

I. わが国の医療提供体制と緩和ケア

5. 医療改革の方向と緩和ケア

宮島 俊彦

(厚生労働省総括審議官)

はじめに

「緩和ケア」についてのWHO（世界保健機関）の考え方は、すでに20年ほど前に示されている。一言では、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」ということなのであるが、まだまだ、緩和ケアについては、がん治療の効果がみられなくなった時点からの疼痛の緩和であり、ターミナルケアの一環という捉え方が広く流布している。しかし、ターミナルケアの緩和ケアの対象患者であると医師から告知された場合、患者や家族の受け止め方は深刻にならざるをえない。このような治療が無効になった後の緩和ケアという捉え方に対して、WHOの斜め線の考え方では、治療の初期段階から緩和ケアは始まり、常に治療と並行して緩和ケアも提供されるという考え方にたっている。

筆者は、今から20数年前に「生命と倫理に関する懇談会」事務局の仕事に携わったが、その当時のがん医療については、まず「告知」、次に「ターミナルケア」に焦点が絞られ、がん医療における入り口と出口が問題であるという捉え方になっていた。がんのターミナルケアについては、あらゆる治療手段を駆使する延命治療がいいのか？むしろ、CUREからCAREへのタイミングのよい切り換えが大切なのではないか、といった議論がされた。また、ターミナルケアは苦痛の緩和と死の看護が大きなウエイトを占め、「末期の患者に対しては、身体的な痛みや緩和はもちろんのこと、死への恐怖や残される家族についての心配などについての精神面での配慮、患者が追っている社会的役割の支援なども必要であり、患者の気持ちを大切に死の臨床を行うことが今日の医療の重要な使命である」とされた。当時の医

療の常識として、緩和ケアは死の臨床の一部という捉え方であった。

今日でも、この考え方は強く残っていて、たとえば、診療報酬点数表における「緩和ケア病棟入院料」についての「要点」には、「この入院料が設定された背景には、平成元年に末期医療に関するケアの在り方の検討会報告書が出されたこともあり、末期の悪性腫瘍患者に対する適切な緩和ケアを評価するために設定されたものである」といった解説がある。

ターミナルケアの一部としての緩和ケアという捉え方に対するアンチテーゼなのだろうが、WHOの緩和ケアの考え方は、「治療の初期段階からの緩和ケア」ということで括られる。しかし、WHOの「緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放を実現することである」という捉え方にはさまざまな含意がある。

まず、緩和ケアの対象疾患をがんに限っているわけではなく、「生命を脅かす疾患」と広く考えている。がん対策基本法の制定もあって、緩和ケアは、とりあえず、がん治療と結びつけて対策が考えられているが、今後、神経性難病患者に対する医療をはじめ、多くの医療の領域でその普及方策が検討されることとなる。

次に、「患者と家族のQOLを改善する方策」ということから、緩和ケアは、入院治療という場所に限定されるものではなく、施設や在宅において、同じような状況にある患者や家族にも提供される医療であることが導かれる。

そして、「早期かつ確実な診断，早期治療」ということから，緩和ケアは初期段階から他の診療科の治療と並行して提供されるものであり，これを推し進めていくと，すべての病院にER（緊急治療室）やICU（集中治療室）があるのと同様に，緩和ケアチームもすべての医療機関に必要なという主張につながってくる。

このように緩和ケアは，普遍的な診断・治療の技術であり，かつてのターミナルケアのような提供する場所の限定や医療の限界といった消極性とは，別のものとして捉えられている。

医療改革の方向

2006年の医療制度改革は，1961年の国民皆保険の導入，1982年の老人保健制度の創設以来のエポックメイキングなものであった。その中では，保険制度としては，高齢者医療制度とりわけ後期高齢者医療制度の創設，都道府県単位での保険集団の集約化が図られ，また医療政策としては，健康増進計画，医療計画，介護計画，医療費適正化計画が一斉にスタートすることになった。また，この医療制度改革と同時に，2006年の国会では，がん対策基本法案が与野党一致で提出され，成立した。

