

## 終末期医療の現在 ——日本と韓国のばあい

株本 千鶴

(椋山女学園大学人間関係学部講師)

### 1. はじめに

近代社会における人間の死に方は、社会の諸要素の影響を受けて時代とともに変化する。なかでも社会保障制度があるていど整備された社会においては、医療保障制度の影響が大きい。老衰、事故、自殺でなければ、大部分の人間はある疾病が原因で死亡する。その疾病の状態からして死が目前に迫っていると判断されるとき、回復を目的とした医療とは異なる医療が選択されるばあいがある。それは、終末期医療、緩和医療、ターミナルケア、ホスピスケアなどよばれ、1960年代から本格的に形成されてきた。

例えばホスピスケアは、1967年、イギリスに近代ホスピスの嚆矢としてセント・クリストファーホスピスが建てられてから、アメリカ、カナダ、オーストラリアなど欧米諸国、そしてアジアの国々でも行われるようになった。ホスピスケアの実施形態は、その国の社会保障制度や社会、文化と深い関連性をもつため、多様である。しかし、共通するのは、死を目前にした人を対象としていることで、その多くはがんやエイズなど治る見込みのない疾病を抱える末期患者や高齢者である。

本稿では、死を目前にした人、すなわち生命の終末期にある人にたいする医療とケアを「終末期医療」と称して、その日本と韓国の現状について考察する。社会学的な関心からいえば、韓国の実態を理解し日本と比較分析する手法からは、先進諸国と日本の比較分析からは発見さ

れない、日本の特性やそのアジアへの影響などを知ることができるのではないかと期待される。本稿は不十分ながらその試みのひとつとして、終末期医療に焦点をあてたものである。

### 2. 日本での終末期医療

#### (1) 「末期医療」から「終末期医療」へ

厚生労働省が2003年に実施した「終末期医療に関する調査」では、終末期医療に関心をもつ国民は80%、医師92%、看護職員95%、介護職員93%という結果であった。同様の調査は平成5(1993)年度と10(1998)年度にも行われているが、3回目の今回は前2回とは名称、調査対象、内容に変化がみられる。名称は、1回目は「末期医療に関する国民の意識」、2回目は「末期医療に関する意識調査」で、末期状態や植物状態における延命医療の問題を中心とした意識調査であった。調査対象では、前回までの対象者である国民、医師、看護職員のほかに、今回はじめて介護・福祉施設職員が対象に加えられた。調査内容は大部分は前2回と同様であるが、「高齢者の終末期医療の療養の場所」「意志確認について(自らの書面による延命治療の指示の是非、代理人の種類等)」の設問が新たに追加されている(厚生労働省 2003)。これらの変化から、調査の視野が、末期がん患者を中心とした医療のあり方から、高齢者の終末期と福祉の関係性にまで広げられたことがわかる。

末期医療と終末期医療という言葉にはそれほ

ど意味の差はない。ターミナルケアという言葉に置き換えればほぼ同義であろう。今回の調査で「終末期」が用いられたのは、これまでの議論が末期がん患者を対象としたものに偏向しつつあるのではないかという認識が背景にある。それは、医療政策や福祉政策を担当する厚生労働省側の認識でもあり、ホスピスや緩和ケアを推進してきた関係者側の認識でもある。厚生労働省の認識は、その補助金をうけて近年、医療経済研究機構が実施した高齢者の終末期にかんする研究調査にも見出すことができる(医療経済研究機構 2001, 2002, 2003a, 2003b)。

なかでも「特別養護老人ホームにおける終末期の医療・介護に関する調査研究」(医療経済研究機構 2003b)は、全国規模での大量調査によって特養での死亡の実態を明らかにしている点で、有益なデータを提出している。有効回答をよせた1,730施設における過去1年間の退所者数は18,744人、このうち約77%が死亡退所であった。死亡退所者の死亡場所は特養内が28.6%、病院・診療所が47.6%である。入所者が特養内で亡くなることについての施設の基本方針は、「原則として、速やかに病院等に移すようにしている」54.9%、「原則として、施設(特養)内で看取る」19.4%、「特に、施設の方針はない」19.5%である。方針を「原則として、施設内で看取る」と明確にしている施設では、施設内での死亡比率が高くなっている。また、医療対応面で、施設内で対応できる医療処置の範囲が広く、隣接病院からのサポートや緊急時の対応が期待できる施設において施設内の死亡比率が高くなる傾向もみられる。

