

アメリカの高齢者終末期医療制度の研究

慶應義塾大学医学部医療政策管理学教室 助手

篠田 知子



【スライド-1】

アメリカでは近年がん以外の疾患によるホスピスケアの利用が増加しており、高齢者の約4分の1が終末期のホスピスケアを受けています。日本ではホスピスという言葉は、「がん患者に対し行われる緩和ケア病棟での入院医療」というイメージが定着しておりますが、アメリカでは地域のホスピスケアチームによる在宅ケアが中心です。

アメリカにおける終末期医療制度の現状を、高齢者のための公的医療保険であるメディケアに焦点を当てて報告いたします。

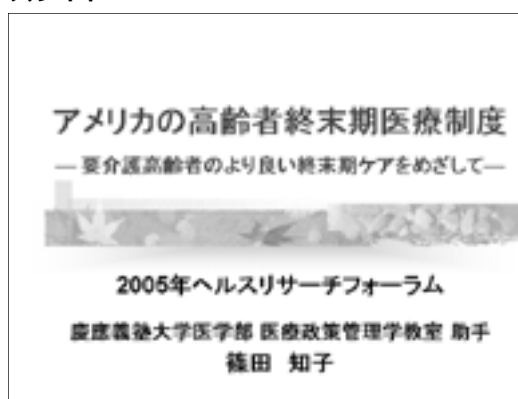
【スライド-2】

アメリカでは1970年代後半に、終末期を苦痛なく安らかに過ごすための包括的なケアであるホスピスケアを推進する気運が高まり、82年から高齢者のための公的医療保険であるメディケアからの給付が可能になりました。日本では「ホスピス＝がん患者に対しての入院医療」というイメージですが、アメリカではがん以外の疾患の患者にも提供されています。また、通常は入院医療ではなくて、地域のホスピスケアチームが自宅を訪問してホスピスケアを提供しています。86年からは、ナーシングホームなどの高齢者施設に入所している患者に対しても同様に、ホスピスケアチームがナーシングホームを訪問してホスピスケアを提供することが可能になりました。

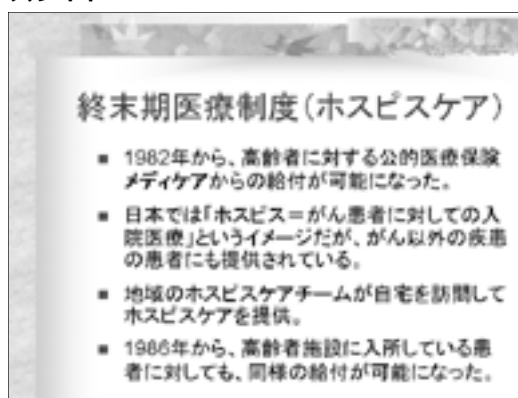
【スライド-3】

ホスピスケアの位置づけを示したシェーマですが、濃いグレーの部分が通常の治癒を目的とした治療で、治癒不可能な病気であるという診断がついた時点で、緩和医療の占める割合が増えていきます。ここまでが通常のメディケアで給付される医療サービスでして、余命6ヶ月という診断がついた時点でホスピスケアの給付が可能になり

