

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第1節 病気が変わり、「治療」とともに「生活」が重視されるようになってきている

1 「いかに病気や障害とつき合いながら日常生活を維持させるか」が重要になってきている

死因の60%を占めるがん,心疾患,脳血管疾患をはじめとする成人病など病気の多くには,現在のところ特効薬や根治療法がない。こうした疾病の増加は,高齢化の一面でもある。高齢者になるほど,病気やけがなどの自覚症状のある者の割合である有訴者率が高い。また,医療機関にかかる割合(受療率図3-1-1,3-1-2)や治療期間も,高齢な患者ほど長くなっている。現代人の多くが一生のうちで相当の期間,いわば病気とともに暮らしている状況になっている。しかし一方で,国民の約7割が病気とつき合いながらも自らを「ふつう」以上の健康であるという意識を持っている(平成4年国民生活基礎調査)。

図3-1-1 受療率の推移(人口10万対・入院)

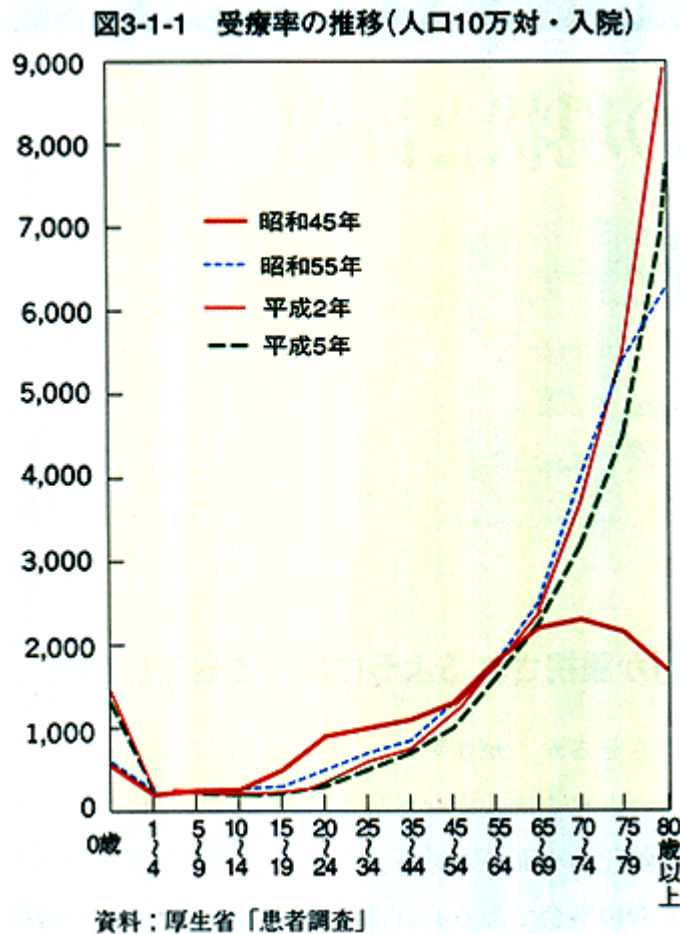
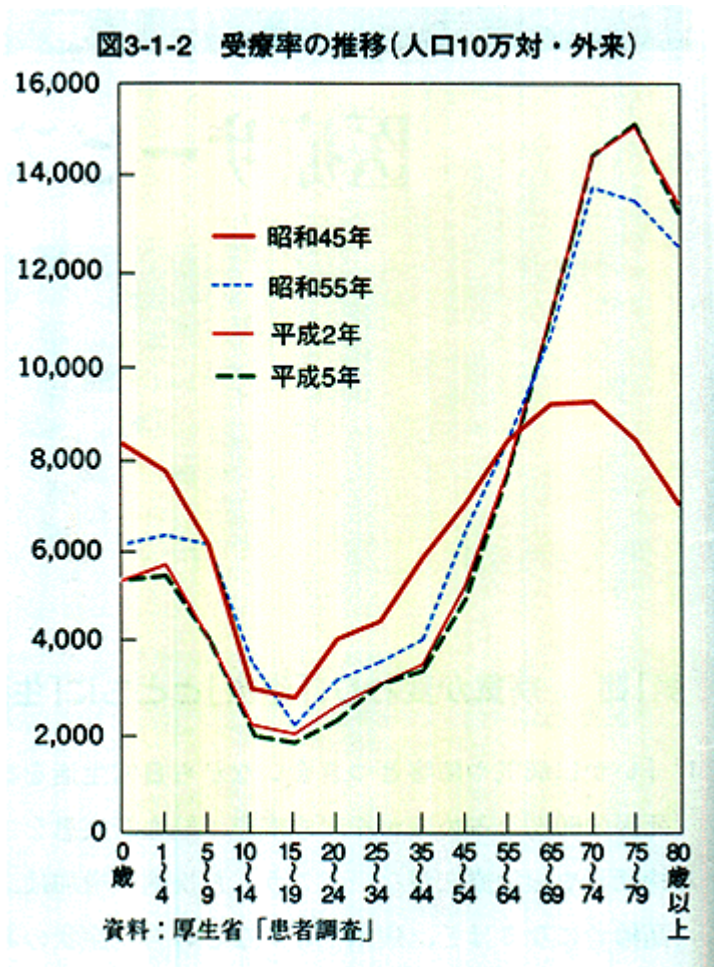


図3-1-2 受療率の推移(人口10万対・外来)



感染症が中心であった時代は、健康は病気の反対概念という考え方が一般的であった。病気にかかることは職場の第一線や地域社会からの離脱を意味していた。しかし、成人病の時代に入って、具合の良くないところを持ちながら通常の社会生活を営むというように、健康と病気の状態の境界が不明りようになってきている。

そしてまた、こうした生活の延長に多くの「死」が存在する。患者や家族は、急死に直面することは少なくなり、考えながら、考えさせられながら死に直面していくことになる。

高齢者にとって、心身が虚弱な状態であっても質の高い生活を送るためには、なるべく自立した生活を確保し、自らの持てる力を回復、維持させるという営みが必要となる。このためには、医療サービスを受けながら日常生活を維持することが重要となっている。つまり、医療サービスと福祉サービスなど他の社会サービスと一体となってサービスを提供すべきケースが増えてこよう。医療サービスが「治療」を中心としたものから「治療」とともに「生活」を重視すること、より具体的には、医療サービスを受けながらの療養生活の質の向上が求められている。従来の医療をより大きな枠組みの中でとらえる中で、医療の役割を考えながらどのように実現していくべきか、検討していかなければならない。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第1節 病気が変わり、「治療」とともに「生活」が重視されるようになってきている

2 病院における療養生活の内容と質を考えていく必要がある

患者が自宅から診療所に通ったり、訪問看護サービスなどを受けて自宅で生活できる場合は、日常生活を維持しながら医療サービスを受けることが可能になる。しかし、疾病や家族の状況からやむを得ず入院せざるを得ない場合、日常生活との断絶は小さくない。家族や友人との会話から始まりプライバシーの確保、あるいはお風呂の回数など全般にわたり、これまでの生活の中では異常ともいわなくてはならない状況が生まれることとなる。

急性期の医療、短期の入院であればやむを得ないのかもしれない。しかし、入院期間が長期にわたる場合、日常への復帰という医療の目的を達する意味からもできるだけ日常生活との断絶は小さくしなければならない。

(1) 病室や病床の環境も時代とともに変化している

こうした中で、近年、医療機関のアメニティの向上ということがいわれている。特に、療養環境が治療に与える影響を重視する病院関係者からの声は小さくない。

「アメニティ」という言葉は、都市における居住性や快適性の向上を目指す際の言葉として広く使われているが、快適さが人や時代によって異なるように、「アメニティ」の尺度や水準は生活水準や価値観によって変遷する。外国では、療養を送る場所に「ヒーリングアート」(いやしのための芸術)などが置かれ、文化的な側面が重視されるようになっている国さえある。

医療サービスの中で何がアメニティかを論じることは、アメニティ自体が相対的なものであることから容易なことではない。また、そうしたサービスの費用をだれが負担するかという議論に結びつかざるを得ない。こうしたことから、サービスを「必要、不可欠なもの(ネセシティ)」「快適性、利便性を増大させるもの(アメニティ)」「ぜいたくなもの(ラグジャリー)」に分けて費用負担のあり方も考える議論もされつつあるが、現在のところ明確な分類とコンセンサスがあるわけではない。しかし、今後の医療サービスのあり方を考える際に避けて通ることのできない問題である。

ヒーリングアート



ヒーリングアート

1) 生活空間としての療養環境

病院はさまざまな施設、設備からできている。患者が利用する病室、談話室・食堂・浴室などの生活関連諸室があるところが「病棟」と呼ばれる。病棟は医療機関の側からみれば、治療の場の単位として機能しており、病棟ごとに診療科が分かれていたり、ナースステーションが配置されたりしている。病棟の環境は、単に療養生活の快適性への影響にとどまらず、看護などの作業領域の確保、患者相互の感染を防止する空気容量の確保、患者の行動領域の拡大(寝たきり状態の防止)といった点からも重要なものとなっている。

ア 病室面積

病院の病室などの構造設備については、換気、防湿、清潔などについて衛生上必要な基準が定められている。患者1人当たりの病室の面積については 4.3m^2 以上(個室については 6.3m^2 以上)とされている。一方、疾病や医療の内容によってはさらに広い病室が望ましいことから、末期がん患者などが入院する緩和ケア病棟の病室について 8m^2 以上とするなど、別途基準が設定されている(後述94ページ)。さらに、平成4年の医療法の改正において、主として長期にわたり療養を必要とする患者のための一般病床として療養型病床群が制度化され、その病室の面積は患者1人当り 6.4m^2 以上とされた。また、医療サービスと日常生活サービスを併せて提供する老人保健施設においては、ゆったりと療養できる空間を確保することを目標に施設基準が定められており、病室面積は 8m^2 となっている。

実際の病院の病室の面積はどのようになっているのだろうか。一つの病室にいくつのベッドを置くかについては、6床室の割合が最も高くなっている。また、4床以下の病室割合は、「一般病床」では約半数を占めるが、「精神・結核病棟」「特例許可老人病院」では約3割強にとどまっており、逆に6床室超の病室割合は、一般病床では8%程度であるが、「精神・結核病棟」では約4分の1、「特例許可老人病院」では3割を占めている。

また、病室面積と病床規模についての関係を一般病床についてみると、1床当たりの病室面積は個室 12.6m^2 、4床室 6.4m^2 、6床室 5.6m^2 、6床室超が 5.4m^2 などとなっている(一般病床全体の平均面積は 8.5m^2)。

平均在院日数が全国平均を上回る病院(「長期」とこれよりも短い病院(「短期」)の病室を比較してみる

と、長期の病院は短期の病院に比べて患者1人当たりの病室面積が各タイプの病室面積ともひとまわり小さくなっている。因果関係を明確にすることはできないが、生活空間が狭くなっている施設では、平均在院日数も長期化する傾向がある。

図3-1-3 病質種別のレイアウトイメージ

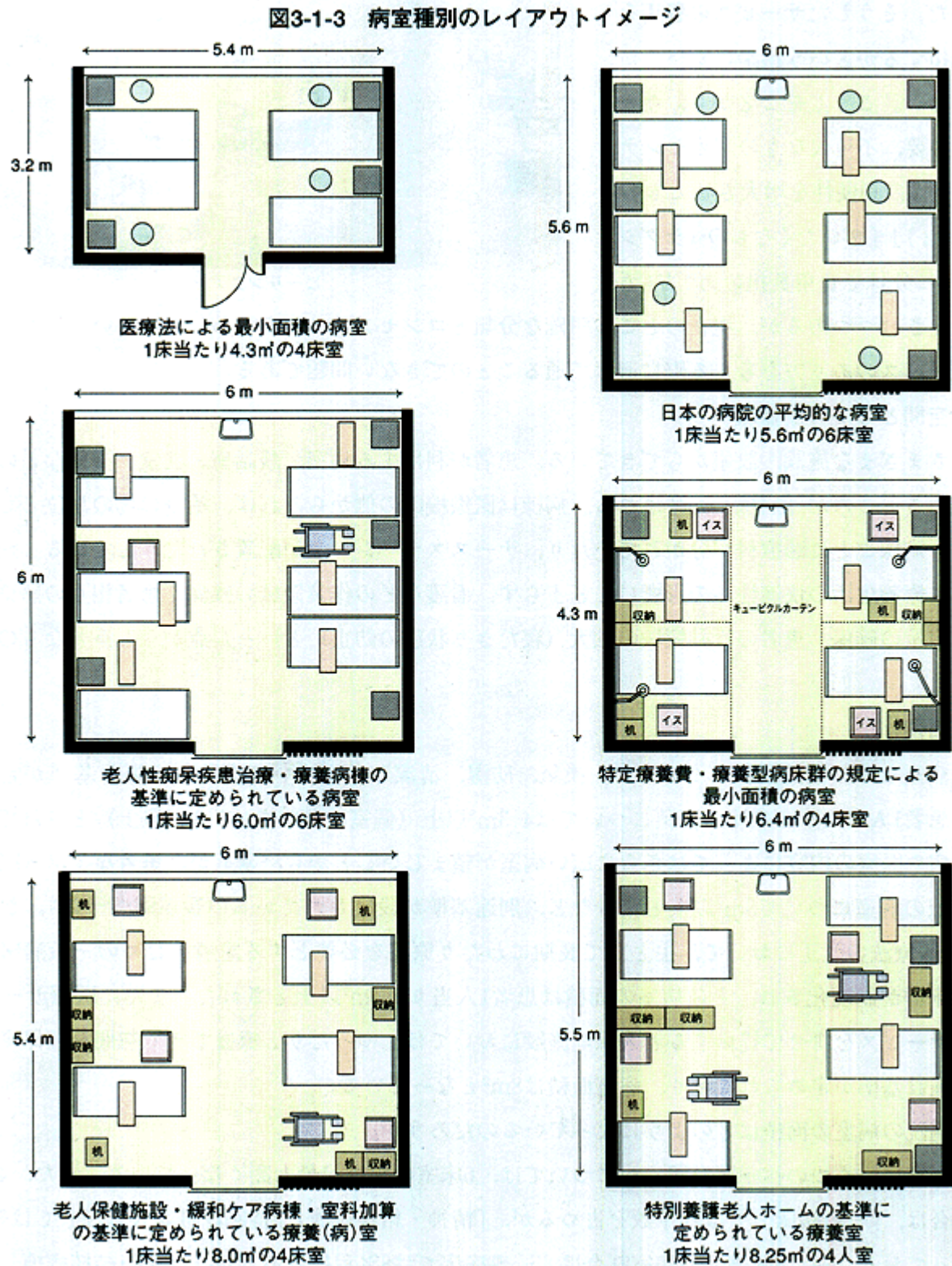


表3-1-1 病棟種別病床規模

表3-1-1 病棟種別病床規模

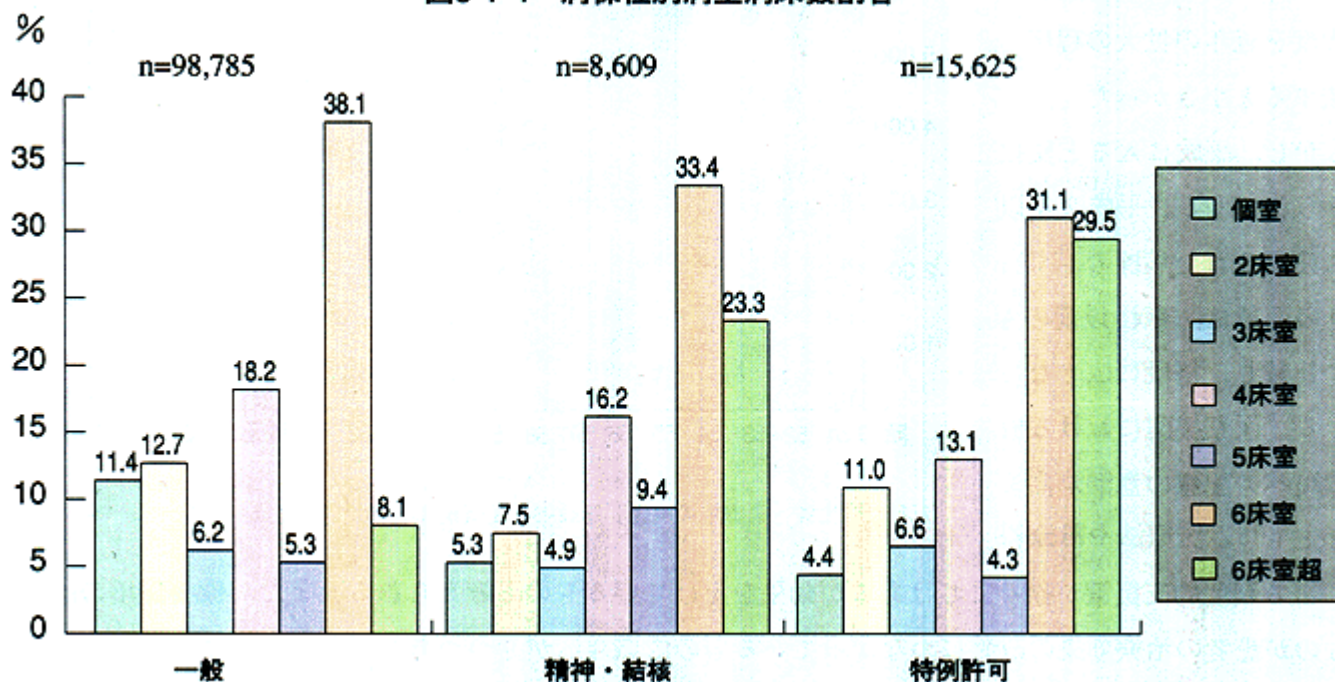
(単位：m²/床)

	長期	短期
一般	8.0	8.8
精神・結核	6.6	7.5
老人病院	7.1	8.7

資料：国立医療・病院管理研究所「高齢入院患者の療養環境に関わる研究」(平成4年度)より作成

図3-1-4 病棟種別病室病床数割合

図3-1-4 病棟種別病室病床数割合



資料：国立医療・病院管理研究所「高齢入院患者の療養環境に関する研究」(平成4年度)より作成

イ 病棟の面積

病室を含む病棟全体の面積は、1床当たり16.2m²となっている(医療施設調査(平成5年))。病棟はいわば住まいに当たる。住宅についてみると、1人当たりの面積は、31.2m²となっている(平成4年)。患者の状態や施設と住宅の機能の違いなどもあることから、面積の比較を単純に論じることはできないが、住宅面積に比べ病棟面積のほうが拡大速度はるかに鈍く、病院における生活空間の拡大は日常生活における居住空間の拡大ほどではなかった。

過去、医療機関には、二つの建築ブーム(昭和53年、63年周辺)があった。新・増築が行われ、大きな建設投資がなされた。しかし、1床当たりの病棟面積の拡大をみると、これら増床時期以外の間の伸びと大きな変化はない。病床数の増大はあったが、必ずしも患者1人当たりの療養生活空間の拡大に結びついていなかった。特に医療計画の実施によるいわゆる「かけ込み増床」といわれた時期、病床数は13万2千床増えたが、面積拡大の程度を近年の拡大の程度と比較すると小さかった。

表3-1-2 病院建設年代別患者一人当たり病棟面積

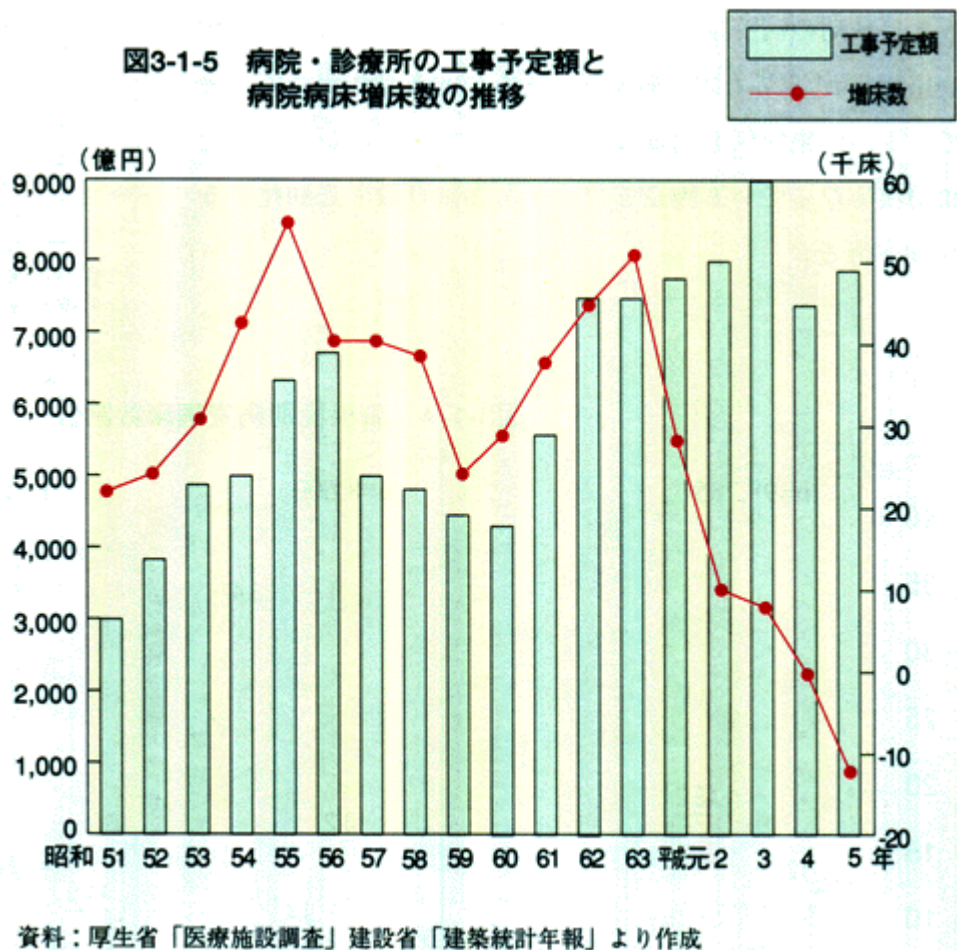
表3-1-2 病院建設年代別患者一人当たり病棟面積

年代	平成2(1990)年～	昭和55(1980)年～	昭和45(1970)年～	昭和35(1960)年～	昭和25(1950)年～
m ² /床	22.0	17.9	16.0	15.9	16.1

資料：国立医療・病院管理研究所「高齢入院患者の療養環境に関する研究」(平成4年度)より作成

しかし,平成に入ると変化がみられてくる。平成2年以降に建築された病棟の1床当たりの面積は,それ以前のものに比較し,格段に広くなっていく。医療機関における療養環境への配慮の意識が高まるとともに,医療法や診療報酬による制度的支援策が徐々にではあるが効果を上げているものと考えられる。また,療養環境の改善そのものが患者の治療効果の改善につながっているとの認識も広がりつつある。

図3-1-5 病院・診療所の工事予定額と病院病床増床数の推移



2) 民間病院の建築動向にも大きな波があるが,今日資金調達の問題となっている

病院の主たる建物を建築年代別にみると,昭和45年までに建設された病院が約4分の1弱,45年～55年までに建てられたものが30%弱,昭和55年～平成元年が40%となっている(医療経済実態調査)。建替えが建築後おおむね30年とすれば,今後5年ないし10年間で約2千もの病院で病棟の建替えの需要が出てくるものと

考えられる。こうした需要が顕在化し、実際の建築に結びつくことになると病室や病棟面積がかなり改善されていくものと思われる。問題は病院の投資余力である。平成5年に行った民間病院(国公立病院以外の病院)の経営実態の調査によると、約3割が病院の建替え時期がきているが、うち4割以上が資金調達のめどが立たないとしている。

表3-1-3は5年ずつの病院、診療所の建築着工状況(工事予定額)の推移をみたものである。建築単価も増大しており、工事予定額は相当程度増大してきている。工事予定額は毎年変動が大きく、注意してみる必要があるが、傾向的には総額に占める国の投資額は次第に減少してきたが、近年に至って増大してきている。都道府県の割合は国と逆の傾向をたどり、徐々に増大してきたが、近年は減少傾向にある。市区町村の割合は昭和50年代前半までは11%程度で安定していたが、その後急速に増大する。一方、民間の割合の動向は市町村の割合の動向と逆となっており、昭和60年以降は10%弱減少している。

表3-1-3 病院、診療所の建築着工状況(工事予定額)の推移

表3-1-3 病院、診療所の建築着工状況(工事予定額)の推移

(単位：千万円/%)

	昭和40-44年 (1965-69)	昭和45-49年 (1970-74)	昭和50-54年 (1975-79)	昭和55-59年 (1980-84)	昭和60-平成元年 (1985-89)	平成2-6年 (1990-1994)
国	379 (10.44)	667 (8.42)	1,696 (8.98)	2,044 (7.64)	2,920 (9.01)	4,094 (10.27)
都道府県	156 (4.30)	604 (7.62)	1,259 (6.66)	2,788 (10.42)	1,489 (4.60)	3,240 (8.12)
市区町村	423 (11.67)	828 (10.45)	2,161 (11.44)	3,540 (13.23)	4,942 (15.25)	7,641 (19.16)
民間	2,668 (73.59)	5,824 (73.51)	13,779 (72.93)	18,388 (68.71)	23,050 (71.14)	24,907 (62.45)
計	3,626 (100.00)	7,923 (100.00)	18,894 (100.00)	26,761 (100.00)	32,401 (100.00)	39,882 (100.00)