終末期ケアについての今後の方針としては、「施設(特養)内で亡くなることも含め、対応したい」が65.0%で最も多く、ついで「条件が整えば対応を考えていきたい」16.8%、「終末期ケアの充実を図っていきたい」9.0%となり、大部分の施設では終末期ケアについて積極的な姿勢をみせている。しかし、職員対象の設問で、積極的あるいは可能な限り施設で看取った方がよいと考える看護・介護職員はいずれも約50%で

あるいっぽう、「どちらともいえない」がそれぞれ約40%、「できるだけ看取らない方がよい」もそれぞれ約8%という結果も出ている。

施設利用者に占める後期高齢者が増加すれば、施設側としては終末期ケアについてさらに関心をもつ、あるいは積極的に取り組まざるをえなくなる。しかし、現実には医療との連携の問題があり、死亡退所者の約半数は病院で亡くなっている。職員が施設での看取りにちゅうちょするのも、ひとつには医療問題があるだろう。さきの「終末期医療に関する調査」では、高齢層ほど高齢期の療養場所として病院を希望する人の割合が高くなる傾向が示されている(厚生労働省 2003)。高齢者自身にも病院志向があるといえる。死亡場所の選択肢には、自宅、病院、施設とあっても、それぞれの場所における医療と介護の保障が適切なバランスで提供されることが選択の自由を保障するために必要であるとかんがえられる。

## (2) 老人医療と終末期医療

大部分の人が高齢で死亡するという時代に、高齢者の終末期医療を課題としてとりあげ実態を明らかにするという自体は当然であり、重要な作業である。しかしいっぽうで、高齢者の終末期を政府が検討するのは、老人医療費節減のためという批判的な見方もある。厚生労働省は、2003年9月11日に「老人医療費の伸びを適正化するための指針」を公布した。指針は「都道府県及び市町村が関係者との連携の下に展開する老人医療費の伸びの適正化に向けた取組を支援し、もって地域における良質かつ効率的な医療を確保することを目的」としている。そして、「まずは地域における老人医療費の現状の把握及び分析をおこなった上で、地域の実情を踏まえた施策の推進を図ること」の重要性を示し、都道府県等が推進組織を設けて老人医療費の地域特性の把握から施策の基本的方向・重点課題の設定、評価までを行うことを求めている(吉田 2003: 24-25)。

老人医療にかんする基礎資料を整備すること

は、医療保障体制を改善するためには有益であろう。しかし、問題とされるのは、厚労省の前提と意図である。厚労省は、①老人医療費は高齢者人口の伸びを上回って伸びており国民医療費の約4割を占める、②1人当たり老人医療費は若人(0～64歳)1人当たり医療費の約5倍である、③都道府県・市町村別にみると1人当たり医療費の水準に地域格差がみられるなど、老人医療費が医療保障財政を圧迫している、地域間で不平等が生じている、という前提にたっている。したがって、ここから導き出される政策的意図は、医療サービスの適切な利用と老人医療費の不適切な伸びの抑制によって、医療保障財政の健全化をはかることである。

適正化という方法が、社会保障制度を円滑に運営するためにあるていど必要なことは承知しているが、その副作用というべき部分への配慮が少ないとも思われる。生活保護制度の歴史を振り返ってみてもそうであるし、高齢者の老齢加算の廃止が決定されるなど最近の政策動向をみても、制度の門戸が狭くなり、生活難を抱える人の困難がさらに厳しくなるという結果を招く可能性がある。

厚労省の政策に老人医療抑制の指向性をよみとる識者は、高齢者が医療保障から阻害されるのではないかと憂慮している。老人医療費の問題のなかで、老人の終末期医療費が高いという認識が出されたときも、その誤解の是正に関する論議があいついだ(二木 2001:188-190)。府川によれば、日本の老人医療では、死亡者1人当たりの死亡前1年間の医療費は生存者1人当たりの1年間の4.3倍と高かったが、この倍率は死亡者の年齢階級の上昇とともに低下し、死亡前に連続して3ヶ月入院した人のうち約20%の者のみで死亡月2ヶ月前から医療費の高騰が起きていたという(府川 1998)。

