

c. 支援対象期間

支援の対象となる期間は基本的には自立困難となった時点から看取りまでの期間となるが、実際には自立困難となった時期では家族の不安が大きく、また、一般的にその後の病状悪化が非常に早いことから、自立困難となることが予測される時点、具体的には歩行が可能であっても日中の50%以上は横臥している状態で支援を計画し、開始すべきと考える。しかし、この時期にはまだ病院への通院が可能で、頑張って通院していることが多いことから、外来通院時に、病院の担当医が意識的に家族から自宅での日常生活動作（ADL）を聴取するとともに、在宅ホスピスケアを勧め、その希望に応じて迅速に地域との連携を図る行動をとることが必要となる。また、在宅ホスピスケアに関する情報は、治療困難と判断される以前に患者や家族に提供しておくことも重要である。

なお緩和ケアにおいては、家族のケアの一環として患者の逝去後の悲嘆ケア（グリーフケア）も重視しており、日本においては医療従事者が行うべきケアであるとの考え方もあるが、基本的には生活支援チームが地域ケアの一環として行うケアである。日本では、初七日法要、四十九日法要、百か日、年忌法要、初盆などに家族親族あるいは地域の人々が集まり故人を偲ぶ慣習があるが、この慣習そのものが日本に古来あるグリーフケアであるものと思われる。

d. 在宅ホスピスケア地域支援ネットワークにおける各協力機関の役割

特に、医療支援システムを構成する急性期対応病院、緩和ケア病棟、在宅療養支援診療所、訪問看護ステーション、保険薬局などがそれぞれの役割を認識し、有機的に連携することが必要不可欠である。その上で、生活支援システムを構成する機関や職種が介護する家族を支える体制をしっかり構築することが望ましい。

以下それぞれの役割について簡単に解説する。

1) 急性期対応病院

急性期対応病院の役割は、患者本人および家族にがん治療早期から緩和ケアや在宅ホスピスケアに関する情報を提供すること、がんに伴う症状がある場合には可能な限り症状緩和すること、特に痛みは除痛すること、病状が悪化しないうちにかかりつけ医との連携を図ること、そして後方支援である。後方支援の内容は主に症状緩和治療のための一時的入院を示しており、地域によってはかかりつけ医に対する応援診療を行うことも視野にいれ、さらに、地域に緩和ケア病棟がない場合にはその役割も兼ねる。なお、これらの役割の調整役が病院内に組織された緩和ケアチームである。

2) 緩和ケア病棟

緩和ケア病棟の役割は、在宅ホスピスケアのバックアップベッドとしての役割、具体的には、自宅での看取りに不安の強い家族に対する看取りの場の提供、苦痛の緩和を目的とした一時的入院、患者家族のレスパイトケアのための一時入院、介護者のいない患者に対する臨終の場の提供などであり、さらに、ネットワークに関わる人材の緩和ケア教育の場、地域住民に対する在宅ホスピスケアに関する情報の発信の場としての役割が期待されている。

3) 在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の役割は、訪問看護事業所、保険薬局などと連携して適切な医療支援を行う

ことで、特に医師の役割として、適切な症状緩和治療の指示を出すこと、患者や家族の不安を解消するための説明を行うこと、訪問看護師をサポートすることなどが重要である。

4) 訪問看護事業所

訪問看護事業所、特に24時間体制の訪問看護事業所は在宅ホスピスケアの中心的役割を担う。訪問看護師の役割は、症状の評価、症状緩和治療の評価、家族への看護や介護の指導、処置や治療の指導、患者や家族の不安を医師に橋渡しすること、看取りの指導など多岐にわたっている。質の高い技術や知識をもっている訪問看護師の養成が今後の在宅ホスピスケアの命運を決めるといっても過言ではない。

5) 保険薬局

保険薬局の役割は、薬剤の配送、訪問薬剤指導、特に医療用麻薬の説明、各種注射剤の調剤などで、今後は医療材料、衛生材料の供給元としての役割にも期待がもたれている。さらに、地域のかかりつけ薬局として、病状や症状に関する医師の説明の補助的な相談、看取りについての相談、そして家族の健康相談などに関わることも期待される。

6) ケアマネジャー

ケアマネジャーは生活支援システムの調整役として中心的な役割を果たすことが期待されている。その具体的な役割は、地域の介護福祉資源を最大限に利用することで家族の介護負担を軽減すること、そして看取りを支えることである。

■ 2 ■ 在宅ホスピスケア支援ネットワーク構築に向けての課題と解決に向けたアクションプラン

緩和ケアや在宅医療が普及していないわが国において、在宅ホスピスケア支援ネットワークを構築するためには、病院および地域の医療従事者の意識改革、介護福祉関係者の意識改革、行政関係者の意識改革、そして国民の意識改革が必要であり、そのための課題は非常に多い。しかし、筆者の経験では実現可能であり、また、これからの日本の地域社会のあり方を考えると課題の解決に向けて具体的な対策を講じる必要がある。

a. 急性期対応病院における課題と解決に向けたアクションプラン

地域がん連携拠点病院をはじめとして、がん治療を行っている急性期病院において効果的な緩和ケアが提供されていないこと、在宅ホスピスケアを含めた緩和ケアの情報が提示されていないことが指摘されている。このため、①がん治療医に対する緩和ケア教育、②病院としての緩和ケア提供体制整備（緩和ケアチームの育成と活動しやすい環境の構築など）、③地域の医療介護福祉機関との連携協力体制整備（在宅医療の理解、地域連携室の活動強化、ケアカンファレンスの開催など）に取り組むことが必要である。