資料：建設省「建築統計年報」より作成

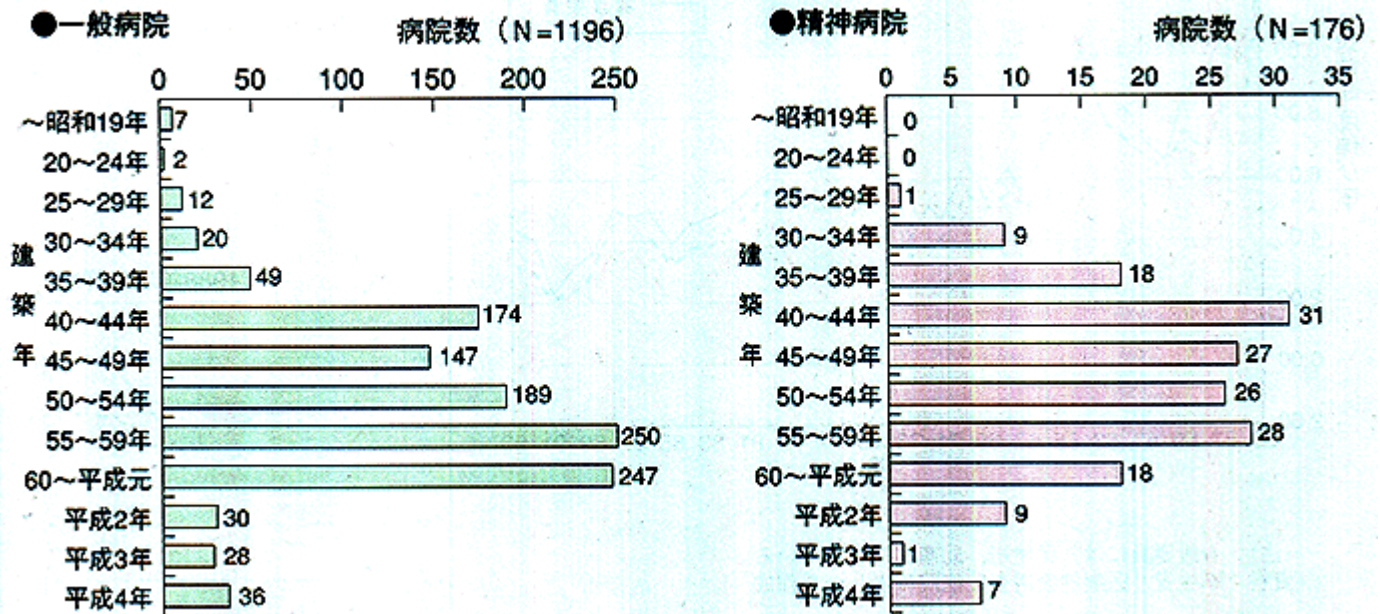
我が国の医療サービスの多くの部分が国公立以外の民間医療機関により提供されており、民間医療機関の提供する療養環境の質は、医療全体に大きな影響を及ぼす。また、民間医療機関の効率的な運営が医療保険制度を支えている。医療機関における収益率の低下傾向が懸念される中で、いかに老朽化した医療施設の近代化を図り、患者の生活水準の向上に合わせた療養環境の整備を図っていくかが課題となっている。

その際、地域によっては病床数が過剰であることや、一般病床の利用率が低下の傾向を示していることに留意する必要がある。また、国公立病院と民間病院が並存する地域では、相互に連携を図りながらそれぞれの役割を担っていく必要がある。

こうしたことを背景に、平成5年度からは医療施設近代化施設整備事業が実施されたほか、社会福祉・医療事業団による貸付けにおいて金利引下げなど融資条件の改善が行われており、診療報酬の面においても、療養環境加算の導入、病院病室面積に着目した施設や設備整備の改善に資するような措置がとられてきている。

図3-1-6 建築年別病院数

図3-1-6 建築年別病院数



資料：中央社会保険医療協議会「医療経済実態調査(医療機関調査)」(平成5年6月)

(2) 病院の人員配置の面からみた療養環境

医療サービスの多くは人により提供されるサービスである。この意味で、病院職員の数とその質はサービスの内容、質に大きな影響を及ぼす。我が国の病院の場合、他の先進諸国に比べ人員の配置が薄いとの指摘がある。こうした病院の従事者数の推移をみると、近年、看護婦、理学療法士、作業療法士などの数の伸びが著しい。統計が接続できる昭和62年と平成5年を比較すると、全体としては22万2千人、1病院当たり22.5人(123.7人→146.2人)増えている。

この間の病院従事者数の推移と病院施設数および病床数の推移をみる(図3-1-7)と、従事者数の伸び率が施設数・病床数の伸び率を常に上回っている。特に平成2年以降、病床数の伸びは鈍化し、近年では減少しているが、従事者数は引き続き増加している。従来は、病院・病床数の伸びに伴う病院スタッフ数の増が大きかったが、近年では、病床数とは関係なく人員が増加しておりサービス内容の向上が図られている。

表3-1-4は、開設者別にみた病院の100床当たりの従業者数の推移をみたものである。平成元年から5年にかけて総数78.0人から85.6人へ7.6人増加している。病床数の減も作用しているが、平成4年から5年の伸びが大きい。増加の内訳は、医師の0.6人、歯科医師0.0人、薬剤師0.3人だが、看護職員は5.5人と他の職種に比べ伸びが大きなものとなっている。看護職員の職員総数に占める割合は5割以上であるが、こうした相対的な大きさを考慮しても、看護職員の伸びは他の職員の伸びに比べはるかに大きい。

図3-1-7 一般病院の病床数,従事者数の伸び率の年次推移

図3-1-7 一般病院の病床数，従事者数の伸び率の年次推移

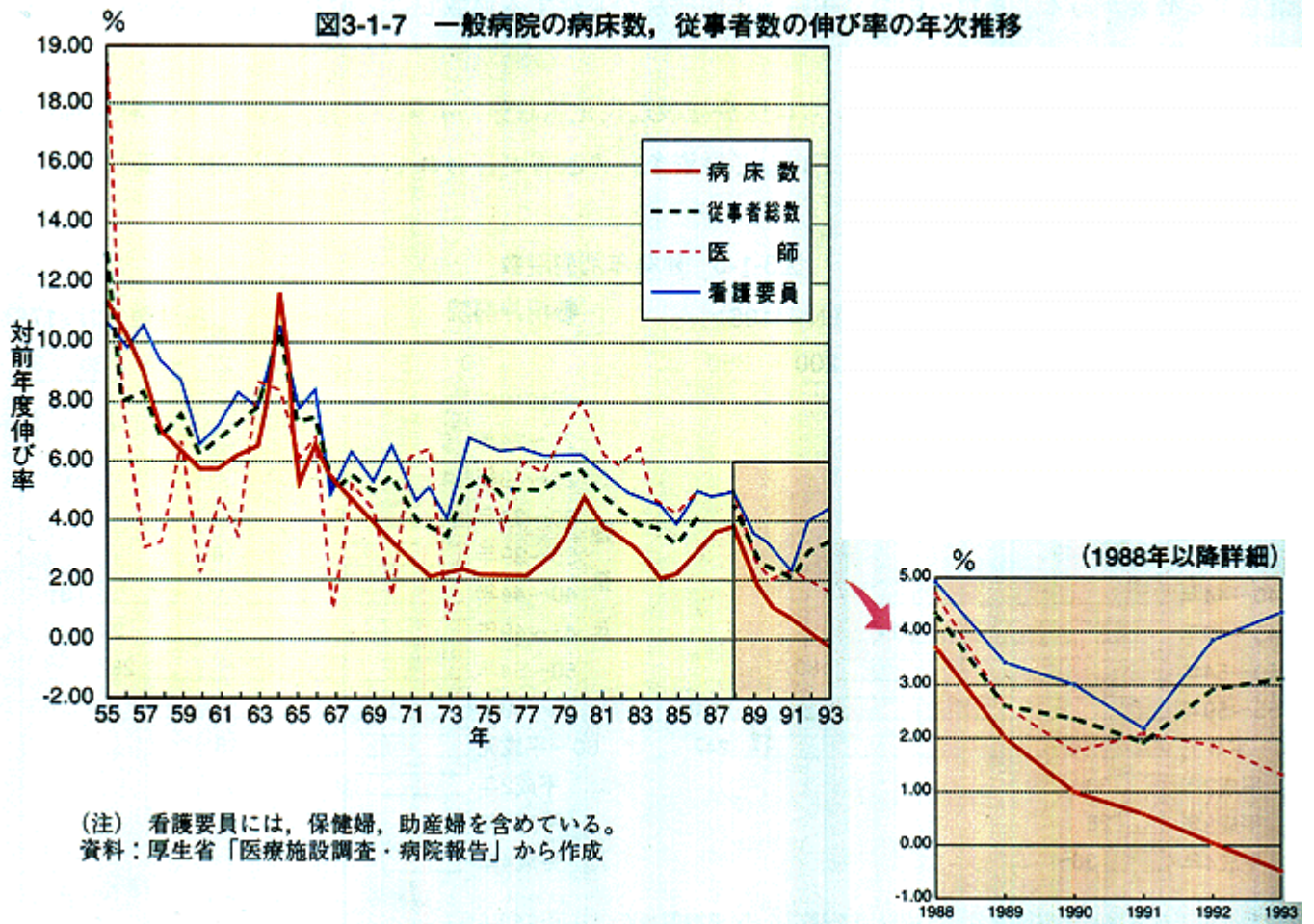


表3-1-4 開設者別にみた100病床当たり従業者数

表3-1-4 開設者別にみた100病床当たり従業者数

		総数	医師	歯科医師	薬剤師	看護職員									
						総数		保・助・看護婦		准看護婦		看護業務補助者		正准比率 (准看=1)	
						人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)	人数	割合(%)		
総数	平成元年	78.0	8.7	0.5	2.0	41.4	100.0	20.5	49.6	13.8	33.3	7.1	17.2	1.5	
	平成4年	82.6	9.1	0.5	2.2	44.6	100.0	22.6	50.6	14.1	31.7	7.9	17.8	1.6	
	平成5年	85.6	9.3	0.5	2.3	46.8	100.0	23.8	50.8	14.4	30.8	8.6	18.4	1.6	
国	厚生省	平成元年	65.9	6.0	0.1	1.1	38.1	100.0	25.0	65.7	6.8	17.8	6.3	16.5	3.7
		平成4年	69.2	6.2	0.1	1.2	40.5	100.0	27.4	67.7	6.9	16.9	6.2	15.4	4.0
		平成5年	70.2	6.4	0.1	1.2	41.3	100.0	28.2	68.3	6.7	16.2	6.4	15.4	4.2
	その他	平成元年	129.2	34.5	4.7	2.9	50.6	100.0	43.8	86.7	3.4	6.6	3.4	6.7	13.1
		平成4年	131.5	35.0	5.0	2.9	52.8	100.0	46.4	88.0	3.2	6.1	3.1	5.9	14.4
		平成5年	132.7	34.8	5.3	3.0	53.9	100.0	47.5	88.1	3.2	5.8	3.3	6.0	15.1
都道府県	平成元年	93.6	11.3	0.3	2.2	51.8	100.0	41.4	79.8	8.4	16.1	2.1	4.1	4.9	
	平成4年	97.9	11.9	0.4	2.3	55.6	100.0	45.3	81.5	7.8	14.1	2.5	4.4	5.8	
	平成5年	99.9	12.1	0.4	2.4	56.8	100.0	46.7	82.2	7.6	13.3	2.5	4.5	6.2	
市町村	平成元年	91.6	9.7	0.2	2.7	49.4	100.0	32.3	65.3	13.3	26.8	3.9	7.9	2.4	
	平成4年	96.0	10.3	0.2	2.9	52.7	100.0	35.5	67.4	12.8	24.2	4.4	8.4	2.8	
	平成5年	99.3	10.6	0.2	3.0	54.9	100.0	37.4	68.2	12.9	23.4	4.6	8.4	2.9	
社会保険関係団体	平成元年	102.9	11.8	0.3	3.0	52.6	100.0	36.0	68.4	10.3	19.7	6.3	11.9	3.5	
	平成4年	111.1	12.9	0.3	3.3	57.3	100.0	40.5	70.7	10.1	17.6	6.7	11.7	4.0	
	平成5年	114.4	12.9	0.3	3.4	59.6	100.0	42.7	71.7	9.9	16.6	7.0	11.7	4.3	
医療法人	平成元年	63.5	5.2	0.1	1.7	35.5	100.0	11.1	31.4	16.0	45.2	8.3	23.4	0.7	
	平成4年	68.5	5.5	0.1	1.8	39.0	100.0	12.4	31.9	17.0	43.6	9.5	24.5	0.7	
	平成5年	71.9	5.6	0.1	1.9	41.4	100.0	13.3	32.1	17.6	42.4	10.6	25.5	0.8	
個人	平成元年	66.0	6.1	0.1	1.9	35.0	100.0	8.7	24.7	17.8	50.9	8.5	24.3	0.5	
	平成4年	69.9	6.3	0.1	2.1	37.7	100.0	9.7	25.6	18.5	49.2	9.5	25.2	0.5	
	平成5年	72.2	6.3	0.1	2.1	39.8	100.0	10.3	25.8	18.9	47.6	10.6	26.7	0.5	

(注) 1. 看護師、准看護師はそれぞれ看護婦、准看護婦に含まれる。

2. 看護婦等の割合は、看護職員全体を100%とした時の割合

資料：厚生省「医療施設調査・病院報告」(平成元年、4年、5年)

看護職員の増には、労働時間の短縮のほか、看護サービスについては、より充実したサービスが提供される場合、より高い診療報酬(第2編保険診療の仕組み参照)が支払われるという背景がある。また、平成7年度末の付添看護の解消に向けた取組の中で看護職員を増やす動きがさらに促進されるものと見込まれる。

開設者別にみると、市町村(5.5人)、医療法人(5.9人)立などの病院で看護職員の増が大きい。しかし、看護職員についてさらに職種別に詳細にみると、都道府県、市町村、社会保険団体の病院においては、看護婦を増やす一方、准看護婦については減少させ、また看護補助者については微増にとどめている。こうした公的病院と逆の動きをみせていたのが医療法人、個人の民間病院であったが、民間病院については、平成4年から平成5年の動きが大きく、特に看護婦と看護業務補助者の割合を増大させ、急速に看護サービスの向上を目指している姿が表れている。

(3) 高い療養環境に対する患者と医療機関の意識

1) 質の高さを求め、選択を重視する患者

病院のアメニティについて行った意識調査によると、患者のアメニティに対する意識は、「現在のものがちょうどよい」が65.3%を占め、おおむね肯定的にとらえられている。ただし、調査対象15病院の多くが急性期の病院で、対象患者の多くが短期入院患者であることに注意しなければならない。一方、「改善してほしいものがある」と回答した者(27.4%)は「自宅並みの便利さ」を求めているものが過半数となっており、病室環境などについて「一点重点的に欲しいものを選べる」と回答した者も4割を超え、自分が重視したい事項、例えば病室環境や給食などについてはより質の高いものの選択を可能とすることについても根強いニーズがある(財)医療関連サービス振興会「医療関連サービス患者意識調査」平成4年)。

2) 「自宅並み」の便利さが医療機関の目標

病院側のアメニティに対する意識は、「病気やけがの治療のみでよい」とするところは皆無、現状を肯定する意識も2割に満たない。8割以上が「改善すべきものがある」と答え、うち8割近くが「自宅並みの利便さ」を提供したいと考えている。

その理由としては、「患者ニーズが高まっていると感じるから」8割、「医療もサービス業だから」約6割、「病院間の競争が厳しくなってきたから」3割となっており、病院も患者ニーズの高まりなどを受けて、顧客指向ないし市場指向を強めている。

そして、具体的アメニティとしては、病室および院内環境(病棟トイレ、廊下、浴室、談話室など)を改善するための面積の拡大が、課題の筆頭として認識されている。

(4) サービスの水準は国民が選択するもの

療養生活にどの程度の水準が必要なのかは、現に提供されているサービスの水準と個々の患者の生活状況や価値観によって左右される。医療サービスが通常のサービスであれば、その価格によって需要と供給の量が決まる。しかし、医療サービスは社会保険制度の下で提供され(第5章第1節参照)、価格も公定価格として決められている。

こうした仕組みの中で、提供されるサービスの水準が時代の要請に応じたものになることが必要である。生活水準の向上を背景とした療養環境をめぐる患者ニーズの多様化に対し、財源との関係を考慮しながらどこまでの水準の療養環境を保障するか、また、平等を旨とするがゆえにともすれば画一的になりがちな社会保険制度の下で、いかに患者の自主的な選択を尊重した、柔軟なサービスの供給を確保できるかが課題になってきている。

医療保険制度は、一人ひとり生活状況や価値観の異なる国民全層によって支えられる仕組みであり、こうした課題に対する明確な絶対的水準というべき答えは出し得ない。医療保険制度は最低の水準のサービスを保障するものではなく、それ以上のもの、すなわち国民が最適と考える水準を保障するものである。国民一人ひとりが費用や効率的な資源の使い方という問題意識を持ちながら選択していくサービスの水準が時代時代の解答である。その中で、実態をリードし、作り出していくのが医療専門家であり、専門家の責任は重い。こうした専門家が納得できる行動をし、納得できる情報を提供して初めて医療サービスの水準の論議ができるからである。

(5) 医療サービスの質の評価が重要になっている

病院の面積、従事者の配置などでサービスの水準を論ずることはできるが、それはあくまで外側からのもので、「適切な資源を適切に使用し、成果を出して患者の期待に応じているか」という、内容や結果に基づいたものではない。

医療サービスの内容と質の議論のためには、難しい課題であるが、それを評価する必要がある。医療サービスが専門性を有することから、専門家による中立的・客観的な評価が重要となっているが、わかりやすい情報として提供されることが求められている。

平成元年には病院自らが自己評価を行う前提で「病院機能評価マニュアル」が策定された。その後、病院機能評価について日本医師会をはじめさまざまな取組が活発化していたが、平成6年9月には、厚生省でも「病院機能評価基本問題検討会」による病院機能の第三者評価の基本的あり方についての報告が行われた。

この報告書では、質の高い医療を効果的に提供するためには、病院自らの努力が最も重要であるが、こうした努力を効果的なものとするために病院機能評価は有効であるとされている。このため、学術性・中立性を保持した第三者機関を通じての評価が必要とされ、その際、1)病院が地域において期待される役割にこたえているか、2)患者中心の医療が提供されているか、3)病院が将来に向かって発展する条件が備わっているかという視点が評価の基本とされ、地域住民に対して病院医療情報をできるかぎり提供していくという方向で検討すべきであるとしている。

平成7年度,この報告を受けて日本医療機能評価機構(仮称)という財団法人が設立されることとなっている。本機構については,患者や家族の立場からも医療サービスの内容を判断する重要な情報を提供する機関となることが期待されており,また,評価を通じて病院がより良い医療サービスを効果的に提供していくようになることが期待される。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第1節 病気が変わり、「治療」とともに「生活」が重視されるようになってきている

3 生活を支える視点から在宅医療を考え、拡充していく必要がある

(1) 「往診」から「訪問」へ変わる在宅医療

明治以降戦前まで、多くの医療行為が患者の自宅で行われてきた。医師の往診は一般的な形態であり、出生から死亡まで居宅は医療を提供する場であった。戦後、病院や診療所の整備が進み、また、道路の整備により移動が容易になるにしたがい、医療機関における入院や外来診療が増大し、居宅における診療は、急速に減少して行く。

訪問看護サービス



訪問看護サービス

しかし、成人病中心の疾病構造が定着すると、在宅で日常生活を送りながら医療サービスを受けることが重要になり、医療技術の進展がそれに対応することを可能にしてきている。今日の在宅医療の性格や内容は往診時代のものと異なってきている。

かつては「緊急時の単発的な往診」が一般的な形態であったが、近年は慢性疾患、あるいは末期や難病患者、老年期の患者に対する「中・長期間の医学的管理下における計画的な『訪問型』」在宅医療が増加してきている。「患者に呼ばれて」からではなく、「定期的に」患者を訪問診察・看護し、医療管理・指導といった役割が期待されている。また、在宅医療は医療サービスが、「生活の質(QOL)」を重視する方向へと変化している中で拡大している。

こうした動きと併せて、在宅医療を法的に整備し、制度的に支援する動きが進んでいる。平成4年に医療法が改正され、「居宅」が「医療提供の場」と明定された。また、平成6年に健康保険法が改正され、「居宅における療養上の管理及び看護」すなわち在宅医療、訪問看護サービスが医療保険のサービスとして明確に位置づけられるなど、医療機関がこうしたサービスを積極的に提供できるような条件整備が図られている。

在宅医療の普及を「社会医療診療行為別調査」における「在宅療養」でみると、入院外(外来)の医療費用に占めるその割合は昭和61(1986)年の1.08%から平成5(1993)年2.82%へと年々増加してきており、費用の面ではこの10年間で最も伸びたサービスとなっている(平成3年の診療報酬の分類に基づき推計。以下同じ。)。また、「在宅療養」(入院外)の回数(総数)でも、表3-1-5をみるように往診を除く計画的な訪問診療や訪問看護が大きく伸びてきている。

表3-1-5 社会医療診療行為別調査における[在宅療養]の年次推移

表3-1-5 社会医療診療行為別調査における [在宅療養] の年次推移

項目	昭和63年 (1988)	平成元年 (1989)	平成2年 (1990)	平成3年 (1991)	平成4年 (1992)	平成5年 (1993)
在宅患者診療・指導料(往診料除く) 回数(総数)	163,297	166,676	182,514	176,628	356,854	479,919
(対 前年伸び率)	—	2.1%	9.5%	-3.2%	102.0%	34.5%
往診料 回数(総数)	962,182	770,876	734,594	584,282	607,988	575,954
(対 前年伸び率)	—	-19.9%	-4.7%	-20.5%	4.1%	-5.3%
在宅療養指導管理料(老人デイ・ケア含む) 回数(総数)	130,983	424,466	198,456	227,432	246,539	312,438
(対 前年伸び率)	—	224.1%	-53.2%	14.6%	8.4%	26.7%

(平成3年診療報酬分類に基づく推計)

(2) 三つの分野に分かれる在宅医療の内容

「在宅医療」は大きく三つの分野に分けて考えることができる。一つは腎不全患者のためのCAPD(自己腹膜灌流)や口からものが食べられない患者に対する中心静脈栄養などを活用した「患者などが自ら医療技術を用いる在宅医療」、二つめは高齢者の「看護や介護が中心の在宅医療」、そして三つめは末期がん患者などに対する「在宅末期医療」である。

第一の患者などが自ら行う在宅医療であるが、入院して受けるような医療を、医師の指導の下で主として患者自身によって行うものである。「聴診器一つぶらさげて近隣のお医者さんが家に診にくる」といったかつての往診のイメージが大きく変わり、現在は「自己注射」「自己腹膜灌流」「在宅酸素療法」といったように在宅で用いることのできる医療技術の範囲、内容は多様化・高度化しており、今後さらにさまざまな技術、方向に発展していくことが見込まれている。

二つめの高齢者の看護や介護が中心の在宅医療へのニーズの高まりが、近年、在宅医療への取組が強化、支援

されてきている最も大きな要因である。在宅での受療を望む高齢者の患者数は多く、そして今後も増え続ける。

三つめのがん患者などの在宅末期医療については、高齢者同様在宅での受療を望む患者数が少なくないことと、患者や医師が苦しみを伴う治療よりQOLを重視する方向へと変化している中で拡大している。地域で先駆的に行われていた在宅末期医療が、平成6年の診療報酬改定で制度的に評価され、全国的に広がろうとしている。

(3) 在宅医療の拡大の背景には医療と患者意識の変化がある

医療提供の場の「医療施設から在宅へ」の広がりは、「疾病の治癒を目指す」ことに加え「疼痛緩和や精神的支援などを通常生活の場で行う」ことへ医療サービスの重心が変化し、医療が「治療」中心から「治療」とともに「生活」を重視するよう変化していることを意味している。また、これは、在宅という「日常の生活空間」において可能な範囲で受療し、疾病・障害とともに「家で暮らす」、あるいは最期は自分の家で死を迎える方途を「本人の意思で選択する」という「選択」が重要になってきていることを意味している。

20歳以上の世帯員の老後の不安に「健康の問題」が一番多くあげられており、さらに日常生活が不自由になった場合の対応を聞いたところ、「在宅で生活したい」との回答が男女とも最も多かった。理由には、「家族と一緒に住みたいから」が最も多く、次いで「住み慣れた家や友人から離れたくない」となっている。在宅で受けたいサービスとしては、「医師の定期的な往診」が最も多く、次いで「困った時にいつでも相談できること」「定期的な訪問看護」の順になっている(平成4年社会保障総合調査)。

在宅医療の普及、発展は、サービスの提供と受け手の意識変革を伴うものである。サービスの受け手は、日常生活に近づくことができる一方で、自己管理を求められ、自己責任を負うことになる。患者自身が、一層自らの健康・疾患に対する認識と理解を深めていくことが必要となる。サービスの提供者は、患者や家族がリスクを負う以上十分な情報を提供するとともに、患者や家族とさらに一体となって疾病に取り組むことを要請されている。

(4) 在宅医療にはさまざまな人や機関がかかわるようになっている

在宅医療サービスには、さまざまな役割を持った多くの専門家や機関がかかわっている。

表3-1-6にみるように、多くの専門家が在宅での医療サービスを提供している。昭和50年代前半までは、在宅医療といえば医師の往診のみであったが、今日では、保健婦、看護婦をはじめ、薬剤師、栄養士まで多様なサービスが提供できるようになっている。しかし、サービスが多様化されればされるほど、患者一人ひとりにサービスが総合的に提供される必要があり、医師や看護婦などのコーディネーターとしての役割は重要になってくる。また、患者の状態により地域における福祉サービスも基本的要素となるのでこれも視野に入れ、サービスを受ける側の立場に立った「一元化したわかりやすい地域サービス」としての対応が求められている。医療はその中でも特に患者の健康面について責任を負っており、医療関係者は、地域の在宅ケア・サービスの中心となって、保健・福祉の関係者とも協力し連携していかねばならない。