これらの報告をみると、老人医療＝終末期医療と想定し、過剰な終末期医療費を適正化するという政策には慎重に対処しなければならないと思われる。そもそも終末期とはいつであるのかということも、判断しづらい問題である。

2001年に策定された日本老年医学会の「高齢者の終末期医療に関する日本老年医学会の立場表明」では、「病状が不可逆かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態」と定義されている(嶺他 2002:51)。しかし、「立場表明」作成に関わった袖井は、「『死が不可避か否か』はこれまた終わってみなければ分からないことであって、この定義が不十分なものであることはいうまでもない」と述べている(袖井 2001:49)。たとえばがん患者のばあいは終末期が予測しやすいといわれているが、高齢のがん患者では痛みを感じる程度が低かったり進行速度が遅かったり、死期を予測するのは難しい。

制度の維持のためには無駄な部分は省くべきである。しかし、何が無駄であるか、どこで医療を中断するかについては、客観的な判断はむずかしい。大切なのは死にゆくひと本人が望む死に方を実現させることであり、その選択の自由を保障するシステムを作りあげるという観点にたって、資源の配分について議論することであろう。

### (3) ホスピス・緩和ケアの現状

日本人の死因別死亡数では、悪性新生物による死亡者数が総死亡者数の約3割を占める。がんによる死亡者が多いなか、ホスピスや緩和ケアによる終末期医療もこの約30年のあいだに徐々に進展してきた。1972年に淀川キリスト教病院で末期患者に対するOCDP(Organized Care of Dying Patient)が始められ、1981年には浜松の聖隷三方原病院の聖隷ホスピスが日本における施設として初めて開設された。これら初期の状況を見ると、「ホスピス・緩和ケアの創成期はキリスト教系の医療機関、医療従事者の使命感によって形づくられた」といえる(志真 2002:287)。また、この頃、ホスピス・緩和ケアが登場したのには、1981年に悪性新生物が日本人の死因順位第1位になったように、がん死亡者が増加したこと、1977年に病院死が自宅死を上回

ったこと、などが関連している。

その後、制度的にも整備されていき、1990年に緩和ケア病棟入院料が定額制で定められ、1994年には在宅末期医療総合診療料も設定された。2002年には、専従の緩和ケアチームによるサービスに対する定額制の緩和ケア診療加算も創設された。これによって、がん患者にとっては、保険適用となる療養場所として一般病棟、緩和ケア病棟、自宅という選択肢がそろったことになる。しかし、往診医の確保や、介護者、居住環境、経済的事情など医療以外の要因が問題となり、在宅での看取りは現在でも容易ではない。

ホスピス・緩和ケアが制度的に認定されるようになったのち、1991年に「緩和ケア病棟入院料」承認施設を中心に「全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会」が設立され、1996年には日本緩和医療学会も発足した。2004年1月1日現在で承認施設数は123施設、ベッド数は2,352床まで増加した。しかし、がんで亡くなる人が年間約30万人であることを考えると、それらの人にホスピス・緩和ケアが提供できるベッド数はまだ不十分である。

質の改善に向けた動きも活発化してきている。「緩和ケア診療加算の施設基準等」では、母体となる病院が医療機能評価を受けていることが要件とされ、2002年の診療報酬改定における「緩和ケア病棟入院料の施設基準」の変更においても同じ条件が加えられた。しかしこの条件は、ホスピス・緩和ケアの質の評価には直接的にはあまり関与しないとの認識から、全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会では質の評価検討委員会ワーキンググループをつくり、日本医療機能評価機構との協力のもと、独自の評価ツール作成をすすめている(沖原 2003:86-90)。

質的な変容の一部といってもいいだろうが、生活支援志向のホスピスの試みが在宅医療や福祉との連携の観点から試みられている。もともとホスピスは、従来の病院医療では扱えない問題を解決するために発想されたものであるが、現状のホスピス・緩和ケアは大部分が病院付設