b. 在宅療養支援診療所における課題とアクションプラン

現在、約1万施設が登録されている在宅療養支援診療所のうち、実際に活動し、看取りまで行っ

ている診療所は比較的少ない。また、在宅療養支援診療所のない地域もある。さらに、緩和治療を実践できる医師は少なく、その質が保証されていないのが現状である。このため、①地域における在宅療養支援診療所の確保、②提供される医療援助の質の保証（実施される緩和ケアの知識と技術の標準化、標準化された知識と技術の共有、提供される医療の評価基準の策定）に取り組むことが必要である。

c. 訪問看護事業所における課題とアクションプラン

全国に約5,400施設ある訪問看護事業所のうち24時間対応をとっているのは約7割といわれているが、少人数で経営している事業所が多く報酬も少ないため、24時間対応できる事業所は実際には多くない。また、緩和ケアの知識や技術の教育がなされていないこと、医療法上行える医療的処置に制限があることなど、早急に改善しなければならない課題は多い。このため、①地域における24時間対応訪問看護事業所の確保、②24時間対応の訪問看護師に対する報酬の大幅増額、③訪問看護師の行える治療処置の拡大、④提供される医療援助の質の向上（緩和ケアの知識と技術の習得、そのための教育プログラムの策定、地域での教育研修プログラムの実施など）などに取り組む必要がある。

d. 保険薬局における課題とアクションプラン

現在、在宅ホスピスケアに参入している保険薬局は少ないが、2008年の診療報酬改定では参入できる条件が整えられた。そこで、①在宅ホスピスケアを実践している医療機関が意図的に利用して参入を促すとともに、②緩和治療に必要な薬剤の使い方に関する知識や技術の習得のための機会（講演会や講習会）を増やし対応できる薬局を増やしてゆくことが必要である。

e. 介護福祉機関における課題とアクションプラン

がんの終末期にはADLが急速に悪くなり、病状も悪化するため、その状態に応じた介護支援を迅速に提供することが求められる。また、最終的には看取りの指導にも関わってもらう必要がある。このため、①介護福祉サービスの充実（迅速な対応ができる体制の確保）、②ケアマネジャーやヘルパーに対する看取り教育、③居宅での看取りの推進（介護施設職員に対する看取り教育など）に取り組むことが必要である。

f. 行政における課題とアクションプラン

がん終末期においては病状の進行が速く、歩けなくなってからの生存期間は非常に短い。このため、まだ歩行できるうちに介護認定を行い、介護支援システムを構築することが望ましい。しかし、在宅医療や介護認定は歩けないことが前提となっており、地域によっては、申請そのものを受け付けてくれないこともある。したがって、①迅速な介護認定、②地域介護力の強化（福祉予算の増額）などに取り組む必要がある。

g. 地域住民に対する課題とアクションプラン

過去四半世紀にわたり、病院死が当たり前となった結果、病院で死ぬことに疑問をもつ人は非常に少なくなっている。また、看取りは医療従事者の業務であると考えている人も多い。そのような地域住民の意識を変えるためには、在宅ホスピスケアに関する情報の発信と啓発が必要である。具体的には、①在宅ホスピスケア地域支援ネットワークにかかわる医療機関・福祉機関・介護機関などのリストの作成と公表、②緩和ケアや在宅ホスピスケアに関する相談窓口を作ること、③地域で看取ることの重要性を再認識させるための講演会の開催などに取り組む必要がある。

おわりに

筆者は現在、青森県十和田市において地域支援ネットワークの構築を目指している。この地域では、訪問医療を行う医療機関が非常に少ないため、24時間対応の訪問看護事業所、保険薬局、ケアマネジャーの実践教育を優先して行い、これらの職種によるネットワークをまず完成させることを目指している。現在、筆者（病院勤務医）が医師として中核的な役割を果たしているが、最終的には地域かかりつけ医にその役割を移管することを目指している。このように、地域によって多少構築のための戦略は変える必要があるが、実践のなかで関係する職種の意識は確実に変わってきており、提示したアクションプランはいずれも難しい課題ではあるものの実行不可能ではないと感じている。

（蘆野吉和）



A. がん

1. がんの在宅医療総論

これまで行われた公的あるいは私的なアンケート調査では、がん終末期であっても約半数以上の国民が病院ではなく、自宅で最期を迎えたいと希望していることが判明している。しかし現実には、1980年以降、がん死亡者の約9割が一般病院で亡くなり、自宅で亡くなる割合はここ約10年間は6～7%で推移している。

このような現状のなかで、近年、医療制度が大きく変わり、在宅医療推進、在宅死推進に向けて大きな潮流が作られようとしている。2006年4月の診療報酬と介護報酬の同時改定、2007年4月の「第5次改正医療法」の施行がその起点となる。がん医療においても、2007年4月に施行された「がん対策基本法」と具体的基本計画を定めた「がん対策推進基本計画」において、がん治療成績の向上をめざす一方で、がん患者の生活の質の向上をめざし、がん治療早期からの緩和ケアの導入、そして、治らないがん患者に対する在宅医療を念頭に置いた切れ目のない緩和ケア提供体制の整備を国、地方自治体、病院、国民の責務としその実現に向けた具体的指針を定めている。

