

がん緩和医療推進の現状と課題

江口研二

帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科
 帝京がんセンター
 日本緩和医療学会

Strategy for Improvement of Palliative Cancer Medicine in Japan

Kenji EGUCHI

Department of Internal Medicine and Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine
 Teikyo Cancer Center
 Japanese Society of Palliative Medicine

抄録

2006年のがん対策基本法に基づき、2008年に都道府県のがん対策推進計画が策定された。主要目標のひとつは、良質ながん緩和医療の普及とそれに必要な人材の育成である。本稿では、本邦でのがん緩和医療の課題と今後の方向について、日本緩和医療学会の動向もふくめて総論的に解説する。

キーワード： がん緩和医療、緩和ケアチーム、地域連携診療

Abstract

Since 2006 many new projects have been started in the area of clinical cancer medicine supported by the Act on Integrated Strategy against Cancer in Japan. As one of the main streams they focus on improvement of palliative medicine for cancer patients of any stage.

Current status and the on-going projects such as team approach in palliative care, network for palliative medicine in community-setting, education enlightenment of palliative care for staffs and lay people, etc. are briefly presented in the article.

Keywords: palliative cancer care, quality of life (QOL), PEACE Project

1. がん緩和医療のコンセプト

がん終末期医療を担う緩和ケア専用病床として、約20年前、浜松市の聖隷三方が原病院に日本で初めてホスピス病棟が設置された。2006年には、厚生労働省認可のホスピスが全国約160箇所3,200床になった。ホスピスを中心としたがん緩和医療の発達により、本邦では、緩和医療＝終末期医療という認識が医療者や一般市民の間に広まっている。しかし、現在の緩和医療は、2002年のWHO報告

にもあるように、がん患者への早期からの介入支援によって、支障となる身体的・精神的な苦痛が軽減され患者の快適な療養生活が可能となることを目指している。がんの治療を中止して緩和医療に入るという図式は、がん治療の始まる早い時点から患者・家族に対する緩和治療・支援を担う体制へと変貌している。緩和医療の内容は、疼痛対策、消化器症状、呼吸困難、栄養、うつ・せん妄など、がんに伴う身体症状・精神症状があり、多職種の専門家からなるチーム医療で診療にあたる。医学的には治癒したと思われ

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1
 2-11-1 Kaga, Itabashi-ku, Tokyo, 173-8605, Japan.
 TEL : 03-3964-1211
 E-Mail : keguchi@med.teikyo-u.ac.jp

る早期癌であっても、治療後に生じる身体的（機能障害や後遺症）・精神的（再発に対する不安や社会的な障害など）苦痛が生じることは多い。また、がんの通院治療が普及した最近では、身体的・精神的な負担がかかる抗癌剤・放射線・手術療法など抗がん治療にともなう副作用対策なども治療・支援の対象に含まれている¹⁾。

緩和医療に際しての重要な特性として、医師・看護師など医療スタッフによる客観的な病状評価だけでなく、患者の主観的な苦痛の評価がある。身体的・心理的苦痛だけでなく、希望する療養形態、医療スタッフとの関係、生き甲斐の維持、家族・友人などへの配慮など、さまざまな要素が患者の療養生活に影響を与える。緩和治療法の評価には、患者自身の価値観を反映したアウトカム評価が必要である。これは、多面的な要素からなる生活の質（Quality of Life: QOL）という概念で表される。従って、がん緩和医療の専門性とは、患者・家族・関係スタッフなどとのコミュニケーションを良好にして、患者の身体的・精神的な症状に関する緩和医療に関する最新の知識を駆使し診療にあたることのできる技量といえる。実際には、チーム医療なので、緩和医療医師、精神科医師、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー等が協力して診療にあたる。がん治療の主治医や病棟看護スタッフ、地域の緩和医療を担うホスピス・在宅医療支援診療所・介護センタースタッフ、行政担当者等との連携も円滑に行う資質が要求される。

II. がん緩和ケアチームの整備および地域緩和ケア体制の構築

診療報酬加算のできる緩和ケアチームは、緩和医療医、精神科医、認定資格を持つ看護師・薬剤師の最低4名でチームを作り、医療機関内のがん関連診療科からの依頼により、緩和医療の診療を担当する。2006年では、設置要件に合致する緩和ケアチームは、全国的にも約70チームほどしかない。医療機関全体としての緩和医療取り組みの温度差、院内各診療科による緩和医療に対する認識の差、がん患者を専門とする精神科医（サイコオンコロジスト）が非常に少ないこと、外来ではケアチームの診療していた入院患者しか継続診療できなかつたこと（厚生労働省通知では、2008年から外部からの症例も診療できることになった。）、スタッフ養成体制の不備など、緩和ケアチームをめぐる課題は山積している。しかし、患者の視点から見ても緩和医療外来と地域ネットワークの役割分担は緩和医療の根幹であり、整備されなければならない。

日本では、がん患者に対する緩和医療開始のタイミングが遅れることがしばしば指摘されている。専門の緩和ケアサービスとして機能分化した入院リソース（急性期症状緩和、在宅療養支援、および、終末期ケア）とコンサルテーションサービス（病院緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム）による連携した活動が要求される。したがって、一般医師・看護師向けの緩和ケアに関する教育、医療者側のみならず患者家族の医療用麻薬や緩和治療に関する誤解を軽

