

Table 2. Factor loading pattern (followed by varimax rotation) of the Reluctance for Emotional Disclosure Questionnaire (N= 104)

| Items | Factor | | | |
|---|-------------------|-------------------------|-------------------|-------------|
| | No perceived need | Fear of negative impact | Negative attitude | Hesitation |
| No support is needed for my emotional distress, because it resolves spontaneously | 0.88 | -0.21 | 0.13 | 0.03 |
| No support is needed to deal with my emotional distress, because I can deal with it by myself | 0.85 | -0.04 | 0.18 | 0.05 |
| No support is needed for the emotional distress, because its occurrence is natural | 0.81 | 0.03 | 0.20 | 0.09 |
| My emotional distress is not as serious as my other problems | 0.51 | 0.08 | -0.02 | 0.11 |
| I would rather want my doctor to spend time in treating my cancer than spend time on reducing my emotional distress | 0.36 | 0.32 | 0.25 | 0.13 |
| My relation with my doctor will become poor if I discuss my emotional distress with them | 0.00 | 0.80 | 0.14 | 0.04 |
| If I describe my emotional distress to my doctor, they will conclude that I will not tolerate my cancer treatment | -0.05 | 0.74 | 0.17 | 0.05 |
| I have no intention of notifying my doctor about my emotional distress | -0.18 | 0.43 | 0.20 | 0.26 |
| My doctor is not interested in my emotional distress | -0.01 | 0.40 | 0.38 | 0.39 |
| It is not the role of my doctor to reduce my emotional distress level | 0.26 | 0.34 | 0.05 | 0.25 |
| In general, I do not like to speak about my emotions | 0.07 | 0.09 | 0.86 | 0.17 |
| I do not like to speak about my emotional distress with any medical staff | 0.09 | 0.40 | 0.61 | 0.16 |
| Talking about my emotions will not alter any radical treatment | 0.18 | 0.15 | 0.58 | 0.04 |
| I leave the matter of my psychological distress up to my doctor | 0.29 | 0.09 | 0.42 | 0.23 |
| My doctor doesn't have enough time to talk about my psychological distress | 0.05 | 0.07 | 0.16 | 0.79 |
| My doctor doesn't ask me about my emotional distress | 0.14 | 0.03 | 0.07 | 0.69 |
| I don't want to bother my doctor by bringing up my emotional distress | 0.17 | 0.42 | 0.12 | 0.51 |
| I try not to complain of my emotional distress to my doctor | 0.14 | 0.28 | 0.35 | 0.48 |

Table 3. Descriptive data and reliability of the Barriers Questionnaire (N= 104)

| Subscale | Number of items | Mean \pm SD | Median | Cronbach's alpha coefficient | Percentage of patients endorsing* |
|-------------------------|-----------------|---------------|--------|------------------------------|-----------------------------------|
| No perceived need | 4 | 2.4 \pm 1.1 | 2.3 | 0.86 | 67.3 |
| Fear of negative impact | 2 | 1.4 \pm 0.7 | 1.0 | 0.81 | 20.2 |
| Negative attitude | 3 | 1.9 \pm 0.9 | 1.9 | 0.76 | 46.2 |
| Hesitation | 3 | 2.6 \pm 1.1 | 2.6 | 0.72 | 68.3 |
| Total scale | 12 | 8.3 \pm 2.4 | 7.8 | 0.78 | — |

*Defines the cutoff of ≥ 2 as indicating reluctance.

more likely than female patients to report 'Hesitation' ($p = 0.05$). However, these differences did not reach the conventional statistical significance level. The level of education and marital status were not associated with any of the factors.

Additionally, we investigated whether physicians' individual characteristics have an influence on the level of patients' reluctance by examining the differences in the severity between patients seen by one physician and those seen by the other physician, and only the level of 'No perceived need' was found to be significant.

Discussion

It is often assumed that cancer patients may be reluctant to talk about their psychological distress to the medical staff [20]. This is the first study to

intensively investigate cancer patients' concerns about ED to their physicians. Factor analysis allowed us to conceptualize four categories of concerns about ED: 'No perceived need for ED', 'Fear of negative impact of ED', 'Negative attitude to ED', and 'Hesitation to disturb physicians with ED'. The four-factor construct found in this study was statistically valid and reliable, and also meaningful from the clinical point of view. Understanding the patients' concerns about ED through these four aspects would allow us to deal with this issue more comprehensively.

'Hesitation to disturb physicians with ED' was the most prevalent reason in this population. This finding was consistent with that in the previous studies [7,8], in spite of the differences in the subjects' characteristics (e.g. cancer vs primary care), study methods (e.g. quantitative vs qualitative), or cultural background (e.g. oriental vs

Table 4. Factors correlating with each subscale ($N = 104$)

| Potential factors | Subscales | | | | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----|-------------------------|-----|-------------------|-----|-------------|-----|-------------|
| | N | No perceived need | | Fear of negative impact | | Negative attitude | | Hesitation | | |
| | | Mean | p | Mean | p | Mean | p | Mean | p | |
| <i>Demographic factor</i> | | | | | | | | | | |
| Age | < 64 | 51 | 2.3 | 0.64 | 1.4 | 0.71 | 1.8 | 0.06 | 2.4 | 0.15 |
| | ≥ 65 | 53 | 2.4 | | 1.4 | | 2.1 | | 2.7 | |
| Sex | Male | 82 | 2.5 | 0.17 | 1.4 | 0.35 | 1.9 | 0.91 | 2.7 | 0.05 |
| | Female | 22 | 2.1 | | 1.3 | | 1.9 | | 2.2 | |
| Education | > Junior high school | 73 | 2.3 | 0.30 | 1.4 | 0.48 | 1.9 | 0.38 | 2.5 | 0.46 |
| | ≤ Junior high school | 31 | 2.6 | | 1.5 | | 2.0 | | 2.7 | |
| Spouse | Married | 81 | 2.4 | 0.44 | 1.4 | 0.49 | 1.9 | 0.78 | 2.6 | 0.58 |
| | Others | 23 | 2.2 | | 1.5 | | 1.9 | | 2.4 | |
| Job | Having full-time or part-time job | 27 | 2.2 | 0.37 | 1.5 | 0.44 | 1.8 | 0.44 | 2.9 | 0.10 |
| | Others | 77 | 2.5 | | 1.4 | | 2.0 | | 2.5 | |
| <i>Medical factor</i> | | | | | | | | | | |
| Performance status | 0 | 21 | 2.7 | 0.10 | 1.6 | 0.25 | 2.0 | 0.84 | 2.7 | 0.37 |
| | 1 or worse | 83 | 2.3 | | 1.4 | | 1.9 | | 2.5 | |
| Clinical stage | Advanced (IIIb, IV, recurrence) | 80 | 2.3 | 0.36 | 1.4 | 0.80 | 1.8 | 0.05 | 2.6 | 0.99 |
| | Non-advanced | 24 | 2.6 | | 1.4 | | 2.3 | | 2.6 | |
| <i>Psychological factor</i> | | | | | | | | | | |
| HADS total score | ≥ 11 | 60 | 2.2 | 0.02 | 1.5 | 0.02 | 1.9 | 0.74 | 2.6 | 0.47 |
| | < 11 | 44 | 2.7 | | 1.2 | | 1.9 | | 2.5 | |

occidental culture) among these studies. Such hesitation must hamper effective communication and make it difficult to recognize patients' emotional concerns, and furthermore, may negatively influence other outcomes, such as symptom control [21]. Also this study found that this attitude was more prevalent in male than female patients, indicating gender differences in emotional expressiveness. Physicians should thus understand the patients' hesitation, and give them clear messages to let them know that they are indeed interested in their psychological problems.

About a half of the patients had a 'Negative attitude to ED'. The result that older patients were more likely to endorse this attitude may indicate some relation to Japanese traditions which place much value on being modest and reserved. Many other beliefs may underlie this attitude such as cultural background and stigma attached to psychological problems, and further research is needed on this issue. We did not consider the results to imply that it might be harmful to ask the patients about their emotional distress. Rather, physicians should make enquiries about their patients' psychological distress, as also about their preferences for dealing with the problems.

In clinical settings, reluctance about ED is the most problematic, especially in patients with high levels of distress. Thus, sufficient attention must be paid to 'Fear of negative impact of ED', although the prevalence was relatively low in this study population. The significant association of this factor with the HADS score suggested that this

concern may arise from a pessimistic way of thinking influenced by depressive mood; alternatively, there may be common mediators, such as a personality trait of neuroticism. Patients having such concerns may also be at a high risk of underestimating their psychological distress.