しかし、がん終末期を対象としたわが国の在宅医療の歴史は浅く、1980年代後半に、関心をよせる開業医や病院勤務医によって自然発生的に全国各地で始められ、多くの場合、個人的な医師の努力でその活動の輪が広がり、点から線に、線から面にネットワークが広がってきた感がある。現在でこそ、関連する研究会や学会あるいはメーリングリストが立ち上がってはいるものの、全国的な規模でいえば、いまだにその恩恵を受ける国民は少数である。

緩和ケアや在宅医療が普及していないわが国において、がんの在宅医療を普及させるための課題は多い。しかし、これまでの筆者の経験ではいずれも解決可能な課題である。そこで本稿では、がんの在宅医療に必要なシステムについて、がんの在宅医療を普及させることの社会的意義について、そしてがんの在宅医療を普及させるための課題と対策について、これまでの筆者の経験を踏まえて解説する。

■ 1 ■ がんの在宅医療とは

がんの在宅医療の最終目標は、進行したがんをもった人と関係する家族が、自宅や居宅などの住み慣れた地域のなかで苦痛なく安心して暮らすこと、そしてその結果として、地域のなかで看取りが行われることにある。このためには、医療従事者だけでなく、介護福祉従事者および地域住民などの幅広い支援が必要になることが、医療施設におけるがん終末期医療との大きな違いである。

がんの在宅医療で必要な支援は、医療支援と生活支援の2つに大別される。医療支援とは、がん終末期に特に出現することの多い身体的苦痛や精神的苦痛を取り除くための症状緩和治療や処置、そして現在の病状や今後の病状の推移とその対応方法に関する説明、症状緩和治療に使用される薬

剤の説明、看護に関する説明などである。一方、生活支援とは、がんの進行に伴い低下してゆく日常生活活動（ADL）に対する介護福祉的支援、介護する家族に対する社会的経済的支援、関係する家族に対する心理的支援などであり、地域社会の共助のシステムでもある。なお、心理的支援として特に重視されるべきことは臨終期や看取りを迎える時期における看取りの指導であり、現在は医師や看護師が指導しているが、本来は生活支援に含まれる事項である。また、がんの在宅医療は最終的に“死”で終焉し、医療支援はこの時点で終了するが、在宅医療の支援対象は関係する家族を含むものであることより、生活支援は逝去後の家族の悲嘆ケアなども念頭において展開されるべきものである。

これらの2つの支援システムを地域の実情にあわせ整備してゆくことが今後の課題となるが、関係すべき職種および機関は、医療支援システムでは医師（病院、在宅療養支援診療所など）、看護師（病院、訪問看護事業所など）、薬剤師（病院、保険薬局など）、栄養士（病院など）、生活支援システムでは福祉関係者（行政機関を含む）、リハビリ関連職種、地域保健師、ケアマネジャー、ホームヘルパー、ホスピスボランティアなどである。これらの職種あるいは機関が密接に連携し、それぞれの役割を認識しながらチームとして活動することが重要である。

なお、これまでの筆者の経験からいえることは、がんの在宅医療を地域に根付かせるためには、非がん疾患と同様に患者や家族へのしっかりした生活支援とともに看取りの支援が行えるようなシステムを整え、悲嘆ケアができる生活支援チームを養成することが大事であり、それを脇役としての医療支援チームが支えるシステムが構築されることが望ましい。

このがんの在宅医療は、現在、「在宅緩和ケア」あるいは「在宅ホスピスケア」という言葉で表現されているが、いずれも公的な定義はなくまた区別するための明確な基準はない。そこで、筆者は地域社会の支援システムとしての側面を強調する時には「在宅ホスピスケア」という言葉を使い、医療支援システムとしての側面を強調するときには「在宅緩和ケア」という言葉を使っている。したがって、「在宅ホスピスケア」という言葉の筆者なりの定義は、「進行したがんをもった人およびその家族が自宅あるいは居家で楽に過ごすことを支援する地域社会のシステムであり、医療支援と生活支援のシステムからなるシステムである」という定義となる。

■ 2 ■ がん終末期における在宅医療の意義

がんの在宅医療を推し進める理由の1つは、「終の住処は自分の家」と自宅での看取りを希望している人々がいることである。約半数の国民が希望している事実は重く受け止めるべきである。この他に、社会的には急いで推し進めなければならない2つの理由がある。1つは医療経済学的な理由で、医療費および医療資源の効率的な運用をはかることであり、2つめは現代の日本社会で希薄となってしまった「いのちに対する感性」を呼び戻すことである。

a. 医療費および医療資源の効率的運用

現在、年間死亡者数（約110万人）の約1/3（約32万人）ががん死亡であり、年々増加傾向に

ある。予測では2038年には年間死亡者数は約170万人となり、その半数の死因ががんとなる可能性があり、がん死亡数は現在の倍以上に膨れ上がる計算になる。これは単にがんが増えているということだけでなく、人口高齢化の結果とみることもできるが、がん患者の約9割が病院で亡くなっている現状がこのまま続くと、終末期医療に費やされる医療費は計り知れない額となり、国民皆保険制度が破綻することが懸念されている。

