

*本研究において、またがん対策基本法案に対して、アドバイスやアンケートにお答え下さいました皆様に厚く御礼を申し上げます。卒業研究は9月以降（卒後）に公開します。藤田敦子

社会への提言

平成18年7月29日

在宅療養支援のための緩和ケアのあり方

東京大学医療政策人材養成講座2期生

筆頭研究者 藤田 敦子

共同研究者 渡邊 清高、白川 光政

現在、日本では死亡原因の第一位は1981年以来ずっとがんであり、年々増加をしている。日本においては、ずっと緩和ケア病棟を中心に緩和ケア提供体制を作ってきたことにより、緩和ケア病棟で亡くなるがん患者しか緩和ケアを受けていない状況が長く続いていた。

諸外国では、在宅ケアを中心に緩和ケア提供体制が作られている。入所施設も、看取りを行うだけでなく、症状マネジメントや家族のレスパイトとしても使われている。退所後は、多くの患者は自宅へ戻り、在宅ケアとデイケアを使いながら、在宅療養を続けている。自宅へ戻ることができない患者は、介護を重点的に提供するナーシングホームにて、緩和ケアの提供を受ける。このように、患者が一般病院、緩和ケア施設、あるいは自宅で自分の望む所を利用でき、生活の場とすることを可能にする。また三つのどの施設でも一定以上の緩和ケアが受けられるシステムにすること、そして緩和ケアの主体となる患者の主体的な意志決定と参画がなされることが必要不可欠である。

日本において緩和ケアは、治癒が望めない患者に対して行うケアだと一般には思われている。しかし、治癒が望めないと判断する病院関係者では、統一した見解はなく、このことが緩和ケアの提供に影響していると思われる。医師や看護師、福祉関係者への専門研修、患者側の相談支援窓口の開設、早期から提供できる体制づくり、退院時合同カンファレンス、病院と在宅の提供体制が一致、在宅の具体的なイメージ提示など、病院や緩和ケア病棟が在宅療養支援のために果たす役割は大きい。今後、在宅療養を支援するために、病院の緩和ケアチームと緩和ケア病棟は、地域と連携を図る試みを推進していくことが重要である。また、早期から緩和ケアが関わっていくためには、緩和ケア外来の働きが大きく、入院と外来の担当者が同一では診療報酬上の評価は現状ではなく、緩和ケア病棟、緩和ケアチーム、地域コンサルテーション、デイケア、相談支援窓口の設置について検討するべきであろう。

現在、欧州諸国は医療の供給も財政も公共であるところが多く、米国はその反対で、民間が中心である。日本は供給が民間、財政は公共の混合型であるために、医療を公共政策として語ってはこなかった。今後日本においても、すべてのがん患者が緩和ケアの恩恵を受けられるように、行政の働きが一層強まるであろう。患者の主体的な意志決定と参画がなされるように、地域医療圏毎や、中核病院を中心とした医療計画において、緩和ケアの提供体制を配置し、患者が望む継ぎ目のない緩和ケア提供がなされるよう、地域緩和ケアシステムを構築していくべきである。

*講座ホームページ<http://www.hsp.u-tokyo.ac.jp/> 今までの講義や一期生の成果（一部）が公開中です