のもので、制度の枠にはめられているかぎり、スタッフや医療内容も病院医療の枠内に留まってしまう。また、緩和ケア病棟の大半は外来を設置しているが、専門の在宅ケアチームを持っているところは少ない(志真 2002:289-290)。したがって、生活の延長線上で死を迎えたいという要望はなかなかかなえられない。この要望を叶えるため現状の制度を利用して訪問診療・看護のかたちで在宅ホスピスを実施している機関は、「末期がんの方の在宅ケアデータベース」(<http://www.homehospice.jp/>)によれば現在497ヶ所ある。また、ホスピス運動主導者の1人である聖ヨハネホスピスの山崎章郎は、地域を中心としたホスピスケアの構想を実現させようとしている。施設ホスピスではない居住場所を建設し、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、往診中心の診療所を隣接させる。この建物は福祉施設や医療施設ではなくふつうの家であるので、公的助成金は受けられないが、制限もなく自由である。かれはこのケアの形態を表現するのに、がん末期ケアの代名詞のようになってしまったホスピスという言葉避け、コミュニティケアということばを用いている(川越・山崎 2003:461)。

冒頭で紹介した終末期医療に関する調査の実施にみられるように、厚労省でも終末期医療における医療と福祉の役割について再考をすすめているため、厚労省も生活モデルを重視した望ましい死に方を模索しているといえる。しかし、本来の意味でのホスピスを目指そうとするホスピス関係者は、制度の枠の中では医療か福祉かの二者選択的になりがちな状況を、医療と福祉をミックスした新しい方法によって打開しようとしているといえよう。

### 3. 韓国での終末期医療

#### (1) ホスピスの歴史

韓国では終末期医療という言葉はあまり使用されていない。しかし、ホスピスという言葉は用いられており、その歴史は大まかに三期に分

けることができる。第一期は1960年代から70年代にかけてで、奉仕活動としてのホスピスが主としてカトリックの宗教団体によって行われた時期である。1965年、韓国東北部の江原道江陵に修道会「マリアの小さな姉妹会」がカルバリ医院を設立し、地域住民のために医療活動を始めたのが韓国でのホスピスの始まりとされている(株本 2001:47)。当時は朝鮮戦争が終結して間もなく、医療保険制度も実施されていない患者に人間らしい死を迎えさせることを目的とした奉仕活動が、韓国内外の多数の宗教団体によって宗教活動の一環として行われていたものと思われる。

第二期は80年代から90年代前半にかけて、キリスト教系病院を中心としたホスピスの拡大と組織化がはかられた時期である。81年にカトリック医科大学で医学、看護学の学生たちによる学生ホスピス運動が始められ、87年に付属の汝矣島聖母病院と江南聖母病院にホスピス科が開設された。後者には88年にホスピス病棟が設けられている。プロテスタント系では88年に延世大学付属セプランス病院がんセンターで在宅ケアによるホスピスプログラムが開始された。また、92年には梨花女子大学看護学部内で在宅ケアを中心としたホスピス活動が始められている。量的拡大とともに、プロテスタント系では1991年に「韓国ホスピス協会」、カトリック系では1992年に「韓国カトリックホスピス協会」が組織された(株本 2001:48-49)。

第三期は90年代前半から現代にいたるまで、医療としてのホスピスや地域福祉としてのホスピスが登場してくる時期である。それまでのホスピス活動に医療や地域福祉の面からのケアがなかったわけではないが、宗教的背景をもたない病院や行政単位でのホスピス運動があらわれたことは、この時期のひとつの特徴である。前者の例としては大学付属病院でのホスピスがある。1991年にソウル大学付属病院、93年に高麗大学付属九老病院、95年に同大学付属安岩病院で有志によるホスピス活動が始められた。背景