終末期における医療費については現在多くの議論がかわされているが、がん終末期で急性期病院に入院している場合、症状緩和治療以外の濃厚な治療が行われていることは事実であり、そのために使われる医療費は少なくとも1日3万円は超えるものと推測される。筆者の2004年の調査では入院死亡35例の死亡前1カ月の1日平均医療費は25,273円で、必要のない検査や治療を行わず、症状緩和治療のみ行った結果の数値である。これに対し、在宅死亡47例の死亡前1カ月の1日平均医療費は10,855円で、医療費の高い症例は症状緩和治療のための薬剤料がその主な費用であった。一般に長期の入院症例や長期の在宅症例ほど医療費は安くなっているが、その費用の差は入院に対し在宅では1/3程度であった。在宅医療にかかる費用は、現在はこの時期より高くなっているはずではあるが、急性期病院の入院単価もそれ以上に高くなっており、良質の症状緩和治療が提供され、家族に対する介護などの生活支援体制を充実させたとしても、在宅医療にかかる費用（医療費および介護費用を含む）は、入院よりずっと安上がりとなるものと思われる。なお、緩和ケア病棟における包括的医療費は現在37,800円であるが、この金額も根拠のない算定額であり、増額について見直しを求める意見も多い。いずれにせよ、医療施設において終末期緩和ケアを行うのは非常に割高となることは事実であり、近い将来訪れる多死の時代において、少ない医療費を効率的に運用するためにも、在宅ホスピスケアの普及は大事な課題である。

さらに、現在大きな問題として取り上げられているのが、病院勤務医の業務負担の問題である。この問題は地域の中大都市で特に深刻である。がんに限らず、老衰も含め多くの疾患の終末期患者が急性疾患として病院に担ぎこまれている。自宅だけでなく居宅系施設からも搬送され、病状や病態からいえば“自然の経過としての死”であるにもかかわらず、“急変”として認識されるため、救急室や病室で、医療従事者の労力を含め多くの医療資源が費やされている。早期に在宅医療に移行し、適切な臨終期の指導があれば、回避できる問題である。

b. いのちを大切にす地域社会の再生

筆者は1987年から2005年までの約18年間に503名（がん469名、非がん34名）に対し在宅医療を提供し、315名（がん309名、非がん6名）の自宅での看取りを経験している。この経験のなかで認識したのが“看取り”の地域社会における重要性である。

自宅での看取りにおいては、医療者がそばにいる時間は非常に少ない。家族・親類・地域の人々の誰かが常に寄り添い、生活の場で、日常性のなかで、死に逝く過程をつぶさにみることとなる。この看取りにおいて重視したいことは、看取りという経験を共有している人々が一緒に生きてきた過去を振り返ること、今生きている瞬間を大事にすること、そして、看取りをいつか自分にも訪れる事実として意識し、先達（今逝く人）に学ぶ姿勢である。臨終時においても、医療者は臨席する

ことはないが、事前に臨終時の対応方法について繰り返し説明しておくことで家族だけで臨終の瞬間を迎えることができる。死亡確認は連絡を受けた医師が行うものの、医師が到着するまでは、家族にとっては死んでいるかどうかあいまいな時間が経過する。しかし、この時間は家族が死を受け入れるためにむしろ必要な時間である。また、自宅では医師が死亡を確認し帰ったあともゆっくりお別れの時間を過ごすことができる。

このような看取りは30年以上前にはごく当たり前のものであり、子どもを含めた家族、そして地域の人々は、この看取りを通して自分達の生きている実感といのちの大切さ、そして、家族や地域の絆を再確認してきたものと思われる。これが「看取りの文化」とよばれるものであり、その地域の特徴的な葬送儀礼を含めた文化の基礎となっているものである。

これに対し、病院では、一般的に死亡する直前に家族が集まり、心臓と呼吸が止まった時点（ときに心電図の波形が平坦となった時点）で臨席する医師から死が宣告され、家族はそれを受け入れる余裕もなく自宅に帰る支度を始めなければならない。本来地域のなかにあるべき死、日常性のなかにあるべき死が、過去四半世紀にわたり病院という特殊な施設に隔離されたことによる弊害として、今、いのちの大切さ、家族や地域の絆が失われてきたように筆者は深く感じざるを得ない。最近毎日のように報道されている衝動的な傷害事件や殺人事件、安全より効率を優先したために起こっている事故、食の安全を脅かすような偽装事件など、これらの根底に横たわるものがいのちに対する畏敬の念が薄れてきたことにあると思われる。

■ 3 ■ がん終末期の在宅医療普及のための課題

すでに触れたように、現在がん死亡者の約9割が在院死であり、在宅死は約6%である。このような状況が長く続いているなかで在宅看取りを推進する在宅医療を普及させるためには、在院死となっている理由について検討し、課題を抽出し、対応策を立て、その実現に向けて行動を起こす必要がある。

進行したがん患者が病院に入院したまま自宅に帰れない理由には様々な要因があり、それぞれの要因が複雑に絡み合っている。

患者側の要因として、①治療に対する過度の期待、②病状（特に急変時）に対する不安、③緩和ケアや在宅医療に関する情報不足、④介護力の不足、⑤家族間の絆の希薄化、などがあげられる。また、医療側の要因として、①がん治療医の治すことに対する過度の期待（治せないことに対する負い目の存在）、②勤務医および実地医家の緩和ケアの知識や技能欠如、③がん治療医の緩和ケアや在宅医療に関する情報提供不足、④勤務医の在宅医療に関する認識不足、⑤在宅医療における連携体制の未整備、⑥訪問看護師の緩和ケアの知識や技能不足、などがあげられる。さらに、社会的要因として、①地域社会における互助意識の希薄化、②介護や福祉サービスの硬直化、③病院死の日常化などがあげられる。

これらの要因のなかで、がん患者の在宅医療への移行を困難としている最大の要因は、医療提供側にあると筆者は考えている。特に、病院での緩和ケア提供体制が不十分で、痛みを含めがんに伴