The score of 'No perceived need for ED' was significantly lower in patients who had low levels of distress than in those with high levels of distress. This indicated that the patients' awareness regarding the need for psychological care may be reliable, we, however, should bear in mind that a subset of patients might be in a denial process [22], and as a result they might report a high level of 'No perceived need'. Physicians may acknowledge that emotional communication may not always be required by the patient, especially when denial works adaptively.

Considering the interactive nature of communication, each physician's attitude and atmosphere should influence whether patients feel safe to share their emotional experience or not. The physicians' cultural background may also affect their communication style. Including physicians' perspective in the future study may be fruitful, and may enhance the generalizability of the findings.

Several limitations of this study deserve mention. First, we had to use an *ad hoc* questionnaire to investigate the reluctance on the patients' part for ED. No validated questionnaire had been developed before for this purpose, therefore, we developed our own following the standard procedures for scale development and arrived at meaningful

subscales with adequate reliability. In addition, the possibility of biases originated from the questionnaire's characteristics, which focused entirely on the potential for a negative interaction as one of the limitations that should be stated. Second, the sample size was not sufficient for conducting factor analysis for an 18-item questionnaire, but deletion of six items did not influence the factor structure and we were able to arrive near the usually recommended item, that is, a patient ratio of 1:10. Third, this was a single-institution study and included Japanese patients with lung cancer. Adequate care must be given before generalizing the findings to other populations. Especially, the external validity of the REDQ has not yet been established. Further studies should be undertaken to utilize this questionnaire among patients with different characteristics.

Despite these limitations, we believe that the findings of this study would be meaningful for improving the emotional communication between patients and physicians. Removing barriers that prevent effective communication is the first step towards providing psychological care. Physicians should be aware of their patients' hesitation for ED, and clearly convey to them that they are indeed interested about the psychological problems of their patients, by regularly making enquires to determine their psychological status. They also need to keep in mind that each patient has different care needs. Patients should be given the opportunity to learn that their physician is a primal source of emotional support, and that they are ready to listen to the patients' stories. Further research is needed to examine whether the reluctance is actually associated with under-recognition of the distress by physicians, and how the reluctance for ED influences the patients' outcome, such as the severity of depression.

Acknowledgements

This work was supported in part by Grants-in-Aid for Cancer Research and the Second Term Comprehensive 10-Year Strategy for Cancer Control from the Ministry of Health, Labour and Welfare, and a Grant-in-Aid for Young Scientists (B) from the Japanese Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan.

References

- McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:89-99.
- Block SD. Assessing and managing depression in the terminally ill patient. ACP-ASIM End-of-Life Care Consensus Panel. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2000;132:209-218.
- Hansen HH, Bajorin DF, Muss HB, Purkalne G, Schrijvers D, Stahel R. Recommendations for a global core curriculum in medical oncology. *J Clin Oncol* 2004;22:4616-4625.
- Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH. How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 2000;18:3295-3301.
- Heaven CM, Maguire P. Disclosure of concerns by hospice patients and their identification by nurses. *Palliat Med* 1997;11:283-290.
- Okuyama T, Nakane Y, Endo C et al. Mental health literacy in Japanese cancer patients: ability to recognize depression and preferences of treatments—comparison with Japanese lay public. *Psycho-Oncology* 2007;16:834-842.
- Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract* 1999;49:875-879.
- Bushnell J, McLeod D, Dowell A et al. Do patients want to disclose psychological problems to GPs? *Fam Pract* 2005;22:631-637.
- Maguire P. Improving communication with cancer patients. *Eur J Cancer* 1999;35:1415-1422.
- Ryan H, Schofield P, Cockburn J et al. How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2005;14:7-15.
- Dugan W, McDonald MV, Passik SD, Rosenfeld BD, Theobald D, Edgerton S. Use of the Zung Self-Rating Depression Scale in cancer patients: feasibility as a screening tool. *Psycho-Oncology* 1998;7:483-493.
- Carlson LE, Angen M, Cullum J et al. High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *Br J Cancer* 2004;90:2297-2304.
- Zabora J, BrintzenhofeSzoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology* 2001;10:19-28.
- Angermeyer MC, Matschinger H. Public attitude towards psychiatric treatment. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:326-336.
- Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *J Am Med Assoc* 1997;277:333-340.
- Gunnarsdottir S, Donovan HS, Serlin RC, Voge C, Ward S. Patient-related barriers to pain management: the Barriers Questionnaire II (BQ-II). *Pain* 2002;99:385-396.
- Passik SD, Kirsh KL, Donaghy K et al. Patient-related barriers to fatigue communication: initial validation of the Fatigue Management Barriers Questionnaire. *J Pain Symptom Manage* 2002;24:481-493.
- Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-370.
- Kugaya A, Akechi T, Okuyama T, Okamura H, Uchitomi Y. Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 1998;28:333-338.
- Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol* 1998;16:1594-1600.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152:1423-1433.
- Vos MS, de Haes JC. Denial in cancer patients: an explorative review. *Psycho-Oncology* 2007;16:12-25.

がん患者の緩和ケア・QOL ①

がん緩和医療の現状と将来展望

江口 研二

2006年、国会において、がん対策推進法が成立し、がんの緩和医療の質の向上とその普及が国策として展開される社会情勢になってきた。本稿では、本邦でのがん緩和医療の課題と今後の方向について、学会の動向などにも言及しながら総論的に解説する。

がん緩和医療の担う診療領域

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た。その後、厚生労働省認可のホスピス病床数は、2005年に全国約150か所2,800床を超えるほどになった。しかし、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、また、がん緩和医療の選択肢として、施設型のホスピスのみで済むものではない。緩和医療は、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた時点から、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ている。すなわち、緩和医療の大きな領域を占める疼痛対策、栄養摂取、うつ・せん妄などサイコオンコロジー（精神腫瘍学）など、がんに伴う身体症状・精神症状の緩和を目指した診療である。医学的には治癒したと思われる早期がんであっても、治療後に生じ得る身体的（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）問題や、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

伴う副作用対策（狭義の支持療法）に関しても、積極的に介入する診療分野となっている。

がん緩和医療の前提

がん患者の身体的・精神的症状の評価は生活の質（Quality of Life: QOL）に代表されるように、医師・看護師など医療スタッフによる客観的な評価だけでなく、患者の主観的な評価を重視して考える必要がある。QOLの要素として、がん患者では、身体的・心理的苦痛ができるだけ少ないこと、自分の希望した場所で暮らせること、主治医など医療スタッフと良好な関係でいること、希望（生きる張り合い・生き甲斐）を持っていられること、家族・友人など他者の負担にならないこと、家族と良好な関係でいること、自立していること、人として自分の存在価値を見出すこと（spirituality）などがある。がん患者はこのような様々な要素に左右されながら、療養生活を送っている。

個人の価値観の相違などから、患者自身の症状による苦痛の程度・感じ方は、医療者の評価と異なることはしばしば経験される。がん緩和医療における治療法の評価には、患者自身のアウトカム評価を必要とする。がん緩和医療において、患者は、医療スタッフに、患者自身の「今、つらい症状」を素早く軽減させることを期待している。がん性疼痛を例にとると、現在の疼痛の原因が何か

えぐち けんじ：東海大学医学部腫瘍内科、日本緩和医療学会 連絡先：☎ 259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋 143

をはっきり診断することが重要である。同時に診断と併行して、治療を進める。すなわち疼痛の程度に関しては、体温表と同じように、経時的に記入できる患者の自己記入による痛みのスコア表を活用し、リアルタイムに鎮痛処方調節を行う。時間経過でどのように対策が功を奏しているのか把握し、さらに追加対策を実行する。このように迅速できめ細かい対応により、医療スタッフと患者の認識のギャップをできるだけ少なくすることが、良質のがん緩和治療に求められる技量と言える。前述したような様々な症状に関して、対処し得る技術を使いこなすには、やはり専門職としての緩和医療医が必要となる。腫瘍外科医、腫瘍内科医などの主治医が、“本業”の片手間に、これらの緩和医療をきめ細かく行うことは不可能である。

がん緩和医療の専門性

がん緩和医療の専門性という点、狭義には、がん患者の身体的・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て診療にあたることのできる技量ということになる。すなわち、患者・家族とのコミュニケーション、具体的な症状緩和のための治療方針・治療方法などに関する知識・技術を修得し、使いこなせることが必要である。