には、医療保険の皆保険(1989年)にともなう国民の医療サービス利用率の増加、死亡原因に占める各種がん疾患の割合や病院死亡患者数に占めるがん患者の割合の増加、緩和医療の一部での肯定的な認容、医療政策におけるプライマリケアの施行などがある。宗派を超えた組織化も活発になり、98年には韓国ホスピス・緩和医療学会が、2001年には韓国ホスピス協議会が設立された。地域福祉の一環としては、99年6月に慶尚南道金海市の総合社会福祉館に付設ホスピスセンターが開設された。金海市から財政援助を受けている点で、宗教団体でも医療機関でもない母体をもつ、地域福祉の領域におけるホスピスのモデルが誕生したといえる。また、90年代中盤から曹溪宗(韓国最大の宗派)の教団や新興仏教の円仏教の教団など、仏教系でもホスピス活動が行われはじめた(株本 2001:49-50)。

## (2) ホスピスの現状と問題点

2001年現在、ホスピス関係の組織が把握しているかぎり韓国国内に64ヶ所のホスピスが存在する。母体別では、医療機関が40ヶ所、宗教機関や社会福祉機関など非医療機関が24ヶ所である。ホスピスケアの実施形態としては、非医療機関では在宅ケアが最も多く、20ヶ所で実施されている。医療機関でも在宅ケアが最も多く、29ヶ所で実施されており、ついで院内に対象患者が散在しホスピスチームによるケアが行われている機関が25ヶ所、院内病棟をもつ機関が11ヶ所となっている。約半数の機関ではこれらのケアのうち複数のケアを実施している。独立型ホスピスは非医療機関では6ヶ所、医療機関では2ヶ所のみである。対象者については、ほとんどのホスピスが末期がん患者を対象としており、慢性疾患による末期患者を対象としているホスピスは約半数、エイズ患者を対象としているのは約4分の1にすぎない。韓国ではホスピスケアに医療保険が適用されていないため、非医療機関では約9割、医療機関では約7割の機関が寄付金や後援金を財源としている。医療機関では、病院予算からの捻出や患者の自己負担

を財源としているところもそれぞれ約4割ずつある(ユン他 2002:33-38)。

以上のような現状のなかで、もっとも重要な問題とされているのが、財源の問題である。ホスピスケアや緩和ケアが行われても、それが医療保険の適用対象とならなければ診療報酬は得られず、病院は経営面で困難を抱えることになる。また、医師や看護師のホスピスケアや緩和ケアへの姿勢にも影響を及ぼす。医師や看護師は医療行為と認められない行為には、積極的に関与しないからである(株本 2001:62)。

つぎに、歴史的背景からもわかるように、一般の人々、医療者、行政関係者の多くが、ホスピスケアは宗教活動のひとつと理解していて、一部では宣教活動であるとの認識もある(株本 2001:57-58)。したがって、韓国ホスピス・緩和ケア学会などのホスピスを推進する主体は、ホスピスケアが疼痛コントロールを可能にし末期患者のQOLを高める医療行為であることを市民、医療者、行政関係者に訴えつづけてきた。それは、医療施設のなかで医療行為としてのホスピスケアあるいは緩和ケアを実践できる環境を造成し、その末期患者への普及を拡大するためでもあり、関係者の理解をえて安定した財源を医療保険によって確保するためでもある。

さいごに、ホスピスケアや緩和ケアにおける疼痛コントロールに対する誤解も問題点としてあげられる。医師の多くは麻薬性鎮痛薬の使用による嗜癖(addiction)を恐れてその処方を増やすことを躊躇している(Young S. Hong 2002:279)。患者の側も嗜癖や副作用を恐れて痛みを報告するのを忌避しているという(保健福祉部 2003)。麻薬性鎮痛剤の入手が困難であることも問題点として指摘されている(Young S. Hong 2002:280-281)。

### (3) ホスピス運動の結実?

ホスピスの制度化はホスピス関係者の長年の懸案だったが、2003年にそれに向けての新たな動きがみられた。保健福祉部(日本の厚生労働省に相当)が2003年度と2004年度にかけてホス

ピスのモデル事業を実施したのち、管理基準や所要費用など制度化に必要な標準を作成し健康保険からの診療報酬を算定する計画を発表したのである。その後5ヶ所のホスピスが選定され、現在、モデル事業が進行中である。国立がんセンターを教育機関に指定しての従事者教育プログラムの開発・教育や市民への啓蒙活動なども行われている(保健福祉部 2003b)。