表3-1-6 在宅医療サービスの内容

表3-1-6 在宅医療サービスの内容

サービス提供者(資格)	診療行為等	提供するサービス内容
医師	往診	患者の家からの求めに応じて患者の家に赴き、診療を行う(定期的なものではない)
	在宅患者訪問診療、寝たきり老人訪問診療 在宅時医学管理	通院困難な患者や寝たきり老人に対し、計画的・定期的に訪問して診療を行う 通院困難な患者に対し、計画的に週1回程度以上の訪問診療を行うとともに、常時緊急時の連絡に対応する
	在宅末期医療総合診療、 寝たきり老人末期訪問診療	居家で療養中の末期悪性腫瘍患者等に対し、計画的な医学管理の下に定期的に訪問するなどして総合的な医療を提供する また、患者が家で亡くなった際には、死亡診断を行う(在宅看取り加算)
	寝たきり老人訪問指導管理	寝たきり老人等に対し、訪問して、計画的な医学管理を継続して行いつつ、患者やその家族に療養上の指導を行う
	訪問看護指示、老人訪問看護指示 退院前在宅療養指導管理	訪問看護ステーションに対して訪問看護の指示を行う 入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊する際、在宅療養に関する指導管理を行う
	精神科退院時指導	入院期間がひと月を超える患者の退院時に、患者や家族に対して退院後の療養上の指導を行う
	在宅寝たきり患者処置指導管理、 寝たきり老人処置指導管理 在宅療養指導管理	在宅で創傷処置等の処置を行っている寝たきり患者、寝たきり老人等に対し、処置に関する指導管理を行う 在宅で「自己注射」「自己腹膜灌流」「酸素療法」「中心静脈栄養法」「成分栄養経管栄養法」「自己導尿」「人口呼吸」「悪性腫瘍患者」「自己疼痛」の医療行為を行っている患者に対して、各治療行為に関する指導管理を行う
	寝たきり老人在宅総合診療	寝たきり老人等に対し、在宅での療養計画を策定し、計画的に月2回以上訪問して診療を行う また、安心して在宅療養ができるよう、24時間診療が可能な複数保険医による連携等を整備している(24時間連携体制加算)
	老人デイ・ケア 精神科デイ・ケア 精神科ナイト・ケア 精神科デイ・ナイト・ケア	運動障害または精神障害を持つ患者の心身機能の回復・維持(精神科の場合は、社会生活機能の回復)を図るため、患者1人当たり1日4時間を標準として個々の患者に応じたプログラムを作成し、プログラムに従った治療をグループごとに行う(精神科デイケアは1日6時間、デイナイトケアは1日10時間)
	歯科医師※	歯科訪問診療
保健婦、看護婦又は准看護婦	在宅患者訪問看護・指導 寝たきり老人訪問看護・指導 精神科訪問看護・指導 訪問看護療養(費)	在宅療養中の患者や寝たきり老人等に対し、診療に基づき、訪問看護計画によって保健婦や看護婦(精神科の場合は精神科ソーシャルワーカーも含む。)が訪問し(訪問看護ステーションからの訪問も含む。)、看護(サービス)や療養指導を行う
	寝たきり老人末期訪問看護・指導、訪問看護療養(費)	末期悪性腫瘍の在宅寝たきり老人等に対し、診療に基づき、訪問看護計画によって保健婦や看護婦が訪問し(訪問看護ステーションからの訪問も含む。)、看護(サービス)や療養上必要な指導を行う
	退院患者継続訪問指導	入院期間がひと月を超える患者の退院日から30日以内に、保健婦や看護婦が訪問して患者やその家族に対して療養上必要な指導を行う
薬剤師	在宅患者訪問薬剤管理指導、 寝たきり老人訪問薬剤管理指導	居宅療養中の患者や寝たきり老人に対し、計画的な医学管理を継続して行いつつ、薬剤師が訪問して薬学的な管理指導を行う
理学療養士・ 作業療養士	在宅訪問リハビリテーション指導管理、 寝たきり老人訪問リハビリテーション指導管理	居宅療養中の患者や在宅寝たきり老人等に対し、計画的な医学管理を継続して行いつつ、理学療養士や作業療養士が訪問して、動作能力や社会的適応能力の回復を図るための訓練について指導を行う
栄養士	在宅患者訪問栄養食事指導 寝たきり老人訪問栄養食事指導	居宅療養中の患者や在宅寝たきり老人等であって、特別食を必要とするものに対し、診療に基づき、計画的な医学管理を継続して行いつつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立によって実技を伴う指導を行う
歯科衛生士	訪問歯科衛生指導	歯科訪問診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士等が訪問し、患者やその家族に対して、患者の口腔内での清掃または有床義歯の清掃にかかわる実地指導を行う

(注) 歯科医師については、医師の行う退院前在宅療養指導管理および在宅悪性腫瘍患者指導管理についても実施できる。

在宅医療は、我が国の医療に新たな転換をもたらす原動力となる可能性を秘めている。できるだけ速やかな技術の導入、各種サービスの提供のネットワーク化とコーディネートシステムの確立などを図り、在宅医療サービスを拡充していく必要がある。

1) 生活の中で患者を支える「かかりつけ医」

在宅医療サービスが提供される場合は患者の居宅であるが、サービス提供の基盤は病院や診療所などの医療機関である。

一人の患者の医療ニーズを顕在化させ、適切なサービスに結びつけていくためには、医師など専門家の判断が必要であり、どのような内容のサービスが提供されるべきか、なかでも医師が重要な役割を担う。また、在

在宅医療においては定期的、計画的医療上の管理、指導という側面が重要になっており、医師が患者の日常生活の中につながりを持つことが必要となっている。

近年、「かかりつけ医」を求める声が高まっているが、かかりつけ医とは住民一人ひとりに身近な存在として地域ニーズにこたえていくものであり、地域の(初期)医療サービスの中核的な担い手として日ごろから気軽に健康相談にも応じ、必要があれば適切な専門医の紹介なども行い、幅広い視点で「生活の中で患者を支える医療サービス」を提供する医師である。在宅医療サービスの観点からは、必要な時いつでも連絡がとれ、適切な指示をしてくれることが期待されている。

2) 急速に拡大、充実する訪問看護サービス

近年、保健婦あるいは看護婦などの医療従事者が訪問看護制度を通じ、在宅医療サービス提供の担い手として大きな役割を果たしてきている。看護婦などは、欧米では100余年の歴史を有する在宅サービスの中核的人材であるが、我が国の訪問看護の歴史はそれほど古くない。先駆的な活動が一部の医療機関とその看護婦の手で行われていたが、病院や診療所から看護婦が患者を訪問する訪問看護が制度上初めて位置づけられたのは、老人保健法制定の年の昭和58年である。その後精神科訪問看護が診療報酬の対象となり、また63年には老人以外の一般患者にもサービスが拡大され、幅広く在宅療養者へのサービス提供が可能となった。

表3-1-7 保険診療における訪問看護の状況

表3-1-7 保険診療における訪問看護の状況

各年10月1日現在

	病 院 数		診療所数
	平成5年(伸び率:平成2年比較)	平成2年	平成5年
施設数(総数)	9,844(-2.5%) 100.0%	10,096 100.0%	84,128 100.0%
訪問看護を実施している施設数 (施設に対する割合)	3,347(22.6%) 34.0%	2,731 27.1%	8,326 9.9%
在宅患者訪問看護 (施設に対する割合)	2,273(25.6%) 23.1%	1,810 17.9%	4,363 5.2%
(再) 精神科訪問看護 (施設に対する割合)	514(29.8%) 5.2%	396 3.9%	180 0.2%
(掲) 寝たきり老人訪問看護 (施設に対する割合)	1,985(28.9%) 20.2%	1,540 15.3%	6,450 7.7%
その他の訪問看護 (施設に対する割合)	211(-10.2%) 2.1%	235 2.3%	612 0.7%

(注) 訪問看護ステーションが行う訪問看護は含まれていない。

資料：厚生省「医療施設調査」

病院や診療所が行う訪問看護サービス提供の実態は、次のようになっている。「訪問看護を実施している病院」は3,347施設(病院数の34.0%)であり、平成2年に比べ5年10月現在616施設、22.6%増加している。そのうち「在宅患者訪問看護」を行っている施設が最も多く、次いで在宅の寝たきりの高齢者などに対する「寝たきり老人訪問看護」の順になっている。「訪問看護を実施している一般診療所」は8,326施設(一般診療所数の9.9%)であり、診療所では病院と逆に高齢者の訪問看護が中心となっている。

さらに、平成4年4月からは独立した老人訪問看護ステーションが制度化され、こうした新たな事業主体から訪問看護サービスを受けることができるようになった。老人訪問看護ステーションは、患者からの申し込みを受け、主治医の指示の下ではあるが直接ステーションからサービスを提供し、老人保健制度から報酬を受けとることとなっている。医師、歯科医師、薬剤師以外が開設した組織へ診療報酬が流れる仕組みは、在宅医療の拡大の中でつくられた新しい流れであった。

老人訪問看護ステーションの事業所数は、平成5年9月末日時点で287か所であったものが、7年2月末日では658か所と著しい伸びを示しており、新ゴールドプランの中で12年をめぐりに5,000か所程度まで増やしていく予定となっている。こうした状況の中、老人訪問看護ステーションの充実・強化を目的とした改革が行われている。特に、平成6年10月からは難病、重度障害者、末期がん患者など高齢者以外の一般在宅患者へ適

用範囲を拡大した(第2編老人訪問看護事業参照)。

(5) 技術の進展が在宅医療を支えている

入院患者によっては、在宅医療技術の発展により在宅での受療が可能になり、疾病の種類によっては社会生活も健常者とほとんど変わりなく送ることができるようになってきている。新しい技術や機器の開発などにより、在宅医療サービスの範囲は広がっている。また同時に、在宅での療養は、入院以上に患者本人に自己管理が求められ、本人や家族の理解と協力が一層必要とされている。

現在、1)自己注射、2)人工透析、3)酸素療法、4)中心静脈栄養、5)経管栄養、6)自己導尿、7)人工呼吸、8)がんの鎮痛療法または化学療法、9)寝たきり患者処置、10)疼痛緩和の10種類の治療行為が往診や訪問診察・看護、末期医療やリハビリテーションなどとともに在宅医療の行為として位置づけられ、普及が図られている。特に広がりつつあるのは、3)の酸素吸入が必要な者のための在宅酸素療法、1)の糖尿病患者向けのインスリン製剤注射などの自己注射、5)の口腔からの栄養摂取が困難な者のための経管栄養である。2)についても腎不全患者などへの透析療法であるCAPD(自己腹膜灌流)は徐々に広がってきている。4)、7)、10)については患者の絶対数が少ないこと、機能性の問題などがあり広範な普及はこれからとなっている。今後さらに新技術や機器の開発により在宅へ治療行為の移行が進み、利便性も向上することによって患者のQOL改善促進が期待される。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第1節 病気が変わり、「治療」とともに「生活」が重視されるようになってきている

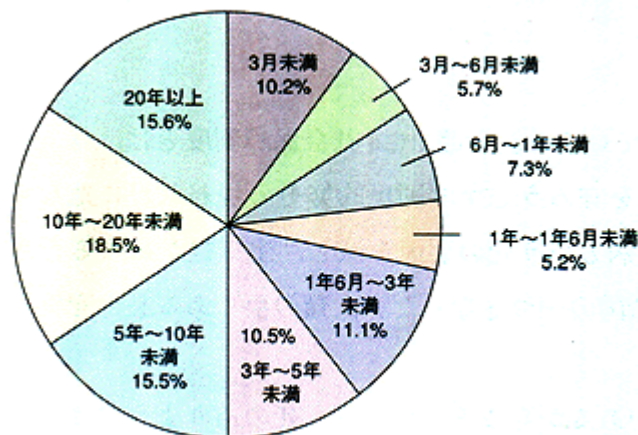
4 入院中心の精神医療が見直され、社会復帰を支援する精神医療の重要性が増している

日常生活とのつながりを重視する医療の一つに精神障害者の社会復帰を推進し、地域の中で患者をみていく地域精神医療がある。

現在入院医療を受けている精神障害者は約32万人と推計されている(平成5年患者調査)。精神障害は、入院の傷病分類別の構成割合の4分の1近くを占め(22.4%),循環系疾患に次いで大きな割合を占めており、特に65歳未満の入院患者における構成割合では最大の疾病となっている。一方、外来患者数は約10万5千人と推計されており、傷病分類別の構成割合では1.5%と、入院と比較すると小さなものとなっている。精神病院の平均在院日数は471日と他の病床に比べて極めて長く(平成5年病院報告),また日本精神病院協会が会員機関を対象として実施した調査では、5年以上の長期入院患者が全体の4割を超える状況にある。このようなことや、入院中の精神障害者のうち、数万人は条件が整えば退院が可能であるといわれていることなどを総合的に考えると、精神医療における課題は、地域における支援体制を整えつつ、いかに入院患者を社会生活へと復帰させるかという点にある。患者の入院生活が長くなると、日常の社会生活への適応性を一層損なうといった問題も指摘されており、社会復帰を支援する医療が求められている。

図3-1-8 精神障害による入院者の入院期間別分布

図3-1-8 精神障害による入院者の入院期間別分布



資料：日本精神病院協会調査（平成5年1月末）
（回答した病院の入院患者総数 244,228人）

こうした中、昭和60年代に入って、社会復帰施設、小規模作業所、グループホームなどの社会復帰の受け皿の整備が進み始め、「精神病院から社会復帰施設へ」、さらには「社会復帰施設から地域へ」という流れが

くられてきている。平均在院日数についても昭和55年の535日から、63年で509日、平成5年には471日と短縮化している。

医療技術面でも向精神薬の開発や精神科リハビリテーション医療の進歩により通院医療の役割が大きくなっている。昭和49年より精神科デイケアが、61年から精神科ナイトケアが診療報酬上も新設され、社会復帰が促進された。また、平成6年には社会復帰施設などに対して病院や診療所から患者の紹介が促進されるような診療情報提供料が新設されるなど(図4-2-2参照)、よりよい精神医療のための取組が行われている。また、社会生活を送りながら療養を続ける利点も数々認識されるようになり、精神科の診療所数も総数で2,644と、昭和62(1987)年から平成5(1993)年の6年間で1.5倍に増加し、比重は一層増大している。また、昭和61年から行われている精神病院などからの訪問看護に加えて訪問看護ステーションにおいても精神障害者に対する訪問看護が行われることとなり(平成6年10月より)、地域での支援システムも徐々に広がりを見せている。

以上のような精神障害をめぐる新たな状況を踏まえ、平成7年2月に精神障害者の社会復帰対策・福祉対策の充実、より良い精神医療の確保、地域精神保健対策の充実などを内容とする精神保健法改正が行われた。具体的には、精神障害者保健福祉手帳制度の創設、地域精神保健福祉施策の充実、社会復帰施設・事業の充実、精神保健指定医制度の充実などを図り、精神障害者の自立と社会参加を目指すとともに、従来の公費負担医療を保険優先の仕組みへと改め、保健福祉施策の充実を図ることとしている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第1節 病気が変わり、「治療」とともに「生活」が重視されるようになってきている

5 死亡者数が増え医療の役割が問われている

(1) 「死」をめぐる状況の変化と変わる医療

初の厚生白書は、「国民の生活と健康はいかに守られているか」と題し、「社会保障制度とは、言ってみるなら、『貧困と疾病の脅威からわれわれの生活と健康を守るうとする国民の努力の現われ』に他ならない」とした(昭和31年度版)。医療保障制度は貧困と疾病という死の要因を減じ、生を豊かにするための大きな役割を果たしてきた。我が国は、世界最高の長命国の一つとなった。人類の夢である長寿を実現することのできる国に近づきつつあるようにもみえる。

しかし、生物である以上必ずや死を迎える。生は死があるからこそ生であり、死のありようによって一人ひとりの人生が活かされる。長寿とは最期までいかに豊かに誇りをもって生きるかという問題ではないだろうか。

医療は多くの死に深くかかわっている。疾病の治療を追い求めるとき、死は医療にとって敗北を意味していた。長寿を求めるとき、医療こそ死を受け入れ、最期の人生にいかんにか貢献していくかに変化していかなければならない。

ここでは、日本人の死をめぐる状況を紹介するとともに、死と医療という古くて新しい課題について考えてみたい。

1) 国民の大多数が施設で亡くなっている

戦前、多くの日本人は自宅で亡くなっていた。

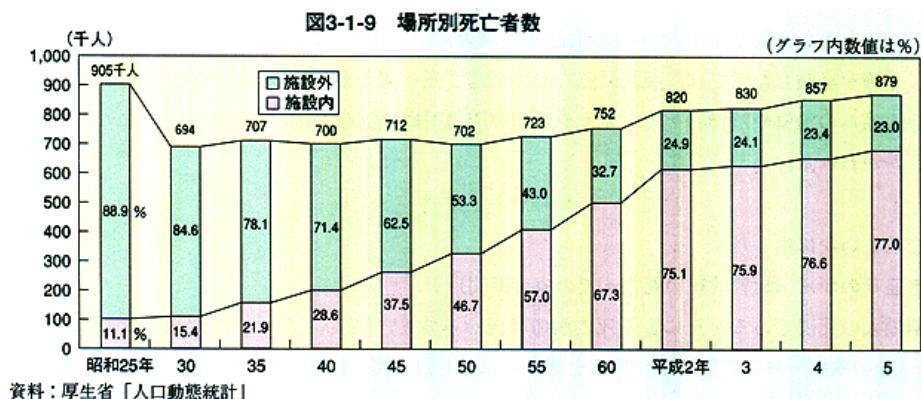
日本人の死亡者数が70万人程度で安定し始めた時代である昭和30(1955)年前後から、病院や診療所で死亡する者の数、また割合が急速、かつ着実に増加してくる。当時10万人強の人々が病院や診療所で亡くなり(15.4%)、55万人前後の人々が自宅で亡くなっていたが、平成5(1993)年には施設内で68万人弱が亡くなる一方、自宅で亡くなる者の数は約20万人となり、施設内死亡者の割合は77.0%となる。

この背景には医療機関、なかでも病院数、病床数の増大があり、施設内死亡者数の増加のほとんどを病院が吸収している。また、核家族化や高齢者世帯の増加に伴い、家庭における介護者が減少したことも原因となっている。なお、こうした要因も背景にあることから、地域によっても施設内死亡の割合は異なっており、都道府県別でみると最も高い北海道の87.1%から最も低い長野県の64.4%まで大きな差が生じている。

主な死因別に死亡場所をみると、がんについては施設内93%、自宅7%、心疾患では施設内70%、自宅30%、脳血管疾患では施設内72%、自宅27%となっており、とりわけがんによる死亡は施設内死亡が多くなっている。

死が家庭における出来事であった時代、子どもや青年たちも自分の親や肉親の死を身近に体験していた。死亡者数自体が少なくなるとともに、「死に場所の施設化」が進展した。死は家庭から切り離され、若い人々は死を身近に体験することが少なくなっている。家族や身近な人々の死をみつめることによって生命の大切さとはかなさを感じ、人生に思いを至すのであれば、医療の進歩は、日本人の人生観をも変えてきたのかもしれない。

図3-1-9 場所別死亡者数



2) 末期を過ごす場所の希望は自宅が多い

自分や家族が「がん」などで末期状態になったとき、最期の場所をどこで過ごしたいか、過ごさせたいかの希望をみると、自分の場合も家族の場合も「家庭」が過半数を超えるとともに「末期患者専門の病院」が1割となっている(平成2年度保健福祉動向調査(老人の医療と介護))。しかし、現実には家庭で亡くなることは少なく、また末期患者専門の病院も少ない。意識と実態とではかい離がある。

表3-1-8 がん患者介護経験の有無別にみた末期医療、看護対策に対する要望

表3-1-8 がん患者介護経験の有無別にみた末期医療、看護対策に対する要望 (単位：%)

がん患者介護経験の有無	自分の場合						家族の場合					
	総数	家庭	病院	親類の 宅	その他	特になし	総数	家庭	病院	親類の 宅	その他	特になし
総数	100.0	53.3	28.1	11.1	2.8	4.8	100.0	52.1	32.3	10.1	1.8	3.7
がん患者介護経験あり	100.0	45.7	35.1	14.7	1.9	2.6	100.0	41.5	42.1	13.2	1.1	2.1
がん患者介護経験なし	100.0	53.7	27.7	10.9	2.8	4.9	100.0	52.7	31.7	9.9	1.9	3.8

資料：厚生省「保健福祉動向調査」(平成2年度)

また、死亡者と介護を行った家族の間でも認識の差がある。

3大成人病による死亡者についてみると、3大成人病ともに死亡者の希望した療養形態で多いのは「外来通院または在宅療養」であるが、一方で、家族の多くは「医療機関へ入院しての療養」を希望している(平成6年人口動態社会経済調査の概況(末期患者への医療))。家族が「医療機関での療養」を希望した理由は、3疾患とも「急変時の対応を含め、安心して治療が受けられるから」が約8割である。一方、「外来通院または在宅療養」を希望した理由は「本人の希望だったから」が3疾患ともに約4割を超えており、また意識障害を死亡前に有していた者の比率が高い脳血管疾患では「家族の手で介護がしたいから」が約4割を超えている。

さらに、家族の中での介護の経験の差によって末期医療に対する認識は異なっており、介護経験がある者はない者に比べ、「今ある病院で痛みの治療や精神的な医療、看護を充実させてほしい」「今ある病院に末期患者専門の部門を新設してほしい」「末期状態に対する医療、看護を行う専門施設を病院とは別に整備してほしい」という要望が増大する(前記2年度調査)。

実際に介護を経験した者では、現状に照らして家庭で死を迎えることの難しさが認識され、病院での末期における痛みの治療や精神的ケアの充実や末期専門の医療体制の整備が望まれるようになってきている様子が見られる。

(2) 死亡前をいかに生きたか

1) 働き盛りのがん(比較的短い死亡までの療養期間)

壮年期最大の死因であるがんによる死亡前の状況をみると、「症状に気づいて受診した」が60.4%と最も多く、「他の疾病・外傷で受診中に異常を認められた」21.8%、「健康診査で異常を指摘された」11.5%となっている(平成4年度人口動態社会経済面調査報告(悪性新生物))。

また、死亡までの療養期間は、「6月未満」が25.2%、次いで「6月以上1年未満」が22.6%、「1年以上2年未満」が20.6%、「2年以上3年未満」が10.4%、「3年以上」が18.8%となっている。がんの種類によって生存率が異なることから断定はできないが、死亡までの療養期間が2年未満に相当多いことは、死亡者の多くが症状に気づいて受診した時には相当程度がんが進行していたものと考えられる。

介護者の感想

以下は、家族ががんで亡くなった介護者の早期発見についての感想である。

「1回目の発病の時、早く医師の診察を受けていればこのように早く死ぬことはなかったと思う。仕事が忙しく、またストレスが原因と思う。病院に行く暇がなかった、仕事大事で。病院ももっと大きなところに移したかったが、お金がかかるので勤め関係の病院でがまんした。3回目の時は手術のできない場所だったので、本人は入院した時から覚悟をしていたようで、ものすごい痛みをこらえながら自分のいなくなったあとのことをいろいろと指図をしていた」(50歳代後半男性の妻)

「末期の在宅療養のとき、腎臓が腫れて背中に穴を開けられホースを出して袋をつけられていましたので、お風呂につかることができないのでかわいそうでした。また、ホースが出ているところの傷の手入れを毎日するし、漢方薬を煎じたり、びわの葉の灸をすえたり、特効薬をとり寄せたり、いろいろと面倒をみましましたので、本人は「すまん、すまん」といつもいっていました。その後、台所で私は泣きました。もう少し早期発見できていれば、残念な気持ちでいっぱいです」(60歳代前半の男性の妻)

「本人も家族にも病気に対する知識が狭く、子宮筋腫の恐れがあるからと、もう一度検査に来てくださいと通知があったにもかかわらず、がんといわれると怖いなどといって1年近くほおっておいたことがやはり悔やまれます。付き添いで泊まってみて、初めて知った。病院での夜の長さ、何ともいえない孤独感……。病気だけでなくそういった精神的な面はやはり家族の力で支えてあげてきたつもりです。しかし、亡くなる3日位前にほとんど意識のない母に円形脱毛症ができていたのを見たとき、測り知れない不安や心配事があったのだなと痛感しました。母を助けてあげられなかったけれど、これから少しずつでも、がんで亡くられる方が少なくなるよう祈っています」(50歳代前半の女性の次女)

「働き盛りのがん死」より

2) 高齢期における死亡(医療や介護が必要な死亡前の状況)

高齢者の死亡時の受療状況をみると、「入院」が59.8%と最も多く、「往診」26.5%、「通院」8.4%となっている。年齢が高くなるにつれて「入院」の割合が減少し、「往診」の割合が増加する。特に90歳以上の者では「往診」が49.0%と、「入院」の40.4%を上回る。

また、死亡前床についていた期間をみると、「1か月未満」19.0%、「1か月以上3か月未満」17.4%、「3か月以上1年未満」24.8%、「1年以上」26.5%であり、「床についていなかった」者が12.3%となっており、死亡前に何らかの介護を必要とする者が大半である(昭和62年度人口動態社会経済面調査報告(高齢者死亡))。

老人医療に携わる医師の感想

施設の中で亡くなる高齢者に対する医療は、どのようなものになっているのだろうか。老人医療に携わる医師の間では次のようなことがいわれている。

「老年者は身体的精神的にいわゆる老化病態(老化性機能衰退)があり、その上に各種の病気、障害の変化が生じている。したがって、老年者の慢性病態は改善の万向に同かう可能性は少なく、根治療法の対象とはなりにくい。むしろADL(日常生活動作能力)の維持ないし向上、そしてQOL重視が主眼となる。

こうした老年患者について、どのような状態をもって終末期と判定するかというほど難しいことはない。

老年患者の特徴として個人差が大きく、また回復力が違う。かなり重症の肺炎に心不全を合併していて、だれがみても回復の見込みがなく、末期状態と思われる症例の中で、治療により回復し、以前のADLに復帰できる症例があることを経験しているからである。このため、急性悪化の際は何をおいても全力投球しなければならないというのが現場の感覚である。

しかしながら、基礎疾患にがんがあって全身衰弱が激しく、複数の医師がみても明らかに末期状態であると判定できる場合、または治療を行っているにもかかわらず胸部レントゲン写真および心電図の変化、呼吸状態および意識状態の悪化、基準以下の血圧低下があり、明らかに数日以内に死に至ると考えられる状態になったときは、家族と十分話し合いその意向を取り入れる配慮が必要と思われる。

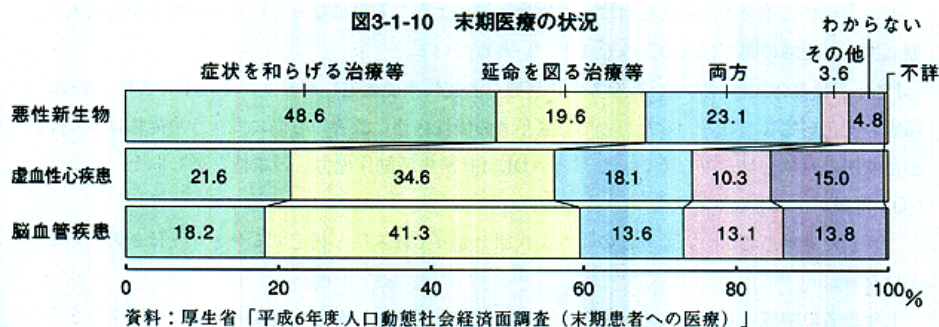
延命処置を望まずという希望が強ければ、苦痛をとる治療は行いが、一方、昇圧剤の投与は行わず、自然死の道をとることになる。家族が医療関係者の場合は、自然死を選択するケースが多いが、今のところ延命処置を望む家族が多いのが現状である。

老年患者の本人の意思を確認する方法はなく、ある程度家族の意思を尊重して終末期医療を行っているが、果たしてこれで良いのかどうか判断に迷うところも少なくない。」

3) 末期医療の状況

死亡者が亡くなるとわかってからどのような治療が行われたか、介護者は次のようにみている(図3-1-10)。がんでは「痛みなどの身体的症状を和らげる治療が中心だったと思う」が多く、心疾患や脳血管疾患では「可能なかぎり患者の命を図り延命を図る治療」が多くなっている。そして、その治療が主にだれの考えまたは希望であったかをみると、がんの「症状を和らげる治療等」で「家族」が30.0%と「医師」の24.8%を上回っている以外は、いずれの治療でも「医師」が多くなっている(行われた治療に対する家族の感想は、実際は3疾患ともに「非常に満足であった」「どちらかという満足であった」と「満足」とするものがほぼ4人に3人となっている)。

図3-1-10 末期医療の状況



一方、死亡者本人の療養中の悩み・心配は「健康を取り戻せるかどうかの不安」が最も多く、次いで「死に対する精神的な不安」となっており、がんでは特にこれらの割合が7割、一方で意識障害が多い脳血管疾患では「わからない」が5割近い。そして、周囲への心配では3疾患とも「家族のことが」「仕事のこと」「治療などにかかる費用のこと」の比率を大幅に上回っている。

