

公費負担割合の拡大は、国による医療費の総枠管理につながるおそれがあるとの指摘がある。過去にも老人保健において公費負担割合が引き上げられてきたが、医療費抑制は公費負担割合に比例して強化されてきたわけではない。

また、後期高齢者医療制度、国民健康保険、協会けんぽに対しては公費負担があり、組合健保、共済組合には給付費に対する公費負担はないが、保険者ごとに医療費の締め付けに濃淡があったわけではなく、一律に医療費抑制が強いられてきた。

根源的な問題は公費負担割合にあるのではなく、医療費抑制政策そのものにあるのであり、日本医師会は、医療費抑制政策の撤回を最重要課題として取り組んでいく。

④ 保険料と患者一部負担をあわせて 1 割

現行制度では、患者一部負担は医療費の 1 割、さらに給付費の 1 割が保険料負担である。法律には、後期高齢者の保険料の負担割合を、若人減少率の 2 分の 1 の割合で引き上げると明記されている⁷⁴。将来的に若人人口の減少が見込まれる中で、保険料の上昇に対する高齢者の不安が増大しており、保険料を賦課しない方式を求める声もある。一方で、保険料を徴収しない仕組みにすれば、高齢者が被保険者として制度運営に積極的に関与、発言できる機会が失われるとの指摘もある。

日本医師会は、保険料負担を限りなく小さくすることも視野に入れ、日本医師会の現時点でのスタンスを「保険料と患者一部負担をあわせて 1 割」とする。保険料については状況に応じて、柔軟に減免の対応をとる。免除の場合には保険料未払いではなくなるので、現在の資格証明書による窓口全額負担のような問題も回避することができる。

患者一部負担については、所得によらず一律にする。高齢者は疾病が長期化しやすい傾向にあり、高所得者であっても、高負担は先行きに対する不安を増大させるからである。

⑤ 都道府県主体の運営に

現在、後期高齢者医療制度の運営主体は、都道府県内のすべての市町村が加入する広域連合である。広域連合は各市町村に対し、保険料の徴収、各種申請書の受付、被

⁷⁴ 「高齢者の医療の確保に関する法律」第 100 条第 3 項、第 104 条第 3 項。
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/hoken83b.pdf>

保険者証の引渡しなどの窓口業務を委託している。高齢者や住民の立場に立てば、広域連合と市町村の役割がわかりにくく、責任の所在も不明確である。

日本医師会は、一定の規模のメリットがある都道府県単位での運営を提案する。都道府県は、地域の医療計画の策定主体でもあり、地域の需給バランスも把握しやすいと考えられる。ただし、公費の財源は主として国庫負担とし、地域間格差を生じさせない仕組みにする。

(3) 看取りの医療「終末期医療のガイドライン 2009」

2007年5月、厚生労働省の終末期医療の決定プロセスのあり方に関する検討会は、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を公表した。

日本医師会は、医療現場での実践により即したガイドライン策定が必要との判断から、生命倫理懇談会において検討を重ねるとともに、2007年8月、「グランドデザイン 2007—各論」において、「終末期医療のガイドライン」を提示した。

このガイドラインおよび2008年2月に公表した第X次生命倫理懇談会答申「終末期医療に関するガイドラインについて」を踏まえ、あらためて日本医師会としての「終末期医療のガイドライン 2009」を提示する。

日本医師会「終末期医療のガイドライン 2009」

1. 終末期とは

(1) 広義の「終末期」（単に「終末期」と表現するときは、これを指す）

担当医を含む複数の医療関係者⁷⁵が、最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化⁷⁶することを食い止められずに死期を迎えると判断し、患者もしくは患者が意思決定できない場合には患者の意思を推定できる家族等⁷⁷が「終末期」であること

⁷⁵ 担当医、担当医以外の1名以上の医師、看護師、准看護師又はソーシャルワーカーその他の医療関係者をいう（以下、「複数の医療関係者」については同様）。

⁷⁶ 数カ月後に死亡することが予見されていても、担当医が、病状が安定的に推移していると判断する場合には、この限りではない。

⁷⁷ 患者本人の身近にあって、患者本人の意思を推定し尊重できる家族等。法的な意味での親族だけでなく、患者が信頼を寄せている代理人を含む。

を十分に理解⁷⁸したものと担当医が判断した時点から死亡まで。

(2) 狭義の終末期（臨死状態）

臨死の状態で、死期が切迫している時期。

2. 終末期医療の基本的あり方

- (1) 患者本人・家族等 との十分な話し合いの上で行う。
- (2) 患者本人の個別状況に配慮して行う。
- (3) 可能な限り、疼痛やその他不快な症状を緩和し、患者本人・家族等の精神的ケア、社会生活に関する援助を総合的に行う。
- (4) いかなる場合においても、治療の中止以上に死期を早める処置（積極的安楽死や自殺幫助など）は行わない。