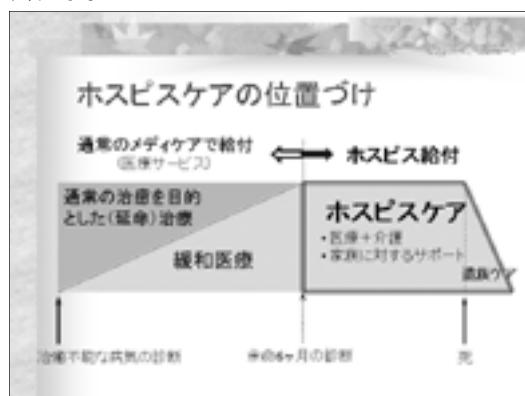
スライド-1



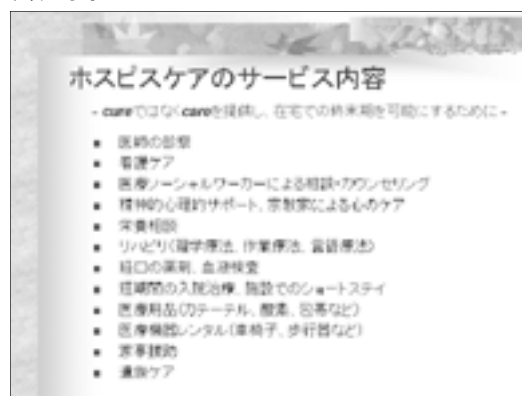
スライド-2



スライド-3



スライド-4



ます。

ホスピスケアというのは、医療の要素に加えて介護的な要素も加わり、また患者に対するサポートに加えて家族に対するサポートも含まれていまして、患者の死後は遺族に対する心のケアを提供をすることになっています。

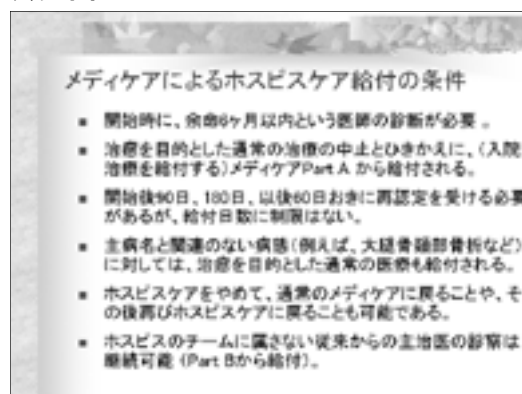
【スライド-4】

その具体的な内容ですが、cureではなくcareを提供し、在宅での終末期を可能にするために、ここにお示ししますようなさまざまサービスが提供されています。疼痛管理等の医師の診察、心のケア、リハビリなどの医療的な要素、ショートステイや医療機器のレンタル、家事援助などの介護的な要素、また、家族へのサポート、そして通常のメディケアでは給付の対象になっていない薬剤に関しても給付の対象になっています。

【スライド-5】

メディケアによるホスピスケアの給付の条件ですが、開始時に余命6ヶ月以内という医師の診断が必要で、治療を目的とした通常の治療の中止と引き換えに、メディケアのPart Aから給付されます。開始後定期的に再認定を受ける必要がありますが、給付日数に制限はありません。ホスピスケアを受けている間に、例えば大腿骨頭頸部骨折（高齢者の方に非常に多い骨折ですが）等が起きた場合、これは主病名とは関連がありませんので、この場合は骨折の治療費がメディケアの方から給付されます。ホスピスケアを止めて通常のメディケアに戻ることや、その後再びホスピスケアに戻ることも可能です。ホスピスのチームに属さない従来からの主治医の診察は、メディケアのPart Bの方から給付されますので、それも継続可能です。

スライド-5



【スライド-6】

ホスピスケアの種類を表したものが、患者の重症度やケアの必要度に応じ

スライド-6

ケアの種類	サービス内容	1日あたりの標準支払額 (possible range)	延日数
Routine Home Care	基本の在宅ケア	\$118	96.0%
Continuous Home Care	在宅で集中的ケアが必要な時	up to \$688 (\$29/hr)	1.2%
Inpatient Respite Care	施設にショートステイ	\$122	0.2%
General Inpatient Care	入院治療が必要など	\$525	2.6%

General Accounting Office, October 2004, Medicare Hospice Care, GAO-05-42, Washington, DC. General Accounting Office, 2004.