緩和ケアについては，これらの改革の中で，大きく前進していく環境が整えられた。とりわけ，がん対策基本法の制定は，緩和ケアをがん治療の重要な一翼と位置づけた。また，医療計画の見直しでは，がん治療のクリティカルパスの考え方が導入され，緩和ケアについても，病院から在宅までの普及のための計画が各都道府県で作成されることとなった。介護療養病床廃止と在宅医療の充実の政策方向も，在宅医療における緩和ケアの在り方について検討するきっかけとなった。

他方で，緩和ケアのこれからにとって，今回の医療制度改革が本当にプラスに働くのか分からないという懸念を示す向きもある。後期高齢者医療制度が財源的に独立し，別の診療報酬体系となることは長期的には総額抑制的な診療報酬にならないかとか，医療費適正化計画によって平均在院日数が短縮されることは緩和ケアの普及にとってマ

イナスに働かないかなどといった点である。

これらの懸念については，今後の政策展開の中で応えていくしかないが，いずれにしても，緩和ケアについては，2007年をもって，医療行政の上で「緩和ケア元年」といわれるような多角的アプローチが図られることになった。次に，これらを概観してみたい。

がん対策基本法と緩和ケア

2007年4月1日に施行されたがん対策基本法では，その16条で「国及び地方公共団体は，がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること，居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するため連携協力体制を確保すること，医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする」と規定された。これを緩和ケアに即して読むと，早期からの緩和ケアを充実すること，居宅における緩和ケアの提供のための連携協力体制を確保すること，医療従事者に緩和ケアの研修の機会を確保することが，国と地方公共団体の責務として明確にされた。

基本法に基づき，2011年度までの5年間を対象にして「がん対策推進基本計画」が策定され，2007年6月に公表された。この基本計画では，重点的に取り組むべき課題として，「放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の養成」と並んで「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が取り上げられている。

さらに基本計画では，緩和ケアの個別目標として，①10年以内に，すべてのがん診療に携わる医師が研修等により，緩和ケアについての基本的な知識を習得すること，②原則として全国すべての二次医療圏において，5年以内に，緩和ケアの知識及び技能を習得しているがん診療に携わる医師数を増加させること，③緩和ケアチームを設置している拠点病院等を複数箇所整備すること，とされた。

医療計画と緩和ケア

今回の医療制度改革では、医療計画制度の中で、医療機能の分化・連携を推進することを通じて地域において切れ目のない医療の提供を実現することとされた。

具体的には、厚生労働大臣が基本方針を定め、都道府県はその基本方針に則して医療計画を定めるのであるが、その記載事項として、新たに、がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病に係わる治療または予防に関する事項、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療の確保に必要な事業に関する事項（4疾病及び5事業）、さらに、これらの疾患及び事業に係わる医療提供施設相互の医療連携に関する事項が定められることになった。厚生労働省は、都道府県の定める医療計画について、2007年7月に「疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針」を提示し、この指針のひとつとして「がんの医療体制構築に係る指針」を定めた。

この指針において、緩和ケアについては、まず、目指すべき方向として、①終末期だけでなく治療の初期段階からの緩和ケアの実施、②診断、治療、在宅医療など様々な場面における切れ目のない緩和ケアの実施、が掲げられた。そのうえで、医療機関ごとに緩和ケアの目標と求められる事項を定めた。

まず、がん診療連携拠点病院などの専門診療機関の目標として、①治療の初期段階から緩和ケアを実施するとともに、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケアを実施すること、②身体症状の緩和だけでなく、精神心理的な問題への対応を含めた全人的な緩和ケアを提供すること、を掲げた。また、求められる事項として、①専門的な緩和ケアチームを配置していること、②専門的な緩和ケアを外来で実施可能であること、③退院後の緩和ケアを含め、他の医療機関と診療情報や治療計画を共有するなどして連携可能であること、を掲げた。

病院または診療所などの標準的な診療機関の目標としては、①治療の初期段階から緩和ケアを実施すること、②がん性疼痛等の身体症状の緩和、

精神心理的な問題への対応が可能であることを挙げ、求められる事項としては、①緩和ケアが実施可能であること、②退院後の緩和ケアを含め他の医療機関等との連携が可能であること、を掲げた。