保健福祉部が事業を発足させたのには二つの理由がある。一つは、末期がん患者の疼痛を調節し患者のQOLを高めることで、もう一つは、医療資源を効率的に利用するためである。がんによる死亡者はこの10年間で急増していて、2000年に悪性新生物が死亡原因の1位となり、2002年のがん死亡者数は約6万4,000人、総死亡者数の25.8%になる。また、韓国ではがん患者の登録事業が行われているが、2002年の新規がん患者登録件数は99,025件となっている(保健福祉部 2004)。がん患者の増加に対応するために、政府は、1996年にがん征服10ヶ年計画を制定、2000年には保健福祉部健康増進局にがん管理政策を統括するがん管理課を設置、2001年には国立がんセンターを設立している(保健福祉部 2003b)。

死亡原因第1位の疾病に対して、その予防と治療が政策的課題となるが、ホスピスケアおよび緩和ケアは、後者の治療行為のひとつと考えられる。末期がん患者に特有の痛みを和らげるホスピスケア、緩和ケアが医療保険適用対象となり、多くの患者の苦痛が取り除かれるようになることは、こんごさらに増加するであろうがん患者とその家族にとっては、治療と終末期のQOLが高まることになり、望ましいことである。また、ホスピス運動を推進してきた主体にとっては、事業が財政的に安定し、ホスピスケアの標準化や疼痛のガイドラインが制定されれば質の安定が確保される。

このように、患者のQOLを高めるという理由のほかに、保健福祉部は、ホスピスケアや緩和ケアはがん治療にかかる医療費の節約になるとしている。がん患者の病院での死亡率は1989年

には12.9%であったが、2000年には35.9%になった(ユン他 2002:32)。保健福祉部の資料によれば、がん患者のばあい死期が近づくにつれて医療費の支出が急増、死亡前2ヶ月間に患者が要する年間医療費の40～50%が集中的に支出されるという。とくにこの死亡直前期には入院費用が大幅に増加する。保健福祉部の資料には、この期間の医療費がなぜ増加しているのかの詳細な分析はないが、「三次医療機関(専門総合病院)の救急治療室の利用や入院など末期がん患者に対する不適切な医療サービスを提供している」という説明があるため、がん末期に病院施設が過剰に利用されているとの認識があり、その改善をホスピスケアや緩和ケアに求めているものと思われる。

しかしいっぽうで、がん患者に対する医療保障の不十分さも指摘されている。韓国では医療保険制度における自己負担率が比較的高い<sup>1)</sup>。したがって、費用のかからない軽症で外来を利用する患者数が入院患者数を大きく上回るという現象がおきている<sup>2)</sup>。また、がんの検査や高度な治療の多くが保険適用外になっている。これらの制度的要因によって、患者に高い自己負担が強えられる場合と、そもそも低所得層のように自己負担の支出が困難な場合とが生じることになる。政府はこれらに対しても保険適用対象を拡大するなどの対策をたてている<sup>3)</sup>。

いずれにしても、政府のがん対策の一環としてホスピスケア、緩和ケアが医療保険の適用対象となる見込みがついた。このことはホスピス運動の成果としては、ひとつの構造的変化が引き起こされつつあるといえるだろう。

#### (4) 老人医療と終末期医療

韓国の2002年の高齢化率は7.9%、65歳以上の高齢者数は377万人で、2019年には高齢社会の到来が推定されている。平均寿命も2001年で76.5歳まで延び、女性の平均寿命は80歳に到達した。高齢社会が目前となり、韓国では、先進諸国の状況を参考とした社会保障制度案が検討されている。高齢者の終末期については、日本

での終末期医療に関する議論のようなものは表面に現れてきていない。しかし、近年の急速な高齢化によって、老人医療費が急激に増加しているため<sup>4)</sup>、政府は将来を見通した高齢者に対する医療保障制度の改善にのりだした。改善策のひとつが介護保障制度の創設である。