う苦痛が緩和されていない現状があること、進行したがんの場合、治す治療以外の情報（特に緩和治療や在宅医療を含めた終末期緩和ケアについての情報）が治療早期から提供されていないことなどが問題である。したがって、がんの在宅医療を推進するための緊急課題の1つは、病院、特に地域がん連携拠点病院を含めた急性期病院における緩和ケア提供体制を充実させること、具体的には、がん治療医に対する緩和ケア教育あるいは啓発と緩和ケアチームの育成をはかることが必要である。

次に重要な課題は在宅医療側の医療体制の整備である。この整備に関しては、現在診療報酬がらみで整備が行われつつあるが、当面緊急に対応しなければならないことは、医師および看護師の症状緩和治療の知識と技能の向上を計ることである。

症状緩和治療が病院でも在宅医療側でも対応できるようになった場合に、最も問題になるのが介護福祉支援体制の整備である。この問題は少子高齢化社会を迎えるにあたって当然解決しなければならない課題であり、財政的に裏付けられた体制でなければならない。

おわりに

在宅医療の普及は単なる医療体制の変革ではなく、新しい地域社会（コミュニティ）の創造につながる社会運動であると筆者は考えている。また、がんの在宅医療は、これまで治すことだけを目標にし、臓器中心であったがん医療を、1人1人の生活や人生観をも考慮した包括的および全人的がん医療に変える可能性を秘めた取り組みである。その普及のためには、医師を含めた関係する職種意識変革だけでなく地域住民の意識変革も必要となるが、できないことではない。現在、国の施策として様々な試みが行われているように、がんの在宅医療に取り組む私たちにとっては追い風が吹いている。この風を利用して、多くの職種が解決すべき課題に1つ1つ取り組むことを期待したい。

（蘆野吉和）

かかりつけ医
訪問看護師
薬剤師のための



在宅

がん緩和治療 ハンドブック

在宅チームのための
お役立ちノウハウ集

佐藤 智 編著

八戸市立市民病院緩和医療科 科長

日本ペインクリニック学会認定ペインクリニック専門医

Sato Satoru

オピオイドを
安全に・効果的に使いこなす

MC メディカ出版

● 緩和ケアの病期 (いわい分類 2007)

「今の状態は？」と、ご家族から容態を尋ねられることがあります。従来の「癌取り扱い規約」による病期分類は、初回治療を対象としており、遠隔転移から終末期までをまとめて「Ⅳ期」としています。これでは、再発や末期といわれる期間に刻々と変わる病状を把握し、説明することはできません。また、統計的確率以外に予後やその後の変化をとらえることはできませんでした。

「いわい分類 2007」(表1)は、がん患者の全経過を、がんの病態が生命に与える影響の視点で四病期にとらえた分類です。簡単に表現すると「がんがなくなる」「ぶり返す」「内臓が壊れる」「命が弱る」の四病期です。それによって、「不治」は死に直結せず、段階があり、病期ごとに「生きる目標設定」が可能なことがわかります。また、「がんが治らないとなぜ死ぬか？」という疑問にも答え、治療やケアの計画、地域連携バスに役立つと考えられます。

〔Ⅰ〕診断／根治期

診断〔ⅠA〕から、治療により根治〔ⅠB〕した状態。不安、治療に伴う苦痛、副作用、合併症などに対するケアが求められる。診断時すでに以下の病期の場合もある。

表1 ●いわい分類 2007⁴⁾

分類	病期	積極的治療期			
		〔Ⅰ〕診断／根治期		〔Ⅱ〕進行／再発期	
		〔A〕前期	〔B〕後期	〔A〕前期	〔B〕後期
病態	未確定	早期／進行	局所／孤立性	多発／再発	
定義	初診から検査中または初回治療まで	規約上の根治的病変、一般に「治った」といわれる状態	遺残または再発病巣は局所性で治療により治療の可能性はある	多発性または切除不可能な病巣、治療により延命効果が期待できる	
判断の目安		術後根治度AB 薬物・放射線の奏効度CR	C PR～NC	PD	
記録	年月日 理由				
診療経過	症状	検査・治療関連		治療関連・局所症状(疼痛、麻痺)	
	ADL	社会生活		歩行	
	目標	早期診断・根治		根治 延命	
	治療の場	闘病を支える			
	予後	外来／一般病棟			
				年～月	

【Ⅱ】進行／再発期

再発した時期。病巣が少ない間【Ⅱ A】は治療が、多発または再発を繰り返す【Ⅱ B】と延命が治療目標となる。ケアの目標は臓病を助けることであり、化学療法の副作用対策や疼痛緩和が中心となることが多い。

【Ⅲ】末期

生命にかかわる合併症がみられる時期【Ⅲ A】。補液、減黄術、酸素投与など代償的集学的医療ケアを行う。進行すると、臓器不全または著しい悪液質となる【Ⅲ B】。早期には社会生活の維持が目標であり、臥床が多くなれば自立機能を維持することが目標となる。全人的な苦痛の緩和が求められる。

【Ⅳ】終末期

人工呼吸器などに頼らなければ回復不可能な呼吸循環不全に陥り、意識レベルが低下状態【Ⅳ A】である。誰の目にも死が近く、家族水入らずの時間や日常性を保つよう気を配る。Ⅲ期から計画的に肺水腫を予防する。