実際には、緩和医療の分野ではチーム医療が前提となるので、外科・内科・放射線科・麻酔科等の出身の緩和医療医師と精神科医師(がん患者を対象とする psycho-oncologist)の他に、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー等も含めて、相互の知識を一定水準持ちつつ、協力して診療にあたっている。この場合に緩和医療医は、チーム医療の指揮者としての技量も必要とされる。腫瘍内科医、腫瘍外科医などのいわゆるがん治療の主治医や病棟スタッフ、そして地域の緩和医療を担っているホスピス・在宅医療支援診療所・介護センター等のスタッフとの連携に関しても、円滑に行う能力が要求される。そのような人材の育成が急務である。

がん緩和医療専門家は、全体的ながん治療の知識にどこまで習熟する必要があるのか? 緩和医療スタッフの間でも意見は様々であるが、以下に列記するような臨床現場での事項が現実的なヒントとなる。すなわち、以下のとおりである。

① がん腫によって、患者の日常生活上の負担となる症状の種類・頻度などが異なることである。たとえば、乳がん患者の広範な骨転移による運動制限や痛み、消化器がん患者での腹水貯留、栄養障害、肺がん患者の呼吸困難などである。これらは日常がん治療に従事する各臓器がん専門家は、しばしば経験しているものであるが、いろいろな進行がん患者を扱う緩和医療の現場では、その診断や対策の目標に関して、時に見当違いな方向にもなり得ることがある。

② 最近のゲフィチニブなどの経口分子標的抗がん薬の中には、従来の抗がん剤とは副作用の種類・程度が大きく異なるものがあり、また、治療効果の面からも、従来終末期例と考えられていたような多発脳転移、びまん性肺転移症例でも、治療有効例では年余にわたって、Performance Status(PS)の改善や日常生活への復帰が可能となっている。もちろん、がんに対する先進的な治療の専門は、腫瘍内科医・腫瘍外科医・放射線腫瘍医などである。したがって緩和医療専門として知識の限界はある程度許容されるが、これらのがん治療専門医と対等の立場で情報交換できること、また、患者・家族との対話にも必要となることから、標準的ながん治療の動向には、常に関心を持っておく必要がある。がんの進行とともに、治療方針の主体は腫瘍専門医から緩和医療医に比重が移ってくるのであって、その円滑な移行を進めるためには、がん治療の主治医と緊密な情報交換がポイントである。

がん緩和医療における臨床試験の意義

がん緩和医療の分野も従来からの経験的な医療のみならず、科学性と情報化の間われる時代になってきた。すなわち、診断法、治療法に関する日進月歩の新しい知見を消化し、がん緩和医療の日

常臨床の質をどのように担保し得るかは、すべての緩和医療に携わる医療関係者にとって重要な問題となっている。

最近、使用し得るオピオイド製剤の種類・剤型の増加や、新しい制吐剤、腸管運動障害時のオクトレオチドなどの臨床導入が進み、がん緩和医療の分野でも使用できる薬剤が増えてきた。同時に薬物相互作用や遺伝子多型による薬剤の代謝機能の個人差などに関する研究も進んでいる。コデインの主要代謝酵素であるCYP2D6の遺伝子多型が、制吐剤(5HT3R拮抗剤)の薬理作用に影響を与えるという報告では、急速代謝型の遺伝子多型を有する患者では、制吐剤の血中濃度を保てず、制吐効果が不良であるとされた。実際にどの程度、日常臨床問題となるのか、個人ごとにきめ細かい治療法の選択をしなければならないのか、さらに研究が必要である。さらにCYP3A4によって代謝される薬剤として、抗がん剤も含めがん医療で使用されている薬剤は非常に多く、その薬物相互作用にも注意する必要がある。

未承認薬の臨床導入や適応拡大のための治験は、企業の決断に左右されるが、治験以外の臨床試験から質の高い治療法のエビデンスを作ること、緩和医療に携わる医師にも課せられていると言える。自施設で頼用している“治療法”は、必ずしも全国で頼用されている治療法ではなく、むしろ全く使用されていないということもある。そのような治療法では標準的な治療法と言えない。近年見られた10%プロカインの製造中止、ケタミンの麻薬指定などの事例は、経験から編み出された日常頼用されている緩和医療の治療法にも、エビデンスの存在が要求されることを示唆している。

従来の緩和医療の現場では、治療法の評価は1例でも有効であれば良しとして、多数例に対する一律的な臨床試験でのエビデンスを云々することはそぐわないというような意見も多かった。しかし、現在の薬物相互作用、有害事象などの問題や、保険適応のない使用方法などの問題は、ケースバイケースというような論理で押し通せるもの

ではない。有効性を期待できる治療法であれば、何らかの科学的な方法論で、有効性と安全性に関するデータを示すことが必要である。これが前向き研究デザイン(prospective design)による臨床試験であり、試験研究の倫理性も担保しつつ、多くの患者に還元する道筋である。日本におけるがん緩和医療の臨床試験をもっと効率よく進める体制(試験計画の立案、審査体制、研究資金調達、臨床試験支援スタッフ確保など)を関連学会などで整え育てる必要がある。重要なことは、緩和医療に携わる医師が、自分が良いと思う治療法を全国どこでも享受できるように、一般化するためのプロセスを積極的に自覚することである。

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

2004年から入院患者に対するがん緩和ケアチームの保険診療加算が開始され、また在宅ホスピス診療報酬の改定など、がん緩和医療を取り巻く医療情勢が非常に変化しつつある。実際のユーザーとなる患者・家族、そして主治医などの医療スタッフが、ケアチームの意義を感じるにより、院内での需要は確実に増えていく。診療科によって依頼数の多寡が異なることは当然と考える。

主治医が把握している診療依頼内容と実際の緩和ケアチームが判断した問題点が異なることや、多岐にわたることなど、主治医判断との乖離も、ケアチームの存在意義を示すものと考えられる。しかし、現実的にはマンパワーの問題で、がん患者を専門とする精神科医がわが国には数えるほどしかないこと、またケアチームのスタッフを養成する体系的なシステムもないことなど、全国で緩和ケアチームの診療報酬申請を行っている、医療機関は約50施設と非常に少ない。また、入院患者および入院時担当患者の外来のみしかケアチーム診療に該当しないことなど、制度的なひずみが存在する。緩和ケア外来と地域ネットワークの役割分担は緩和医療の根幹をなすものとして、整備されなければならないものである。

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。欧米では緩和ケアに必要な標準化された臨床ツールが普及しており、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)による多彩な活動が行われているが、わが国では、入院リソースとしての緩和ケア病棟のほとんどが終末期医療の場の提供であり、役割に応じた選択肢が非常に限られている。一般医師・看護師向けの緩和ケアに関する教育は、欧米のように体系的に行われていない。

欧米では鎮痛・緩和治療を阻害する主要な要因のひとつに、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が挙げられており、一般人口・患者を対象とした介入が行われているが、わが国の調査では医療用麻薬に関する誤解を持っている一般市民が少なくない。カナダやオーストラリアでは、医療の専門化とチーム医療が進むにつれて、分断化された患者情報を共有するために在宅患者における地域での診療記録や関連情報の共有システムを普及させたが、わが国で緩和ケアのための地域の患者情報やリソース情報の共有システムは、体系的に整備されていない(表)。

カナダのEdmontonでは、18か月にわたって地域緩和ケアシステムの再構築を検討し、1995年から地域緩和ケアプログラムを稼働させた。これは、標準化した臨床ツールの普及、緩和ケアの必要な患者をスクリーニングするためのがん診療病院との連携の強化、専門緩和ケアリソースの再構築(既存の緩和ケア病棟の急性期症状緩和への機能分化、新しくホスピス病棟として療養型施設を改築、地域緩和ケアチームの支援下にカンファレンスや緩和治療に対する新しい診療報酬誘導による家庭医の参加勧誘)、患者情報とリソース情報を共有するシステム構築などを含む複合的なプログラムであった。この結果、プログラム開始3年前には急性期病院での死亡が8割以上であった

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

| |
|---|
| 1) 標準化した臨床ツールの普及 |
| 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 |
| 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) 一般人口に対する鎮痛・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 |

(森田)

が、プログラム開始後2年で急性期病院での死亡は5割、ホスピス・緩和ケア病棟3割、在宅2割に変化し、増加した家庭医・緩和ケアへの診療報酬を急性期病院への診療報酬の減少で吸収し、14%の支出を削減できたとされる。

これらを参考にすると、関係スタッフの人材育成を前提に、各地域に対する緩和医療体制構築のための介入プログラムとして、①地域で共有する標準的な臨床ツール開発、②患者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(仮称)における地域リソースの系統的把握と緩和医療連携モデル構築を行い、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、および、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、継続可能な地域介入を提示できるような情報システム構築が、今後の緊急課題である。