(3) 末期医療について新たな試みが広がっている

1) 住み慣れた自宅で終末期を迎える(広がる在宅ターミナルケア)

人生の最期は家庭で過ごしたいと考える者が過半数を超えているが、いったん病に倒れ、介護が必要となった場合に、そのような状況に恵まれるかどうかは、家族の状況によって大きく左右される。

また、終末期の症状も、衰弱の進行、病状特有の症状、精神症状によってさまざまであり、在宅でケアを行う場合にも、専門的・計画的な医学管理が必要である場合も多く、家族のみでケアを行うことには限界がある。このため、終末期を在宅で看とるためには医学的管理、介護援助、心理的サポートなど多岐にわたる支援を行い、患者と家族の心身の負担を軽くしていくことが不可欠である。

在宅ターミナルケアはいくつかの地域で先駆的に取り組まれており、平成6年度からは診療報酬上も位置づけられ、末期がん患者などを対象に推進されることとなった。

家族の小規模化、同居率の低下、介護者の高齢化など家族介護をめぐる状況の変化により、できるかぎり住み慣れた家庭や地域で暮らしたいという高齢者の願望はかなえられにくい状況も一方にはあるが、長寿国にふさわしい人生の終章を迎えられるよう、在宅ターミナルケアの推進など、社会全体でこれを支援するシステムの構築に向けて取り組んでいかなければならない。

「幸福死」を迎えられて、「高福祉」の国といい得るのではないだろうか。

在宅ターミナルケアの例

以下は先駆的な取組を行ってきた在宅ケアサービス提供組織、ライフケアシステム(東京)の中で行われた医療の一例である。

Hさんは60歳の男性で外資系コンピュータ会社の技術者。家族構成は妻、息子1人、娘2人の5人家族。1戸建住宅に住む。クリスチャンではないが奥さんの影響でキリスト教に深い関心を持っていた。

平成元年8月進行性の肺がん(小細胞がん)で入院。化学療法と病変部に放射線療法実施後退院。平成2年8月肺がん再発(リンパ節の腫れ、脳転移)のため、再入院。化学療法と全脳に対する放射線照射を実施。この2回目の治療にあまり効果が現れなかった。周囲の患者さんがチューブをつけられ、酸素テントの中で家族とも隔離されて死んでいくのを見て(本人談)、平成2年12月初めに自宅へ帰ることを決め、6日に退院。「やり残したことを家に帰ってやりたいので退院する」という強い希望と「家に帰れば少しでも流動食をとり体力がつき、もう一度化学療法ができるのではないかと」わずかの希望を持っての在宅医療への移行であった。退院に先立ち、病院医師の紹介で、がんの在宅医療サービスで実績のある診療所医師を中心とした組織と連絡がとられていた。

在宅では、まず非麻薬系の鎮痛薬を投与した。しかしながら、患側の呼吸機能の低下に加え、吐き気を伴う頭痛や食欲不振が著しくなってきた。そこで、翌7日には、経口麻薬系鎮痛薬の投与に移行した。食欲は進まず、半流動食。少量だが、「がんばって水分をとってください」との保健指導と本人の強い意志とにより、最後まで点滴なしで過ごす。13日、保健指導において、病状の進行に伴う呼吸機能の低下に備え、酸素吸入について奥さんに説明を十分行った。痛みを訴えることから14日には経口麻薬系鎮痛剤を増量した。

その後、12月中旬から1月半ばごろまでの間、肺がんの症状は徐々に進むが、食欲などはある程度保たれ、また、痛みはほとんどなく、ADL(日常生活動作能力)も良好であった。痰が切れにくくなってきたことから、訪問看護婦の指導により、12月下旬からネブライザー(痰などが切れやすくなるための加湿器)を始め、痰が出やすくなった。年末には家族で写真館で写真撮影もするなど家族との交流もなされた。

1月中旬から、呼吸困難が激しくなり、準備していた酸素吸入を息苦しいとき使用。1月21日「死の準備」を患者と主治医の2人だけで行う。その夜、息子、娘それぞれゆっくりと、語り残したことを話合った。23日呼吸困難と全身状態の悪化。25日、ベッドで起き上がることが困難となり、末期状態と判断、奥さんに急変時の連絡方法を教える。洗礼を受ける。28日、安らかな顔、笑顔もみられる。苦痛なし。自然にまかせる。31日、すぐ眼を閉じ、傾眠がちとなる。血圧やや低下、要観察。2月1日、傾眠傾向、痩せが顕著に。2日、呼吸困難強く、長い会話不能となる。呼吸機能低下による低酸素状態から精神症状出現。3日、「起こしてくれ」といい、家族一人ひとりの手を両手でしっかり握り、「ありがとう」とお礼をいい、家族は最期の別れのように感じた。4日、呼吸不整、脈拍120/分と頻脈、血圧114-82、傾眠傾向続く。奥さんに呼吸停止時の連絡方法と死体の解剖について説明する。6日15時30分(往診)意識レベル低下し、刺激で顔をしかめたりする程度となる。6日21時38分、「息をひきとった」との電話が奥さんより入る。6日22時30分(往診)心停止、呼吸停止、瞳孔散大、死亡を確認。死亡時刻は21時38分、死因は肺がんによる呼吸不全。6日23時(訪問看護)、奥さん、娘さんとともに遺体清拭、着替えを行う。

死亡1週間前から死亡までの往診、訪問看護、電話での支援の状況は以下のとおりであった。

往診、訪問看護、電話での支援の状況

	往診	訪問看護	電話
1月31日		11:15~11:30	あり 毎朝7:00に医師から
2月1日	10:00~10:30		あり 容態の問合わせ等
2日	13:30~14:15		あり (容態の確認と家族の
3日	18:30~18:45		あり 支援)
4日	10:30~11:00		あり
5日			あり
6日	15:30~16:30	23:00~24:00	あり
	+22:30~22:45		

2) 安らかな終末を迎えるための医療施設(緩和ケア病棟)

現在の医療施設は、一般病床を中心に疾病の治療を目指した積極的な医療に適するようにつくられている。さまざまな病態の患者が同一の病棟におり、治療上の必要性などから面会や生活面に関しての制約もある。こうした中では終末期における落ち着いた環境を提供し、精神的および身体的ケアを行うことは難しい。

末期患者への充実したケアを行うための施設に望まれる条件としては、1)痛みやその他の症状に対して十分な医学的な対応ができること、2)症状に対する不安や死に向かっている精神的な動揺に対して精神面でのケアが行えること、3)自然環境を取り入れたり、音楽を楽しめるなど心がなごむ環境、雰囲気を持っていること、4)家族や親しい人とともに過ごせるよう家族の控室や調理施設などがあり、面会などについて配慮されていること、5)生活用品や嗜好品の持ち込みや趣味など、患者の私生活や習慣ができるだけ尊重されていることなどであろう。都市部や地域によっては、土地の制約などからこうした条件をすべて満たすことはできないかもしれないが、趣旨に即した施設の整備の促進が患者や家族のニーズにこたえる意味から求められている。

診療報酬においては、このようなサービスを提供できる一定の施設の基準を設け、それに適合する病棟に入院する患者のサービスについては医療機関に対して特別な料金が支払われることとなった。緩和ケア病棟であり、平成2年から整備されてきている。料金は現在1日につき3万3,000円となっている。国としても平成4年に国立がんセンター東病院に25床の緩和ケア病棟の整備を行った。7年1月現在、緩和ケア病棟を有する病院は、全国で14となっている。

いわゆるホスピスや緩和ケア病棟では、どのような医療が行われているのだろうか。全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会に加入している病院のうちの五つの医療機関の協力により得られたデータ(平成5年度)をみてみよう。まず、入院患者の年齢階級別内訳であるが、入院患者は40歳代以降が96.4%(608人/631人)とほとんどであり、そのピークは60歳代にあった。また、入院患者の疾患別内訳は、緩和ケア病棟が主として末期がん患者のためのものであることから、胃がん19.8%(111人/562人)、肺がん17.6%(99人/562人)が多かったほか、大腸がんや乳がんが多かった。最終入院より死亡までの在院日数は2か月以内が約8割(436人/549人)であった。

緩和ケア病棟における患者・家族と医師・看護婦との対話

以下は、緩和ケア病棟での治療におけるがん末期の患者、そのご家族と、緩和ケア病棟の看護婦、医師ら医療スタッフとの対話から拾ったものである。この例にみられるように、緩和ケア病棟には、患者家族控室があり、患者が家族に囲まれて療養生活を送ることを可能にしている。なお、患者は44歳の男性で、キリスト教の牧師。病名は肝がんと肺転移。進行がんが福島県の一般病棟に入院し、抗生物質系抗がん剤の動脈注射および代謝拮抗系の抗がん剤の静脈注射を大量投与するなど強力な化学療法を行ったが効果がなく、副作用が強度に現われたため化学療法を断念した。6月25日に緩和ケア病棟に移ったが、その病棟における状況である。

6月25日

(治療) 緩和ケア病棟に転棟。直ちに疼痛コントロールのため麻薬性鎮痛剤を使用したが生気など副作用が強く中止、非ステロイド系(消炎)鎮痛剤の座薬による疼痛緩和と利尿剤による腎機能維持を図る。18:50(患者)「どうですか」「どうしました」と入ってこられるより、さりげなくあっさり入ってきてもらうのが一番ほっとします。ここの皆さんは「天使」のようにさわやかですね。やっぱり一般病棟の看護婦さんと違いますね、一つひとつが違いますね。その服(エプロン)もいいですよ。ほっとしますよ。皆さんが教育を受けられ、勉強されているのがよくわかります。でもあまり一生懸命にならないほうがいいですよ。人間はありのままにしか生きられないのです。だから私もありのままに生きていく、生きていけたらいいですね。皆さんは「宗教を持っていない」といいますが、私が見るとしっかり宗教を持っているように思えます。形のない宗教ではないでしょうか。こうして自分なりに好きなように生活して生きていけるのが一番いいですね。

7月4日

20:00(患者)今日は外出して少し疲れましたが、満足した疲労感でいっぱいです(牧師就任式)。妻の両親がこれから来ます。いろいろ話しておこうと思っています。

7月6日

10:00(患者)この病棟もホスピスとして将来日本の中でも立派に成長していくと思います。これからの課題として、「告知」をする場合は、するかどうかで悩む前に、告知する側が死というものの考え方(死生観)をはっきり持つ必要があります。死は怖いものではないということをはっきり持っていないと告知できないことだと思います。それがいい加減では、告知してもしなくても同じように思います。

7月23日

(治療) 下肢のしびれ出現。がんによる神経の圧迫のためと説明。非麻薬性鎮痛剤を使用したが生気など副作用が強く中止。他の薬剤も試みたが生気など副作用が強く示すだけで効果がないため、やむなく非ステロイド系鎮痛剤のみでコントロールした。

7月30日

(治療) 吐血・下血、全身状態悪化、以後、下血・吐血が断続的に続く。治療は、抗うつ剤と鎮静剤を併用し、自然の経過に任せる。

8月6日

14:00(妻)タベのうちに子ども一人ひとりに遺言を残したからもういいみたい。少し寝かせてあげるわ。

20:30(妻)私、つらかったのは2日くらいでしたね、やはり吐血、下血のときはつらかったです。本人もあのときはショックだったようですね。もうだめだっていってました。でも「こんな心配かけてつらい思いさせてごめんね」なんていったんですよ。

22:50(妻)私は看護婦さんのこと、ただの看護婦さんだと思っていません。患者とともに闘ってくれる運命共同体だと思っています。患者・家族とともに苦痛を分かち合ってくれる人だと思っています。

8月7日

6:00(妻ナースステーションへ)こんなすがすがしい朝は初めてですよ。よく眠れました。主人もとてもいい呼吸をしているんですよ。主人もいっていた「そばにいてくれるだけでいい」って、「お前できゃダメだ」って。夫婦ってこういうものですね。

8月10日

3:20(妻)腰が痛いのもつらそうです。咳もつらそうです。病気が進んでいるんでしょうね。それでも便器に座るっていうし、生に対してすさまじいものがあるんですね。まだあきらめていないんですね。

6:10(妻)こんなになっちゃって(出血斑)、悪い状態なんじゃないですか?いつも今日が最期、これが最期って思っています。さっきコップを落としちゃって。あんなこと初めて。もう自力で持てないのね。

8月11日

18:00(妻)すごくよく寝ています。病気のこのほかとはとても良い方向にいています。皆さんにも良くしていただいて私も思い残すことはありません。

23:30(妻)最期は子どもたちと一緒に送りたい。子どもたちを家族控室で休ませてください。

8月12日

10:32(妻)パパ楽になったのね。

10:40永眠。

がんはその末期には相当な痛みを伴うことがある。患者の約70%が主症状として痛みを体験し、その50%はかなり強い痛みであり、30%は耐えがたいほど強い。痛みを緩和することが、がん患者の生活の質(QOL)には大きくかかわってくる。

こうした痛みを和らげるためがんの疼痛治療が進展してきているが、これには麻酔や鎮痛剤が用いられる。

がんの痛みの特徴として、1)がんが進むにつれて痛みを訴えることが多くなり、末期になると70%の主症状が痛みとなる、2)痛みの大多数にモルヒネをはじめとする鎮痛薬が有効である、3)非麻薬性鎮痛薬がきく軽い痛みは20%と少なく、80%はあへん系麻薬が必要となるとされている。

我が国の単位人口当たりのモルヒネの使用量は、近年がん患者への疼痛緩和目的での使用が伸びているため増加しているが、カナダ、英国、米国など欧米先進国に比べ少ない。使用量を1日当たり人口100万人対(平成4年)でみると、日本は4.2グラムとカナダ61.2グラム、英国53.2グラム、オーストラリア40.3グラムに比べ大きな差がある。

がんの痛みがこれら製剤を用いて十分に治療されない理由としては、1)がんの末期にかぎらず、がん疼痛治療法が既に確立している事実を一般国民も多くの医療関係者も十分認識していないこと、2)医療目的のあへん系麻薬が現状よりひんぱんに使用されるようになると、その使用の「乱用」が発生すると医療関係者などが恐れていること、3)がん疼痛治療の系統的な教育が医療関係者の間で普及していないこと、4)行政上の規制が強く、医療現場での手続きが複雑であることなどがあげられる。

モルヒネ消費量は、その国のがん疼痛治療の水準を表す指標の一つである。モルヒネ製剤が医療目的に適切に使用された場合には、乱用や耐性が問題となることはまれである。副作用を減少させ使用しやすくするための研究開発や不正使用につながらないように管理体制を徹底するなどの対策を講じつつ、使用普及を図っていく必要がある。

(4) 末期の治療法についての国民の関心は高い

末期医療はまた、「安楽死」「尊厳死」「リビングウイル(生前の意志表示)」などの倫理の問題にも象徴されるが、これらについて「非常に関心がある」30%、「まあ関心がある」52%などと、末期医療に対する国民の関心は高い(平成5年厚生省「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」)。

死亡者の介護を行った経験のある家族の意識は、肉親が痛みを伴い、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、延命を目的とする治療について、「なるべくやめたほうがいい」が約4割、「やめるべきである」が約2割、「最後まで続けるべきである」が約2割である(平成6年社会経済面調査の概況(末期患者への医療))。

ただし、自分自身の病気の治療において、仮にいくつかの治療方針があり、医師からその説明を受けたとした場合、最終的にはどのように治療方法を決めることになるかについて、「最終的には医師の判断にまかせようと思う」者が約6割、「最終的には自分で判断しようと思う」者は26.8%となっている(平成2年総理府「医療における倫理に関する世論調査」)。また、前述のとおり、末期における治療について、主にだれの考えであったかをみると「医師」が最も多く、次いで「家族」となっており、「本人」は1割に満たない。現在のところ、希望は希望として、実際には最終的な治療方法を医師の判断に委ねる者が多く、また、現実としても治療を本人自身の意思で決める場合は少ない。

一方、「治る見込みがなく、死期が近いときには単なる延命医療を拒否することをあらかじめ書面に記しておき、がんの末期などで実際にそのような状態になり、本人の意志を直接確かめられないときはその書面に従って治療方針を決定してもらおう」(リビングウイル)の考え方については、「賛成する」51%、「患者の意志の尊重には賛成するが書面までにする必要はない」34%、「賛成できない」4%となっている(平成5年厚生省「末期医療に関する国民の意識調査等検討会」)。末期医療において患者の意志を尊重して治療方針を決定することについては、8割以上の者が賛成しているが、形式にこだわることなく、事実上解決していく方向を選ぶ人も少なくない。

こうしたことは、リビングウイルの法制化に賛成する者が全体の4分の1にとどまっていることにも表れている。リビングウイルの制度化については、その是非、内容などについてさまざまな考え方があり、引き続き慎重な検討が必要である。

いずれにしても、多くの国民が苦痛の緩和に重点を置いた治療や自然な死を迎えることを望み始めており、患者の意識の多様性に応じた、かつ、患者の希望に配慮した末期医療が推進されていく必要がある。

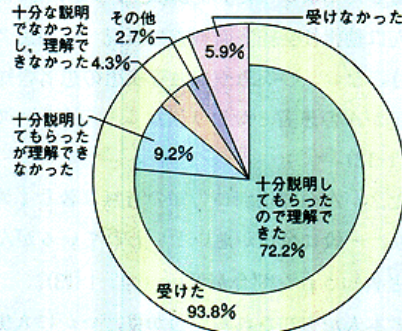
(5) 告知が重要な問題となってきた

1) 家族に対する告知

告知をめぐる議論の中心となるのは「がん」など明らかに末期の状態が判断できるような疾患である。がんで亡くなった者について、治療中に「医師から病状や治療方針などの説明を受けた」のは「亡くなられた本人」43.7%、「介護を行った家族」93.8%と、「亡くなられた本人」のほぼ5人に2人が、また、介護を行った家族のほぼ全員が医師からの説明を受けていた。医師からの説明を受けた家族のうち、4人に3人は「十分説明をしてもらったので、内容は理解できた」とする一方、「十分な説明をもらったが、理解できなかった」9.2%、「十分な説明でなかったし、理解できなかった」4.3%となっている(平成6年度人口動態社会経済面調査の概況(末期患者への医療))。

図3-1-11 死亡者ががんの場合、治療方針について介護者が医師からの説明を受けたか否か

図3-1-11 死亡者ががんの場合、治療方針について介護者が医師からの説明を受けたか否か



(注) 総数には、医師からの説明を受けたか否か不詳および「受けた」の総数には、説明のとらえ方不詳を含む。

資料：厚生省「平成6年度人口動態社会経済面調査の概況」

家族が家族の病状や治療方針について心から納得をし、家族の死について「受容」していくためには、医師や医療関係者から家族に対する十分な説明以外道はない。「患者の病状や治療方針などの詳しい説明や情報提供など、患者および家族と医師とのコミュニケーションの充実」をがん で亡くなった者の介護を行った家族の53.3%が望んでいることにも表れている。

患者にとっても病名を家族に知らせしてほしい者は70%と多く、また「がん」などで治る見込みがなく残された時間が限られたとしたら、時間 限りがあることを家族に知らせしてほしい者は71%を占めた(平成2年度保健福祉動向調査(老後の介護と医療))。十分な説明を受けた場合であ っても、納得ができないとする者が少なくないことからすれば、病名や病状を知らない場合には、医師と家族あるいは患者との意思の疎通が十分に できないことから、信頼関係すら損われかねない。末期医療においては、家族は患者の精神的な支えとして特に重要な役割を果たしている。さまざ まな問題について、医療従事者と患者および家族との間で十分な話し合いが行われることは、患者の意志を尊重し、信頼関係に基づいた医療を確 立するために不可欠なものとなっている。

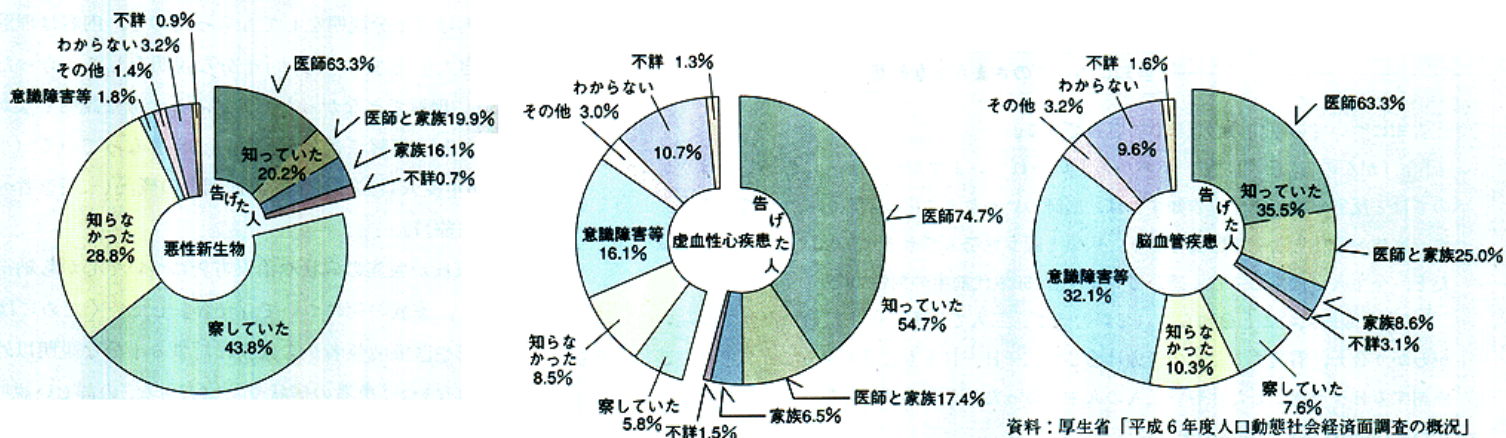
2) 本人に対する告知

本人に対する告知は、家族に対する告知以上に難しい問題を持っている。がんの本人への告知の意識については、自分に対して病名を「知らせ してほしい」58%、「知らせてほしくない」19%、「わからない」23%となっている。治る見込みがなく残された時間が限られたとしたら、時間 が限られたことを自分に対して「知らせしてほしい」60%、「知らせてほしくない」20%、「わからない」21%となっている。病名、余命いずれの場 合も約6割が告知を望んでいる一方、約2割の者が否定、約2割が不明と回答しており、家族に対する告知に比べゆれ動く気持ち が表れている(平成2 年度保健福祉動向調査(老後の介護と医療))。

これに対して、図3-1-12にみるように、実際に介護を行ったがん患者の家族からみて死亡者が自分の病気はがんであることを「告げられて知っ ていた」とする者は20.2%、「察していたと思う」とする者は43.8%、「知らせなかったし、察してもいなかったと思う」28.8%となっており、意識と 実態にはずれがある。病名の告知を亡くなった本人が受けた場合、その家族は「知らせたよかった」とする者が55.5%と過半数を超えるが、「ど ちらともいえない」が30.4%、「知らせたくなかった」9.2%となっている(平成6年度人口動態社会経済面調査の概況(末期患者への医療))。な お、心疾患や脳血管疾患の患者告知の状況は、がんの患者とかなり異なるものとなっている(図3-1-12)。

図3-1-12 家族よりみた3大成人病の本人への告知の状況

図3-1-12 家族よりみた3大成人病の本人 への告知の状況

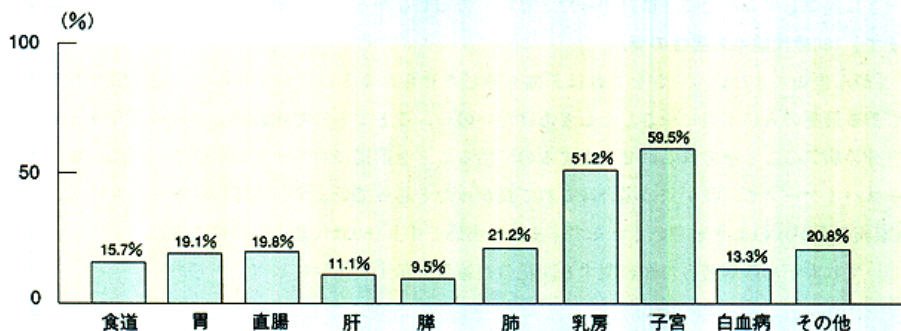


資料：厚生省「平成6年度人口動態社会経済面調査の概況」

また、がんの部位別に告知の有無は著しく異なっており、一般に余後が悪いといわれているがんの部位ほど告知された割合が低い(図3-1-13)。

図3-1-13 がんの部位別にみた告知の有無

図3-1-13 がんの部位別にみた告知の有無



資料：厚生省「平成4年度人口動態社会経済面調査（悪性新生物）」

患者本人が告知されるか否かは、いかに人生の最期を豊かに生きていくかという点で本人にとってはもちろん、家族、あるいは医療従事者にとっても、複雑かつ重要な問題となっている。告知に当たっては、病状、年齢、性格や考え方、生活歴、家族との関係、社会的な地位など、個人の状況が十分考慮され、告知の表現方法や時期などについて十分配慮される必要がある。

死が患者の願いどおりのものになれば、人生にとってこれほどすばらしいものはない。しかし、死の直前まで何も知らずに無念の中で迎える死も多いのではないだろうか。

医療が引き続き国民の信頼にこたえ続けていくためには、人生の最期を豊かに誇りを持って生きることを支援するという視点から患者の求める死に立ち向かっていかなければならない。そしてそのことが告知という行為の中に問われているのである。

告知についてのさまざまな感想

告知についての家族の感想はさまざまである。

「今『がんの告知』問題で、いろいろといわれていますが私も主人に告知したほうがよかったのではと反省しています。告知すれば、医師のいわれること、病状等について本人と話し合えます。家族と一体となって療養もでき、病気と闘う姿勢もできます。私は主人に知らせるべきだったと、今主人を亡くして強く感じています」(60歳代前半の男性の妻)

「二人とも病気のことを知らされていたので、二人で治療に一生懸命になれてお互いの気持ちがわかり合え、看護するための苦労は感じず、一日一日ともに暮らせることに喜びを感じ、妻も感謝する日々を過ごした。短い二人の人生であったが、昔の楽しい日々だけが思い出されてならない」(40歳代後半の女性の夫)

「長い年月をともに苦労して過ごし、今やっと子どもたちの成長も見て、老後を二人で楽しく暮らせる時に『がん』という二文字のために、話をしてもいつも心の中ではこれを避け、真実の話ができなかったことの無念さがいまだに残っている」(60歳代前半の女性の夫)

「本人には最後まで病名は知らせないと決めていましたので、本当に話し合いたいことはまったく話すことができませんでした。本人も病気のことには触れようとしないので、心の中を察することは難しかった。でも、最後まで家族みんなで本人も含めて、家へ帰ろうと励まし合って前向きに過ごしてこれたことは良かったと思い、告知しなかったことをよかったのだと思っています」(60歳代前半の男性の妻)