スライド-7



て、4種類のサービス内容が規定されております。ただ、基本は在宅ケア（Routine Home Careといいます）で、延べ日数をみますと、ほとんどがこのRoutine Home Careが提供されていることがわかります。それ以外は在宅で集中的なケアが必要な時のContinuous Home Care、またショートステイするためのInpatient Respite Care、入院治療が必要な時のGeneral Inpatient Careというカテゴリーがありまして、医療機関への支払いは1日あたりの包括払いとなっており、患者さんの自己負担はほとんどありません。

【スライド-7】

ホスピスケアを提供している事業者ですが、Hospitalに付随するもの、在宅ケア事業者に付随するもの、Nursing homeに付随するもの、ホスピス単独事業者がありますが、近年の傾向として、Hospital basedの割合が減っており、Free-standingの割合が増えています。

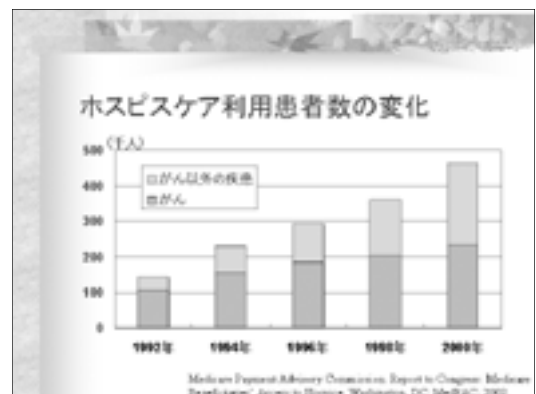
【スライド-8】

ホスピスケアの利用患者数を1992年から2000年までみたものですけれども、10年間の間に約3倍に増えておりまして、2000年にはだいたい46万人がホスピスケアを受けております。これはメディケアを受給している患者さんで亡くなった方の4分の1にあたりますので、高齢者の約4分の1がホスピスケアを終末期に受けていたことになります。

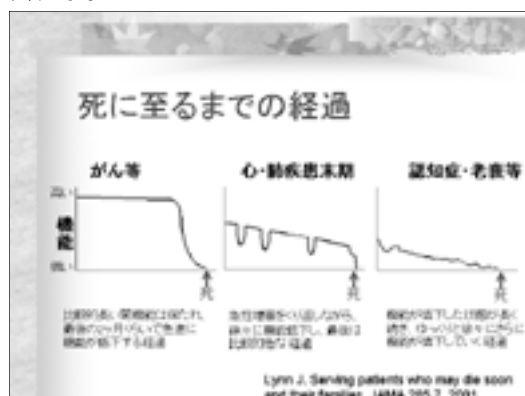
特徴的なのは疾患内容の変化でして、薄いグレーの部分でお示しております「がん以外の疾患」の増加傾向が著しく、今後もさらに増加していくことが予想されています。

がん以外の疾患というのはなかなかピンとこないのですが、慢性うっ血心不全や肺疾患の末期ですとか、腎不全、肝硬変、アルツハイマー病等も含まれます。こういった「がん以外の疾患」と「がん疾

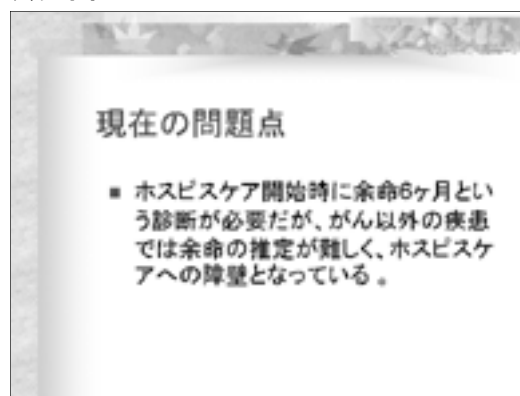
スライド-8



スライド-9



スライド-10



患」とを区別するということが政策上重要です。それをもう少しわかりやすく説明するために、死に至るまでの経過を3つのパターンに分けて説明いたします。

【スライド-9】

死に至るまでの経過を大きく3つのパターンに分けたものなのですが、がん等の場合は比較的長い間機能が保たれて、最後の2ヶ月くらいで急速に低下します。2つ目が慢性臓器不全の場合で、急性増悪のエピソードを何度か繰り返しながら機能が低下していきます。最後のパターンがアルツハイマー病等のパターンで、当初から機能がある程度低下した状態から徐々に機能が低下していきます。