臨死期【Ⅳ B】 下顎呼吸、昏睡から心肺停止。生誕と同様に大切な、人生の締めくくりの時。スタッフにとっても、患者家族のニーズに応えることができたか、総括の時である。

緩和ケア期			
【Ⅲ】末期		【Ⅳ】終末期	
【A】前期	【B】後期	【A】前期	【B】後期(臨死期)
臓器障害	臓器不全	呼吸循環不全	心肺停止
生命を脅かす合併症があるが治療により代償されている	代償不可能な臓器障害または悪液質	回復不可能で重篤な呼吸循環障害	呼吸循環が停止しようとする時期
摂食障害、胸・腹水、出血、感染、黄疸、上位対麻痺、腸閉塞、尿閉、呼吸困難、脳圧亢進、悪液質		乏尿、低酸素、脈拍微弱	下顎呼吸
臓器症状		全身症状	
臥床		対話	
機能代償	症状緩和	苦痛緩和／日常性	
社会復帰	自立	水入らず／充足感	
緩和ケア病棟			
多床室		個室	
在宅ケア			
月～週		日	時間

在宅がん緩和治療ハンドブック

一かかりつけ医 訪問看護師 薬剤師のための

2009年4月5日発行 第1版第1刷

編者 佐藤 智

発行者 長谷川 素美

発行所 株式会社メディカ出版
〒564-8580

大阪府吹田市広芝町18-24

電話 06-6385-6931 (編集)

0120-27-6591 (お客様センター)

<http://www.medica.co.jp/>

編集担当 野坂直子

装 幀 森本良成

本文イラスト ニガキ恵子

印刷・製本 株式会社廣済堂

© Satoru SATO, 2009

本書の複製権・翻訳権・翻案権・上映権・譲渡権・公衆送信権
(送信可能化権を含む)は、(株)メディカ出版が保有します。

ISBN978-4-8404-2893-4

Printed and bound in Japan



国立病院機構四国がんセンター

|| はじめに

緩和ケアチーム加算が新設されたことを契機に、多くの施設に緩和ケアチームが立ち上がった。しかし、算定条件の厳しさから実際に算定している施設は少ない。また、がん診療連携拠点病院の要件たる緩和ケアの体制と緩和ケアチームのあり方についても議論がある¹⁾。

本稿では、緩和ケアチームが有効に機能するためのあり方について自施設の経験に基づいて述べる。

|| 四国がんセンターの緩和ケアチーム活動方針

四国がんセンターは、がん占有率90%を超えるがん専門病院(病床数405床(緩和ケア25床))(旧病院360床(緩和ケア0床))の急性期病院である。緩和ケアチームは2003年4月に立ち上がり、2006年4月の新築移転、緩和ケア病棟開設に伴う改組を経て、現在に至っている。当院の緩和ケアチームの活動方針は、緩和ケアの普及を急ぎ、以下のように実効性を最優先してきたことである。

1 チームとして強力な指導力を発揮する

疼痛緩和が必要と判断される症例には、主治医からの紹介の有無にかかわらず指導を行う。

1) 情報収集

チーム看護師のラウンドにより、各病棟(担当看護師、薬剤師)から患者の症状コントロール状況について情報収集をする。麻薬処方患者のカルテチェックを行う。

2) 紹介前の患者

チーム看護師の事前情報に基づいて、カルテ回診の席で病棟担当者とのディスカッションを行い、チームとしての意見をカルテに記載する。服薬指導の依頼、チームへの紹介を促す。原則として、カルテ上の回診である。

緊急を要する場合や、明らかに対応が遅れがみられる場合は、回診中に主治医と連絡を取り、患者への面会、診察も含めて対策を取る。時には主治医の了解を

得て(麻薬)処方と緩和ケアチーム医師が代行する。

3) 主治医から紹介がある患者

チーム回診で患者を診察し、病棟担当者とディスカッションし、カルテにコメントを記載する。直接、処方を行う。以後は、原則として緩和ケア科併診を継続する。

2 施設としての疼痛コントロール指針を策定し提示する

疼痛コントロールマニュアル、疼痛アセスメントシート、患者用説明用紙、疼痛コントロールパスを作成して当院としての指針を提示し、それらマニュアルに従うことを病院の方針として求めた(四国がんセンターのホームページに公開)²⁾。主治医による特異な対応法は認めない姿勢を示した。

3 緩和ケア期における退院・在宅移行支援、在宅療養支援を担当する

緩和ケア期における退院困難例への在宅移行支援、退院後の在宅療養サポートをチームの業務とした³⁾。本来、入院中だけでなく、在宅療養を含めたサポートがなければ、片手落ちである。

チーム対応患者については、緊急時の入院受け入れをチームとして保障する。緩和ケア外来に常駐する専任看護師が定期的に(1週間に一度程度)在宅患者の電話訪問を行い、在宅における療養状況の把握と(主治医、担当病棟に対して)その情報還元を行う(表1)。

|| 活動の実際

1 第1期—チーム活動立ち上げ期の活動(2003年4月～2006年3月)

この時期のチーム構成は、医師3名(消化器内科医、麻酔科医、精神科医)、看護師6名、薬剤師1名であり、2004年10月から医療ソーシャルワーカー1名が参加した(表2)。

活動としては、週1回緩和ケア外来、院内回診、定例会議を行った。さらに、専任看護師は毎日の情報収集(一般病棟入院患者)と緩和ケア相談への一次対応、在宅への電話訪問を行った。旧病院では緩和ケア病棟