「がん告知できないつらさをこれほど強く感じさせられるとは思いませんでした。限りある命である最愛の人に本当にやさしくしてあげたいのに、ことごとくに叱咤激励しなければなりません。自分の病気のことをあれこれせん索するので治ることを前提に対処するからです。がん告知はケースバイケースで、我が家の場合はこれで良かったと思っています。当時のメモに心も体もがん(家族の者か)のようとしています。まさに実感です」(60歳代前半の男性の妻)

いずれもがんの病名の告知に関する問題の複雑さを示す実体験に基づく声である。

「働きざかりのがん死」より

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

病気やけがを的確に診断し,できるだけ早く治療するために医療技術の進展が大きく貢献してきた。

現代医学の技術上の成果には目を見張るものがある。新しく開発された技術によって,人類を長年なやませてきた種々の疾病の診断や治療が可能になった。

しかし,医療技術はバランスよく発達し使われてきたといえるだろうか。

戦後の医療技術の革新は,終戦直後と昭和40年代半ばから50年代の初め(1970年代)との二つの時期をそのピークとしている。初めの技術革新は,感染症に対する抗生剤,外科手術における全身麻酔など,疾病の治療に直接関係していた。結核の治療は当初高額の費用のかかるものであったが,普及するにつれ,また患者が治療により減少するにつれ,その費用は急減していった。

一方,1970年代以降開発された技術は,自動分析器やCT,MRIなどの診断技術が中心となっている。治療の技術も,抗がん剤などにみられるように,疾病の根治というよりは延命効果を高めるものが中心となっている。費用も使えば使うほど増大するような技術が多くなっている。このように,使い方が重要になるような技術が増えてきており,技術を用いる人間の進歩が不可欠なものとなっている。

現代医学に基づく技術は,「こころ」と「からだ」は別のものとすることで驚異的な発展を遂げてきた。臓器,組織,細胞を「こころ」から切り離し治療法を開発するというやり方である。しかし,治療術には欠くことのできない要素がある。医師など医療従事者と患者の人間関係である。医療技術もこうした人間関係の中で使わなければならないということを改めて問われている。

また,新しい技術は,正しく評価されてきただろうか。急速な技術革新に対し,その歴史的,社会的意義を問い直す必要がある。その上で改めて技術の重要性を認識し,技術開発のための重点的資源の投入を考えていかなければならない。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

1 医療の歴史は治療のための技術の発展史でもある

治療技術の進歩については,診療科ごとにさまざまなものがあるが,近代医療における治療のための技術の進展のいくつかの例をみてみよう。

(1) 外科技術の進歩:心臓手術を支えるさまざまな技術

古来,医師も手出しできない聖域とされていた心臓の手術に初めて成功したのは,ドイツの外科医であった。100年ほど前の1896年のことである。それからわずか1世紀,今日の心臓外科は臨床医療の場で目覚ましい役割を演じている。

心臓内部の患部を直接目で見て手術を行うためには,心臓内に流入する血液を止め,空の状態にする必要がある。そこで,まず二つの問題を解決する必要がある。一つは心臓を止めても100%確実に心臓の動き(拍動)を再開させること,もう一つは心臓を止めている間,心臓自体を含めた全身の組織や臓器の損傷を防ぐことである。

拍動再開の研究は感電死の研究から始まり,1940年代には除細動装置,俗にいう「電気ショック」装置を使用した治療が開始された。その後,除細動装置は手術室などにはなくてはならない必須の装置となる。

さらに,全身の体温を下げて脳や心臓などの重要臓器の代謝(活動)を抑え,酸素需要量を減らすと,血液を流さなくても体の損傷を防ぐことのできる時間である血流遮断時間は著しく延長した。この低体温法を用いた開胸術に初めて成功したのは1952年のことであった。

こうした問題が解決された後,心臓外科の発展に決定的な役割を演じた技術革新が人工心肺装置の開発と体外循環技術であった。人工心肺装置には,血液に酸素を加え炭酸ガスを排出する血液酸素化装置(人工肺)や血液回路・血液ポンプ(人工心),あるいは血液と酸素との接触によって発生する細かい気泡の除去(除泡)装置などが必要であった。さらに,こうした装置の製作には,耐久性に優れ血栓形成(血管内で血液が固まること)の少ない材料の開発が不可欠であった。これらは,高分子化学や電子工学など周辺分野の進歩があって初めて完成したといえる。

最近の心臓手術関連の技術を見ると,1977年には経皮的冠動脈形成術(PTCA)が実用化され,メスにより開胸することなく治療が行われる症例も多くなった。これは,心臓をとりまく血管である冠動脈内に,ゴム製のバルーン(細長い風船)を挿入して膨らまし,つまった血管を機械的に拡大して血流を再開する方法である。バルーンをついたカテーテルをふとももの中を通る血管から挿入するもので,大腿部の動脈を切開するだけで治療が可能な技術であり,特に緊急時に有効な方法とされる。しかし,治療後に再び血管がつまる(30%くらい)という問題があり,これに代わる方法としてレーザーなどにより狭さく部位を貫通させる方法がとられつつある。最近ではレーザーといっても熱を発生しない紫外線を発振するエキシマレーザー冠動脈血管形成術が開発され,応用されている。

こうした技術の進展に支えられ,先天性の心臓疾患や成人病の代表の一つである心筋梗塞の治療法として,安全で確実な手術が行われ,多くの命が救われている。また,その後の適切なリハビリテーションにより社

会復帰の促進が図られている。

このように、一つの臓器の手術にも多くの分野の技術がかかわり、時代時代の技術の発展が手術の精度を高めるとともに、より困難な症状への対応を可能にしていっていった。これは心臓のみならず、脳や消化器など他の臓器の手術すべてに当てはまるものである。

図3-2-1 経皮的冠状動脈形成術(PTCA)

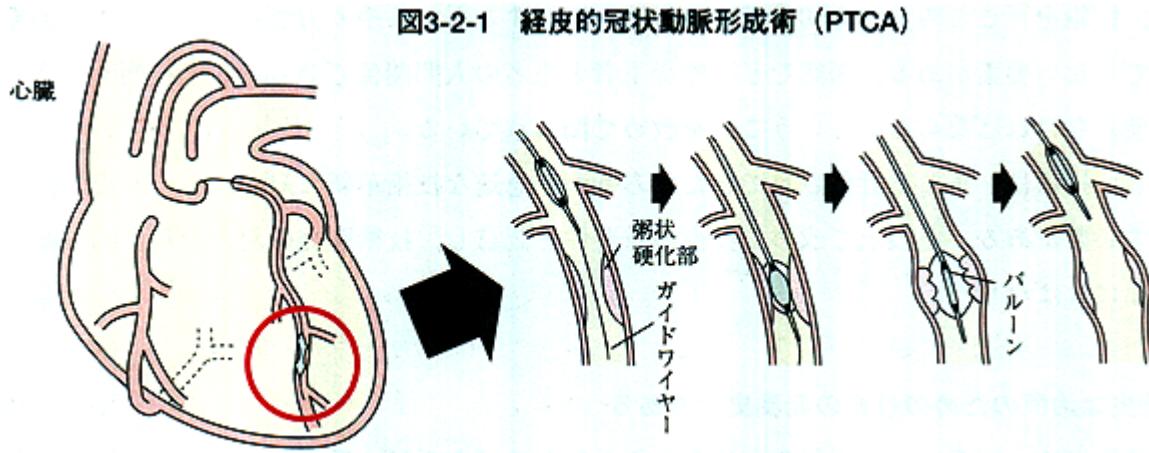
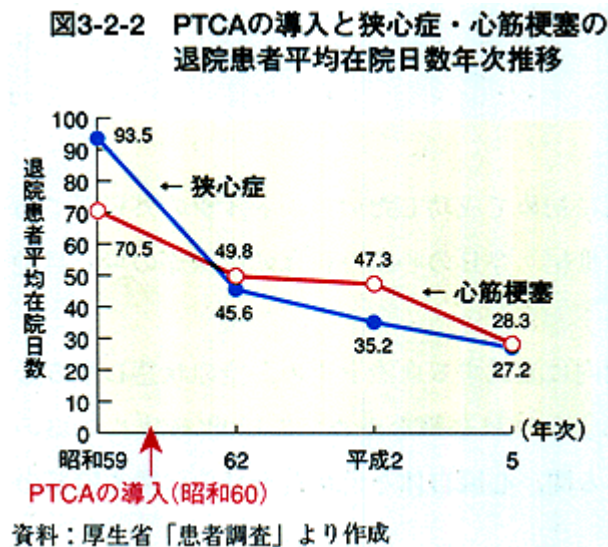


図3-2-2 PTCAの導入と狭心症・心筋梗塞の退院患者平均在院日数年次推移



(2) 薬の開発史

英語でMEDICINEといえば、「医療・医学」、なかでも「内科・内科学」という意味を持つが、もう一つ「くすり」という意味もある。医療と薬とは、不可分の関係にあり、特に内科医療における薬の位置づけは大きい。

薬の歴史は古く、有史以前からあるのではないかともいわれている。また、多くの古代文書にも薬に関する記述が少なくない。

1) 偶然から生まれた医薬品

近代医療で使用される薬の中には古代からの民間伝承から生まれたものが少なくない。例えば「ジギタリス」という強心剤はよく使われるが、これは英国で昔からむくみの薬として使われていた薬草から抽出されたものである。高血圧の薬の「レセルピン」は、インドの民間薬由来のものであり、インドでは子どもがへびにかまれたときに用いられていた。

また、偶然に発見された薬の例としては、細菌の培地の中に迷い込んだカビが周囲の細菌を殺してしまうことから、フレミングにより発見されたペニシリンが最もよく知られている。

2) 創案への努力が画期的な新薬を生み出す

しかし、運を天に任せているだけでは限界があり、次に積極的に薬を開発する「創薬」という方向に進む。その初めは化学療法剤であり、梅毒の薬のサルバルサンは砒素という化学物質の分子構造を人為的に変化させながら見つけた606番目の製剤であった。ラテン語の「救う」というSalvarと砒素のArsenが合わされてサルバルサンと呼ばれることとなった。

最近では、人間の体に存在するさまざまな「レセプター」が注目されている。レセプターという概念は、ホルモンなどの体内の情報伝達物質は細胞の特定のたんぱく質(レセプター)に結合することによって効果をもたらすというものであり、この作用を促進したり抑制したりする物質が薬としての効果を有することがわかった。さまざまなレセプターが実際に発見され、これらのレセプターを研究することにより、多くの優れた医薬品が開発されるようになってきた。また、研究の結果、これまで効果を示す仕組みがわからなかった医薬品の中にもレセプターに作用して効果を発することがわかったものもある。

今後、レセプターの構造の研究などによって、より有効な新薬を開発することができるようになるものと考えられる。この研究は、レセプターの構造から薬としての効果を示す物質を「設計」する「ドラッグデザイン」という手法を用いたものであり、これによって医薬品の開発の効率化が図られるものと期待されている。

胃かいようの治療法を大きく変えた「シメチジン」の発見

レセプターの研究から生まれた薬の一つに、胃潰瘍の薬であるシメチジンがある。その発見の過程は以下のようなものであった。

体内でつくられ、アレルギーを引き起こす物質として知られているヒスタミンは、ヒスタミン・レセプターに結合することにより、アレルギー等の炎症を発生させるほか、胃酸の分泌を促進し、胃潰瘍を引き起こす原因となることが知られていた。ヒスタミンを大量に注射すると動物はアレルギー様のショックを起こして死ぬが、ジフェンヒドラミンという薬物を同時に投与すると死なないことがわかった。このことなどから、ジフェンヒドラミンはヒスタミン・レセプターにヒスタミンが結合するのを阻害するものと考えられ、現在では、じんま疹等の治療のための抗アレルギー剤として使われるに至っている。

一方、胃酸の分泌はジフェンヒドラミンでは抑制ができなかったことがわかった。このため、胃にはヒスタミンが結合する別のレセプターが存在し、このレセプターに対するヒスタミンの結合を阻害すれば、胃酸の分泌を抑制し、胃潰瘍の治療が可能となると考えられた。

このような研究の結果、胃の別のヒスタミン・レセプターへのヒスタミンの結合を阻害する薬として、シメチジンが発見されたわけである。シメチジンは強力な胃酸分泌抑制効果を持ち、これにより、従来手術しか治療法がなかった胃潰瘍は、今日では薬でほぼ治療できる病気となった。

3) 遺伝子工学の応用

近年では、遺伝子工学を応用し、体内の有用なたんぱく質を大量生産して薬に使う生物学的製剤が盛んになってきている。例えば、皮膚がんや肝炎に効能・効果のある「インターフェロン」、糖尿病のための「インスリン」、小人症に対する「ヒト成長ホルモン」、透析患者の貧血を適応とする「エリスロポエチン」などがその代表である。今後一層の発展と医療への貢献が期待できる分野で、これらバイオ市場の総額は平成5(1993)年で6,065億6千万円に達している。また、バイオテクノロジー応用医薬品の承認状況をみると、我が国自社開発製品の健闘が目立つ。

4) 製剤技術の発展

医薬品の有効性と安全性を高めるための製剤技術が進展している。

かつての薬の理想像は、体外にある時には変質せず安定したままに保たれ、いったん体内に入ると速やかに吸収されて効果を発揮するというものであった。今日ではさらに、薬を「最も必要とされるからだの場所へ」「必要とされる時間に」「必要とされる量だけ」届けることが求められている。これは薬の効果を高めると同時に、病変部以外への薬の影響を最小限にとどめる、すなわち副作用を軽減するためにも重要なこととなっている。

このため、医療技術の側面から、また薬になる物質を調合・成型する製剤技術の側面から、DDS(ドラッグ・デリバリー・システム)すなわち薬物搬送系の研究が現在盛んに進められている。「時間」を意識したDDS分野では、貼付型などのように薬を「じっくりゆっくり」効かせる「徐放(スロー・リリース)」とともに、効かせたい時だけ薬として働かせる「放出制御(コントロールド・リリース)」の研究が進んでいる。「場所」を意識したDDS研究では、病変部だけ効き目を発揮する「狙い撃ち(ターゲティング)」技術が進んできている。21世紀にはがん細胞だけを攻撃するターゲティング療法も本格実用化されると予測されている。DDS研究にはさらに、薬が「病気を感じて」効き目を発揮し始める「刺激反応(センシング)」という技術分野もある。将来的には、熱が下がると効き目を失い、再び熱が上がるとまた効き始める解熱剤、ぶどう糖の血中濃度が高くなったらインスリンとして効き始めるインスリン製剤などの開発も可能になるかもしれない。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

2 患者のQOLを高める技術が求められている

技術の改善,改良は患者サービスの向上を目指すものであり,こうした目的に従って活用されなければならない。近年,特に患者のQOLを高める治療が重要との認識が高まってきているが,医療技術がこの要請に対応してきているいくつかの例をみてみよう。

(1) 手術の「常識」を変えた内視鏡

心臓や消化器などの手術で,近年メスによって胸や腹を開いて行う手術に代わって,カテーテルや内視鏡を使って行う非開胸や非開腹の手術が盛んに行われるようになってきている。

非開腹の手術の代表例が腹腔鏡下内視鏡手術である。これは,腹壁を4~5か所小さく切開し小孔を開け,そこから腹腔鏡と呼ばれる内視鏡,補助器具,光ファイバーなどを腹腔内に挿入する。そして腹腔内に空気を入れながら臓器を見やすく,取り扱いやすくしながら腹腔鏡で病気の部分をテレビに撮影する。術者は,テレビ映像を見ながら,補助器具を使用しつつ,レーザー光を利用して,遠隔操作により病変部を切除し取り出すといった手術を行う。

癒着の著しいもの,リンパ腺剔除(摘出)などの複雑な手術操作を必要とするもの以外は,最近,その手術の範囲は拡大されつつある。胆嚢,虫垂,小腸,腎臓,脾臓,副腎,卵巣などの切除のほか,腸閉塞,子宮外妊娠などの手術もこの方法で行われている。

各種外科手術に対する腹腔鏡下手術の比率は年々増加の傾向にある。患者の肉体を傷つけることが少ないことから手術後の回復も早く,入院日数も短縮化し,日常生活復帰も容易なものになっている(図3-2-4)。

図3-2-3 腹腔鏡を使った胆のう摘出の手術法

図3-2-3 腹腔鏡を使った胆のう摘出の手術法

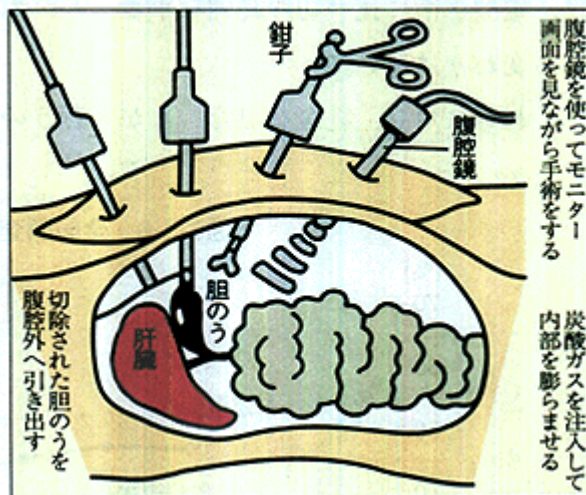
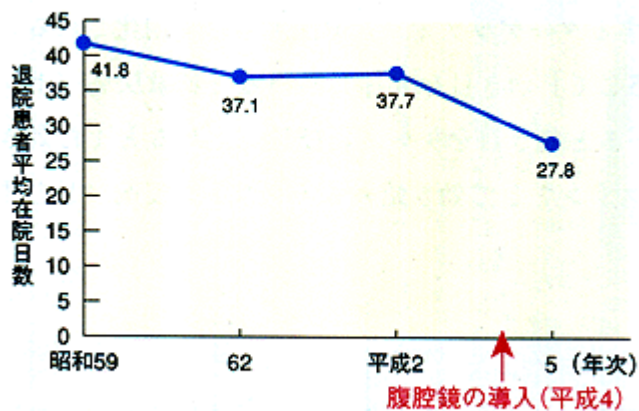


図3-2-4 腹腔鏡の導入と胆石の退院患者平均在院日数年次推移

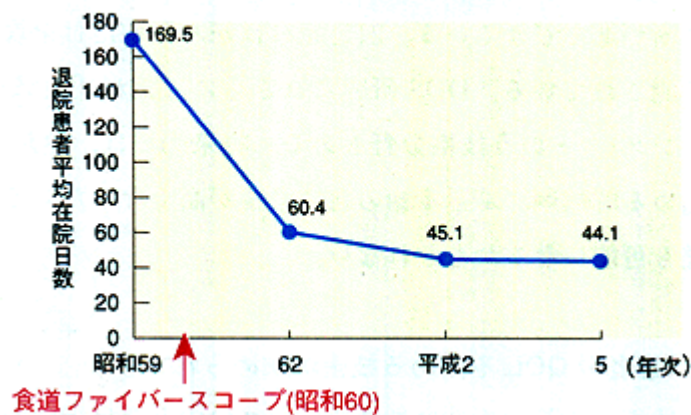
図3-2-4 腹腔鏡の導入と胆石の退院患者平均在院日数年次推移



資料：厚生省「患者調査」より作成

図3-2-5 食道ファイバースコープの導入と食道静脈瘤の退院患者平均在院日数年次推移

図3-2-5 食道ファイバースコープの導入と食道静脈瘤^{りゅう}の退院患者平均在院日数年次推移



資料：厚生省「患者調査」より作成

(2) 乳がんの外科治療法とQOL

乳がんになった女性にとっては、「乳房より命」と簡単に割り切れないものがあるといわれている。乳がん治療においては、このような要求もあり、手術後の生活の質が考慮されるようになってきている。

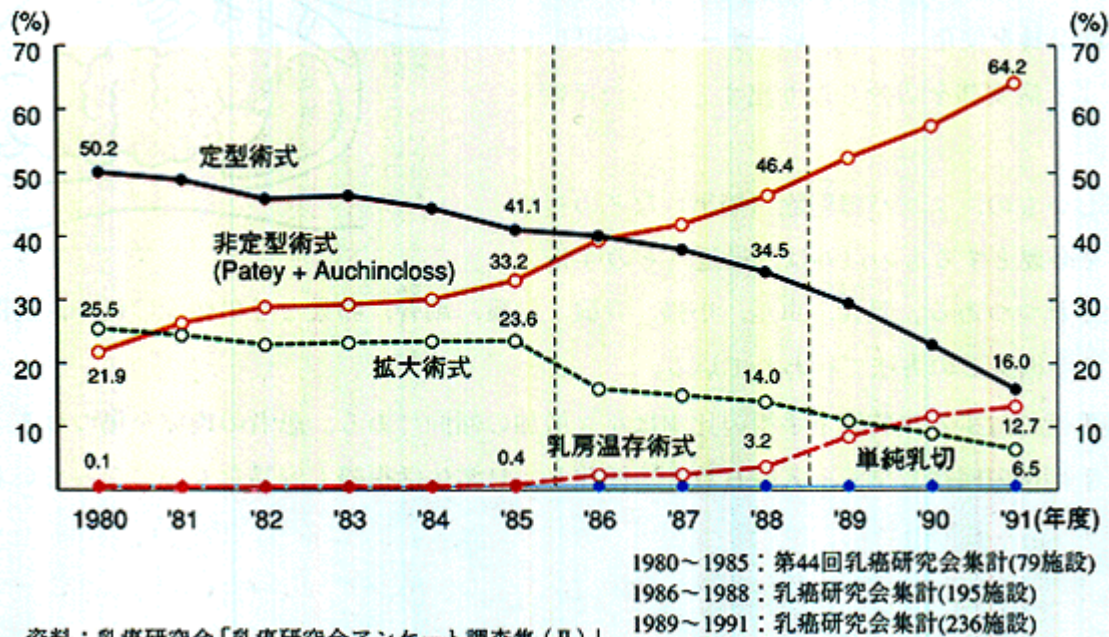
根治手術の代表で標準的に行われた「定型根治的乳房切除術」とは、がん組織の周りを広く切除するものである。この術式は、治療成績が高いものの、術後の合併症として、腕が動かしくなくなったり、胸が著しく薄くなるなどの問題があった。これを改良した胸筋温存術式など「非定型的根治的乳房切除術」では、定型手術に比べ切除範囲を小さくし、術後の障害などの軽減を図ったものの、乳房自体は切除することに変わりはない。

これらに対し、乳房を温存しながら行うのが「乳房温存・形成術式」である。大学病院など全国約240施設で行われた温存法は昭和63(1988)年から平成3(1991)年までの3年間で約4倍となり、平成3(1991)年には乳がん手術の約13%を占めるに至っている。しかし温存法については、局所再発率が他の手術法に比べ高いなどの治療成績のデータも残念ながらみられている。

現在の乳がん乳房保存治療は、早期などといった一定条件を満たす乳がんに対して、局所のがん遺残をできるだけ減少させ、残ったがん細胞を術後補助療法(放射線療法、薬物療法)により治療することでがんをコントロールすることを基本としている。

図3-2-6 全国調査による乳がんに対する手術術式の変遷

図3-2-6 全国調査による乳がんに対する手術術式の変遷



ディスポーザブル注射器

身近でかつ代表的な医療用具に注射器がある。一般的には痛いという言葉を連想させる。

注射針がヒトに刺さる際の痛みは大きく二つの要素に分類される。一つは、針が皮膚を突き破る際のもの、もう一つは、針が人体組織を突き進んでいく際のものである。これらの痛みを軽減するために、痛みが少ない針先のカットの角度が工夫され、現在では12度くらいになってきている。また針先も多面的なカットとなっている。

注射器を中心としてディスポ化が進んでいるが、それ以前は、注射器はガラス製シリンジ(注射筒)、メタル針でできており、洗浄・消毒して再使用されるのが通例であった。このため、感染の危険性が避けられないと同時に、医療機関にとっても、感染防止のための異物の洗浄、加熱滅菌などの労力やコストが負担となっていた。

我が国では、昭和38(1963)年に「プラスチック製注射筒」が発売され、昭和39(1964)年に「ディスポーザブル注射針」が発売された。これは、製品製造段階での滅菌方法の確立や、滅菌に耐えられるプラスチック素材が開発されたことによる。一般の使い捨て製品は、それを使うことが「便利である、手間が省ける、経済的である」といった点を重視して使用されるが、医療用のディスポーザブル製品は「二次感染の防止」「再利用による副作用の防止」等安全性がその基本にあるといえよう。

痛みのコントロール

痛みは身体を危険から守るために、また身体の異常を知らせてくれる重要な役割を果たしている。しかし、患者の生活の質を低下させる大きな要因でもある。

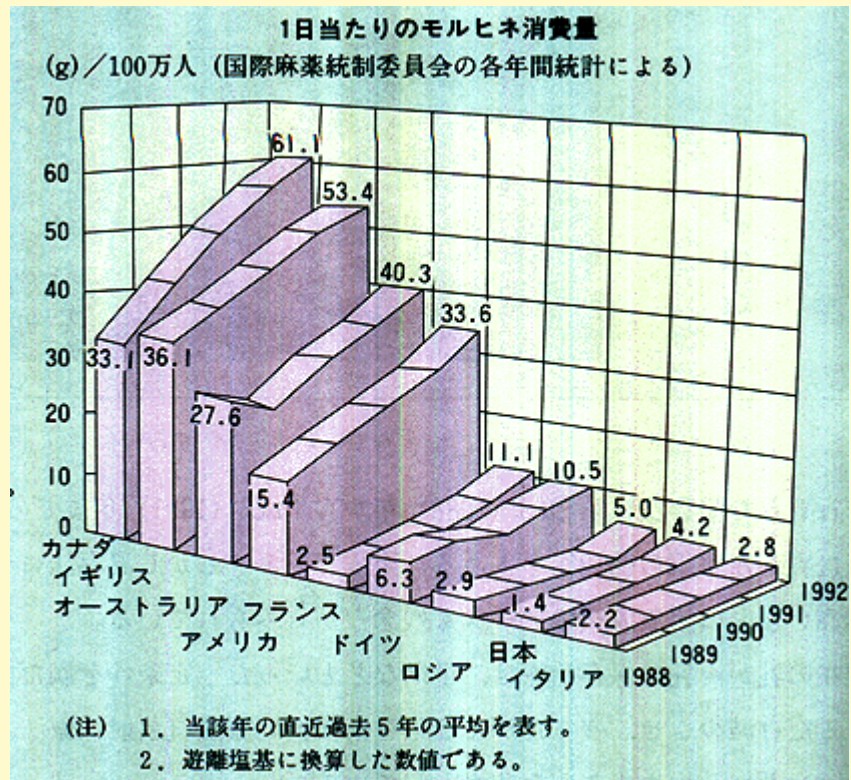
痛みは、刺激が神経を伝わり、脳で痛みとして自覚される。したがって、痛みをコントロールするには、痛み刺激を感知する部分、痛みを伝える神経の部分、そして痛みを感じる脳の部分のいずれかに作用して痛みをブロックすればよい。アスピリンなどの非麻薬系の鎮痛剤は、痛み刺激を感知する部分に作用して、痛みを軽減させる。ただし、その鎮痛作用は強力なものではない。