さらに、診療所、ホスピス・緩和ケア病棟を有する病院、薬局、在宅緩和ケア支援センター、訪問看護ステーションなどの在宅療養支援の目標として、①がん患者の意向を踏まえ、在宅等の生活の場での療養を選択できるようにすること、②緩和ケアを実施することを挙げ、求められる事項として、①疼痛等に対する緩和ケアが実施可能であること、②看取りを含めた終末期ケアを24時間体制で提供すること、③医療用麻薬を提供できること、を掲げた。

さらに、がんの医療体制構築の具体的手順において、緩和ケアについては、まず、指標による現状把握として、①拠点病院の緩和ケアチームや緩和ケア外来の設置状況、②緩和ケアに関する基本的な知識を習得した医師数、③緩和ケアチームを設置する医療機関数、④緩和ケアが提供できる訪問看護ステーション数が掲げられ、事後的に定量的な比較評価を行えるよう、地域の実情に応じた数値目標を設定する。そして、数値目標の達成状況について、5年ごとに調査、分析、評価を行うこととされた。

診療報酬と緩和ケア

現行の診療報酬では、緩和ケアについては、緩和ケア病棟入院料と緩和ケア診療加算の2つの評価項目がある。

緩和ケア病棟入院料は、1990年に新設され、悪性腫瘍の末期患者に対する診療および看護を包括的に評価したものである。緩和ケア病棟は、緩和ケアを行う医師が常勤しており、看護師の数が常時入院患者7人に1人以上、夜勤看護師2人以上であることなどが要件とされている。英国と比較して日本では緩和ケア病棟は入院死亡率が高く、平均在院日数も長い。一度入院すると死亡するまで入院していることが多いと考えられる。

緩和ケア診療加算は、2002年改定で新設され

たもので、一般病院に入院する悪性腫瘍又は後天性免疫不全症候群の患者のうち、疼痛、倦怠感、呼吸困難等の身体的症状又は不安、抑うつなどの精神症状を持つものに対して、症状緩和に係る専従のチームによる診療が行われた場合に算定される。

緩和ケアの診療報酬上の評価については、現在、中医協で議論が行われている。緩和ケアについては、患者の状況に応じ、入院、外来及び在宅のそれぞれの場で、身体症状の緩和や精神的な問題への支援など、必要な緩和ケアが提供される環境を整備していくことが基本になっている。

具体的には、緩和ケア病棟については一般病棟や在宅では対応困難な症状緩和、在宅療養の支援など、終末期ケア以外の機能についても役割を担うように見直してはどうかとか、あるいは、緩和ケアチームについてはその充実と地域の担当医の支援を通じて在宅への患者の円滑な移行を進めるべきではないかといった議論がなされている。

また、介護老人保健施設入所者や療養病床の入院患者については、薬剤費は包括されているが、がんの末期においては、患者によっては大量の麻薬を必要とする。そのため、医療用麻薬を保険医療機関の医師が処方した場合には算定できることとしてはどうかとか、あるいは、在宅における疼痛緩和を推進するため、保険薬局において、今は

認められていない一部の医療用麻薬や鎮痛剤用のバルーン式ディスプレイプル連続注入器について、交付することができることとしてはどうかといった議論がなされている。

緩和ケアの今後

以上のように、緩和ケアについては、今まさに、その方策が議論されているところである。その意味では、緩和ケアの普及はこれからの取り組み如何によっている。

都道府県ごとの医療計画では、緩和ケアについても、整備目標と連携について、つぶさに記載することになっている。この点について、各都道府県での関係者の理解が得られるだろうか、あるいは広く医師、看護師が緩和ケアの考え方を理解して、専門的な技術を習得してもらう必要があるが研修プログラムは十分だろうか、診療報酬上の措置だけで緩和ケアを在宅で提供することは可能だろうかなど、いろいろ課題は多い。

しかし、今後の超高齢化社会の医療の在り方を考えた場合、緩和ケアの普及は、不可欠なものとなっている。課題は多いものの、緩和ケアについての制度的対応の一連の陣容は整いつつある。今後とも、関係者のご尽力を切にお願いしたい。