がある。ALSは病気が進行すると呼吸ができなくなり、人工呼吸器をつけて生きるかどうかの選択を迫られるが、母親を12年間介護し、昨年看取った日本ALS協会理事の川口有美子さんは、介護の経験から、リビング・ウイル（生前の意思表示）の作成の診療報酬化は取りやめるべきだと訴える。

95年にALSと診断された母親は、「呼吸器をつけないでほしい」という意思を文書にし、自宅の仏壇にしまっていた。その年の暮れ、

母親は体調が急変して救急搬送される。集中治療室に運び込まれるが、ろれつがまわらず、消え入りそうな声しか出ず、医師にも看護師にも意思が伝わらない。有美子さんが「助けて」と言うのをかろうじて聞き取り、気管切開して人工呼吸器が装着された。

母親はその後、自宅に戻り、71歳で亡くなるまでの12年を生きた。話はできなくても文字盤を目で指して家族と会話した。孫たちとの時間を楽しみ、短歌を詠み、旅行にも出かけた。

人生の最期が2000円なんて…

「もし文書を主治医に渡していたら、母の12年はなかったかもしれません。意識がはっきりしている時は介護してくれる家族への遠慮や、病状が悪化することへの不安から人工呼吸器をつけない選択をするALSの患者は少なくない。間際になって助けてくれと言うのは当たり前ですが、意識がはっきりした時の文書があると、もうろうとしてからの『助けて』は医師らに聞き入れられない危険性があります」

それだけではない。死の間際でなくとも、気持ちは日々揺れ動くもの。文書の内容を変更したいと思っても、

「病院に連れていってもらわないといけなかったり、医師らに集まってもらわないといけないため、自分のわがままで周りの人に迷惑をかけてしまうからと言い出せない状況は十分考えられます」

と川口さんは、危惧するのだ。

自宅で最期を迎えたいと言っていた末期がんの患者が、悪化すると痛みや苦しさに耐えられず入院を望むなど、死を目前にした人の意思がそれまでとガラリと変わるのは、病気や年齢によらずごく当たり前というのは、多くの医療従事者に共通する思いだ。

だからこそ、それを熟知した医師たちは支援料制度の導入で、患者が意思を変更できないという感覚にとらわれることを懸念し、コロコロ変わるのが当然なものを一つの文書にすることの意味に首をかしげるのだ。

医師すら「ノー」を突きつける

さらに、文書化で2000円を得ることに抵抗感がある医師も珍しくない。

「話し合うことを評価してくれるのはありがたいのですが、診療報酬の点数をとるのはヘンな話です。本人の意思として最期までこうしたいと表明するのは大事な権利だし、それを医者である我々がわかりましたと尊重するのは大事なこと。それはカルテに記載しておけばよく、点数をつけるのはあまりにも安易です」（前出・増子所長）

前出の長尾院長も違和感を抱く一人だ。

「支援料制度を使う気はありません。話し合うことは重要ですが、医者と患者の信頼関係の中で決めていくことなので、2000円をもらうのには抵抗がある」

入院患者の場合は「1時間以上、話し合いをする」ことが算定の条件だが、1時間の相談に耐えられる体力のある終末期の高齢者がどれだけいるのかにも疑問が残る。また、終末期は誰でも迎え得るのに、後期高齢者医療制度の対象となる75歳以上に限って支援料の仕組みが適用されるのも、おかしな話ではないか。

内科医でもある民主党の梅村聡参院議員は、さらにこう指摘する。

「2000円がほしいから話をしているのかと患者や家族から疑惑の目で見られるのは本意でないし、これまで同様の内容を書いていたカルテの公的文書としての重みがなくなってしまいます」

医師すらも「ノー」を突きつける問題だらけの支援料制度。「終末期」の定義すらなく、〝国民的合意〟とはほど遠い状況で、なぜ突如として登場したのか――。

「終末期医療」をめぐる国の議論は以前からあり、「患者と医師の合意内容を文書にまとめておく」との方針はすでにあった。簡単に経過をたどると、終末期医療のあり方についての検討会は1987年以降、およそ5年ごとに4回開催された。93年、98年、03年には意識調査を実施し、03年には、リビング・ウイルの考え方に約6割が賛成し、法制化への賛成は4割弱との調査結果を得た。