3. 終末期における治療方針の決定手続き

患者本人・家族等の意思は、①患者の意思、②家族等が推定する患者の意思、③家族等の意思、の順に優位とする。

(1) 終末期と判断されてから、死亡までにある程度の時間が見込める場合

- 1) 担当医が医学的見地から、患者本人および家族等が病状について十分に理解できるよう説明し、今後の治療について多様な選択肢を示す。この時点での「病名告知」・「予後告知」の問題は、患者本人・家族等の意思を踏まえて担当医が総合的に判断する。
- 2) 今後の治療内容について、患者本人・家族等の意思を確認し、文書に記録する。
- 3) 担当医を含む複数の医療関係者が、患者本人・家族等の意思を踏まえて総合的に治療を決定し、文書で、患者本人・家族等の承諾を得る。
- 4) 病状に変化があったときにはあらためて説明を行い、従前の患者本人・家族等の意思やいったん決定した方針にこだわらず柔軟に対応する。

(2) 一定の終末期を経て臨死状態に入った場合

- 1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3－(1)に準ずる。
- 2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には次のとおりとする。

⁷⁸ 患者もしくは家族等が十分に理解したことを文書に残すことが望ましい。

①担当医は、複数の医療関係者の中で、家族等に対し、患者本人の従前の意思が記録された文書を示し、患者本人の意思を伝える。その上で、家族等の意思を確認する。

②家族等が患者本人の従前の意思を覆す意思を示した場合には、再度、患者本人の従前の意思を伝えるよう努める。

③患者本人が従前、臨死状態に入った場合に治療を中止することを要望していても、治療の中止には家族等の同意⁷⁹が必要である。

④患者本人が従前、臨死状態での治療の中止について明確な意思表示をしていない場合には、家族等の要望があれば治療を中止できる。

(3) 急性期治療中で臨死状態に入った場合

1) 患者本人に意識がある場合には、基本的に上記3-(1)に準ずる。

2) 臨死状態に入って、患者本人の意識がなくなった場合には、基本的に上記3-(2)に準ずる。

3) 患者本人・家族等が意思をまとめる時間的余裕がない場合、または意思をまとめることが困難な場合で、かつ患者本人・家族等から「担当医の判断にゆだねたい」という意思表示⁸⁰がある場合には、担当医を含む複数の医療関係者が方針を決定し、患者本人・家族等の承諾を得る。

付帯事項

1. 「終末期」ではない場合の対応

担当医を含む複数の医療関係者が「終末期」と判断していないにもかかわらず、患者本人・家族等から治療の縮小・中止を求められる場合がある。この場合も患者本人・家族等の意思を尊重するが、終末期に入っておらず治療の可能性が残されていることの説明を繰り返し行うなどの慎重な対応が望まれる。

⁷⁹ 家族等の同意は文書上で行うことを基本とする（以下、同じ）。

⁸⁰ 原則として文書で患者本人・家族等の承諾を得るべきである。その時間的余裕もない場合には、できるだけ、担当医が複数の医療関係者の立会いの下に家族等に口頭で方針を伝え、口頭で承諾を得る。

2. PVS (Persistent Vegetative State : 遷延性植物状態) 患者について

PVS は、しばしば脳死患者と混同されるが、栄養補給、感染症予防などの医学的な全身管理によって長期の生存が可能であるため、本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。ただし、PVS 患者が前述したような経過で本ガイドラインの定義に該当するようになった場合は、その対象となる。

3. ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis : 筋萎縮性側索硬化症) 患者について

ALS 患者が予め、救急事態が生じた場合の呼吸器装着を明確に拒否していたにもかかわらず、急変した際に運び込まれた救急センターで、呼吸器を装着されたため、意識を取り戻した患者がその抜管を求めた、あるいは呼吸困難な状態で本人の同意により呼吸器等が装着されたが、後日、患者がその取り外しを求めたというような場合がある。本ガイドラインの終末期の定義「最善の医療を尽くしても、病状が進行性に悪化することを食い止められずに死期を迎える」に該当せず、本ガイドラインでは治療を中止することはできない。