●表1 緩和ケアチームの対応・支援

	疼痛対応	その他症 状対応	精神科 対応	転院サ ポート	在宅療 養支援	テレビ電 話対応	HOT,HPN,PTEG (在宅機器対応)	総計 (実数)	
2003年4月～2004年3月	43	35	24	14	64	22	11	148名	
2004年4月～2005年3月	58	33	98	34	71	8	26	267名	
2005年4月～2006年3月	94	23	34	55	132	4	47	280名	
チーム対応患者 の死亡場所	当院にて死亡	近くの病院にて死亡	在宅にて死亡	HOT:在宅酸素療法 HPN:在宅中心静脈栄養法 PTEG:経皮経食道胃管挿入術					
2003年4月～2004年3月	49		15	7					
2004年4月～2005年3月	55		29	16					
2005年4月～2006年3月	76		60	29					

●表2 緩和ケアチームの構成

	2003年4月～ 2006年3月	2006年4月～
緩和ケア医	併任2名(消化器 内科,麻酔科)	併任2名(緩和ケ ア病棟医師2名 (内1名は消化器 内科医も併任) サポート1名(麻 酔科医)
精神科医	併任1名	欠員
がん看護専門看護師		サポート1名
がん性疼痛認定看護師	併任1名	併任1名
緩和ケア認定看護師	併任2名	併任2名
看護師	専任1名	
薬剤師	併任1名	併任1名
MSW	併任1名	サポート1名
その他		臨床心理士1名

・サポート者は原則として合同回診以外の場での協力

●表3 緩和ケアチームの活動

1. 診療活動
■ 病棟からのコンサルテーション
■ 緩和ケア外来 3回/週, 紹介があれば毎日対応
■ チーム回診 1回/週
2. 教育・連携活動: 2006年3月までは緩和ケアチームが在宅移行支援、 退院調整を担ってきたが、2006年4月以降は「がん相談支援・情報 センター」の活動に集約
a) 医療相談、よろず相談: 対面相談および電話相談。当院退院中の患 者だけでなく、一般からの相談も対応。
b) 退院調整: 退院困難例に対して病棟と協同し入院早期より介入。
c) 在宅療養支援: 外来退院中、在宅療養中の患者に対する療養支援。 電話サポート。
d) 医療連携: セカンドオピニオン、地域の医療機関からのFAX紹介 受け入れ、外来診療予約・画像検査予約、訪問看護ステーションな どとの調整。なお、相談を伴わない単純な外来予約は別部門の「予 約コーナー」で対応。
e) 情報発信・情報提供: がん患者数、治療例数についての情報公開。 またパンフレットやクリニカルパスなどの情報提供。

がなかったため緩和ケア病床(2床)を確保した。

3年間の緩和ケアチームカンファレンス(毎週1回)の検討症例数は、延べ6,004件であった。

2 第2期一新病院移転、緩和ケア病棟開設後の活動(2006年4月～現在)

がん相談支援・情報センター(相談支援センター)、緩和ケア病棟開設に伴い緩和ケアチームは組織変更された⁴⁾。同時に精神科医の転出があり(後任なし)、チーム専任看護師が相談支援センターに移ったため、専任者は不在となった。

チーム構成は、チーム専任者なく、全員併任である。医師3名(緩和ケア病棟医、麻酔科医、消化器内科医以外の2名は新任)、薬剤師1名、がん看護専門看護師1名、緩和ケア認定看護師2名、がん性疼痛看護認定看護師1名、医療ソーシャルワーカー1名、臨床心理士1名、うち認定看護師の2名が分担して

症例のまとめ役となる(専任看護師からの役割委譲)。

活動としては、緩和ケアチーム全員による院内回診と定例会議を週1日行っている(金曜の午後半日を会議と回診にあてる)(表3)。2名の認定看護師による情報収集と(看護職への指導を含めた)一次対応は、月曜から木曜の週1日(所属病棟フリー日)に行い、薬剤師の病棟回診による服薬コメントも別の日に行っている。退院支援、在宅療養支援は相談支援センターの機能として独立し、緩和ケアチームから離れた。新たな活動としては、緩和ケア病棟へのリクルート機能が追加された。

2006年4月から12月の緩和ケアチーム対応患者数は146名であった(図1)。内容の詳細な分析は行っていないが、ほとんどが疼痛・症状コントロールの依頼であった。主治医からの紹介があるもの、ないもの相半ばしている。同期間の緩和ケア外来患者数は



● 図1 緩和ケアチーム対応患者の転帰

157名、緩和ケア病棟入院患者数は172名であった。

チーム看護師による情報収集活動、チーム回診から判断すると、主治医による麻薬処方間違いや遅れは減少している。麻薬投与経路、レスキュー設定における調整変更についても、チームの意見がほぼ円滑に反映される。副作用対策、神経因性疼痛コントロールなどの対応困難例でチームに相談がない症例はない。緩和ケア対応状況の確認だけに終わる症例が増えている。チームへの相談内容も神経因性疼痛、終末期の呼吸困難、全身倦怠感などの、より困難な問題にシフトしてきている。緩和ケア病棟への転棟は遅れがちになるため、チーム回診によるリクルートは重要である。