緩和医療専門医資格に関する学会の動向

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年に第1回日本緩和医療学会学術集会を開催して発足した。現在会員数は5,000名を超えており、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て

いる。緩和医療学会は設立後10年を経て、当初の緩和医療に対する教育・交流の場というような学会から、社会的にもがん緩和医療を全国的に整備するための司令塔としての役割を担うことが必要となってきた。社会的な責任を明らかにする意味もあり、2006年にNPO法人となった。

ASCO(米国臨床腫瘍学会)の緩和医療テキストのように、がん緩和医療の対象となる基本的な個々の症状について、体系的な文献レビューを行い、現時点での診療ガイドラインを厚生労働省研究班との合同作業班でpeer reviewを行い作成しつつある。現在までに、「がん疼痛」「鎮静」「終末期補液」が作成されており、現在「呼吸困難」などについて作業が進んでいる。完成された各ガイドラインは、冊子発行やホームページ掲載などの後、3~4年ごとに改訂される予定である。学会活動として、がん緩和医療の質の向上と統一化は重要である。すなわち、どこでも、だれでも、良質の緩和医療を受けられるようにすることが、学会の大きな使命のひとつである。

このために教育研修委員会を設置して、欧米の教育カリキュラムを参考に、2003年がん緩和医療の教育研修カリキュラムを作成した。そのカリキュラムに基づいて、2004年から、複数年度にわたる体系的な医療者向けの教育研修企画を実施している。具体的には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)を開始している。これらのコースは、医師以外の、看護師やその他の職種における教育研修プログラムなどにも共通部分を持たせている。また、医学部卒前教育の教育研修カリキュラムも検討中である。現在、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ネットワークの整備には、その前提として、緩和医療専門家の人材確保が必須である。

日本緩和医療学会では、体系的な教育研修体制

の実施に伴い、2007年に緩和医療医の資格認定制度の設置準備委員会を立ち上げ、がん緩和医療の専門性の質を担保する方策を進めている。医師専門資格の必要性は、医科大学教育の中では、専門資格を考慮できるような体系的な教育が行われていないこと、また今後、良質のがん緩和医療を全国に展開する上で、コアとなるべき人材を配置することが要求されているからである。専門資格応募の条件として、教育セミナーの受講歴、学会発表・論文業績の他、指定専門機関での研修経験なども、設置準備委員会での今後の検討に含まれると考えられる。カナダなどでは人口10万人あたりに1~2名の地域ネットワークの核となる緩和医療専門医を配置している州がある。役割分担によって適正な配置人数は変わるが、わが国で全国のがん診療連携拠点病院に複数医師配置とすると、数年のうちに約400~800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。

もちろん、がん緩和医療関連の国内諸団体との交流や、横断的な課題、すなわち教育カリキュラムなどに関する連携、そして、韓国や東南アジア、さらに国際的ながん緩和医療の学術団体との交流も、今後の人材の育成に欠かせない重要な事項と考えられる。

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1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。現実には、必ずしも円滑に診療が進むわけではなく、逆に関与する誰もが消耗する事態に立ち至ることも稀でない。10年以上前であれば、気の合った有志間の個人プレーを行うような緩和医療でもやむを得なかった。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とされている。

予防と臨床のはざままで・36

「うさぎ3号」と格差社会・2

福田 洋 順天堂大学医学部総合診療科講師

みなさんはお寿司の出前をどんな時に頼みますか？ 独身や共働きの場合は、ピザなどと同じで、気軽に頼むメニューの1つかもしれません。家族で暮らしている場合は、お寿司は何かのお祝い事や行事がある時の定番メニューでしょう。入学式や卒業式、お盆で親戚が集まった…などなど。しかし、独居の高齢者になるとどうでしょう。

うさぎ寿司のマスターによると、この地区では、最近お寿司を買うお客がめっきり減ったと言うのです。マスターがお寿司屋を開業した20年前は、近隣にある団地から多くの客が買いに来ていたそうです。多くは子どもを連れて家族。店先は賑やかで、接客、握り…と、アルバイトを頼まない仕事も回らないほどでした。しかし、10年経ち、15年経ち、すっかり団地の雰囲気が変わってしまいました。団地の住人の高齢化が進み、人口自体も減り、空き部屋が目立つようになりました。若い人は都心へ移り住み、今では独居の高齢者が多くを占めるようになったとのこと。老朽化した団地の建物を再開発するにしても、今、住んでいる人は他に引っ越すこともできません。たまにお寿司の注文があるのは、夏休みや正月に孫が遊びに来た時くらいだと言うのです。今ではアルバイトを使うこともなく、マスターが1人で店を切り盛りしています。

この話を聞いていてハッとしました。私がこの地区の病院に来始めた10年前は、病院にもまだ若い方や働き盛りの患者さんが一定の割合で来ていました。しかし3~4年ほど前からでしょうか、団地の近隣に老人保健施設が急増し、病院に入院してくる患者層も大きく変わりました。特に夜間の当直帯、熱発や脱水で



運ばれてくる患者は、ほとんどが80歳、90歳を超えた超高齢者です。老人保健施設で対応ができなくなると、救急指定になっているこの病院に患者が運ばれます。そこで出会う患者さんには、様々な方がいますが、3か月ごとに病院を転々としている人、身寄りのいない人、生活保護を受けている人、なかなか家族が見舞いに来ない人など、高齢者の厳しい現実を感じることも少なくありません。

「結局、格差社会なんだよ」とマスターは続けます。東京のような大都会には人も富も集中します。しかし、その周辺に大きな格差を感じる地区ができています。寿司は高級品だから、どんなお客が、どんな場面で買いに来ていたかを見ることで、地区の活気がわかれると言うのです。「改革を掲げた政権になって以降、この傾向はひどくなるばかりだ。このままではこのお店もあと何年続けられるかわからない」とマスターは話していました。

昨年の公衆衛生学会もメインテーマは格差社会でした。医療や年金、教育などの基本的な分野で、安心できない時代が来ているのは確かなのでしょう。そんな時にどうしたら良いのか、と考えてみても、大きな時代の流れに自分の無力さを感じざるを得ません。しばらく話し込んだその日、私はいつもの「うさぎ3号」に加えて、もう1つ「特うさぎ」を注文したのでした。

がん向き合い

江口研一

東海大学医学部付属病院腫瘍内科教授

● がん向き合うということ ●

2003年に約7800名のがん患者さんに対して実施された大規模なアンケート調査（厚生労働省研究班がんの社会学に関する合同研究班；山口班）によると、がん患者さんは、過半数の人が「がんであることや再発・死などに関する心の不安」を抱いており、さらに「治療の副作用や後遺症」「それらに由来すると思われる日常生活の変化」「家族や周囲の人との関係」「就労・経済的負担」「生き甲斐や自分らしさ」などに関する悩みをもって生活しています。

肺がん患者さんでは、手術の後遺症や再発による体力低下、抗がん剤の副作用などについて、胃がん・大腸がんの患者さんでは術後の後遺症による日常生活の変化、体力低下などが多く、乳がん患者さんでは抗がん剤の副作用やリンパ浮腫などが悩みの多い項目でした。さらにアンケート調査の分析から、患者さん家族の方々は多くの悩みをかかえています。相談することによって経験を学び、悩みと向き合い、悩みを軽減させる機会が多くなってきました。がん患者さんが多くの悩みをかかえていながら、「医療者に相談する悩み」と「相談しない悩み」があること、それらが患者さんの日常生活上で大きな障害となっていること、家族関係などでも悩みのある患者さんがいることなど、さまざまな支援を必要とする状況が生じています。医療者はこれらの重要な情報について、鈍感であってはけません。このように多彩な悩みに関しては、主治医一人が全責任を負い四苦八苦しても、症状はいつか改善しないというような状況は好ましくありません。今後はチーム医療としていろいろな専門家が連携して1人の患者さんの療養を支援することが必要となります。