このがんの場合は最後の低下が比較的急ですので、比較的余命の診断がつけやすいのですが、慢性臓器不全やアルツハイマー病の場合は徐々に低下していきますので、正確に余命の診断をすることが難しいことが、さまざまな研究から明らかになっています。

【スライド-10】

このことが現行制度の問題点となっておりまして、ホスピスケア開始時に余命6ヶ月という診断が必要なのですが、がん以外の疾患では余命の推定が難しく、ホスピスケアへの障壁となっています。

このため、終末期ぎりぎりになってホスピスケアに紹介されてくる患者さんも多く、利用者全体の約3割の方がホスピスケアの利用が1週間以内という結果になっています。

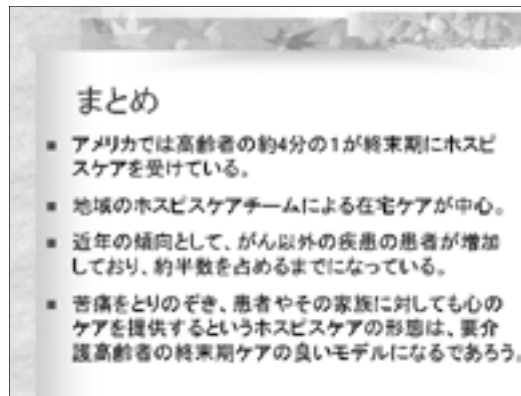
【スライド-11】

ホスピスケアによる positive な効果というのは多々報告されていまして、その1つがここにお示します在宅死の増加ということだと思います。ホスピスケアを受けておられた患者さんの約6割が自宅で亡くなっておられます。この濃いグレーで示しているのが病院死で、病院死

スライド-11



スライド-12



スライド-13



は10%程度に留まっています。これはアメリカのホスピスケアを受けていない患者さんや、他の先進諸国と比べましても、在宅死の割合が非常に高いということがわかります。ちなみに日本では病院で亡くなる患者さんが非常に多くて、約8割の方が病院で亡くなっておられます。

【スライド-12】

まとめです。

アメリカでは高齢者の約4分の1が終末期にホスピスケアを受けています。地域のホスピスケアチームによる在宅ケアが中心で、近年の傾向として、がん以外の疾患の患者が増加しており、約半数を占めるまでになっています。どんな疾患の患者に対しても、長年住み慣れた自宅や施設において、苦痛を取り除き、患者やその家族に対しても心のケアを提供するというホスピスケアの形態は、わが国においても要介護高齢者の終末期ケアの良いモデルになるであろうと思われます。

【スライド-13】

最後に謝辞ですが、留学先のハーバード公衆衛生大学院のデービッド・ヘミンウェイ先生をはじめとしてたくさんの方にお世話になりました。また、イエール大学やブラウン大学の先生方、現在の上司の池上先生にもアドバイスをいただきました。

最後になりましたが、今回の留学をサポートいただきましたファイザーヘルスリサーチ振興財団に心から感謝いたしますとともに、今後の貴財団のご発展を心よりお祈り申し上げて、私の発表とさせていただきます。

質疑応答

会場： ホスピスケアを受けている患者さんが、先生が例に出されましたけれども、例えば大腿骨頸部骨折という場合は一般の医療を受ける。これは割合短期間に回復するからよいのですが、ホスピスケアをやっている患者さんが誤嚥性の肺炎とか摂食不能になったときにどの程度の医療をするのか。例えば挿管して徹