介護<sup>5)</sup>を要する高齢者は2003年現在で83万人、2020年には158万6,000人になると推定されている(『ハンギョレ新聞』2003年3月16日付)。要介護高齢者増加の一方、高齢者の単身世帯の増加や核家族化の進展、女性の社会参加の増加などを考慮すると、親族による介護はこんごさらに困難になる。したがって、韓国でも介護の社会化が目指されることとなった。その方策として公的老年療養保険制度の導入が検討されており、モデル事業実施ののち2007年に施行される予定である。施行案をみると、日本・ドイツの介護保険に近いシステムである。しかし、医療保険制度でも年々保険料率が高くなっているため、さらなる保険料の賦課や自己負担に国民がどこまで堪えられるのか、とくに年金制度が1988年に施行され2008年に完全老齢年金受給者がようやく発生するという状況のなかで、高齢者の負担はどのように保障されるのか、インフラ不足をどこまで解消できるのかなど、ケアの内容とともに財源の調達方法が当面の課題とされている。

## 4. おわりに

日本と韓国における終末期医療の現状を、老人医療と終末期医療、ホスピス・緩和ケアと終末期医療という二つの側面からみてきたが、本稿では二国間の比較分析をおこなうには十分な分析枠も用意されていないし、紙幅に限界もある。したがって、さいごに、日韓の現状をとおして見出される、医療社会的アプローチのための視角を提示しておきたい。

まず老人医療と終末期医療については、両国の高齢化率や高齢者福祉政策にちがいがあがあるため、現時点での単純な比較はできない。高齢化

率が同様の時点での状況を比較するという方法が考えられるが、同じ時点で比べる場合でもそのときの社会保障制度の整備度合いや政治、経済、社会状況など他の要因も考慮の範囲に入れなければならない。日本の高齢化率が現在の韓国の高齢化率とほぼ同じ時期は1975年(7.9%)である。日本ではこの前後に老人医療費支給制度の実施や老人保健法の施行があり、老人のみを対象とした医療保障制度ができています。韓国でも現在、老人医療費の急増を解消するために、老人対象の保険制度を作ることや、療養保険制度の導入が検討されているため、高齢化率が8%前後の時点が新たな制度導入の起点であるとはいえるかもしれない。しかし、その内容や規模はちがってくる。先述のように、韓国はすでに日本の介護保険に類似した制度導入に向けて動き出している。後発の福祉国家には、先進の福祉国家から最新の手法を学び類似した制度を導入できる面で利点がある。その半面、年金制度ができてまだ20年たっていないため成熟度は低く、またほかに、福祉に割かれる予算が少ない、政治的な強い要求がない、中流階層を対象とした福祉サービスが一般化していないなど、後発の福祉国家としての特徴は残されたままである。これらの問題を同時に解決しながら新制度を導入するという点に、韓国の特徴と、日本との比較の視点をみいだすことができる。

つぎに、ホスピス・緩和ケアについてであるが、これは日韓で導入の時期がほぼ等しいため、25~30年間の歴史を同時代的に比較することは可能である。分析の視角としては、4点ほどあげられる。①導入が同じ時期なのはなぜか、②実施機関の数が違うのはなぜか、③医療保険に適用される時期が違うのはなぜか、④宗教者との関係性が違うのはなぜか。詳細な分析はできないが、関連する主な要因のみ述べておく。①については、イギリスやアメリカなどのホスピス運動のアジアへの流入、ホスピスに魅力を感じた医療者の存在、②については医療保険の適用、がん死亡の状況や社会的関心の高さ、③に関しては医療保険制度、がん死亡者の増加時期

と医療関係者・政策関係者の関心、ホスピス運動の推進度、④には宗教文化、社会保障制度の適用範囲、などがかんがえられる。概念的なアプローチをとるとすると、ホスピスは「死の医療化」から「死の脱医療化」を意図したものである。しかし、現実には医療保険制度の枠内での運用が必要とされ、「ホスピスの医療化」が起こった。このプロセスによれば、韓国では「ホスピスの医療化」が進行中であり、日本では「ホスピスの脱医療化」への道が模索されつつある。