社会的には、日常生活での後遺症や悩みに対する支援サービスの充実が必要であり、と

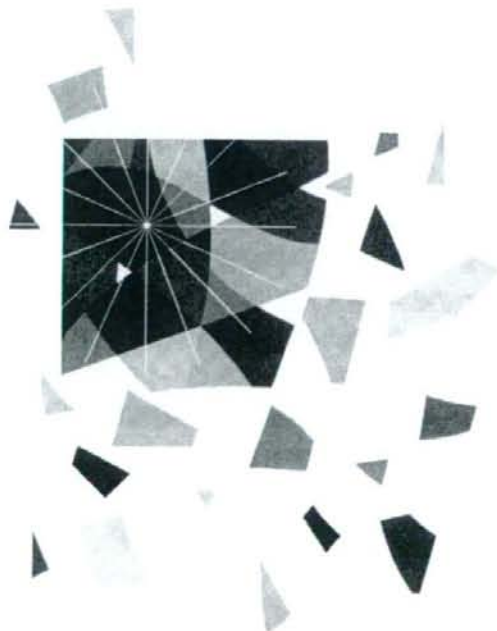


表1 医療者に聞いておきたい情報

- ・病気の名前・状況
たしかなことと不確かだがおこりうること
- ・検査の必要性和行なった結果
- ・治療の内容・副作用・後遺症など
- ・療養期間の見通し、費用など
- ・放っておくと不都合がおこるのか、治るのか
- ・診断方法・治療方法などで代替の方法はあるのか、その場合の利点欠点
- ・わからないことは何度も聞くこと（遠慮は禁物）
- ・納得したうえで療養を（お任せでは困ります）

くに支援内容や期間も重要です。また、ご高齢の方などを含めて、がん患者さんの経済的な問題に関する支援策も考慮されるべきです。

● 「向き合う」視点のちがい ●

がん患者さんやご家族の方々が「がんと向き合う」ということは、どのようなことでしょうか。自分または身内でがんにかかっておられる人の病気の現在の状態や気になっている症状の原因、それらに対する治療方法や療養生活の程度・制約、今後の見通しなどについて、医療者から具体的な説明を受けたいと思われているにちががありません（表1）。

一方、最近では、医療者側（診療をする立場のスタッフ）はがんについての医療情報が不足していることに対してさまざまな仕組みを考えていて、たとえば、いろいろながんに対する一般的な知識を一般市民の方々に利用してもらうことを工夫しています（表2、表3）。具体的には、いろいろな学会が作成しているがん関連のさまざまなガイドラインなどが、癌腫ごとに学会のホームページに解説されています。全国のがん診療拠点病院など、多数の医療機関のホームページなどもこれらにリンクしているので、比較的容易に見ることができます。ただ、患者さんやご家族の方がもっともほしい情報は、自分の場合または身内のがん患者さんの場合に、いま役にた

表2 インターネットなどを活用する情報

- ・患者の診療情報に関する医療機関の連携
- ・病理診断や画像診断に関する医療連携
- ・診察時の遠隔医療・専門相談医療
- ・多地点TVシステムの利用
- ・適切な医療機関の受診案内（一般医療・新薬の臨床試験）
- ・一般的な医療情報の収集
- ・患者支援団体等へのアプローチ

表3 医療者側から一般市民への要望

- ・適切な情報に対する判断
「あるある大事典」問題
- ・日常生活のなかで医療に対する関心の向上
- ・情報メディアの活用
- ・医療科学・生物学の進歩に関する啓発
- ・心身を含めた生活環境の改善
- ・受診者としての心構え

つ情報は何かという視点に立つものです。そこで必然的に、医療者が考えている知識としての一般的な医療情報と、現実的に患者さんがほしい情報の内容とのあいだにずれが生じています。

たとえば、今の痛みの症状について、担当医師からは「骨の転移によるものであり、そこはすでに放射線照射治療を行なっているの、これ以上は放射線治療を追加できません。鎮痛剤で工夫しましょう」と言われているが、数日間は寝返りをうつにも痛くてたまらない、なんとか痛みを軽くする方法について、どこか専門家にみてもらえないだろうか、身近に受診できる場所はあるだろうか、というような情報が必要とされることも多いのです。

これらの視点のちがいを少しでも近づけるためには、医療者側と患者さん・ご家族あるいは一般の方々との繰り返しの対話が必要であると思います（表4）。

● 医療者とはだれか ●

「医療者」という言葉に代表されるように、

がん医療では担当の主治医だけが対話の相手ではありません。最近では、緩和ケアチームといって、症状緩和に関する専門の医師・看護師からなるチームも、がん診療に携わる医療機関で活動をはじめています。各科の主治医の依頼によって、この緩和ケアチームが一人のがん患者さんの症状緩和について診療をするものです。

このほか、病院内で、医師だけでなく看護師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカー(SW)、栄養士など、さまざまな職種の専門家が知恵を出し合って一人の患者を支えることが、がん医療の質を向上させるものであることが認識されてきました。最近では、地域医療のなかで、がん医療についての役割分担をする体制が普及してきています。すなわち、がん専門病院、療養型病院、ホスピス、在宅診療・介護支援看護などがネットワークをつくろうという試みです。まだこれらの連携が十分にできているところは非常に少ないのが現状です。またどんなに体制が整備されても、それを支えるスタッフの方々の人のつながりが良質なものでないと、利用者としての患者さんやご家族の方々に、その体制の利点を享受していただくことはできません。

いわゆる「医療者」として良い人材の育成とそれらスタッフ間の円滑な連携こそが、患者さん・ご家族の視点からも、地域がん診療ネットワークのポイントといえます。

● 患者支援団体とは ●

欧米でがんの団体の学会、研究会、集会などに参加すると、しばしば patient advocate という言葉が使われます。日本語ではあまり適切な訳語がないのですが、「患者支援」とでも訳せるかもしれません。患者さんの団体(患者団体)ではなく、参加者は患者さん以外に一般の市民も含まれ、広く患者に関するさまざまなかたちの支援する団体を示

表4 市民公開講座などの活用

- ・開催目的に応じて——原則はすべての市民
- ・がん患者の必要とする情報
- ・診断治療・再発後・予防・生活習慣・遺伝性
- ・公開講座を通して患者のためにできること
- ・情報の啓蒙・今後の情報の取り方・対話
- ・公開講座の役割を果たすには
- ・十分な準備・組織力・多方面の専門家
- ・企業がサポートできること
- ・資金・最新情報・ソフト面・国際化

す言葉です。日本では、規模の大きながん患者支援団体の活動は、骨髄移植関連、乳がん、小児がんなどでみられますが、あまり多くありません。大規模な患者支援団体の生まれるきっかけが少ない理由は、病気の特徴としてご高齢の患者さんが多い場合や、生命予後がきわめて不良ながんの場合などが考えられます。社会的な協調・協力の考え方が、医療者だけでなく、一般市民のあいだに根づくかどうかということにも関係すると思われま(表4)。

米国などでは、patient advocate の活動範囲は、単に患者さんへの支援行為だけではありません。がん医療の進歩を目ざして、がん研究の研究資金の増額や配分に関しても、政治的なロビー活動によって議会に影響力を行使しているような団体まであります。日本でも今後、全国的ながん医療やがん研究についての的確な支援を行なう患者支援団体が形成されていくことが望ましいと思います。

*

以上述べてきたようなことについて、国立がんセンターを中心としたがん診療地域支援相談センターの全国ネットワークや、関連の諸学会の活動、数々のがん医療に関係したNPO 法人活動のなかから連携の輪がさらに大きく広がり、積極的に「がんに向き合う」ことができるようになることを期待したいと思います。 [えぐち・けんじ/腫瘍内科]

特集 緩和医療

～在宅ケアと地域連携、
がん対策基本法の施行を見据えて～

4. 在宅緩和医療のあり方



江口 研二*

「がん対策推進基本法」による国のがん対策推進計画をもとに、2007年度中に策定される都道府県のがん対策推進計画では、市民が安心して、質の高いがん緩和ケアを享受できることが主目標となっている。がん緩和医療は、終末期医療だけでなく、早期から患者の生活の質（Quality of Life: QOL）を高めるケアである。がん緩和医療は、多職種の専門スタッフが、患者の視点も考慮しつつ、一人の患者の医療を進める「チーム医療」である。患者の療養を切れ目なく支援するには、在宅・介護・病院などの役割分担と、緊密な連携による地域連携ネットワークが必要である。実現可能な地域がん緩和医療連携モデルの構築を目指し、厚生労働省研究班による研究が進んでいる。これらの組織には、福祉・行政関係者も含めた定期的協議の場が必要であり、人と人との良質なコミュニケーションが、組織の維持力となる。

1. はじめに

2007年度に立案されることになっている都道府県がん対策推進計画は、2007年6月に閣議決定された政府の「がん対策推進基本法に基づくがん対策推進計画」を、全国各地で具体的にどのように展開していくのか、その方向性を決める重要な計画であると言える。国の定めた推進計画では、主な目標の一つに、質の高いがん緩和ケアの普及があげられており、全国どこでも安心してがん緩和医療が受けられることを目指している。(表1)。