その後、富山県射水市民病院での人工呼吸器取り外し事件を受け、厚労省は06年9月、終末期医療の治療方針の決定に際し、「患者と医療従事者が十分な話し合いをし、患者が意思決定をして、合意内容を文書にまとめておく」とする初めての「ガイドライン（たたき台）」を公表。07年5月には、こうした内容のガイドラインが策定された。

合意文書の運用については議論の途上で、終末期の定義や、終末期医療をめぐる問題も、引き続き検討している途中だったはずだ。ところが、支援料はこのガイドラインなどを参考にするとされているものの、議論の真っ最中のものをいきなり診療報酬制度の中に組み込んだ感が否めないのだ。

民主党の山井和則衆院議員が、こう断じる。

「はじめに医療費削減ありきです。終末期の医療費を2025年度までに5000億円削減するためとしか思えません」

国には、自宅や介護施設など医療機関以外での死亡割合が倍増すれば、25年度には死亡前1カ月の医療費を5000億円削減できるとの試算がある。そして、本誌でも先週号で詳細に報じた通り、後期高齢者医療制度のバイブルとされる解説本には、

〈後期高齢者が亡くなりそうになり、家族が1時間でも、1分でも生かしてほしいと要望して、いろいろな治療がされる。それが、かさむと500万円とか1000万円の金額になってしまう〉

と、まるで「延命治療」が医療費を増大させるムダな要因と読みとれる記述もあるのだ。

それゆえ、唐突な支援料の登場は医師の目にすら、こう映るのだ。

「終末期の医療費抑制のために、患者から『延命しないでください』という一筆を取るのがそもそもの目的でしょう」（長尾院長）

「医療保険の財政危機を救いたいという動機があまりにもあけすけに見えるから、何を言っても受け入れられない。厚労省は財務省からの圧力に対して模範解答を出したのでしょうが、国民を無視している感じがするんです」（増子所長）

「在宅」すすめても受け皿は不備

病院で高度な延命治療を受ける高齢者を減らし、在宅で〝自然に〟息をひきとってもらおう。そうすれば、医療費の削減目標が達成できるのではないか……。そんな厚労省の思惑がちらつく「在宅へのシフト」は、支援料以外の場面でも高齢者を追いつめている。

最も分かりやすい例として表れているのが、高齢者が長期入院する療養型病床を11年度末までに約38万床から15万床に減らす同省の方針だ。国は在宅介護や老健施設などに移す方針だが、老健施設への転換は進まず、在宅介護の制度不備も指摘される。

「要介護度5以上の重度の人は、介護保険の支給限度額が低すぎて在宅介護は難しい」（増子所長）

結局は、おカネのない老人は十分な医療を受けられず、居場所を失うことになりかねないというのである。もはや、医療保険も介護保険も破綻寸前。たとえ高齢者をいじめて医療保険を救ったとしても、小手先の制度改正では介護保険にしわ寄せがいくだけなのだ。

前出の川口さんが言う。

「ALS患者の場合、延命しても家に連れて帰ると1週間くらいすると自然に亡くなる人が多い。自宅で死を迎えたい人はたくさんいますし、国も在宅をすすめたいのなら、看取りの公休制度を導入するなど他にやるべきことはたくさんあります」

在宅での最期を患者自身が望んでも、経済的理由や家族の問題などで、かなえられないケースはたくさんあるという。在宅、在宅と言って医療費をバンバン削っても、受け皿の整備が追いつかなければ、高齢者は人生の最終末で路頭に迷うだけだ。

「終末期医療の問題は感情的になりすぎても、政争の具にしてもいけません。議論を深めるきっかけになってほしい」（長尾院長）

というのは、まさに正論であろう。患者にも、医師にも、〝人生最大の屈辱〟を強いる支援料を国は診療報酬から今すぐ削除すべきである。

本誌・山根真紀