

基調講演 遠藤久夫 先生（学習院大学 経済学部教授）

がん終末期の在宅・緩和ケアについての問題提起

～医療経済学者として、家族を看取った者として

医療経済学者として、また厚生労働省中央社会保険医療協議会の会長を務めている立場からお話ししますと、政府の医療政策は、現在、国民の要望が大きいがん対策に力を入れています。そして、疼痛緩和ケアなどのがん終末期医療も拡充する方向です。しかし、現状いくつかの課題があると思います。

まずは、「緩和ケア病棟の不足」です。政府は、診療報酬を引き上げて緩和ケア病棟を増やしてきましたが、そのニーズは上回る勢いで増加しています。特に、今後の療養病床再編により療養病床が削減されると、がん終末期患者の療養先として緩和ケア病棟の必要性はますます高くなるでしょう。不足の原因は、まだ診療報酬が低いのか、施設基準が厳しすぎるのか、あるいは、緩和ケアという治らない医療に対する医療者・病院経営者の意識なのか、検証する必要があると思います。

二番目の課題は、「緩和ケアを行う医師の不足」です。医師がいなければ、施設の拡充も難しい。不足の原因は、報酬が少ないことか、緩和ケアに対する医療者の意識なのか、それに関連した医学教育の問題なのか、こちらも検証が必要です。

三番目は、「在宅医療の緩和ケアは普及するか」です。政府は現在、在宅医療の診療報酬を引き上げて推進しており、平成 18 年には在宅療養支援診療所をつくりました。しかしながら、在宅医療に積極的な医師は必ずしも多くありませんし、緩和ケアを専門とする医師も少数であり、現状、在宅での緩和ケアが充分普及しているとは言えません。

最後に、がんで父と妹を看取った立場から申し上げたい。がん終末期とはいつのことをさすのでしょうか。私は、標準的に積極的治療の手段がないと宣告されてからが終末期であると考えています。この時期、患者さんは新しい治療にすがろうとセカンドオピニオンを行ったり、体調を崩して治療が必要となったり、精神的にも不安になり、医療への依存は高くなります。

しかし、終末期患者に対して、医療、とりわけ急性期医療は「冷たい」という印象があります。「治る患者を優先する」トライアージが行われているのはよくわかりますし、今日のように在院日数の短縮化を要求されている病院が、受け入れに消極的になることもわかります。しかし、がん患者は疎外されたと感じますし、場合によっては適正な治療が受けられません。がん終末期の医療対策は緩和ケア対策だけではないと思います。がん終末期の望ましい療養のあり方を示して、その体制整備を進めることが重要だと考えます。

がん終末期の医療体制を考える

学習院大学経済学部 遠藤久夫
中央社会保険医療協議会会長

緩和ケア病棟は足りているのか

○医療機関の機能分化が進む中、がん末期患者を敬遠する病院は増えていないか？

緩和ケア病棟の必要性はますます重要。

○診療報酬等で誘導してきたため数は増えているが、まだ非常に不足していると思う。

○不足している原因は何か？

施設基準、診療報酬、医療者の意識・・・

緩和ケアに従事する医師は 足りているのか

○大変な割には報酬が少ない？

○治さない医療＝「負け戦」という意識？

医師の意識も変化してきていると思うが・・・。

○「医学」の世界での評価？

在宅緩和ケアは足りているのか

- 在宅療養への誘導政策、療養病床再編などで在宅緩和ケアのニーズは高まっている。
- 在宅療養支援診療所の創設、診療報酬での誘導は行っているが…
- (在宅医療はいや) × (治せない医療はいや) という医師の意識はどれほど変わってきているのか。
- 育成方法？

がん末期とは何時をさすのか

- がん末期医療は最終段階だけではない。
- 医師にさじを投げられた時点から、患者は元気であっても「末期」である。
- 精神的にも、肉体的にも辛い時期
この時期の患者に対して医療は冷たい
- この時期の患者に対する医療体制の整備が必要。