本邦のがん医療の現状では、厚生労働省研究班報告にもあるように、英国・カナダなどに比べて、専門的な緩和医療を十分に享受できる状態になっておらず、また、患者の希望する療養生活や看取りが実現できている割合は極めて少ない。本稿では、在宅も含めたがん緩和医療の構築に向け、解決すべき課題について若干の考察を加えた。

2. がん緩和医療の考え方として、
早期からの介入が望まれる

本来、緩和医療では、がんやエイズ以外の進行性神経難病、脳血管障害、慢性閉塞性肺疾患の患者なども対象となる。現在の日本で、緩和医療体制の整備を迅速に行うためには、まず、患者数が多く、社会的にも要望の強いがん緩和医療の体制を組み立てることが先決と考える。最近では、がん緩和医療イコール終末期医療ではなく、がんと診断されたできるだけ早期から、患者への支援として必要となる医療であると言われる。

たとえ、医学的には根治したと思われるがん治療であっても、再発転移の不安や、合併症・後遺症に悩まされたり、結婚生活、失職転職など、社会的生活に大きな変化が起これば、患者の身体的・精神的な負担が極めて重大である場合はまれでない。いわゆる Cancer survivor と

* 東海大学医学部医学科内科学系・教授（腫瘍内科）（えぐち・けんじ）

■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

表1 がん対策基本法に基づく「がん対策推進基本計画」

2007年6月に閣議決定されたものを抜粋した。

目標

がん死亡者の減少 がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少

すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上

個別目標

放射線治療と化学療法の推進と従事者育成

緩和ケアの質の向上と普及

10年以内にかん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの知識を修得*

5年以内にすべての2次医療圏で緩和ケアに習熟する医師数増加、

専門的緩和ケアチームを設置する医療機関を複数箇所整備

患者の意向を重視した多職種スタッフ連携による在宅医療の体制を充実

*10年を5年に前倒しするという総理大臣の発言が報道された

また、がん対策推進協議会の委員意見集では、臨床研修医制度教育研修カリキュラムへの必修項目化も含まれている

〔「がん対策推進基本計画」より〕

われる，がん治療を経験した人は，全国で120万人以上にのぼり，今後さらにその数は増加すると思われる。これらの人々に対するさまざまな支援も必要とされる。従って，がん緩和医療は広義の意味で，がん治療および治療後の生活の質(Quality of Life:QOL)を高めるためのケアと定義できる。化学療法や放射線治療に伴う副作用対策なども支持療法として，緩和医療に当然含まれる。緩和医療への「ギアチェンジ」という言葉も使われているが，早期からの緩和医療という立場では，終末期医療への変更を示唆するようなギアチェンジという言葉は，適切とは言えない。

3. がん緩和医療の専門性，チーム医療とは？

専門的がん緩和医療には，患者・家族とのコミュニケーション，具体的な症状緩和のための治療方針・治療方法などに関する知識・技術を修得し，使いこなせなければならない。チーム医療が前提となるので，外科・内科・放射線科・麻酔科等の出身の緩和医療医師と，精神科医師(がん患者を対象とするpsycho-oncologist)等の医師，および，看護師，薬剤師，栄養士，ソーシャルワーカー等も含め協力して診療にあたる。近年，看護

師は専門技術の教育認定制度が充実してきており，薬剤師に関しても，抗がん剤や緩和医療に専門知識を持つ薬剤師の養成コースや学術団体が設立されてきた。おのおのの分野の専門家が定期的に集まって，一人の患者の療養・診療について意見交換をしながら医療を進めることがチーム医療の特色である。がん緩和医療は，全人的な医療を目指しており，このチーム医療が最も力を発揮し得る領域である。「患者の視点も考慮し，多職種専門家の連携による診療」というチーム医療の考え方が基本である。このチーム医療が導入され，少しずつ定着してきている診療現場を見ていると，チーム医療の本質は，他の診療科の診療形態にも波及し，臨床現場の医療形態を大きく変革する糸口になるようにも思われる。

がん緩和でのチーム医療においては，緩和医療医の指揮者(各専門家のアドバイスを最大限活用できる人)としての技量が必要とされる。がん緩和医療専門家は，全体的ながん治療の知識にどこまで習熟する必要があるのか？緩和医療スタッフの間でも意見はさまざまであるが，以下に列記するような臨床現場での事項が現実的なヒントとなる。すなわち，①がん腫によって，患者の日常生活上の負担となる症状の種類・頻度などが異なる

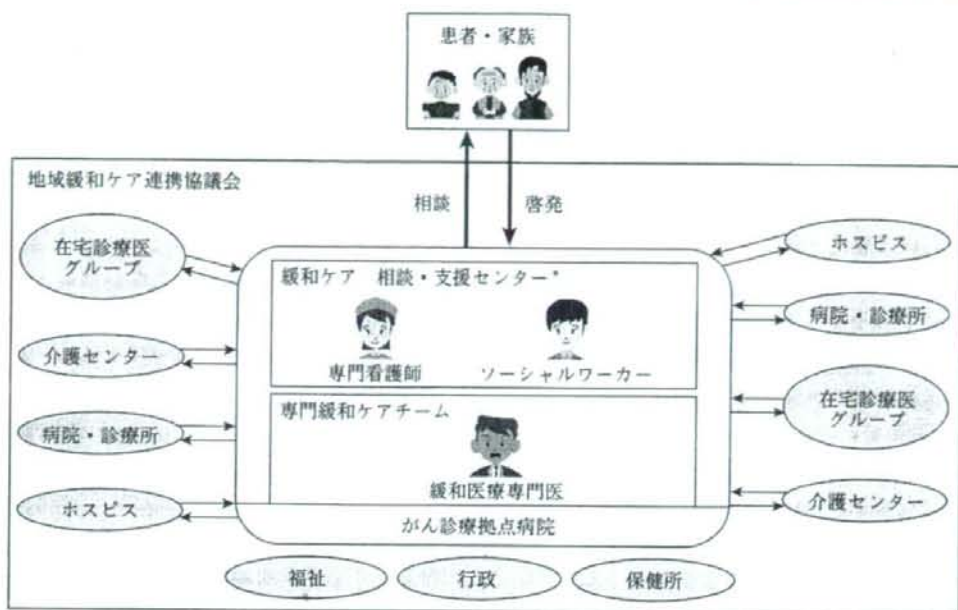


図1 がん緩和医療の地域連携モデル

一般医からの緩和ケアコンサルテーションや、トリアージ機能などを考慮した、地域連携モデル。
*「地域緩和ケア 相談・支援センター」は、その地域全体を把握できる機関に設置するので、地域の特性を考慮して地域医師会、ホスピスなどにおかれる場合がある。

(筆者作成)

ることである。例えば、乳がん患者の広範な骨転移による運動制限や痛み、消化器がん患者での腹水貯留、栄養障害、肺がん患者の呼吸困難などである。これらは日常がん治療に従事する各臓器がん専門家は、しばしば経験しているものであるが、いろいろな進行がん患者を扱う緩和医療の現場では、その診断や対策の目標に関して、時に見当違いな方向にもなり得ることがあり得る。②最近のゲフィチニブなどの経口分子標的抗がん剤の中には、従来の抗がん剤とは副作用の種類・程度が大きく異なるものがある。また、その劇的な治療効果の面からも、従来、終末期症例と考えられていたような多発脳転移、びまん性肺転移症例でも有効な対象に関しては、年余にわたって、Performance Status (PS) の改善や日常生活への復帰が可能となっている。もちろん、がんに対する先進的な治療の専門は、腫瘍内科医・腫瘍外科医・放射線腫瘍医などであるから、知識の限界はある

程度許容されるが、緩和医療専門と言えども、これらのがん治療専門医と対等の立場で情報交換できるように、また、患者・家族との対話にも必要となるので、標準的ながん治療の動向は知っておく必要がある。がんの進行とともに、治療方針の主体は腫瘍専門医から緩和医療医に比重が移ってくるのであって、その円滑な移行を進めるためにはがん治療の主治医との緊密な情報交換がポイントである。

最近では、オピオイドや5-HT₃に作用する制吐剤などに関して、CYP (チトクロム P450) 代謝酵素の遺伝子多型による薬効の相違や、腎障害時の副作用増強、併用薬物の相互作用など、緩和医療、支持療法に用いられる薬剤の使い方についても、さまざまな専門的知識が必要とされるようになった。従って、専門的な臨床薬剤師との連携なども非常に重要な意味を持つ。