現在のチームの問題は、精神科医が不在になっている点（ただし臨床心理士のカウンセリングは実施中）、外来患者への緩和ケア対応が主治医からの紹介しか機会がない点である（特に、通院化学療法中の患者）。解決には人材の確保と新たな組織編成が必要であり、その機会を待ちたい。

|| 今後の課題

チーム発足以来の4年間の実効性を最優先とする直接の介入には、一定の成果を得ることができ、チームへの信頼感も確保できた。なお、チームが主治医の権限を超えて緩和ケアを実践することについて、管理会議（病院の幹部会）などで病院の方針として先に承認を得ていたため、医療者同士の確執は発足以来生じていない。もっともこれには、医師と看護師の関係がフランクで互いにものが言いやすいという病院の体質も影響しているのだろう。

退院・在宅移行支援、在宅療養支援にも対応したの

は、チームメンバーの柔軟性の故であり、チームが認知されるための方便でもあった。この機能と業務は相談支援センターの開設という別の発展をたどったが、それについては別の機会に触れたい^{4,5)}。

臨床腫瘍医、看護師の総合力としての能力を育成し、緩和ケアの普及を図るという点からすれば、緩和ケアチームはコンサルテーションに徹するのが本来の基本姿勢である。マンパワーの状況を勘案しつつ、今後の活動はより客観的な視点から標準的疼痛・症状治療、緩和ケアの実践状況をモニタリングすること、および教育・指導活動にシフトしたいと考えている。

緩和ケアチームが有効に機能するためには、少なくとも専任の看護師配置が必要である。がん診療連携拠点病院たる医療機関は緩和医療の体制を整えることが要件であり、1名の専任者さえいないという状況は許されないであろう。2007年4月施行の「がん対策基本法」は医療を動かす大きな力になるはずである。

緩和ケアは、地域医療の中で提供される医療である。そして、病院の緩和ケアチーム、緩和ケア外来、緩和ケア病棟は、そのフロントである。緩和ケア病棟は、「入ったら生きては帰られない」ところではなく、地域の「どこでも安心」を保障する最後の砦である。実に、在宅で頑張った終末期患者の救急病棟と化した当院の緩和ケア病棟はさながら戦場である。思えばナイチンゲールがその名を高らしめたのは戦場であった。静粛で平穏な環境は理想境かもしれないが、戦場こそ緩和ケア実践の場にふさわしい。緩和ケアチーム活動の普及・発展に期待したい。

文 献

- 1) 谷水正人, 菊内由貴, 船田千秋, 他. がんセンターと医療連携 (地域連携). 癌と化学療法 2006; 33: 1563-1567.
- 2) 四国がんセンター公開ホームページ (四国がんの情報提供にマニュアル類を掲載) http://ky.ws5.arena.ne.jp/NSSC_HP/top_page/
- 3) 田所かおり, 谷水正人, 神谷淳子, 他. 医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因. 癌と化学療法 2006; 33: 338-340.
- 4) レポート医療現場 71-愛媛県・独立行政法人国立病院機構四国がんセンター緩和ケア病棟. 臨床のあゆみ 2007; 71: 8-11.
- 5) 消化器癌治療の広場—消化器癌治療の現場から. 第6回独立行政法人国立病院機構四国がんセンター前編, 後編 <http://www.gi-cancer.net/gi/index.html>

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、治療後に生じうる身体的（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がん剤・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力が要求される。

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年には、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ようになった）、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) 緩和ケアに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た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、厚生労働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お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専門家が一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, ホームページ掲載)
- 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>

早期からどこでも安心して受けられる がん緩和医療を目指す取り組み

江口 研二^{*1*2}

要 旨

がん緩和医療は、単に終末期患者のみならずがん診療の早期から、患者・家族に対する緩和・支持療法を担当する医療分野である。患者・家族の視点も考慮した緩和医療には多職種の特任者によるチーム医療が不可欠である。座学だけの講習会では実践力養成に限界がある。緩和ケアチーム・緩和ケア病棟などでの実習や、初期臨床研修制度に緩和医療実習を必須カリキュラムとする必要がある。地域のがん緩和医療連携体制には、がん診療連携拠点病院（中核病院）、地域医師会、在宅緩和医療専門医師の主導型類型モデルがあり、地域特性に応じたモデルを構築すべきである。緩和医療に関する適切な卒前卒後教育体制整備のためにも、医科大学における緩和医療学講座の設置は必要である。

はじめに

2006年国会で議員立法としてがん対策基本法が成立し、がん緩和医療の質の向上とその普及は国策として展開される情勢になってきた。本稿では、本邦でのがん緩和医療の課題と今後の方向性について、学会の動向などにも言及しながら解説したい。

がん緩和医療とは

本邦では、がん終末期医療を担うホスピスが約20年前に初めて設置され、ホスピスの

普及とともにがん緩和医療イコール終末期医療という考えが医療者の間にも少なからず存在する。しかし世界保健機構（WHO）報告の理念を考えると、現在のがん緩和医療とは単に終末期患者を対象にするのではなく、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた早期の時点から、すでに患者やその家族に対する緩和・支持療法を担当する医療分野と認識されるようになってきた。すなわち、緩和医療の大きな領域を占める疼痛対策、サイコオンコロジー（精神腫瘍学）などのがんに伴う身体症状・精神症状の緩和医療を中心に、抗がん剤・放射線・手術療法などの治療に伴う副作用対策（狭義の支持療法）も含む分野となっている。多職種、多方面の特任者の意見を集約して、がん患者の日常生活機能（activity of daily life: ADL）を明らかに低

*1 帝京大学医学部 内科学講座 教授

*2 日本緩和医療学会 理事長

キーワード：緩和医療、EPEC-O、
地域連携ネットワーク、
地域相談支援センター