底的に肺炎の治療をすとか、胃瘻を置いてそこから食事を入れるとか。そういうところはどうなのでしょう。日本だと徹底的にやりますが。

篠田： その辺は、医学教育といいますかmedical ethicsの範疇に入るかもしれませんが、アメリカでは、アルツハイマーでかなり認知機能の落ちた方に対しては、いろんなエビデンスの積み重ねでtube feedingはしない方がよいという教育が先端のアカデミック・メディカル・センター等では行われております。何を医療とするか、患者さんのケアのゴールをどこにおくか、何が患者さんにとって一番必要であると患者さんが考え、家族が考え、医療者が考えるかということが非常に絡んできます。

ホスピスケアというのは、comfortや、患者さんやその家族が良いと思う選択が大事にされるという一連の包括的なケアの概念でして、基本的にホスピスケアに入った時点で、最期の延命治療は受けないということが前提になっていることが多いです。advance directiveと言いまして、呼吸器をつけないですとか、心臓マッサージはしないとかというDNRを残しておられる率も、一般の方に比べると、ホスピスケアに入っておられる方は非常に多いです。

座長： 実際に肺炎になっても治療しないという数が、かなりあると解釈してよろしいのですか。

篠田： 肺炎にもよると思うのですけれども、dementiaの場合で誤嚥性肺炎をおこされるというのは、かなり末期であるというのが医師の共通の理解になっていると思いますので、それに関しては、どこまで治療するかというのは、ある程度事前に話し合いが行われていることが多いと聞いております。例えば経口の抗生剤まではいくとか、IVの抗生剤まではいくとか、いくつかオプションが示されまして、ある程度、事前にケアプランニングをしていこうということになっていると思います。

座長： 会場の先生のご質問は、病院の場合とホスピスケアの場合でどうか、それからまた日本と場合とどうかというご質問なのでしょう。

会場： ホスピスケアに移したあと、非常に多くの元気なdementiaのない人が誤嚥性の肺炎をおこすというのが非常に多いと思うのです。ですからそういう場合、我々はまず、訪問看護の看護師が行って点滴をやるのですが、それで採血してきて病院で調べて、CRPが上がってくると、「では入院」となる。それがほとんどです。この例でいうとホスピスケアも中断になってしまうのです。だけどそれをやめしまうと・・・

篠田： 中断にはならず、4つのレベルをお示しましたが、必要であるならば入院治療もします。

会場： 治ればまたホスピスケアに戻すということですか。

篠田： ホスピスには4つのレベルのケアがありまして、一時的に入院も可能です。ただ日本と比較する場合、日本は病院へのアクセスが非常に良く、入院期間も長いということで、なかなか単純な比較は難しいということと、あと制度上の問題で、アメリカの場合はナーシングホームといいましても、日本でいうところのかなりの医療ができますので、単純に比較できません。アメリカでは急性期の病院へ入院するというのはかなり悪い状態という印象を受けております。

会場： メディケアというのは確か65歳以上ですよ。そうすると65歳以下の人がホスピスに入る場合にはどこに。メディケイドなのでしょうか。

篠田： 65歳以下の方でもホスピスケアを提供する医療機関はたくさんあります。65歳以下の方の場合は、雇用主が提供する民間医療保険に入っていれば保険給付されます。

会場： メディケアではないのですね。

篠田： メディケアではありませんが、ホスピスケアを受けることは可能です。たいていの65歳未満の方が入られる民間医療保険は、hospice benefitを用意しています。

座長： がんの場合は比較的しやすけれども、末期の判定が難しいというお話でした。この認定というのは誰が行うのでしょうか。

篠田： 患者さんの元々の主治医の先生と、ホスピスケアチームのメディカルドクターの、2人の診断が必要です。

座長： これをレビューするところは特になのでしょうか。

篠田： レビューは、メディケアの機関（Office of Inspector General）で定期的に、かなり厳しく行われております。90年代終わりに一時的にホスピスを受ける人が急増しましたので、コストの絡みもありまして、かなり診断基準は厳しくなっているようです。