■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～

4. 地域の在宅緩和医療として どのようなモデルがあり得るのか

がん緩和ケアを早期から実施すること、そして地域の中で、病院や診療所など医療機関と介護支援関連の機関などとの連携により、がん患者の療養を切れ目無く円滑に支援することが求められている。今の臨床現場では、がんの治療後、再発時、そして終末期とすべての期間の療養を希望する患者が、大病院・専門病院に集中する結果、受け皿がないままに退院させられる、いわゆる「がん難民」が出現している。患者・家族とのコミュニケーションを円滑にして、進行する病状について、あるいは直面する死について、医療スタッフが、対話できる環境を作ることが必要となる。この信頼関係を前提としたコミュニケーションについても、できるだけ早期から作っておくことが円滑な対話を進める鍵となる。主治医が一人ですべてを背負い込むという認識、患者・家族による専門病院への過大な認識等を修正・変革することも必要であろう。

地域でのがん緩和医療の向上に最も重要なことは、一医療機関内の改善だけでなく、地域の医療リソースの役割分担を明確にして、それらの連携を充実させ、そのネットワークをフルに利用するという点である。現在、緩和医療先進地域でのモデルとしては、図1のような形態が考えられている。すなわち、2次医療圏のような地域医療のエリアに基幹となる専門的がん診療のできる病院があり、そこに専門的緩和ケアチームおよび地域相談支援センターをおく。これらには、緩和医療に関する専門的技術を使いこなせるスタッフ（専門医師、専門看護師）をおき、院内のみならず外部医療機関からのコンサルテーションも受ける。相談支援センターでは専門職員が患者・家族からの地域医療情報等の問い合わせ、その他について対応する。院内型ホスピス（ホスピス病棟）だけでなく、地域内の独立型ホスピス等との連携を保ち、ホスピスは外来も行う。医師会をコアとした登録制の在宅医療医グループを複数つくり、介護支援センターなどと緊密に連携する。また、在宅医療で、高齢者に多い合併症・併存疾患の治療も

同時に行う必要がある場合には、各専門診療医の助言をすぐに受けられる連携システムが有用である。潜在的な在宅療養医療スタッフを充実させるため、実地医家や介護スタッフに対するプライマリのがん緩和ケア教育研修を実施することも必要となっている。

専門的緩和ケアの担当医として、例えば全国の280ほどあるがん診療連携拠点病院に複数名配置するには、今後3年間で約600～800名の緩和医療専門医を養成する必要がある。日本緩和医療学会（NPO [Non-profit organization] 法人・<http://www.jspm.ne.jp>）では、海外の緩和医療プログラムなども参考に2005年教育研修カリキュラムを作成し、現在、緩和医療の専門教員を養成するプログラムと一般の緩和医療普及のための教育セミナーを定期的実施して、2009年からの専門医認定を目指している。

在宅医療の場を考えると、今後の高齢化社会では老人ホームなども療養居宅となるので、それらの施設との連携も必要となる。病院と在宅を結ぶポイントとしては、療養に関する患者・家族の要望と病院・在宅両者の医療者の意見とのすり合わせと、すべての関係者の理解が大切である。そのためには、基幹病院退院前に、患者・家族を含めて当該関係者が集まって検討する場を設置することは有用である。現在、厚生労働省の研究班などでは、実現可能な地域緩和医療連携モデルを構築するために、いくつかの地域で研究を進めている。

5. おわりに

地域全体をカバーし得る緩和ネットワーク組織の円滑な運営に関しては、スタッフの配置や財政的な対処など、医療・介護機関の関係者だけでなく、福祉・行政関係者も含めた定期的な協議の場をもうけることが有用である。どんなに体制が充実しても、それを支えて維持する力は、人と人とのコミュニケーションであることは間違いない。患者・家族が安心して受けられるがん医療を目指して、今こそ関係者の足並みをそろえたより一層の努力が必要とされている。

がん患者の継続医療—病院から地域へ—

がんの継続医療 病院から在宅へ

—ギアチェンジではなく継続医療としての緩和ケア—

蘆野 吉和*

[Jpn J Cancer Chemother 34(Suppl II): 175-178, December, 2007]

Continuous Medical Care for Advanced Cancer Patients from Hospital to Home Care—What We Need Is Not the “Gear Change,” but We Need a Continuous Palliative Care: Yoshikazu Ashino (Towada City Hospital)

Summary

The conversion from a treatment that aimed for cure to palliative care for advanced cancer patients is called a “gear change” in Japan. However, what we need is not the “gear change,” but we need an establishment of cancer medical system in which palliative care is offered as needed anywhere at anytime. Toward this end, it is important to have a conscious reform effort by oncologists, a promotion of palliative care at hospital and a positive action taken by the hospital to coordinate between the local medical institution, a welfare organization and a nursing organization. Key words: Palliative care, “Gear change,” Local palliative care network, Continuous medical care

要旨 がん患者、特に進行したがん患者に対し、治すことを目的とした治療から緩和ケアへの転換は“ギアチェンジ”と呼ばれているが、“ギアチェンジ”ではなく、診断した時点から終末期まで、病院から在宅まで“継続的に”緩和ケアが提供されるがん医療体制の構築が必要である。

このためには、がん治療医の意識改革、病院における緩和ケアの普及、そして地域の医療福祉介護機関との連携を調整する部門の積極的な活動が重要である。

はじめに

がん医療の方向性が2006年を境に大きく変わってきた。2006年4月の診療報酬および介護報酬の改定、2007年4月に施行された「がん対策基本法」および「第5次改正医療法」、同年6月に承認された「がん対策推進基本計画」がその基本となる施策である。

これにより、日本のがん医療の最終目標が「治療」から「がんに伴う苦痛の緩和」に、がん医療の対象が「がん」から「がんをもつ人間」に変わり、治療の初期段階からの緩和ケアの導入とともに、病院のみならず在宅での緩和ケア提供体制の構築が5年以内に達成すべき緊急の課題となっている。

しかし、20数年以上にわたって築かれてきた従来のがん医療体制が簡単に変わるわけではなく、過渡期となるこの数年間は、これまで経験したことのない新しい体制を構築するために多くの課題に取り組む必要がある。

そこで今回、取り組むべき課題を整理し、その解決策

について解説する。

I. がん対策推進基本計画のめざすがん医療体制とは

2007年6月に国会で承認された「がん対策推進基本計画」は、4月に施行された「がん対策基本法」に基づいて、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るためのがん対策の基本的方向について定めたものであり、さらに、これを基本として、地域の医療事情に即した基本計画(都道府県がん対策推進計画)が策定されることになっている。この基本計画(図1)では、「がん患者を含めた国民の視点」に立ったがん対策を、重点的に取り組むべき課題を定めて実施することを基本とし、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を掲げ、「医療機関の整備等」、「がん医療に関する相談支援及び情報提供」、「がん登録」、「がんの予防」、「がんの早期発見」、「がん研究」という分野別施策を総合的かつ計画的に実施することをうたっている。そして、重点的

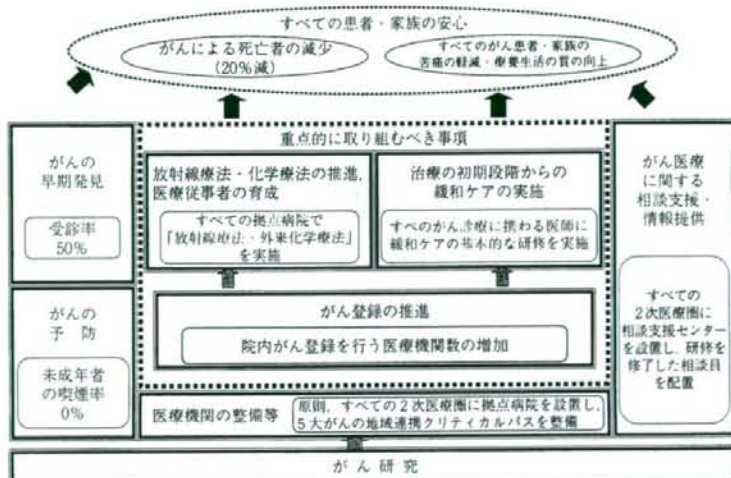


図1 がん対策推進基本計画

に取り組むべき課題として、三つの課題、①放射線療法及び化学療法の推進による、手術を含めた集学的治療の実施、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、③がん登録の推進、を提示している。