#### 注

- 1) 自己負担率は、外来では定額制または診療費総額の30~50%、入院では診療費総額の20%、薬局調剤では定額制または総薬剤費の30~40%である(健康保険組合連合会 2003:66-67)。
- 2) 国民健康保険公団の内部資料によれば、2003年の国民医療費における外来費と入院費の割合は、外来73.6%、入院26.4%である。
- 3) 保健福祉部の改善案では、重症患者のばあい入院患者診療費の本人負担率を現行の20%から10%に引き下げる、がん患者の入院時の本人負担率を20%から10%に引き下げる、加入者の所得階層別に本人負担率を差別化する、などが提示された(『ハンギョレ新聞』2002年12月18日)。
- 4) 韓国の国民医療費は、1993年の4兆3,025億ウォンから2003年には20兆7,420億ウォンになり、10年間で約5倍増加したが、65歳以上の老人医療費は1993年の4,441億ウォンから2003年には4兆4,008億ウォンになり、約10倍増加している。老人医療費が総医療費に占める割合も、1993年には10.3%だったが、2003年には21.2%にまで増えた(国民健康保険公団内部資料)。
- 5) 韓国では「Long-term Care」を表現するのに、「介護」(日常的にはあまり使われない)、「療養」、「スバル」、「トルボム」(いずれも「世話する」「面倒をみる」に近い言葉)などの言葉が用いられており、老人の療養に関する制度を設計する上で用語の統一が検討事項のひとつになっている(崔 2001:98)。

#### 文献

- 医療経済研究機構, 2001, 『終末期における自立的な生活と終末期ケアサービスによる生活支援に関する研究報告書』。
- , 2002, 『要介護高齢者の終末期における医療に関する研究報告書』。
- , 2003a, 『初期から終末期に至るまでの地域に密着した望ましい痴呆性高齢者ケアのあり方に関する調査研究報告書』。
- , 2003b, 『特別養護老人ホームにおける終末期

- の医療・介護に関する調査研究報告書」。
- 沖原由美子, 2003, 「緩和ケアの評価基準——全国ホスピス・緩和ケア病棟連絡協議会の取り組み」『ターミナルケア』13(2):84-91.
- 川越博美・山崎章郎, 2003, 「ホスピスケアは地域を志向する」『訪問と介護』8(6):458-468.
- 株本千鶴, 2000, 「韓国のホスピス運動」カール・ベッカー編『生と死のケアを考える』法蔵館, 184-204.
- , 2001, 「社会運動としてのホスピス運動——専門職の自己変革と戦略としての医療化」『人文学報』東京都立大学, 319:43-76.
- 健康保険組合連合会, 2003, 『韓国の医療保険改革についての研究報告書』。
- 厚生労働省, 2003, 「終末期医療に関する調査等検討会第3回 配布資料」。
- 志真泰夫, 2002, 「日本におけるホスピス・緩和ケアの発展」『ターミナルケア』12(4):287-291.
- 袖井孝子, 2001, 「高齢者の終末期医療」『週刊社会保障』2144:48-49.
- 二木立, 2001, 『21世紀初頭の医療と介護』勁草書房。
- 府川哲夫, 1998, 「高齢化と老人医療費」『病院管理』35(2):35-47.
- 嶺学他編, 2002, 『高齢者の在宅ターミナルケア』御茶の水書房。
- 吉田学, 2003, 「解説 老人医療費の伸びを適正化するための指針について」『週刊社会保障』2252:24-29.
- Young S. Hong, 2002, 「韓国におけるホスピス・緩和ケアの発展」『ターミナルケア』12(4):279-281.
- 崔秉浩他, 2001, 『老人療養保険制度の導入方案研究』韓国保健社会研究院(ソウル)。
- 保健福祉部, 2003a, 「報道資料 がんによる疼痛管理指針の勧告案の制定・施行」(ソウル)。
- 保健福祉部, 2003b, 「2003年度 末期がん患者ホスピスモデル事業案内」(ソウル)。
- 保健福祉部, 2004, 『2003年度 保健福祉統計年報』(ソウル)。
- ユン・ヨンホ他, 2002, 「韓国ホスピス・緩和医療機関の実態調査」『韓国ホスピス・緩和医療学会誌』5(1):31-42.
- 保健福祉部ホームページ, <http://www.mohw.go.kr/>

かふもと・ちづる 椋山女学園大学人間関係学部講師。主な論文に「韓国の福祉国家形成戦略」(上村泰裕・末廣昭編『東アジア諸国の福祉システム構築』東京大学社会科学研究所, 2003)。社会学専攻。