ペインクリニックなどで行う神経ブロックは、神経を遮断して痛みの刺激が脳に伝わらないようにするものである。神経ブロックの場合には、神経のその他の機能までブロックしてしまうという欠点がある。

麻薬系の鎮痛薬は、直接脳に作用し、鎮痛作用が強く適正に使用すれば効果的な鎮痛作用が得られる。この代表的なものにモルヒネがあるが、これはケシに含まれる物質である。人類がケシの恩恵を被った歴史は古く、古代エジプトにおいては歯痛の治療に用いられたという記録がある。しかし、ケシからモルヒネが分離されたのは19世紀になってからのことである。モルヒネの精神作用は依存性という厄介な性質を持つため、有益な鎮痛作用のみをいかにして分離するかが有機化学者、薬理学者、臨床医の重大なテーマの一つであった。一方、人の脳内にはエンドルフィンというモルヒネ様の鎮痛物質が存在しており、「モルヒネの作用は完全なる異物としてモルヒネが生体内に入って引き起こされた非生理的なものではなく、既に生体が持っていたシステムに働いて生じた感覚、あるいは機能の増幅されたかたちのものである」と考えられ、それが証明された。こうした発見の延長にモルヒネの持つ不都合な副作用を打ち消して鎮痛作用のみを残す研究が活発に進められている。

医療技術は痛みをコントロールする技術とともに発展してきたといっても過言ではない。急性期医療では、手術や検査の範囲を広げ、長期ケアや末期医療では患者のQOLを支えている。

1日当たりのモルヒネ消費量



第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

3 診断のための技術が急速に進展してきている

正確で安全な診断は,外科,内科をはじめあらゆる診療行為に不可欠な医療の基本である。また,従来苦痛を伴っていた検査が,QOLの向上の観点から楽に短時間で実施されるようになってきている。診断技術の進歩には,血液検査における自動血液分析装置,心電図検査,血管造影や造影剤の進歩などにみられるようにさまざまなものがあるが,医療現場で必須となった感のある画像診断を取り上げてみよう。

(1) X線の発見とその応用であるCTスキャナの開発・普及

ちょうど100年前,物理学者レントゲンはX線の原理を発見したが,以後画像による診断の技術が急速に進展し,我が国でも肺結核の診断,特に結核の集団検診などに大きな力を発揮してきた。

こうした実績を積んできたX線フィルムによる診断であるが,フィノレムの濃度差(アナログ情報)ではなく,透過X線の光子の数の差(デジタル情報)として記録すれば,X線の吸収度の差をもっと細かく検出できることが1961年に実証された。また1963年には,数学的に体の横断像を再構成できることが理論的に示された。これらが,コンピューターの進歩と普及,X線検出器の改良によって,1972年に英国において,CT(コンピュータトモグラフィ)を生み出すこととなる。

CTの技術史は,撮影時間や分解能など,基本性能の向上の歴史である。頭部CTスキャナーが開発された後,1974年には全身用CTが臨床に応用された。一時はCTにかかわる技術は成熟したといわれたが,高速連続撮影など新しい臨床応用心臓などの撮影に威力を発揮)が展開され,さらに,断面(2次元)から立体(3次元)画像に発展しつつある。

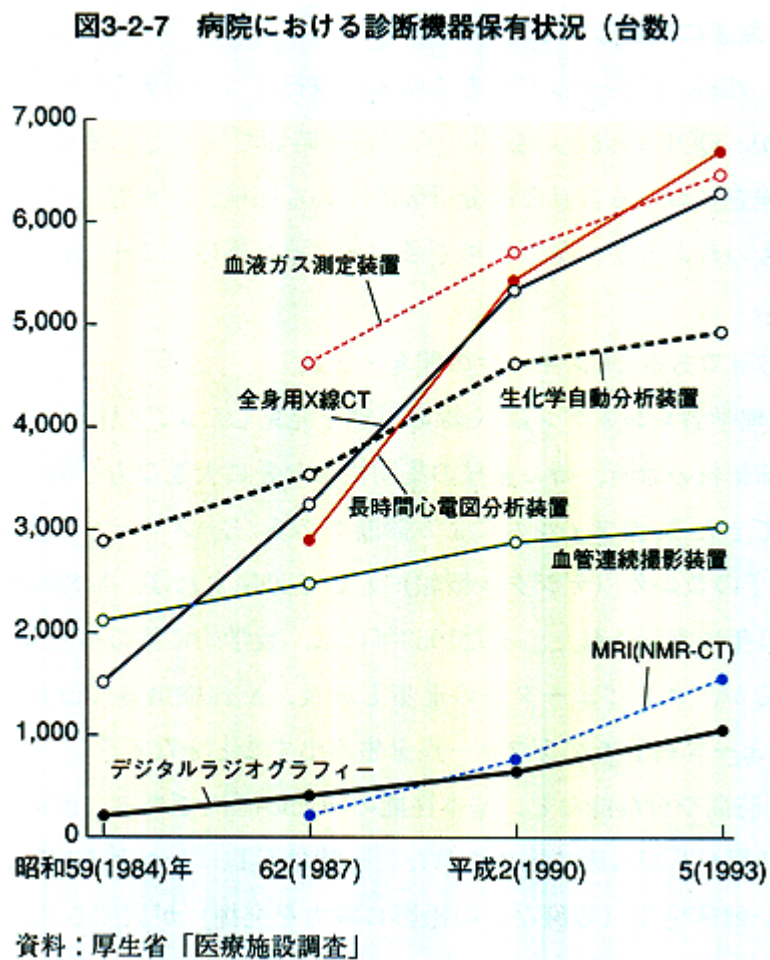
(2) 超音波検査(US)とMRI

超音波検査は,生体に超音波をあて,各組織内や組織の境界から反射してくる超音波を検出し,再構成をした画像を基に行う診断法である。超音波検査法の利点は,X線被ばくがない,装置が安価で移動が可能であり手軽に検査ができる,検査方向に多様性がある,小病変の検出が可能であるなどであり,欠点は,検査者の技術の差が結果に影響しやすい,再現性が低い,骨,ガス,肥満が検査の障害になるなどである。しかし,今日では超音波検査法は,腹部,骨盤,心臓,頸部,乳房などで欠くべからざる画像診断法となっている。子宮の中にある赤ちゃんに初めて超音波による画像で会う妊婦も最近では少なくない。

CTやUSに次いで,1980年代に入ると,MRI(磁気共鳴画像装置)が実用化され,近年急速に普及している。MRIの原理は,CTが体外からのX線を利用したのとは異なり,人間の細胞内の水素原子が磁気によって変化することを活用して,その変化の度合いを測定し,断面像を再構成するものである。

これら画像診断の進歩により,大きな苦痛を伴わず,精度の高い検査が可能となっている。問題はこうした検査結果をいかに正確に診断し,効果的な治療行為に結びつけるかである。技術の進歩が人間の進歩を求めている最も良い例の一つがここにある。

図3-2-7 病院における診断機器保有状況(台数)



第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

4 歯科治療に多くの技術進歩があった

古代バビロニア時代の出土粘土板や古代エジプトのパピルスに,痛みのある歯の部分に薬剤を詰める治療法が記載されたり,古代遺跡から金線で連結された歯が発掘されていることから,かなり古いころより齲食(むし歯)と歯周疾患に対する歯科治療がなされていたことが確認されている。

現在世界的に普及している歯科治療の技術は,欧米を中心に開発されてきたものである。日本の歯科は明治維新前後に主として米国からの技術移入があり,その後欧米の技術革新と同時進行のかたちで発展してきたが,導入後は,保険制度のおかげで普及が諸外国よりも早く広範囲であった。WHOの国際共同調査によれば,40歳以上の者の歯の数は,先進国の中で日本人が最も多いという調査が出ている。

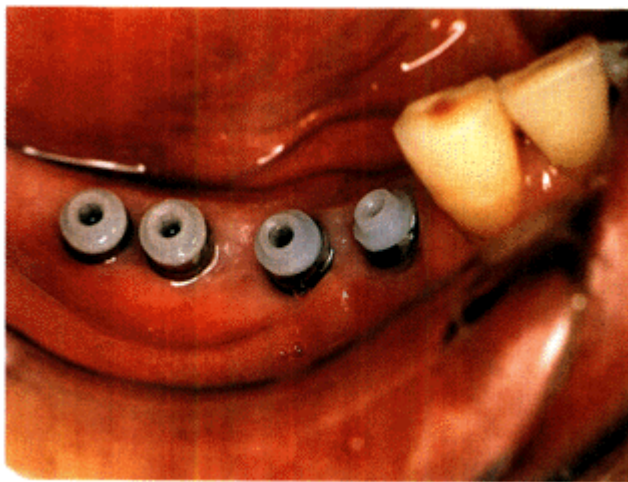
むし歯の治療では細菌に侵された歯質を削り取る必要があるが,歯は人の体の中で最も硬い組織であるエナメル質で覆われているため,切削の技術革新がなされるまでは十分な対応ができなかった。切削技術の革命といわれたエアタービンが1957年米国で考案され,1965年に製品化され,今日の技術が確立された。それまでより,数十倍の回転数を持つ画期的なもので,切削の時間を短縮し,術者と患者の負担を大幅に軽減した。最近,レーザーを応用した切削も可能となってきている。

また,むし歯を削った部分の型をとって鋳物を詰めるインレー充填は,19世紀末から20世紀初頭にかけて一連の技術が確立され,今日へと引き継がれている。

近年最も発達したのが材料である。なかでもレジン(合成樹脂)は,自由に型と色調を変えることができることから,前歯の治療を中心に1940年代から開発が始まった。1955年ごろ日米両国で酸処理によるレジンの接着法が考案されてから,接着性レジンにかかわる研究開発が急速に進み,1978年に可視光線重合レジンが実用化され,操作性,材質,外観などに優れた方法となった。現在は接着剤の改良がさらに進み,ポーセレン(陶器)などへの応用もなされ,今後も開発が期待される分野となっている。

高齢化にしたがい,義歯の役割が大きくなってきている。現在のような床義歯による補綴治療が完成するには,あごの形を正確にとることのできる印象採得の材料と方法,人の歯を正確に再現しかみ合わせに耐える人工歯,そしてその人工歯を保持し,あごにぴったりと合う義歯床材料などの開発が必要であった。これらの材料技術は1935年に重合性のアクリル樹脂が義歯床に応用されたことにより,一応のレベルに達した。その後1950年ごろから人工歯根をあご骨に埋入するインプラント義歯が考案され,その後多くの改良研究がなされてきている。

インプラント義歯



インプラント義歯

看護技術も変化に対応して進展している

多くの入院経験者にとって、病院の生活でまつ先に思い浮かぶのが看護婦の姿だろう。

看護とは「(病気という)自然の回復過程が順調に進むように、病人の生活のあり方を最良の状態に置くことである」(ナイチンゲール)とされ、患者の心身全体にかかわる者であるとされている。この意味で、個々の技術発展歴史を論じることは簡単ではないが、1)診療の補助、2)療養上の世話という看護業務の各分野で、医療技術の高度化、慢性疾患患者や高齢の患者の増加に伴い、看護業務の内容が変化し、それに合わせて看護技術も変化してきていることをみてみよう。

(1)

医療技術の高度化に伴う看護技術の変化

医療が高度化、専門分化する以前は、病む人の自然治癒力を高めるために安静と保温、栄養などの面で働きかける看護技術が主流であった。食事介助、移動の援助、身体各部の清潔の保持など看護自体が病人への安らぎをもたらす、病状を安定させることに寄与した。また、ガーゼ、包帯、注射器などの医療用具の消毒も感染予防の知識・技術を前提とした重要な看護婦の仕事であった。

その後、抗生物質をはじめとする多くの医薬品が使用されるようになり、検査・手術の種類や件数が増え、ME機器やディスプレイ製品が登場し、看護の内容も変化する。

一方、診断技術や観察方法の高度化により、より客観的できめ細かな観察が可能となり、異常を予測しながら早期に対処し、順調な経過が得られる場合には早期にリハビリテーションを開始するようになり、こうした面での看護技術が発達する。また、複雑化した検査や治療に対する患者の不安を和らげるために、患者の不安に耳を傾け、事前の説明や服薬等の指導をしたり、身体的苦痛を和らげるための看護の技術が求められるようになった。

さらに、患者の身近にいる看護婦に、患者に合わせてさまざまなサービスを調整する機能とそれを実現する技術が求められるようになってきている。

急速に変化、高度化する医療に対応して看護内容も変化してきたが、こうした診療の補助の面での看護技術のレベルアップがあつて初めて高度医療技術の適用が可能となったともいえる。

(2)

慢性疾患患者、高齢の患者の増加と看護技術の変化

慢性疾患患者や高齢の患者が増加し、病気や障害をかかえながら生活する人々が増えてきている。

このため、患者や家族のセルフケアを可能としたり、生活の質を高めるための援助技術が求められ、開発されてきた。例えば、在宅酸素療法のような器具を装着して生活しているような患者に対し、生活上の注意、状態観察のポイント、緊急時の対処方法など生活していく上で具体的に問題になることに対し、丁寧に個人の事情に合わせて解決方法を一緒に考え、患者や家族が納得して対処していけるように援助する。この過程では病気や治療法、器具について、一方的に説明するのではなく、相手が納得できるようなコミュニケーション技術も必要とされる。

高齢者の看護については、特に昭和50年以降、病院の入院患者の高齢者の比率が急速に高まり、失禁・痴呆をはじめ、高齢者特有の疾患や症状への対応が模索され、その技術が確立しつつある。

こうした中、昭和60年「じょく創は看護婦の怠慢」といういわゆる「じょく創裁判」の判決が、看護界内外に大きな反響を呼んだ。

医療における介護の問題が大きなものとなり、老人病院(病棟)制度の中で介護サービスが看護サービスと一体となって提供されるものと位置づけられた。このため、看護婦は患者の状態から判断しながら、介護チームと連携をとりながらケアする体制に取り組み始めている。

現在、看護サービスは、病院内で変化し拡大するだけでなく、在宅の場へ大きく広がろうとしている。病気や障害をかかえながら生活していくことを援助するという視点で行われてきた看護実践の中から、急性期の医療・看護を見直す必要性が認識されてきた。例えば、退院に向けて排尿用の管をできるだけ外したり、人工肛門をつける位置について本人の生活や着衣に合わせて決めるなどである。これらの問題認識を重視して、新たな看護技術を開発していくことが課題となってきている。また、在宅の患者のニーズは、看護、医療、保健、福祉、在宅等多岐にわたりかつ関連している。訪問看護ステーションの看護婦や行政の保健婦は、患者の健康状態や障害の状態に合わせて各種サービスを調整する技術を開発し始めている。

(3)

技術に支えられた変化の方向

このような看護の変化は、患者の立場に立った「患者中心の看護」、患者を総合的にみていこうとする「総合看護」、場が変わっても看護の連続性を保障しようとする「継続看護」、施設内にかぎらず患者の生活している場所全体をカバーしようとする「地域看護」といった目標を、看護婦たちが自主的に組織的に実践を積み重ねてきた結果である。

今後さらに、看護研究の発展、専門ナースの制度化、看護教育・看護管理の充実などにより、経験や研究から得たものを技術として体系化することで新たなニーズに対応可能な看護技術が開発されていくことが見込まれる。特に、救命救急医療の発達に伴って、いわゆる植物状態の患者が増えてきているが、看護婦による日常生活の援助が治療的效果を発揮しているケースもあり、また、終末期の患者や家族に対する心身の苦痛を和らげる看護婦の機能の重要性に対する認識が高まっており、こうした新たな分野での発展が期待されている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

5 これから具体的発展が期待される技術

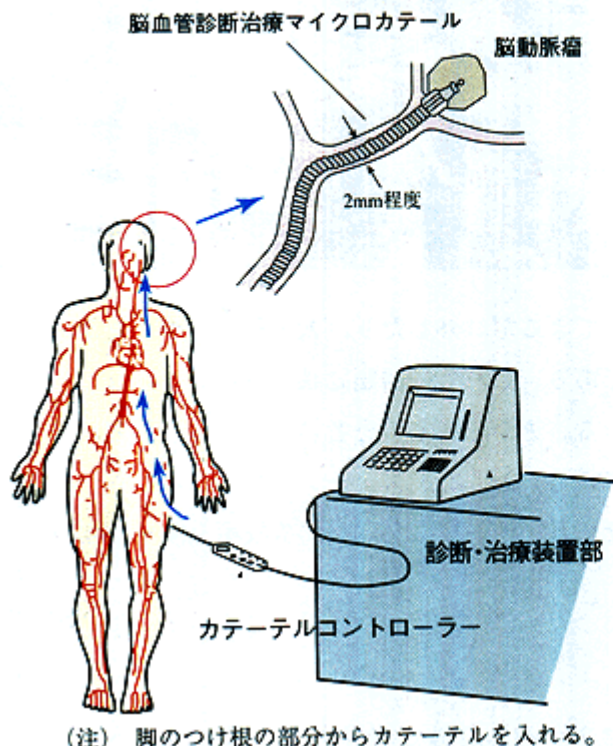
(1) マイクロマシン技術

近年の半導体超微細加工技術に代表される最先端技術は,体内すみずみまで用具を入れて作業するという技術の実現性を十分高めている。具体的には,マイクロマシン(微小な機械)を,医療の分野に応用しようという試みである。この技術が期待される分野としては,体腔内・血管内内視鏡,人工臓器などの技術があげられる。

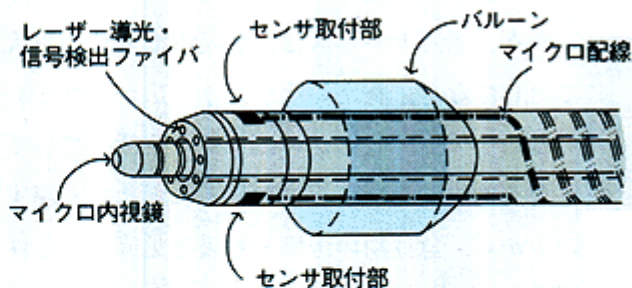
くも膜下出血などの原因となる脳動脈瘤の治療も,現在は開頭手術を行っているが,マイクロマシン技術が実用化されれば,血管内を非常に細いカテーテルが動脈瘤目指して進入し,動脈瘤の部分でそのコブを取り除くような治療動作を行うことが可能になるといわれている。

図3-2-8 脳血管診断・治療マイクロカテーテルシステム

図3-2-8
脳血管診断・治療マイクロカテーテルシステム



マイクロカテーテル先端部概念図



(2) 代用臓器技術

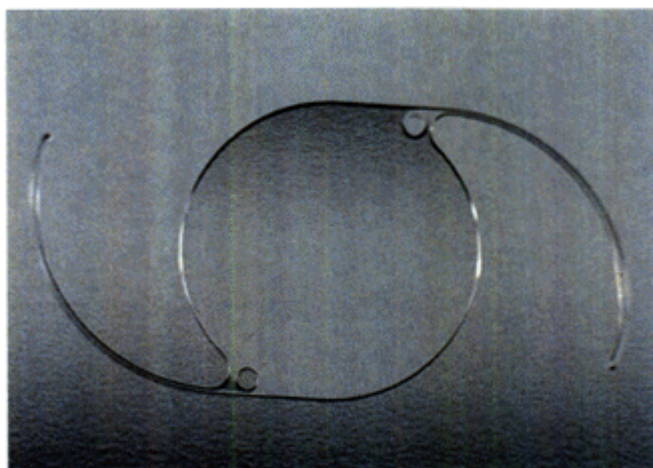
疾病の性質や臓器によっては、何らかの方法により、その機能を代替してやらなければ生命が維持できなかったり、生活が著しく制限される場合があり、代用臓器技術に大きな期待が寄せられる。代用臓器技術は、大きく人工臓器と臓器移植技術に分けられる。

人工臓器は、人工腎臓、人工心臓、人工肝臓、人工膵臓、人工関節、人工水晶体など多岐にわたっている。人工臓器技術では、どこまで生体に近い機能を持つことができるか、生体と適合する材料を得られるか、いかに信頼性、安全性、利便性を確保できるか、どの程度まで費用がかかるかなど多岐にわたる課題があるが、人工腎臓、人工関節など既に実用化され、生命維持やQOLの向上に大きく貢献しているものを含め、さらなる開発と研究が進められている。

臓器移植については、これが本格的に行われるようになったのは、この30年のことである。腎移植(死体)(1962年)、心移植(1967年)、肝移植(1967年)とあいついで成功が報告された。その後、生体の拒絶反応の抑制と感染症管理という壁に突き当たり、臓器移植は一時停滞状況を示した感もあった。しかし、免疫抑制剤であるシクロスポリンAが拒絶反応の抑制成績を著しく向上させるに及んで移植症例が急増し、近年世界的には臓器移植は医療として定着した感がある。さらに、日本企業により開発された画期的な免疫抑制剤タクロリムスも治療成績の向上に寄与している。また、臓器移植ネットワークが世界各地で整備され、移植臓器と血液型や組織適合抗原(HLA:白血球の型)などが適合する患者を選ぶことにより移植成績が高まっている。

我が国においては、心停止後の腎臓移植については行われており、諸外国と同等の成績を上げているが、心臓、肝臓などの移植に関しては、脳死の問題について議論が続いており、現在脳死体からの臓器移植は行われていない。

人工水晶体



人工水晶体

(3) 遺伝子治療

分子生物学の進歩に伴い、先天性疾患やがんの原因となる遺伝子の異常が同定(確認)され、遺伝子レベルでの診断が可能になってきた。さらに、これら遺伝子病の究極の治療法としての遺伝子治療が現実のものとなりつつある。

遺伝子治療とは、遺伝子を患者の細胞に導入して細胞の機能を修復するなどにより、疾患の治療を行おうとするものである。当初は遺伝病の治療法として考えられていたが、最近ではがん、エイズなどの難治性疾患の治療法としても期待されている。

この背景には、1970年代に入り、細胞から単一の遺伝子を切り出して増殖したり、遺伝子をつなぎ合わせる方法(組換えDNA技術)などの遺伝子操作技術が発達したことがある。今日の遺伝子治療では、遺伝子を細胞内に導入するためにウイルスなど(ベクター)が使われる。生命の本質である遺伝子を用いて疾患の治療を行うものであることから、今後、医薬品として遺伝子やベクターなどの品質、安全性などの確保を図っていくことが重要である。

医療技術の未来予測

専門家による主な疾病に対する技術開発とその達成時期についてみると以下のようなものとなっている。

(1)

糖尿病

糖尿病については、この病気そのものが原因となって死亡することは少ないものの、視力障害、腎臓病、心筋梗塞、脳卒中、神経障害など合併症による死亡や障害を考えると、もたらされる健康被害は重大である。

糖尿病に関する未来技術予測では、遺伝子治療や臓器移植については、その実現時期は平成22(2010)年以降という結果であった。また、食事療法の重要性が指摘され、QOLの維持向上の観点から、患者食の開発に高い期待が集まっている。

(2)

がん

がんについては、「がん転移抑制剤が臨床で使用される」が重視されている。実現時期については、平成12(2000)年までに

実現可能という回答が多い一方で、28(2016)年以降に実現との回答も多く、二分された予測となっている。「がん遺伝子とがん抑制遺伝子の機能が明らかになり、治療に役立つようになる」では、平成13(2001)年～17(2005)年に実現予測の中央値がある(5年間ずつの期間を区切っていつごろ実現できるかという質問に対する回答の結果である。以下同じ。)

(3)

心臓病

心臓病については、平成13(2001)年～17(2005)年に「虚血性心疾患の発症のメカニズムが解明される」の中央値が、18(2006)年～22(2010)年に「末期的な心不全に対する永久型埋め込み型人工心臓が開発され司の中央値がある。

(4)

脳血管障害

脳血管障害については、「脳梗塞の発症メカニズムが解明される」「脳血管疾患の早期診断法が確立され、予防が可能になる」がともに平成13(2001)年～17(2005)年の実現予測時期の中央値となっている。

(5)

老人性痴呆疾患

アルツハイマー型痴呆の治療等については以下のとおりである。実現予測時期の中央値をみると、「原因が解明される」「有効な予防法が開発される」「有効な治療法が開発される」がともに平成18(2006)年～22(2010)年であるが、「有効な予防法が開発される」については13(2001)年～17(2005)年の間にほぼ均等に分布している。いずれも研究の重要度は大きいとされ、特に「原因究明」については、国際共同研究の必要性「大」とする専門家が多かった。研究開発水準の内外比較では日本・海外同等とするものと海外優位とするものがほぼ相半ばした。実現に際しての阻害要因は「原因解明」については、研究開発体制の要因が資金的要因よりも上位にあり、注目される。「有効なケア手法が開発される」は、実現予測時期の中央値は平成13(2001)年～17(2005)年であり、その開発水準は、海外優位、実現に際しての阻害要因として制度的要因をあげるものが多かった。

(6)

歯科医療

歯科保健対策は、むし歯から歯周疾患に対して重点が移りつつある。歯科技術の実現予測時期の中央値をみると、「むし歯の完全無痛コントロールが実用化される」は、平成23(2011)年～28(2016)年であるが、予測の分布は幅広いものとなっている。「歯の喪失を免れるような歯周病の有効な予防法および治療法が開発される」「咀嚼機能の喪失を防ぎ、機能回復を円滑に実現する技術が開発される」はともに平成28(2016)年～32(2020)年であったが、前者では、予測時期の分布が分散している。歯周病研究は、重要度、国際共同研究の必要性とも重要性大とするものが多い。

(7)

その他

エイズについては、ワクチン開発は平成13(2001)年～17(2005)年、治療法の確立は18(2006)年～22(2010)年に中央値がある。アレルギー・免疫については、「多くの種類のアレルギー疾患が治療可能となる」が平成23(2011)年～27(2015)年に、「ほとんどすべての自己免疫疾患が完治可能となる」が28(2016)年～32(2020)年に中央値がある。また、マイクロマシンの例として「カプセル型消化管内視鏡(飲み込んで消化管の内壁を映像としてモニタリングし、外部より移動をコントロールできる)が実用化される」は平成13(2001)年～17(2005)年に、また難病治療の例として傷萎縮性側索硬化症(ALS)の有効な治療法が開発される」は23(2011)年～27(2015)年に中央値がある。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

6 技術の進展が改めて人間の生と死を問いかけている

臓器移植,人工受精や体外受精などの生殖医療などに代表される先端医療の進展により,いのちとは何かという「生命倫理」が医療にとって重要な問題になってきている。技術の進展により医療のフロンティアが広がるに伴い,何をもって死とするか,生とするかを明確にする必要に迫られている。医療に関する倫理は,決して先端医療をめぐる課題に限定されるものではないし,また国民全体の感情や思想,考え方を踏まえて納得と合意を得なければならない複雑な問題であるが,ここでは技術の進展に伴って生命倫理について生じてきている課題を概観してみたい。