特に緩和ケアでは、がん診療に携わる医師がまだ緩和ケアの重要性を十分認識していないこと、このためにがん性疼痛などの緩和が不十分であることが指摘されており、治療の初期段階からの緩和ケアの提供とともに、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提供体制の確立」の必要性が強調されている。そして、がん診療に携わる医師の研修（10年以内に達成）、緩和ケアに関する専門的な知識や技能を有する医師や看護師などの医療従事者の育成（5年以内に達成）、がん患者に対する在宅医療の充実のために医療と介護の連携を含めた適切な提供体制の整備を図ることなどが、特に重点課題として取り上げられている。

II. 「ギアチェンジ」ではなぜだめなのか

治す治療から緩和ケアへの転換（あるいはキュアからケアへの転換）は「ギアチェンジ」という言葉が最近よく使われている。この言葉は、車の運転手が、「治療のギア」から「緩和ケア」のギアへ手動で切り替える動作を連想させ、わかりやすいように思えるが、そもそも現時点において、がん治療医の運転する車に「緩和ケア」というギアが常備されていないこと、常備されていたとしても、運転手がギアの使い方を知らないことが多いこと、また車に乗る前にギアの切り替えができることが患者に知らされていないこと、そして、多くの場合、運転手も同乗者も到着目的地を「治療」に設定して発車していることなどを考慮すると、ギアがありギアチェンジしたと

しても、結果的に目的地に着く目途がなくなるだけであり、適切な言葉とはいえない。

事実、このギアチェンジという言葉は、1997年に英国の全国ホスピス・緩和ケア協会が公表した「ギアチェンジ: 人生の最後の日々におけるマネージメントの指針」において初めて使われた言葉で、死を前にして週単位または日単位の患者におけるケアのあり方を変えてゆくことを示す言葉として使われたもので¹⁾、一貫したケアの流れのなかで使われる言葉であり、キュアからケアの変換を示す言葉ではなかった。

がん対策推進基本計画の重要な柱である「治療早期からの緩和ケアの導入と病院から在宅への切れ目のない医療の提供」において、緩和ケアの転換を取って「ギアチェンジ」という言葉で適切に言い表すためには、①乗る車に「緩和ケア」というギアがあることが同乗者に保障されていること、②このギアの使い方を運転手のみならず同乗者も知っていること、③到着目的地は「治療」に設定せず、「安楽に日常生活を営むこと」に設定するか、あらかじめ複数の到着目的地を設定しておき道路状況により相談しながら変更することが同意されていることなどが大前提である。

志真は「ギアチェンジの出発点と原則」として、①医師が患者の病状を正確に評価すること、②患者と家族が治療やケアの意思決定に参加すること、③がんの進行や病状の把握を定期的に行うこと、④がんの進行に伴う苦痛をいつでも（24時間体制）、どこでも（病院でも自宅でも）緩和することを保証すること、⑤必要に応じて緩和ケアチームや緩和ケア病棟の専門家に相談すること、の5項目をあげており、正確な情報提供とその情報に基づく治療目的および治療目標の設定およびコミュニケー

ションの重要性を特に強調している²⁾。

したがって、「ギアチェンジ」という言葉を使う前提となる環境がまったく整っていない現状においては、医師が発する「ギアチェンジ」という言葉が、患者の耳には「がん治療を放棄する」あるいは「見放す」という言葉に聞こえているという指摘は当然とも思え、現時点では使うべき言葉ではない。

現在検討しなければならない緊急の課題は、がん医療におけるギアチェンジをどのように行うかではなく、継続性のあるがん医療体制をどのように構築すべきかという課題である。

III. 継続性のあるがん医療体制とは

継続性のある（切れ目のない）がん医療体制を構築する上で念頭におくべきことは、あくまでがん患者の視点で継続性が保障されることである。診断された時から終末期まで、どのような病状や病期であっても、病院であっても在宅（自宅および居宅）であっても、担当するがん治療医の専門領域の違いにかかわらず、身体的問題、心理社会的問題および霊的問題などが配慮された上で、がん患者（必要に応じて患者家族）の生活の質を考慮した医療的支援が提供される体制が目標とする体制である。この体制においては、治療初期から病状に応じて緩和ケアの情報も提示され、外科的治療、がん化学療法および放射線治療も含めた集学的治療も考慮され、各専門領域の医師間の連携の下で治療が行われる。また、進行したがんがある場合には治療に関する情報と同時に在宅緩和ケアを含めた緩和ケアの情報も提示され、症状がある場合には適切な緩和ケアが実施される。そして、積極的な治療を希望しない場合、あるいは治療効果がないと判断された場合には、地域のかかりつけ医（在宅医療支援診療所を含む）、訪問看護ステーション、調剤薬局、福祉介護職種などからなる地域緩和ケアネットワークによる医療支援と生活支援が自宅あるいは居宅で開始される。

このような体制を構築するために現在不足しているのが、①がん治療医の緩和ケアに関する知識、②患者に対する治療早期からの緩和ケア（在宅緩和ケアを含め）に関する情報提供、③がん専門医師間の連携、④緩和ケアチームを含めた病院内でのチーム医療体制、⑤病院勤務医の在宅医療に関する理解、⑥病院勤務医と地域かかりつけ医との連携体制、⑦地域における緩和ケア提供体制、⑧地域住民の在宅緩和ケアについての理解、⑨医療従事者と地域住民の自宅での看取り経験などである。そして、これらの不足している項目をがん医療にどのように具体的に付け加えてゆかが今後の課題となる。

IV. 今後の課題

病院から在宅へという今回のテーマにおいて特に重要な課題は、①病院勤務医であるがん治療医の意識を変えること、②病院内で行われる緩和ケアの質を上げること、③病院内に地域での医療福祉介護機関との連携を図る部門を作ることである。

がん治療医に求める意識変革の内容は、第一に緩和ケアの理念を理解し、患者とのコミュニケーションを図ることで、治すための治療の情報だけでなく、治す治療の限界、治らない時の対応方法なども含めて情報を提供し、患者との対話を行うことである。第二は緩和ケアの基本的知識や技術をもつことで、患者に対する情報提供の際に必要なだけでなく、がんの痛み治療を含め基本的な症状緩和治療ができなければがん治療医とはいえない。第三はホスピスケアの原点は居宅を含めた在宅の場であることを理解することである。

病院内の緩和ケアの質を上げるためには、実質的に活動している緩和ケアチームの存在と同時に、病棟単位で基本的な緩和ケアが実践される体制の構築が必要である。なお、病院緩和ケアチームの役割としてはやや困難な症状緩和治療の実施、病院職員に対する緩和ケア教育とともに、地域医療機関および福祉介護機関との連携の下で早期に在宅に移行させることが重要な役割となりつつある。

地域の医療福祉介護機関との連携を図る部門として、地域連携（推進）室あるいは病診連携室の名称で設置している病院が増えているが、調整能力のあるスタッフを配置できるかどうか重要なポイントである。また、スタッフが地域の医療機関、訪問看護ステーション、福祉介護機関と顔の見える関係を作っていくことも大事である。しかし、現実の問題として、がん患者においてはがん治療医との個人的な結び付きが強く、在宅医療への移行を勧めることには医師も患者も大きな抵抗があるのも事実である。

これを解決する方法として、筆者は2007年10月に「がん総合診療外来」を開設した。この外来は、病院内外の専門医との連携の下でのがん患者の病状に応じた適切ながん治療の計画立案機能、セカンドオピニオン機能、基本的な緩和ケアの提供、在宅緩和ケアチームとの連携の窓口業務などの役割を担っており、がん患者の継続医療を実施するための一つの試みである。

おわりに

がん患者の立場に立った継続医療体制をどのように構築していくのか、この問題は国民のがん医療に対する不

信感を払拭し、国民医療費の効率的な運用を図り、そして地域に根ざした医療を確立するための重要な課題である。現在、在宅医療側の受け入れ体制の整備が急ピッチで進められているが、病院側（勤務医を含め）の在宅医療に対する理解がないまま、あるいは連携体制が不十分なままでは構築は難しい。特に今後、進行がんや神経難病などの医療依存度の高い患者の多くが在宅に移行することが予測され、これら疾患の継続医療に焦点を当てて検討する場が必要と思われる。これまで、その役目を担ってきたのが日本在宅医療研究会であり、この研究会

を核として継続医療のあり方についての議論が交わされることを期待したい。

文 献

- 1) Working group of the National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services: Changing Gears. Guidelines for managing the last days of life in adults. The National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services, London, 1997, pp 5-6.
- 2) 志真泰夫: がんに対する積極的な治療から緩和ケアへの移行—治療をどう選択するのか—. ターミナルケア 13 (Suppl): 60-65, 2003.