表 地域におけるがん緩和ケアシステムの構築に必要な内容（森田）²⁾

- 1) 標準化した緩和医療臨床ツール（テキスト、評価票、パンフレットなど）の普及
- 2) 緩和ケアの必要な患者をスクリーニングするシステム（いつ、誰が、どのように）
- 3) 専門緩和ケアのリソースの再構築（入院リソースの機能分担と地域緩和ケアチーム）
- 4) 一般医師・看護師対象の教育プログラムの普及
- 5) 一般市民に対する鎮痛・緩和治療に関する正しい知識の提供
- 6) 患者情報とリソース情報を共有するシステムの構築

減する啓発活動が必要である。

地域連携による緩和医療体制構築のためには、1) 医療・介護機関の間で共有する標準的な臨床情報形式、2) 対象患者のスクリーニングシステムの作成、3) 緩和ケア支援センターにおける在宅・病院・医療・介護などの地元情報の提供とリクルート体制を構築し、患者・家族への情報提供とトリアージ機能（適切な振り分け）、4) 地域緩和医療を支える医療関係者を対象とした教育プログラム、5) 地域の一般市民を対象とした教育・啓発プログラム、6) 地域医療者間での情報共有のためのシステムが再現可能な形で記述され継続できる情報システム構築、を行う必要がある。

III. 日本緩和医療学会の動向³⁾

日本緩和医療学会（<http://www.jspm.ne.jp>）は、「がん患者の全経過を対象として、Palliative Medicineの専門的発展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」を目的として、1996年に発足し、現在会員数は7500名を超え、半数が医師、約3割強が看護師、その他、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種の会員により構成される。2006年にNPO法人となった日本緩和医療学会は、がん患者の各症状について体系的な文献レビューを行い、厚生労働省研究班との合同作業班でpeer reviewし、症状別診療ガイドラインを作成した。現在までに、「がん疼痛」「鎮静」「終末期補液」「補完代替療法」が作成され、冊子やホームページなどで公表している。教育研修委員会では、欧米の教育カリキュラムも参考に、がん緩和医療の教育研修カリキュラムを2003年に作成した。2004年からこのカリキュラムに準拠し体系的な医療者向けの教育研修を実施した。2種類の課程からなり、1) 米国での緩和医療教育プログラムであるEPEC-Oを参考に、全国各地域での教育担当者を養成するトレーナーズセミナー（対象者を絞り定員数十名の合宿形式セミナー）と、2) 全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得目的のセミナー（年2回開催）である。2008年からは、1) を学会員以外も対象とした緩和医療指導者講習会（PEACE Project）に変えて、厚労省の委託事業と連動させ全国規模に展開している。さらに2009年度からは指導者講習会経験者を中心に一般医療者への研修会を各地で行う予定である。医学部卒前教育の教育研修カリキュラムも試行中である。厚生労働省が進めている全国の

がん診療連携拠点病院や在宅ホスピスなど地域連携ネットワークの整備には、その前提として、医学教育・医療教育を通して一貫した緩和医療専門家の人材育成が必須である。

日本緩和医療学会では、2010年度に緩和医療専門医の資格認定を発足させるため、2008年11月に教育認定施設および暫定指導医資格審査の申請受付を開始した。全国のがん診療連携拠点病院に複数の専門医配置を考慮すると、3年間で約800名、5年間で約2,000名を目標にする必要がある。地域内での緩和医療連携には役割分担が必要であり、これらの専門家を核として、地域内での緩和医療教育体制を作り、在宅医療関係者、関連スタッフの技量の向上や、地域社会での一般市民への啓発活動の仕組みも作る必要がある。

IV. おわりに

がん緩和医療は本来連続した医療の一環であり、その意味からも患者・家族と医療者の信頼関係や臨床腫瘍医と緩和医療医との連携などは、その前提になるものである。臨床の現場では、緩和ケアチームのチームワークと力量・度量、緩和ケアチームと病棟スタッフ間の信頼関係、そして、臨床腫瘍医、腫瘍外科医などの主科スタッフとの相補

的な協力関係、外部の医療機関や地域の介護センターなどとの協力関係が一つでもうまくいかないと、患者・家族の緩和医療に対する信頼は得られない状況に陥る。10年以上前であれば、気のあった有志間の個人プレー行うような緩和医療でもやむをえなかった。しかし、がん緩和医療に使用する新規薬剤も増え、インターネットによる様々な質の情報が飛び交い、社会のニーズとして良質のがん緩和医療が要求される時代になった。他の医療従事者に頼りにされる多職種の専門家が丸となったチーム医療として、地域の緩和医療を推進することが必要されている。

参考文献

- 1) 日本医師会. がん緩和ケアガイドブック2008年版, がん疼痛治療のエッセンス2008年版. (医療者向け小冊子, ホームページ収載)
- 2) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地域プロジェクト (OPTIM)」。東京: 厚生労働省. <http://gankanwa.jp>
- 3) 日本緩和医療学会. 会員向けガイドライン, 教育セミナー内容を公開. ホームページ. <http://www.jspm.ne.jp>