(1) 臓器移植と脳死をめぐる倫理的課題

欧米では,ほとんどの国において,医学的にはもちろん,社会的,法的にもすでに脳死が人間の死として受け入れられており,脳死を前提とした心臓や肝臓の臓器移植も有効な治療法として確立されている国が少なくない。

しかしながら,我が国においては,これまで脳死は「人の死」か,脳死体からの臓器移植は許されるのかということについて議論が続けられており,実際には脳死体からの心臓や肝臓などの移植は行われていない。

こうした状況の下に,平成2年2月に内閣総理大臣の諮問機関として「臨時脳死及び臓器移植調査会」が設置され,2年にわたる調査審議の結果,4年1月,答申を内閣総理大臣に提出した。答申では,脳死をもって「人の死」とすることはおおむね社会的に受容され合意されているとあってよいとともに,国民の懸念にも十分な配慮をした上で,善意かつ任意の臓器提供の意思に基づき,移植を必要とする人々が一人でも多く救済される方途を講じていくことが今後のあるべき基本的な方向としている。また,確実な脳死判定,臓器提供の承諾,移植機会の公平性の確保などの臓器移植を進めるに当たっての基本的原則などが明らかにされている。なお,答申には,脳死臨調としての意見とは異なる,脳死を「人の死」とすることに賛成しない立場からの少数意見が付記されている。この答申を受けて政府では,「答申を尊重し,脳死及び臓器移植問題に取り組む」旨の対処方針を閣議決定し,また関係各方面においても臓器移植に関する立法や移植医療実施体制の整備についての検討が進められた。

こうした議論や動きを踏まえ,臓器移植法案が超党派の議員により,平成6年4月に国会に提出された。同法案は,脳死が人の死であることを前提に,本人の意思が明らかでない場合には基本的にそれを尊重し,本人の意思が不明な場合は遺族の承諾があれば臓器を摘出できるとしている。

(2) 遺伝子治療の生命倫理

遺伝子治療は,開発途上にある治療法とあってよい。患者には,治療というよりもむしろ臨床研究の被験者として生命倫理面の配慮が与えられる必要がある。

遺伝子治療の対象として考えられるものには,1)体細胞,2)生殖細胞(精子・卵子・受精卵)の遺伝子がある。体細胞遺伝子治療については,米国では,既存の臨床研究のための手続きを厳格に守ることを条件にこ

れを行ってもよいとされており,この考えは世界の標準となっているといわれている。一方,生殖細胞への遺伝子治療は,体細胞と異なり,世代を超えて子孫にも影響を与えるほか,その影響にも未解明な点が多いため,医学的にもその実施は時期早尚であり,生命倫理面からも妥当でないといわれ,現時点では許容できないとする世界的な合意がみられる。

平成3年から,厚生科学会議(厚生大臣を交えた懇談会(厚生科学については後述))が開催され,遺伝子治療研究を推進させる上での基本的問題について調査,検討が行われた。平成5年4月,遺伝子治療臨床研究の要件,被験者の人権保護,研究および審査体制,研究実施および終了の手続きなどについて規定した「遺伝子治療臨床研究に関するガイドライン」が報告された。

これらの議論やガイドラインをもとに,平成6年2月,「遺伝子治療臨床研究に関する指針」が策定されるとともに,遺伝子治療臨床研究中央評価会議が開催された。会議は,医学研究者,医療関係者のほか,法律家,文化人などの学識経験者で構成されており,研究計画について,科学的妥当性(安全性,有効性など)のみならず,社会的,倫理的観点も含め総合的に評価する体制となっている。また,会議は被験者の同意を得た上で,検討状況を公開しており,国民の理解を得つつ検討が進められることとされている。

同年8月には,我が国初の遺伝子治療臨床研究実施計画が,「ADA欠損症における遺伝子治療の臨床研究」という課題で北海道大学より提出された。中央評価会議と併せて,ADA遺伝子治療臨床研究作業部会を開催し,科学的妥当性を中心に評価を行い,その結果を中央評価会議に送付した。同会議ではこれをもとに議論を公開しながら総合的に検討し,平成7年2月,北大計画を了解した。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

7 厚生行政は戦略的に技術の進展に取り組んでいかなければならない

厚生省では,以上のような医療をはじめとして保健,福祉,生活衛生などの分野にわたる科学技術を厚生科学としてとらえ,その計画的,総合的な推進に努めている。

具体的には,厚生科学会議を開催して,厚生科学全般にわたる研究の基本戦略の策定とこれに基づく重点研究課題の設定を行っている。また,厚生科学研究費補助金をはじめ厚生科学技術関係予算の確保充実,重点的な配分に努めるとともに,厚生科学研究の推進の基盤となる国立試験研究機関の整備充実を図ってきている。平成7年1月には,21世紀に向けての戦略として「21世紀に向けた厚生科学研究の総合的推進について」をとりまとめ,以下のような施策を講じていくこととしている。

まず,国立予防衛生研究所をはじめとする八つの試験研究機関などについては,時代の要請に適切かつ迅速に対応していくことが強く求められていることから,おおむね平成12年までを目途に,重点整備・再構築を行うこととしている。これらを通して各試験研究機関においては,遺伝子やエイズなど新しい科学技術分野に積極的に取り組むとともに,新たに画期的な医薬品や人工臓器の開発などの基盤となる研究を推進する研究所を設置することを検討することとしている。

また,臨床研究の分野についても,平成7年度には長寿医療を推進するための中核的,総合的な機関となる長寿医療研究センター(仮称)を国立療養所中部病院に設置するなど,その研究体制の整備に努めてきている。今後は糖尿病,代謝性疾患やアレルギー,臨床免疫などの新しい研究分野に関する研究体制の整備について検討を進めていくこととしている。

さらに,こうした試験研究機関の体制の整備とともに,プロジェクト方式による研究の一層の促進,産学官の研究交流の促進,研究支援体制の強化など研究の実施面においても適切な対応を図っていくこととしている。

厚生科学技術関係予算は,毎年増額が図られてきており,平成6年度は約700億円となっているが,先進諸国,特に米国の研究費,研究体制の状況を踏まえると,さらに一層の充実整備を図って行く必要がある。

厚生科学は,国民の生活,健康,福祉といった国民生活の基盤を支える鍵となる技術である。21世紀に向けて一層の厚生科学研究の戦略的展開が求められている(第2編厚生科学研究の推進参照)。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

8 技術にも国民の選択が必要であり,技術適用の評価(テクノロジー・アセスメント)が求められている

(1) 今なぜ技術評価(テクノロジー・アセスメント)か

有効な医療技術を効率的に活用することが求められている。このために、「技術の適用に伴う,技術的・経済的・社会的効果を検討する,包括的な政策研究の一分野」と定義されるテクノロジー・アセスメントが,近年,医療の分野で注目されている。

テクノロジー・アセスメントが必要とされる背景を探ると,まず第一に技術革新の内容がある。医療技術は経験的な技術の集成ともいわれており,試行錯誤の中で生み出されてきたものも少なくなかった。1930年代以降のサルファ剤や抗生物質の開発により,疾病の機序を解明した上で根治する技術の水準に達したが,最近の医療技術は,CTなど診断技術や抗がん剤,高血圧薬の例などにみるように,疾病を見つけたり,ある程度コントロールすることが可能だが,完全な治癒に至らないといったものが増えている。ある治療法で完全に治癒可能であれば,医療行為は医師の専門性に基づく治療行為の決定に一定の合理性を与えるものの,こうした技術を含め最近の技術では特に,インフォームド・コンセント(説明と同意)に基づき,医師と患者の共同判断の上に,患者が医療内容を選択していくことが重要となってきている。この説明と判断と選択のため,医療行為をオープンで客観的なものにするというテクノロジー・アセスメントの必要性が高まっている。

第二に効率性が求められていることである。資源には限りがあり,どんなに有効な医療技術であっても思うままに利用することは不可能である。したがって,医療技術の進歩に費やす社会的資源から最大限の利益が得られるよう評価が必要になっている。

第三は,国民意識の変化である。医療情報の増加,技術の進歩などは,国民の医療への期待と不安を増加させている。最近の医療現場における各種診断治療機器の介在は人間的交流を喪失させ,また,医薬品の副作用は不安を増加させる大きな要因となっている。こうした不安や期待に的確にこたえるための客観的情報が必要になってきている。

第四は,医療をとりまく新諸学問分野の成立である。医療情報学,臨床疫学,医療経済学,臨床経済学,生命倫理学などが医療を対象に研究成果を上げてきているという背景がある。

(2) 技術の多様化に伴い評価範囲が拡大する

テクノロジー・アセスメントは、欧米で発達してきた。米国では政策的に確立した実績を上げるまでに至っていないといわれているが、ヨーロッパでは行政的に活用されている国もある。こうした取組の努力は、やがて結実していくものと考えられる。

一方、我が国ではこうした活動は新技術などの保険収載、新医薬品の承認審査の際の有効性および安全性中心の審査という行為の中に一部取り入れられている。また、いくつかの関連学会などが積極的な取組を始めているが、研究成果が、まだ医療政策に具体的な影響を与えるまでには至っていない。多様化する技術を社会でいかに受けとめ、医療の質の向上につなげていくために必要な情報をどう提供していくかということが、このテクノロジー・アセスメントであると考えられており、日本型アセスメントのあり方の研究、検討が求められている。

例えば医薬品については、その価格が医療に対する貢献に応じたものとなっているのか必ずしも明らかでないとの指摘や、一方でQOLの向上に貢献しているにもかかわらず、古い医薬品のために低い価格となり、市場から消えてしまう医薬品の存在があるという指摘もあり、テクノロジー・アセスメントの観点からも研究、分析が進められていくことが望まれている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第2節 技術が変わり,その使い方が重要になってきている

9 医薬品の安全性をどう確保していくのか

検査目的の採血,放射線照射,治療目的の注射,投薬,手術,生命維持管理装置の操作,麻酔など医療行為のほとんどは,肉体に対して外側から物理的に介入していく侵襲行為といわれている。医療とは人間の肉体や精神への介入であり,苦痛や危険性を伴うものである。

このため,人については,医療上の知識や技能を国家試験などで認められた者のみに許されている。また,医療行為には,医薬品や医療用具など多くの材料や設備が利用される。そのため,有効性が求められる一方で,こうしたものの安全性も求められている。最も代表的な医薬品について,安全性確保の考え方をみていこう。

(1) 医薬品の特性

すでに医薬品が医療の中で多大な貢献を果たしてきていることをみた。しかし,医薬品の特性としては程度の差はあるものの副作用を伴うものであるという理解が必要である。

副作用の原因はさまざまである。個別に発生する事例もあれば,一定の時期に多数事例が発生することもある。最近ではソリブジンによる副作用の問題が発生した。

医薬品の副作用の態様や発現の有無は個々の患者により千差万別であり,この性質が問題を難しくしている。個々の患者にとって副作用の危険性が医薬品の有効性を上回る場合には,医薬品を使用する意味が無いが,副作用の発生は予期できない場合も多い。副作用の発生をいち早く把握し,情報として収集した上で,その危険性を評価する努力が必要である。そのため,副作用に関して,それがどのような状況下,どのような処方の中で引き起こされたのかをデータとして蓄積し,科学的な評価を行ったのち,適切な情報として関係者,国民に広く提供することが求められる。

このような情報に基づいて医師や薬剤師が必要な医薬品を適正に使用することにより,副作用のリスクを最小限に抑えることが可能となるのである。

また,より良い医薬品の開発・供給のため,特に安全性確保の観点に立って,我が国においては,研究開発,製造,流通それぞれの段階において,厚生省が定めた基準やガイドラインおよび業界の自主規制が設定されており,この適正な運用が求められている。

(2) 医薬品そのものの安全性の確保

医薬品は,長い年月と多額の費用をかけ,スクリーニング,非臨床試験,臨床試験(治験)の各段階において収集された情報を資料とし,副作用があることを考慮しても,なお,それを上回る有効性があると認められて初めて承認される。

医薬品の安全性を確保するためには,まず,こうした医薬品の承認申請用資料の収集段階において,品質,有

効性,安全性に関する情報が十分かつ適切に入手されることが必要である。

我が国においては,「医薬品の臨床試験の実施に関する基準」(GCP:Good Clinical Practice)が,平成元年に示されている。これは,臨床試験のプロセスを管理することによって,データの質を保証しようという考え方に基づくものである。治験の倫理性,科学性,信頼性を確保するためのものであり,今後,治験に関する相談指導体制を充実強化させるとともに,GCPの普及,徹底を図っていく必要がある。

また,治験の依頼者が,医療機関において治験が依頼した計画どおりに行われているか,インフォームド・コンセント(後述)をとって倫理的に正しく行われているか,データが整理されているかなどについて確認を行っていくことが求められている(第2編 医薬品・医薬部外品・化粧品承認・許可制度参照)。

(3) 市販後における承認審査の見直し

医薬品が売り出された後は,高齢者や小児,時には妊婦などの患者やさまざまな合併症を持つ患者にも投与され,かつ,各種の医薬品も併用され,長期投与が行われることもある。このように実際の医療の場では,臨床試験では把握できなかった副作用が予期せぬかたちで,予期せぬ状況で現われてくる可能性も否定できない。「予期せぬ副作用」について情報を確認し,究明・評価し,対応を図ることが医薬品には不可欠であり,再審査制度が設けられている。これは,新医薬品については原則として6年の再審査期間が設定され,その期間中に医療現場での使用の成績に関する資料を収集し,これに基づいて再審査期間終了後に有効性・安全性について見直すものである。再審査期間中を含め市販後調査の信頼性確保のために,「医薬品の市販後調査の実施に関する基準」(GPMSP:Good Post-Marketing Surveillance Practice)が制度化されている(第2編 医薬品の市販後対策 参照)。

市販後調査の目的の一つとして,市販後医薬品の適正な使用に必要な情報を収集することがある。収集すべき情報については,市販後調査ガイドラインが制定されており,合併症への影響や長期使用に関する留意点などの情報を得ることが求められている。

GPMSPにより,製薬企業においては営業部門から独立した市販後調査管理部門を設置し,市販後調査資料の信頼性を確保するとともに,そのデータを的確に医療関係者に伝達するための方策を講じることが求められている。こうした努力が実を結ぶためには,実際に医薬品を処方する医師をはじめとする医療関係者の正しい理解と協力が必要である。

(4) 医療の質と安全性につながる医薬品の適正使用

医薬品は,適正に使用されて,初めて有効性を十分に発揮することができ,また,副作用を最小限に抑えることができる。近年,新薬の開発技術の高度化に伴う薬理活性が強い医薬品や使用方法が複雑な医薬品の増加,高齢化に伴う複数受診や合併症による多剤併用と長期投与の増加に伴い,医薬品の適正使用について国民の関心が高まっている。

患者の状態に合わせた最適な薬物療法の提供は医療機関として当然であるが,実際には抗生物質の多用によって耐性菌を出現させるなど問題も発生している。それゆえ,安全性を確保するためには,医薬品そのものの安全性を確保するのみならず,適正な使用を推進していかねばならず,薬剤師が参加したチーム医療が重要となっている。また,医薬品の長期使用などに伴う影響について「薬剤疫学」の手法を用いた研究を進めていく必要もある。さらに,医療機関だけでなく,医薬品を販売する製薬企業(医薬情報担当者を含む。)も改めて「適正使用」の意味を考えていかなければならない。

平成5年5月,「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」により報告書が提出されたが,その中でも適正使用は最重要課題に位置づけられ,

ア 医薬品情報の提供のあり方

イ 医療現場における活用のあり方

ウ 医師,薬剤師の教育・研修のあり方

などについて指摘がなされている。

また,ソリブジン問題の発生などを受けて,平成6年10月に「医薬品安全性確保対策検討会」が設けられ,医薬品の開発段階から使用に至るまでの安全性確保のための総合的な検討が行われている。

「いかに適正使用を進めるか」という難しい課題だが,総合的対応が求められており,薬事規制の面からだけでなく,中央社会保険医療協議会や医療保険審議会で,医療保険における医薬品の保険給付の対応などについても論議が進められている。

なお,平成7年7月から欠陥製品による消費者被害を救済することを目的とした製造物責任法が施行される。これに伴い,消費者被害の救済の実効性が高められるとともに,製造者による医薬品などに関する情報の収集,提供や警告表示の充実,安全性や品質確保対策の強化など一層の被害防止措置がとられることが期待される。また,製造者の責任を法律上明確にすることに伴い,当該製品を取り扱う医師,薬剤師などの役割の重要性について関心が高まることになるので,医薬品などのより一層の適正使用が推進されることも期待される。

(5) 良質で適正な薬物療法のための医薬分業の推進(かかりつけ薬局の育成)

医薬品の適正使用を進めていく観点からは,医薬分業を推進していくことも重要である。

医薬分業は,患者の診断・治療は医師が,医師の処方せんに基づく調剤は薬剤師が行い,医師と薬剤師がそれぞれの専門分野で業務を分担し,医療の質的向上を図ろうとする仕組みである。

高齢社会の到来を迎え,高齢者に多くみられる複数疾病による複数医療機関のかけもち受診による医薬品の重複投与,併用に伴う相互作用など医薬品の適正使用の観点から取り組むべき問題点が指摘されている。かかりつけの薬局で患者ごとの薬歴(医薬品服用の記録)を作成し,これを利用することにより重複投与などの危険を防止することは可能であり,良質かつ適正な薬物療法という観点から,医薬分業が推進されている。

しかしながら,医薬分業は広く普及している欧米先進国に比べると,いまだ社会に根付いていない。昭和49年に処方せん料が大幅に引き上げられて以来,ようやく進展の兆しがみえ始め,その後処方せん発行は進み,平成5年度における処方せん受取率は15.8%となっている(第2編医薬分業参照)。

今後,さらに拡大していくためには,処方せんの受入体制の整備,薬局薬剤師の資質の向上,医療機関の理解と協力,国民の医薬分業,特にかかりつけ薬局などに対する意識の向上が求められている。患者本位の良質な医薬分業を推進するとともに,地域における医薬品の提供や相談役として,地域住民に信頼される,いわゆる「かかりつけ薬局」の育成を図り,患者に対して十分にメリットのある医薬分業の推進を図っていくことが必要である。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第3節 意識や疾病構造が変わり,いかに病気や障害を予防し健康を維持,向上させるかがより重要になっている

医療は,疾病の予防や健康づくりに密接に関係しており,この分野を通じても日常生活の維持,向上に大きな役割を果たしてきている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第3節 意識や疾病構造が変わり,いかに病気や障害を予防し健康を維持,向上させるかがより重要になっている

1 疾病予防と健康づくりの役割が大きくなってきている

健康と疾病は独立し相対するものではなく,連続した状態と考えられている(図3-3-1)。健康な状態がすぐに疾病状態に急変するのではなく,健康-境界(半健康)-疾病という経過をたどる。また,その逆の道筋をたどり健康状態に戻るという考えである。

急性感染症では健康と疾病の間の境界領域がなかったり,とどまる期間が短かった。一方,成人病が中心の疾病構造の下では境界領域自体が広がり,この状態にいる人やこれに近い人が多くなってきている。こうしたことから,第1章でもみたように何らかの異常があったとしても日常生活に支障がなければ健康とするような「達者が何より(一病息災)の健康観」に変わりつつある。

予防や健康増進に関連する医療は,1)人々をより一層望ましいものとする健康の状態にとどめるもの,2)境界領域から健康の状態にできるだけ早く戻すもの,あるいは3)境界領域にあっても疾病の状態にならないよう支援するものであり,この健康から疾病へ連続する過程が長くなるほど,その役割は大きくなっていく。また,個々人の管理が重要になり,提供するサービスの内容も個人の状態に応じて変化せざるを得ない。

こうした予防や健康増進の役割についてはさまざまな分類があろうが,健康な段階で行う第一次予防,境界領域で行う第二次予防,疾病の悪化防止と社会復帰のために行う第三次予防という表3-3-1にみるように分類することができよう。特に後期高齢者の増加に伴い,寝たきり予防などの第3次予防の重要性が高くなっている。このように,従来の医療における疾病の治療という概念は,介護を受けながら医療を受けるという高齢者が増え,ニーズが変化していく中で相対的に小さくなっており,このような変化への対応が迫られている。

図3-3-1

図3-3-1

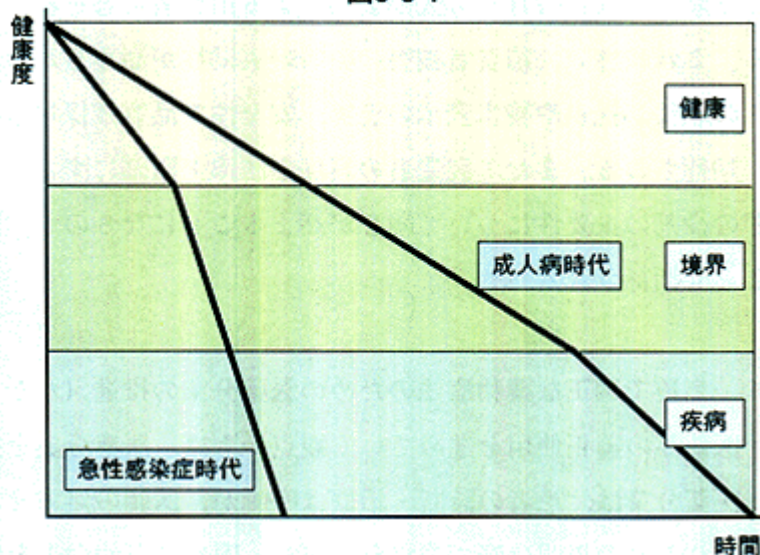


表3-3-1 予防の具体的事例

表3-3-1 予防の具体的事例

予防種類	保健衛生分野	分野別の具体例
第一次予防	母子保健	母親学級, 母子手帳の交付, 産前産後の休暇など
	成人保健	食生活・自己管理指導, 健康教育など
	産業衛生	作業方法・作業環境の改善, 換気, 防じんマスク, 労働衛生教育など
	感染症	結核予防法によるBCG接種, 各種予防接種, エイズ予防のための啓発など
	精神保健	心の健康づくりなど
第二次予防	母子保健	低フェニルアラニン食, 交換輸血(核黄疸)など
	学校保健	児童生徒などの定期健康診断など
	成人保健	がん集団検診(胃・子宮・肺など), 循環器検診, 栄養管理など
	産業衛生	健康管理: 一般検診, 特殊検診など
	感染症	梅毒のペニシリン療法など
第三次予防	成人保健	脳卒中のリハビリ, 寝たきり老人予防対策など
	産業衛生	職場における適正配置など
	精神保健	精神科リハビリテーションなど

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第3節 意識や疾病構造が変わり,いかに病気や障害を予防し健康を維持,向上させるかがより重要になっている

2 予防の内容が疾病構造の変化とともに変わってきている

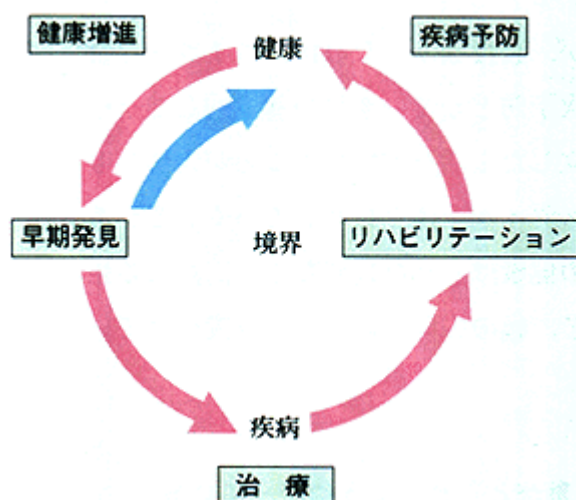
(1) 集団的社会防衛から個人防衛へ

我が国の近代医療の幕あけは,コレラなどの急性感染症に対する予防から始まった。戦前,そして戦後も結核が減少してくるまで,保健所を中心とした公衆衛生行政は,保健・医療の中心をなす大きな柱であった。社会基盤が未整備で公衆衛生水準が低く,国民の健康意識も低かった状況においては,予防に求められるのは,主として社会防衛的な見地から集団的,画一的に対処療法的な措置をとることであった。

しかし,疾病構造が成人病を中心とした慢性疾患が中心となると,予防医療のあり方も変化する。成人病には個々人のライフスタイルが密接に関連しており,これを予防するには個人の日常生活を改善していく以外に方法はない。例えば,脳血管疾患や心疾患との関連が深い高血圧を予防するには,肥満を防止し,食塩摂取量を減らすなど,バランスのとれた栄養の摂取や日常の中に運動や休養を適切に取り入れた望ましい生活習慣の定着が重要となる。また,健康診査の結果に基づき,個々人の状態に適した治療が行われなければならない。国民の間にもこうした変化が認識されており,「健康を守るもつくるも自己管理と自助努力が重要」と強く意識されていることはすでにみた。また,図3-3-2のように予防と治療の医療が一連のものとしてとらえられ,必要に応じて連続していくことが求められている。

図3-3-2 健康管理のための諸活動

図3-3-2 健康管理のための諸活動



(2) 義務接種から勧奨接種に変わった予防接種

こうした予防の変化が象徴的に表れるのが、予防接種の変遷である。

終戦直後の予防接種法制定当時、衛生環境は悪く感染症はまん延し、その流行がもたらす国家的損失の防止が急務であった。そこで社会防衛の観点から予防接種が強力に推進されたが、その高い接種率を維持するために予防接種は法文上も「しなければならない」という義務接種とされ、義務違反の場合、罰則も課せられることとなった。

その後、予防接種行政の強力な推進の結果、公衆衛生水準の向上とも相まって、感染症患者は大幅に減少し、社会防衛の緊急性は緩和されるとともに、国民の健康意識も向上した。このため、昭和51年の法改正では義務違反の場合の罰則が廃止された。

今日に至り、ジフテリアの患者が平成3(1991)年には2人になった(昭和20(1945)年:8万5,833人,昭和50(1975)年:139人)ことにみられるように、感染症予防の緊急性は一層緩和し、より個人の健康保持が求められることとなる。また、インフォームド・コンセントの社会的要請が高まる中で、予防接種の社会的効果を保つために必要な接種率を維持するための手法も強制的なものから、その意義を十分に理解した上で、個人の選択により受けることができるような環境の整備が求められるようになってきた。このような状況に対応し、平成6年の法改正では「しなければならない」という義務接種規定が「努めなければならない」という努力規定に改正され、個人の意志を確認した上で行われるようになり、また個人の健康保持の観点から破傷風が加えられるなど対象疾病も見直された。

(3) 保健指導の内容にも福祉的要素の必要性が高まってきている

近年、脳血管疾患などにより寝たきり老人が増加しているが、寝たきりになれば、さまざまな合併症を引き起こす。そもそも寝たきりを防止すること自体が、第三次予防としての老後の基本的な健康づくりといえ、高齢者自らができるかぎり自分のことは自分でする自立した生活を支援することが大切なものとなっている。国民一人ひとりもこうした観点に立って、ライフスタイル全体を見直していく必要がある。このためにも、保健婦などによる保健指導なども単に従来からの健康づくりだけでなく、高齢者の生活への指導や福祉関係のさまざまな生活支援サービスのあっせんなど、幅の広いものとして位置づけていく必要がある。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第3節 意識や疾病構造が変わり,いかに病気や障害を予防し健康を維持,向上させるかがより重要になっている

3 健康に対する関心が高まり,健康づくりのために積極的行動がとられるようになってきている

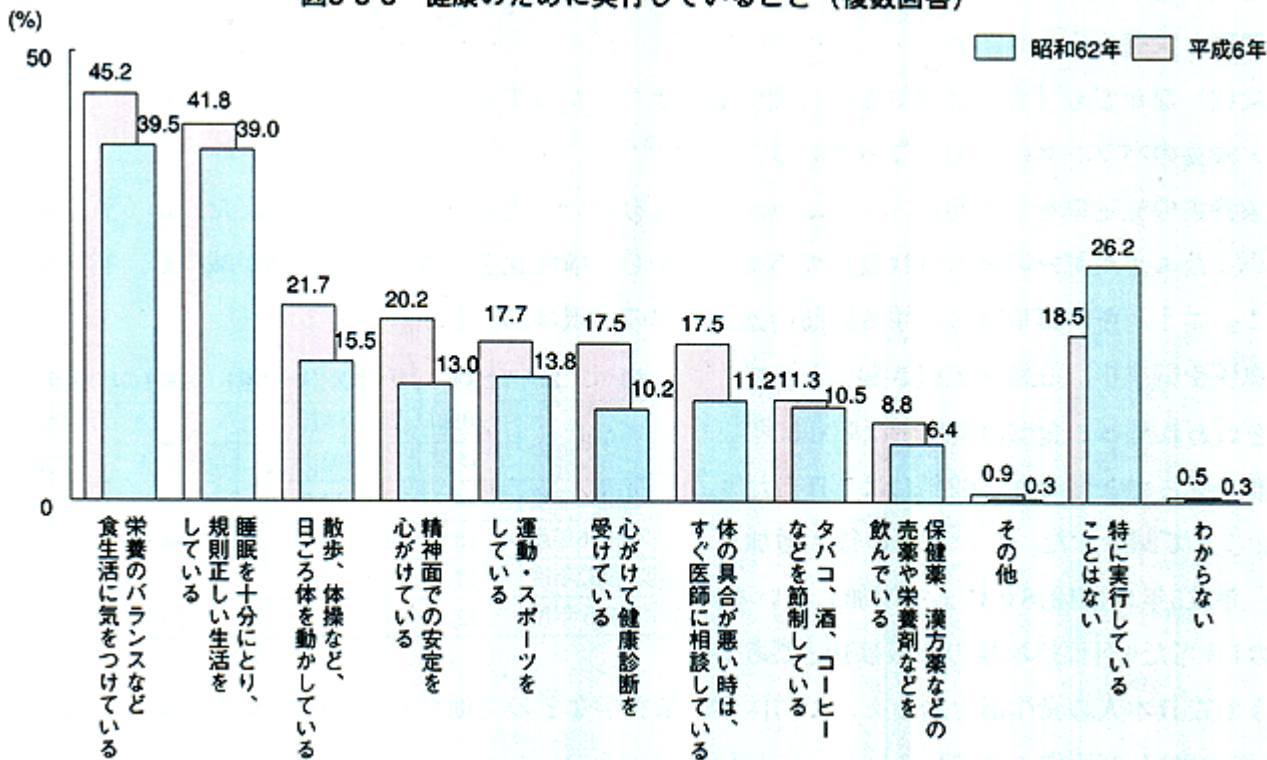
各種の世論調査が示すように,国民の最大の関心事の一つに健康問題がある。その内容も疾病の治療にとどまらず,質の高い日常生活を営むための健康増進へと変化してきている。

国民の健康意識は極めて高く,国民の8割が健康であると考えている(国民生活基礎調査(平成4年))。一方で,このように多くの者が平素健康だと感じているにもかかわらず,「健康に関して何らかの不安がある」と答えている者が約8割を占めている。不安の要因としては,「体力が衰えてきた」が35.4%で最も多く,次いで「がんにかかるのが怖い」「ストレスがたまる・精神的に疲れる」の順となっている(「健康づくりに関する意識調査」(平成2年))。また,がん,心臓病,脳卒中などの成人病に対する不安が高く,40代,50代では過半数の人がこれら成人病の不安があるとしている(総理府「健康づくりに関する世論調査」平成元年6月)。

健康のために日ごろから気をつけていることは,図3-3-3にみるように「栄養や食生活」「睡眠や規則正しい生活」など普段の生活の中で注意できるようなことが上位にきている。それぞれ日常生活の中でできることをまず実践しているという姿勢がうかがえる。

図3-3-3 健康のために実行していること(複数回答)

図3-3-3 健康のために実行していること(複数回答)



資料：健康保険組合連合会「健康づくりと医療に関する調査」より作成

次にくるのが積極的行動である。「体を動かす」「精神面でも安定を心がける」「運動、スポーツをする」「健康診断を受ける」「医師に相談する」といった行動を2割前後の人々がとると答えている。

今後の意欲についてみると、積極的行動をとっていこうという回答が多く、こうした意欲にいかに対応していかかが課題となっている。また、日常生活の中で楽しみながら、気功など東洋医学を基礎とする健康づくりに取り組む人も増えてきているといわれている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第3章 医療サービスの現状と課題

第3節 意識や疾病構造が変わり,いかに病気や障害を予防し健康を維持,向上させるかがより重要になっている

4 成人病には健康増進,予防,早期発見・治療が重要となっている

成人病は長い時間をかけて発病に至る「習慣病」ともいわれており,その危険因子は個人の体質や食生活,運動,喫煙,飲酒などの長い間の日常の生活習慣の中に潜んでいる。成人病予防のためには,ライフスタイルそのものを「栄養,運動,休養」のバランスのとれたものとするを目標に,生涯にわたる自己管理,健康づくりが重要となっている。また,健康診断を定期的に受診するなど,日常の健康管理と異常を感じる前からの早期発見と早期診断,必要な治療が肝要となっている。前者が「健康増進」であり,後者が疾病の「早期発見」「早期治療」である。

(1) 健康増進

1) 健康と栄養

衣食住,なかでも「食」は病気と常に関係してきた。かつての日本では飢餓が問題になったが,今では過食と栄養のバランスが問題となっている。

各栄養素の充足率を平均的にみると,カルシウムを除いて充足している。また,たんぱく質,脂肪,糖質といったエネルギーの摂取量は良好である。しかし,構成比をみると炭水化物が減少し,脂肪が増大している。エネルギー摂取量に対する脂肪の適正比率の上限は25%とされている。

高血圧や脳卒中,心臓病を引き起こしやすくするといわれている食塩の摂取量は昭和50年より毎年下がってきており,62年には1日当たり11.7gにまで減少した。しかしその後,増加に転じ,平成5年には12.8gにまで増加している。食塩の1日当たり目標摂取量の上限は10gである。

こうした日本人の食生活を踏まえ,予防医学,栄養学などの見地から「健康づくりのための食生活指針(対象特性別)」が策定されている。

また,日常生活の中で必要な栄養量を確保し,おいしさを味わうためには,歯の健康が特に重要である。噛むことを通じて,口の中で細かく砕かれた食物はだ液と混ざり合い,飲み込みやすい形に整えられていく。こうして栄養素は消化器で吸収されやすくなる。また,食べる楽しみを通じてQOLの向上にも寄与している。日本人は先進国諸国の中でも残存する歯の数が多いといわれているが,なお一層歯の健康を向上させていく必要がある。

表3-3-2 20歯以上保育および総義歯(総入れ歯)の高齢者の年次推移

表3-3-2 20歯以上保有および総義歯(総入れ歯)の高齢者の年次推移(単位:%)

年度	20歯以上保有割合		総義歯割合	
	65歳以上	70歳以上	65歳以上	70歳以上
昭和50年度	14.7	11.0	41.1	48.6
昭和56年度	15.5	10.0	35.8	42.4
昭和62年度	17.3	11.6	37.1	46.0
平成5年度	22.7	16.5	29.9	35.6

2) 健康と運動

運動することが高血圧や動脈硬化といった成人病の病因となる危険因子を減少させることや、適度な運動が治療効果を有することなど、健康維持と運動の関係が科学的に明らかになってきている。例えば、動脈硬化を防ぐのに効果のあるHDLコレステロールと運動との関連をみると、男性、女性とも歩数が多くなるにつれてこのHDLコレステロールが増加していることが知られている。このようなことなどから、健康を維持するために望ましい「健康づくりのための運動所要量」が設定されている。また、運動をもっと普及し、親しみやすいこととすることにより、明るく、楽しく健康生活を創造することを目的に「健康づくりのための運動指針」が策定されている。

3) 健康と休養

健康のために「精神面での安定を心がけている」人が次第に増加してきており、また、今後心がけたいものとして「十分な睡眠や規則正しい生活」をあげる人が常に最も多くなっている(健康保険組合連合会調査(平成6年))。

日常生活の中ではさまざまなストレスによって、肉体的・精神的にいろいろな疲労が蓄積されていく。休養にはこれら蓄積された疲労を取り除く「休」の要素とともに、肉体・精神をリフレッシュさせるなど「養」の要素があり、健康的な生活を送るために欠くことのできないものとなっている。

健康を基本に据えた休養の普及を図り、より健康で豊かな活力ある生活の創造に役立てられることを目的として、「健康づくりのための休養指針」が策定されている。

予防や健康づくりの成果

地域や企業によっては、健康づくりが積極的に取り入れられ、成果を上げてきている。東京ガスでは、昭和56年から社員に対し、健康度評価を実施した上、個別指導を行ってきた。この結果、図にみるように、社員平均年齢が10年あまりで5歳以上増しているにもかかわらず、疾病休業日数が漸減してきている。

また、大阪ガスでの健康づくり事業の成果として、体の評価が「若い」とされた35歳以上男子職員の割合が、表にみるように健康づくり事業実施年を経るにしたがって増加してきている。

図 年齢階級別にみた長期疾病休業日数の推移(1,000人当たり)

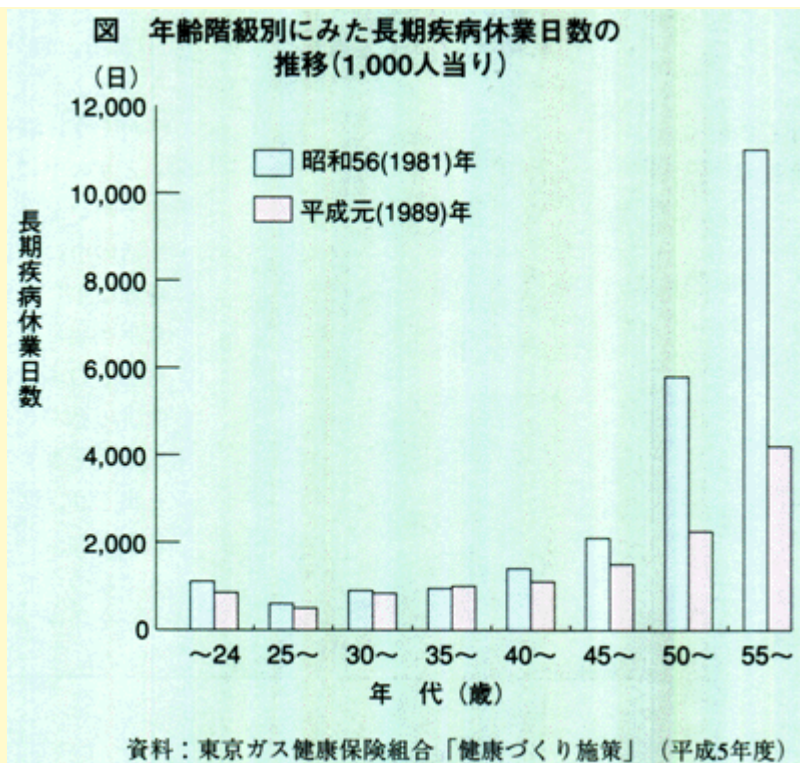


表 体力年齢と医療費の関係

表 体力年齢と医療費の関係

項目	年度	昭和	昭和	昭和	昭和	昭和63
		53~55	56~59	59~61	61~63	~平成2
体力評価と 年齢との比較	若い	19.7	29.7	38.2	44.9	47.0
	相応	14.9	15.9	17.3	16.9	16.7
	老いている	62.9	50.8	40.4	31.7	26.5
	体力テスト不可	2.4	3.6	4.1	6.4	9.8
運動習慣のある人		51.2	52.2	54.3	54.4	55.9

資料：大阪ガス健康保険組合

健康づくりのための3大指針

○成人病予防のための食生活指針

(健康づくりのための食生活指針のうち成人病予防のためのもの)

- ・いろいろ食べて成人病予防1日30食品を目標に主食,主菜,副菜をそえて
- ・日常生活は食事と運動のバランスで
- ・減塩で高血圧と胃がん予防
- ・脂肪を減らして心臓病予防
- ・生野菜,緑黄色野菜でがん防止
- ・食物繊維で便秘・大腸がんを予防
- ・カルシウムを十分とって丈夫な骨づくり
- ・甘いものはほどほどに

・禁煙,節酒で健康長寿

○健康づくりのための運動指針

- ・生活の中に運動を歩くことから始めよう1日30分を目標に息がはずむ程度のスピードで
- ・明るく楽しく安全に体調に合わせてマイペース工夫して,楽しく運動長続きときには楽しいスポーツも
- ・運動を生かす健康づくり栄養・休養とのバランスを禁煙と節酒も忘れずに家族のふれあい,友達づくり

○健康づくりのための休養指針

- ・生活にリズムを早めに気づこう,自分のストレスに睡眠は気持ちよい目覚めがバロメーター入浴で,からだもこころもリフレッシュ旅に出かけて,心の切り換えを休養と仕事のバランスで能率アップと過労防止
- ・ゆとりの時間でみのりある休養を1日30分,自分の時間をみつけよう活かそう休暇を,真の休養にゆとりの中に,楽しみや生きがいを
- ・生活の中にオアシスを身近な中にもいこいの大切さ食事空間にもバラエティを自然とのふれあいで感じよう健康の息ぶきを
- ・出会いときずなで豊かな人生を見出そう,楽しく無理のない社会参加きずなの中ではぐくむ,クリエイティブ・ライフ

(2) 早期発見のための検診と早期治療

1) 検診の内容

健康状態をチェックし,必要であれば治療に結びつける。この重要な役割を果たすものが「検診」である。「健康診断,診査」「スクリーニング」などと呼ばれることもあるが,「正常であることを確認」あるいは「(集団から)ある疾病を早期に発見」するために行われている。

医学・医術の進歩により,検診の技術も向上した。これにより,検診の精度が上がるとともに,対象疾病が広がったことなどから,検診は普及してきた。

集団検診に適した疾病の特徴としては,

ア 重要な健康問題であり,疾病の罹患率,有病率,死亡率が高いこと

イ 適切な治療法があること

ウ 精密検査を必要とする者を診断・治療する施設があること

エ 早期(または潜伏期)の段階で発見し得ること

オ 集団的に実施可能で,検査が簡単で受け入れられる検査法があり,費用も適正であること

カ 疾病の自然史が明らかなこと

キ スクリーニングの実施により,対策の効率が上がること

ク 継続的に実施可能であること

があげられているが,今日の我が国では表3-3-3のような検診が行われている。

表3-3-3 健康診査の一覧

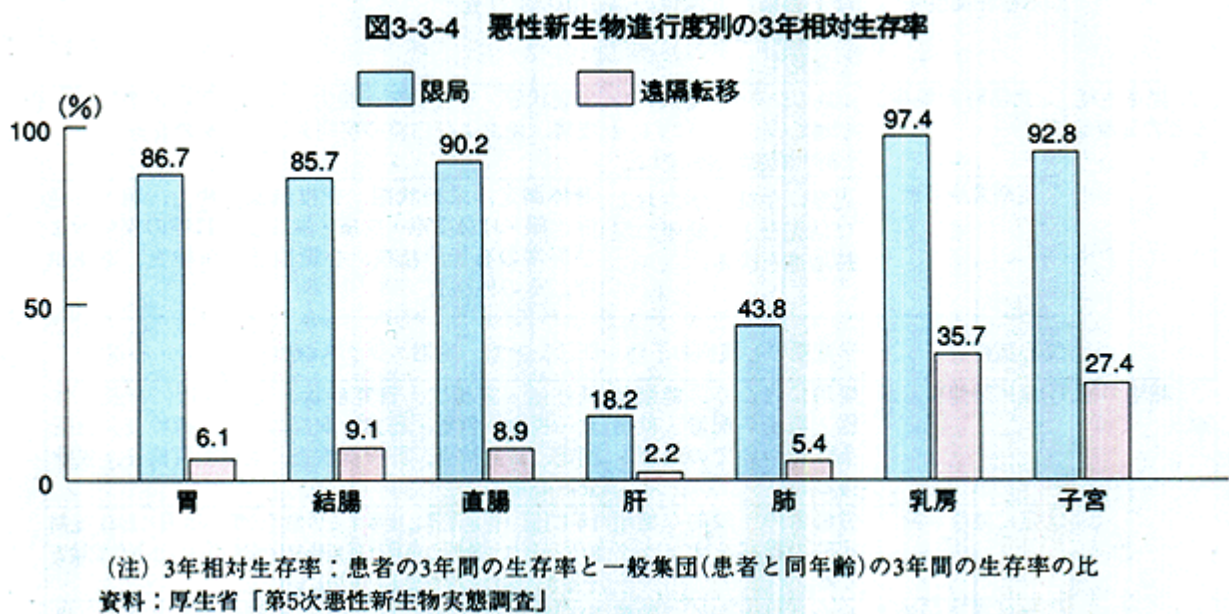
表3-3-3 健康診査の一覧

	名称	目的・対象者	検査の内容など
(1) 妊産婦・乳幼児健康診査	①妊産婦健康診査	妊産婦の健康管理を行うための基礎的な情報を得る。	一般検査…問診、診察、梅毒検査、血液検査、血圧検査、尿検査 精密検査…一般検査の結果妊娠中毒症などの病気のおそれのある者に対して実施
	②乳幼児健康診査	満1歳6か月児および満3歳児など乳児の心身の発育が正常かどうかを総合的にチェックする。	1歳6か月児…身体発育・栄養の状態、疾病や異常の有無、歯の異常の有無、発達状態、予防接種の実施状況など 3歳児…身体発育・栄養の状態、脊椎・胸郭・皮膚・眼・耳・鼻・咽頭・歯の疾病や異常の有無、四肢の運動障害の有無、各種の機能発達の状態など
	③先天性代謝異常検査	生後1週間以内の新生児を対象に先天性代謝異常の有無をチェックする。	検査対象…フェニールケトン尿症、楓糖尿症、ホモシスチン尿症、ガラクトース血症、先天性副腎過形成症、クレチン症
	④神経芽細胞腫検査	生後6か月および7か月の乳児の神経芽細胞腫(小児がんの一種)を早期に見出す。	尿中のバニルマンデル酸を測定
	⑤B型肝炎検査	母子感染の危険性の高いHBs抗原陽性の妊婦を見出す。	HBs抗原検査
(2) 児童生徒などの健康診断	①就学時の健康診断	小学校などへの就学予定者が、健康な状態で入学できるようにする。また義務教育の円滑の実施に資する。	栄養状態、脊椎胸郭、視力、聴力、眼・耳鼻咽喉・皮膚・歯および口腔の疾病および異常の有無
	②定期健康診断	児童、生徒、学生および幼児などの健康の保持増進を図る。	身体測定、栄養状態、脊椎胸郭、視力、聴力、色覚、眼・耳鼻咽喉・皮膚・歯および口腔の疾病および異常の有無、結核、心臓検査、尿検査、寄生虫卵、その他検査
	③心臓検査	学童期の心臓病の予防	問診、診察、胸部エックス線検査、心音・心電図
(3) 職場の検診	①雇用時健康診断	雇用に当たり、健康状態・職場の配置・就労条件についての情報を得る。	既往症・業務歴、自覚症状・他覚症状、身長・体重・視力・色覚・聴力、胸部エックス線検査、血圧測定、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、尿検査、心電図
	②定期健康診断	労働者の一般的な健康状態の推移をチェックする。	1年に1回(特定業務に従事する労働者の場合6か月に1回)定期的に行われ、診断の項目は雇用時健康診断の項目より色覚検査を除き、喀たん検査を加えたものと同じ
	③海外派遣労働者の健康診断	6か月以上海外で勤務する労働者の健康管理の充実を図る。	定期健康診断の項目のほか、医師が必要と認めた場合には、腹部画像検査、血糖検査、尿酸量の検査、B型肝炎の検査、血液型(派遣時のみ)、糞便検査(帰国時のみ)
(4) 成人病検診(③、⑤は30歳以上の者、⑦は40歳および50歳の者、その他は40歳以上の者を対象)	①基本健康診査	循環器疾患、糖尿病、肝臓病などのスクリーニングのため	問診、身体計測、理学的検査、血圧測定、検尿、コレステロール検査、肝機能検査、心電図検査、眼底検査、貧血検査、血糖検査
	②胃がん検診	胃がんの早期発見	問診、胃のエックス線検査
	③子宮がん検診	子宮の頸部と体部のがんの早期発見	問診、視診、子宮頸部の細胞診
	④肺がん検診	肺がんの早期発見	問診、胸部エックス線検査、喀たんの細胞診
	⑤乳がん検診	乳がんの早期発見	問診、視診、触診
	⑥大腸がん検診	大腸がんの早期発見	問診、便潜血検査
	⑦総合健康診査	循環器疾患、がんの早期発見	基本健康診査およびがん検診にかかるすべての項目、血液化学検査(尿酸、総たんぱく)、直腸検査
(5) 結核検診	①定期健康診断	国内居住者へ結核の早期発見	ツベルクリン反応検査、胸部エックス線撮影
	②定期外健康診断	同上	患者の家族や、患者が多数発生したような場合に実施
(6) 人間ドック		任意に成人病の発見や身体の機能、健康の程度を把握する。	医療機関によって検査の項目が異なる(一般的に、基本健康検査の項目のほかに、詳しい肝機能の検査、血液中の脂質の検査、血液化学検査、肺機能検査、超音波検査、各種のがんの検査など)

2) 検診の効果

がんの生存率の状況を見ると、3年相対生存率は乳がん、子宮がんが80%以上と高く、次いで直腸がん、結腸がん、胃がんが50%前後であり、肝がん、肺がんは10%台と低い(厚生省「悪性新生物実態調査」第5次)。進行度別では、肺、肝以外のがんでは病巣が限局していれば85%以上である。また、がんが検診で発見された場合と外来で発見された場合の生存率を比較すると、前者の方が高くなっている。したがって、さまざまながんがあるが、日ごろから定期的に検診を行い、疾病を早期に発見することが有効な対処の仕方といえる。さらに、第4次悪性新生物実態調査の結果と比較すると、この10年間に胃、肺、乳、子宮がんの生存率の向上がみられているが、これは検診の普及による部分も小さくない。

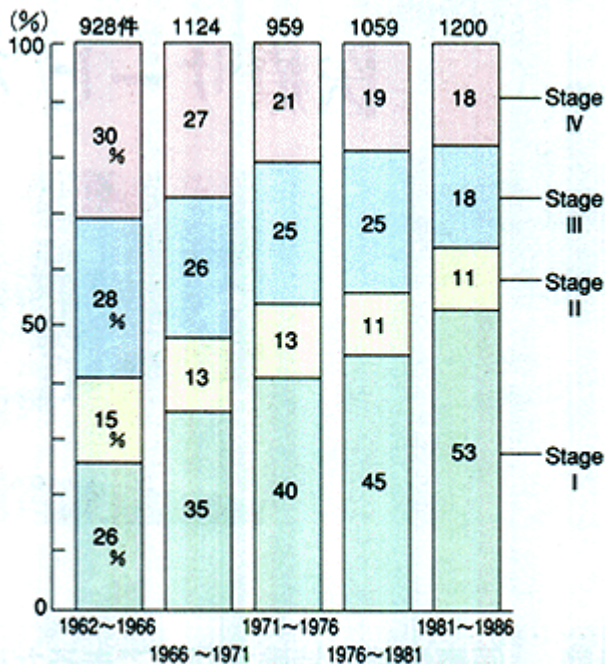
図3-3-4 悪性新生物進行反別の3年相対生存率



例えば図3-3-5は、胃がんの治療成績である。昭和41(1966)年時点ではステージⅠで発見されたものが26%であったのに対して、昭和61(1986)年には53%に増加している。これに対して、ステージⅣで発見されたものは30%であったが、18%にまで減少している。

図3-3-5 早期発見・早期治療の進展(胃がんの場合)

図3-3-5 早期発見・早期治療の進展(胃がんの場合)



(注)ステージがIからIVに至るにしたがってがんの進行している割合を表している。
資料：平成3年第50回日本がん学会総会「めざましいがん治療の進歩」

こうした結果は、子宮がんの場合でも報告されている。

また、老人保健事業の中で基本健康診査や胃がん検診などが行われているが、国民健康保険中央会の調査によれば、基本健康診査は市町村の人口規模を問わず、また疾患や入院、外来を問わず、医療費を減少させる効果を有し、胃がん検診では外来の胃がんの医療費は増大させるが、入院医療費を減少させることが報告されている。

成人病は、生活習慣の改善が最も基本的な予防対策であることから、健診の事後指導が重要である。健診などの結果から判断される健康状態について説明するとともに、生活習慣における問題点を指摘し、個人に即した具体的な生活習慣の改善指導の充実が期待される。

(3) 予防、健康づくりの課題とこれから

近年国民の健康に対する関心は高まってきており、成人病を中心とした疾病予防や健康づくりの取組が地域や企業などで広まってきている。こうした中、国民それぞれが自分の希望に沿ったかたちで、日常生活の一部として楽しみながら健康づくりができるようにしていく基盤づくりが必要になってきている。また医療機関は、医学的な見地から国民の健康づくりを支援していくために、健康に関するさまざまなデータの提供、医療・健康に関する情報の提供や相談を通じて、国民の健康づくりのバックアップを進めていくことが求められている。

このようなことから、保健事業第3次計画アクティブ80ヘルスプラン(第2次国民健康づくり対策)、歯科保健対策としての8020運動(人生80年時代を過ごすため、自分の歯を20本以上保とうとする運動)を積極的に推進することとしている(第2編健康づくり対策参照)。

また、寝たきり防止も重要であり、例えば国民健康保険制度の保健施設活動では、ヘルスパイオニアタウン事業パートIIとして、従来の健康づくり運動(パート1)に加えて、寝たきり防止のための保険者としての取組を行っている。疾病構造の変化に対応して、医療保険の側からも積極的な取組が期待されている。

厚生白書(平成7年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare