

directive at the earlier stage of disease, especially for patients who need end-of-life care,¹⁷ because cognitive impairment (*e.g.*, delirium) is prevalent during the treatment for advanced cancer.²⁶ The advance directive is an “on-going process”²⁷, so physicians and nurses should be involved in the discussion and planning of it. Previous studies have shown that 95% of cancer patients feel it is important to discuss the advance directive,²⁸ and patients with an advance directive had a lower risk of DNR refusal.²⁹ In fact, only 41-66% of cancer patients had an advance directive,^{28, 30, 31} and they were not aware of the urgency to have this document in place³⁰. These studies indicate that although cancer patients realize the importance of an advance directive, they tend to hesitate or postpone discussing it with physicians. If they are encouraged to think about their advance directive, they could discuss and confirm it with physicians more actively. The current study shows that questions about treatment preferences in PHR helped cancer patients to think about their advance directive, and most patients appreciated the importance of this. Encouraging patients to ask questions about an advance directive can be a starting point to prepare and discuss an advance directive with their physicians and families.

On the other hand, we found that some patients who were in the early stage of disease were shocked when they received PHR containing these end-of-life questions. They tended to feel it was too early to answer these questions. Although an early advance directive is important, the timing of its introduction should be carefully decided and sufficient instructions are necessary.

The patient-perceived practical limitations of PHR

Some practical limitations of PHR were identified in this study such as the value of sharing records of PHR, which was not well acknowledged by physicians and other staff. Therefore, the patients did not receive sufficient explanation about the benefits of using PHR. Previous studies also suggested that PHR should be acknowledged by most clinical staff in a certain area to facilitate the use of PHR throughout the region.¹² If the clinical staff are either not aware of PHR or used to them, then patients will be unwilling to show their PHR to them. In general, physicians and other clinical staff have not been strongly motivated to use PHR,^{13, 14} thus staff should be encouraged to use PHR practically.

The results of this study also showed that patients hesitated to have PHR because they did not want others to know they had cancer. This finding is consistent with the previous study that indicated the same-designed PHR could be a stigma for cancer patients.¹⁵ Therefore, maintaining privacy is one of the important aspects in disseminating PHR. To overcome this barrier, we supplied envelopes or a carrier bag for their PHR in to avoid bringing it to people’s attention when patients have their PHR with them, which was appreciated by most patients.

Our study revealed that some people simply dislike writing in or carrying their PHR, which are important features of utilizing a PHR. Patients who have limited physical strength tended to have difficulty in taking notes in their PHR. In fact, there are strong advantages for cancer patients in using a PHR, such as communication with clinical staff, better understanding of treatment and supported decision-making. To achieve these advantages, the cooperation of clinical staff is essential so that the practical barriers discussed in this section above can be resolved first.

Finally, some limitations of this study exist, because it is based on the content analysis of the interviews of 50 cancer patients. The generalization of the study results should be carefully discussed. It should be noted that participants used “My chart” for only approximately three months so that the long-term usage of PHR is unknown. Participants who stopped using PHR before the three-month period were not included in this study, which could have biased the recorded comments. In addition, this study only focused on the patient-perceived usefulness and limitations of PHR and following studies with more objective methods will be needed.

In conclusion, PHR can be helpful in facilitating the communication between patients and health-care professionals, patients and family members, and between patients. The use of PHR can increase patient participation in decision-making. Patients particularly appreciated the written form of questions focusing on treatment preferences. Several obstacles to the

dissemination of PHR throughout regional areas are, the undervaluing of the role of PHR for both patients and health-care professional, patient preference for their own way of recording information, concerns about privacy, and unwillingness to participate in decision-making. The widespread use of PHR requires substantial and long-term efforts to overcome these obstacles with both patients and health-care professionals.

References

1. Smith SD, Nicol KM, Devereux J, Cornbleet MA. Encounters with doctors: quantity and quality. *Palliat Med.* 1999; 13: 217–23.
2. Hewitt ME, Simone JV, National Cancer Policy Board (U.S.). *Ensuring quality cancer care.* Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
3. Drury M, Yudkin P, Harcourt J, Fitzpatrick R, Jones L, Alcock C, et al. Patients with cancer holding their own records: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract.* 2000; 50: 105–10.
4. Saultz JW. Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Ann Fam Med.* 2003; 1: 134–43.
5. Gysels M, Richardson A, Higginson IJ. Does the patient-held record improve continuity and related outcomes in cancer care: a systematic review. *Health Expect.* 2007; 10: 75–91.
6. Ko H, Turner T, Jones C, Hill C. Patient-held medical records for patients with chronic disease: a systematic review. *Qual Saf Health Care.* 2010.
7. Finlay IG, Wyatt P. Randomised cross-over study of patient-held records in oncology and palliative care. *Lancet.* 1999; 353: 558–9.
8. Sheridan SL, Harris RP, Woolf SH. Shared decision making about screening and chemoprevention. a suggested approach from the U.S. Preventive Services Task Force. *Am J Prev Med.* 2004; 26: 56–66.
9. Orom H, Penner LA, West BT, Downs TM, Rayford W, Underwood W. Personality predicts prostate cancer treatment decision-making difficulty and satisfaction. *Psychooncology.* 2009; 18: 290–9.
10. Legare F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 5: CD006732.
11. O'Brien MA, Whelan TJ, Villasis-Keever M, Gafni A, Charles C, Roberts R, et al. Are cancer-related decision aids effective? A systematic review and meta-analysis. *J Clin Oncol.* 2009; 27: 974–85.
12. Cornbleet MA, Campbell P, Murray S, Stevenson M, Bond S. Patient-held records in cancer and palliative care: a randomized, prospective trial. *Palliat Med.* 2002; 16: 205–12.
13. Lecouturier J, Crack L, Mannix K, Hall RH, Bond S. Evaluation of a patient-held record for patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2002; 11: 114–21.
14. Greenhalgh T, Stramer K, Bratan T, Byrne E, Russell J, Potts HW. Adoption and non-adoption of a shared electronic summary record in England: a mixed-method case study. *BMJ.* 2010; 340: c3111.
15. Williams JG, Cheung WY, Chetwynd N, Cohen DR, El-Sharkawi S, Finlay I, et al. Pragmatic randomised trial to evaluate the use of patient held records for the continuing care of patients with cancer. *Qual Health Care.* 2001; 10: 159–65.
16. Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, et al. Palliative care in Japan: current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hosp Palliat Care.* 2008; 25: 412–8.
17. Curtis JR. Communicating about end-of-life care with patients and families in the intensive care unit. *Crit Care Clin.* 2004; 20: 363–80, viii.
18. Teno J, Lynn J, Wenger N, Phillips RS, Murphy DP, Connors AF, Jr., et al. Advance directives for seriously ill hospitalized patients: effectiveness with the patient self-determination act and the SUPPORT intervention. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am Geriatr Soc.* 1997; 45: 500–7.
19. Teno JM, Stevens M, Spertak S, Lynn J. Role of written advance directives in decision making: insights from qualitative and quantitative data. *J Gen Intern Med.* 1998; 13: 439–46.
20. Johnson HM, Nelson A. The acceptability of an information leaflet explaining cardiopulmonary resuscitation policy in the hospice setting: a qualitative study exploring patients' views. *Palliat Med.* 2008; 22: 647–52.
21. Wiljer D, Leonard KJ, Urowitz S, Apatu E, Massey C, Quartey NK, et al. The anxious wait: assessing the impact of patient accessible EHRs for breast cancer patients. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2010; 10: 46.
22. Farquhar MC, Barclay SI, Earl H, Grande GE, Emery J, Crawford RA. Barriers to effective communication across the primary/secondary interface: examples from the ovarian cancer patient journey (a qualitative study). *Eur J Cancer Care (Engl).* 2005; 14: 359–66.
23. Walsh MC, Trentham-Dietz A, Schroepfer TA, Reding DJ, Campbell B, Foote ML, et al. Cancer information sources used by patients to inform and influence treatment decisions. *J Health Commun.* 2010; 15: 445–63.
24. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, Benisch-Tolley S. Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care. *J Clin Oncol.* 2001; 19: 2883–5.
25. Wunderlich T, Cooper G, Divine G, Flocke S, Oja-Tebbe N, Stange K, et al. Inconsistencies in patient perceptions and observer ratings of shared decision making: the case of colorectal cancer screening. *Patient Educ Couns.* 2010; 80: 358–63.
26. Lawlor PG, Fainsinger RL, Bruera ED. Delirium at the end of life: critical issues in clinical practice and research. *JAMA.* 2000; 284: 2427–9.
27. Prendergast TJ. Advance care planning: pitfalls, progress, promise. *Crit Care Med.* 2001; 29: N34–9.
28. Dow LA, Matsuyama RK, Ramakrishnan V, Kuhn L, Lamont EB, Lyckholm L, et al. Paradoxes in advance care planning: the complex relationship of oncology patients, their physicians, and advance medical directives. *J Clin Oncol.* 2010; 28: 299–304.
29. Parsons HA, de la Cruz MJ, Zhukovsky DS, Hui D, Delgado-Guay MO, Akitoye AE, et al. Characteristics of patients who refuse do-not-resuscitate orders upon admission to an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center. *Cancer.* 2010; 116: 3061–70.
30. Guo Y, Palmer JL, Bianty J, Konzen B, Shin K, Bruera E. Advance directives and do-not-resuscitate orders in patients with cancer with metastatic spinal cord compression: advanced care planning implications. *J Palliat Med.* 2010; 13: 513–7.

31. Ozanne EM, Partridge A, Moy B, Ellis KJ, Sepucha KR. Doctor-patient communication about advance directives in metastatic breast cancer. *J Palliat Med.* 2009; 12: 547-53.

特 論

腫瘍内科におけるがん緩和療法

佐々木 翼 太田修二 関 順彦 江口研二

Current status of palliative care in medical oncology

Tsubasa Sasaki, Syuji Ohta, Nobuhiko Seki, Kenji Eguchi
Division of Medical Oncology, Teikyo University Hospital

Abstract

A team approach is efficient in palliative care for cancer patients. People suffered from cancer have a right to receive high-quality palliative care earlier in cancer treatment. In Japan the National Act for Strategy against Cancer was enacted in 2007. Systematic educational programs supported by the Ministry of Health Labor and Welfare has been conducted for medical staffs, home care staffs, local pharmacists, care managers etc. at core institutes in each district. Pain control is still major target for cancer palliative medicine. Recently various types of opioids can be used routinely in daily clinical setting for Japanese cancer patients. Complementary and alternative medicine (CAM) may also effective in some patients but further study for proving scientific evidence in CAM should be warranted. Tailor-made pain control will be established in the near future with molecular based pharmacogenomics.

Key words: palliative medicine, cancer pain, WHO cancer pain relief program, complementary and alternative medicine

はじめに

世界保健機関(World Health Organization: WHO)では、表1のような緩和医療の認識を提唱している(2002年)¹⁾。

20年前の緩和医療の定義(1990年, WHO)²⁾では、'治癒を目指した治療が有効でなくなった患者に対する積極的な全人的ケア'としていたため、緩和医療とは'終末期患者を対象とした医療の撤退'と誤解を生むこともあった。今回のWHOにおける緩和医療の定義では、緩和医療を'病期の早い段階にも適用'されるべきで

あるとした(図1)。

我が国では2006年6月に国会で成立した'がん対策基本法'の第16条³⁾に、'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'と明記されている。つまり、緩和医療では、'早くなんとかする'ことが法律で定められたことになる。

腫瘍内科における緩和医療として、最も頻度の高く'早くなんとかしなければいけない'問題とは何か、がん患者2,895人を対象にしたアンケート調査では、回答した1,634人の6割の患

帝京大学医学部附属病院 腫瘍内科

表 1 WHO における緩和医療の定義

- ・痛みやその他の苦痛な症状から解放する
- ・生命を尊重し、死を自然の過程と認める
- ・死を早めることにも、死を不自然に遅らせることにも手を貸さない
- ・患者のためにケアの心理的、スピリチュアル的側面を統合して対応する
- ・死を迎えるまで患者が人生を積極的に生きていけるように支える
- ・患者の療養期間のみならず、患者と死別した後も、家族の苦痛への対処を支援する
- ・死別後のカウンセリングを含め、患者と家族のニーズを満たすためにチームアプローチを適用する
- ・QOL(quality of life)を高め、質の良い療養を目指す
- ・病期の早い段階にも適用し、延命を目指す治療(化学療法、放射線療法)にて苦痛となる合併症を軽減する

*日常生活における精神的・身体的・社会的・文化的・知的な満足度あるいは生活の質。

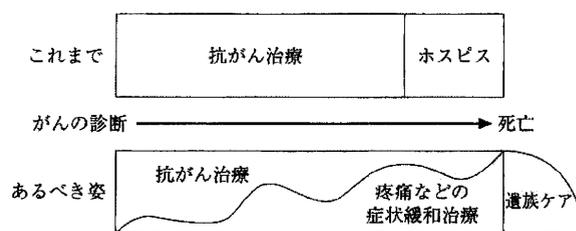
図 1 緩和医療の新しい位置づけ(文献¹⁰⁾より改変)

表 2 がん疼痛の分類

- (1) がんの直接作用による痛み
 - ① がんが組織に浸潤し、知覚神経(体性神経)を刺激して生じる痛み(体性痛)
 - ② がんにより内臓感覚を伝える神経を刺激して生じる痛み(内臓痛)
 - ③ がんが神経に浸潤し、神経が障害を受けることにより生じる痛み(神経障害性疼痛)
- (2) 治療、検査、処置に伴う痛み
 - ① 術後創部痛(体性痛、神経障害性疼痛)
 - ② 化学療法、放射線療法後の末梢神経障害による痛み(神経障害性疼痛)
 - ③ 化学療法、放射線療法による粘膜損傷、口内炎、膀胱炎など(体性痛)
- (3) その他の痛み
 - ① 褥瘡(体性痛)
 - ② 筋筋膜性疼痛(体性痛)

者が痛みで悩み、その8割強が治療をしても苦痛となる痛みが残っていた⁴⁾。つまり、早期から軽減すべきものは‘痛み’であり、本稿では‘がんの痛み’について述べる。

1. がんの痛みについて

痛みは通常、急性痛と慢性痛に分類されるが、がんの痛みは、急性、慢性の両方の特徴をもつため、痛みを急性痛と慢性痛およびがんの痛みの3つに分ける考え方もある。

がんの痛みは、臨牀的に表2のように分類さ

れる⁵⁾。

がんの痛みは、表2にあげた幾つかの要因が合わさっているため、一元的にとらえるには適切な病態評価が必要である。CT、MRI、PET/CTなど、がんの進展や骨・神経などに対する病変の影響に関する評価が必須である。腫瘍内科医に限ったことではないが、しばしば数カ月前の画像所見の診断をそのままあてはめた議論をする医師がいるので特に注意を喚起したい。

国際疼痛学会(International Association for the Study of Pain: IASP)によると、痛みは次の

表3 WHO方式がん疼痛治療法の5原則

1. 経口投与を基本とする (by the mouth)
2. 時間を決めて定期的に投与する (by the clock)
3. WHO ラダーに沿って痛みの強さに応じた薬剤を選択する (by the ladder) (図3, 表4)
4. 患者に見合った個別の量を投与する (for the individual)
5. 患者に見合った細かい配慮をする (with attention to detail)

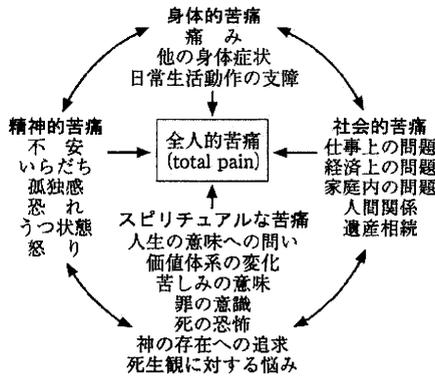


図2 全人的苦痛の理解(文献⁸⁾より引用)

ように定義されている⁶⁾。‘痛みとは、不快な感覚体験および感情体験であって、一般に何らかの組織損傷がさし迫ったとき、ないしは組織損傷に引き続いて特異的に表現されるものである。痛みはいつも主観的なものである。人間は生涯の早い時期の生活の中で遭遇した負傷の経験から、痛みという言葉の意味を学習する。痛みが身体の一部、あるいは幾つかの部分にわたって起こる感覚であることには議論の余地がないが、いつも不快な体験であるため、痛みは常に感情体験となる。’

このように、痛みは‘感覚体験’だけではなく‘感情体験’によっても左右される。WHOが1999年に健康の定義を従来の身体的 (physical)、心理的 (mental)、社会的 (social) の3つから、新たに、スピリチュアル的⁸⁾ (spiritual) を加えた4側面から考えようという提言をしていたように⁷⁾、がんの痛みも、身体的だけではなく社会的、心理的、そしてスピリチュアル的な側面から構成されている、つまり、‘全人的苦痛 (total pain)’

ととらえるという視点が必要である (図2)⁸⁾。

‘痛い’という患者の訴えには、身体的なものばかりではなく、上述したような要素がからみあったものもあることを忘れてはならない。

2. がんの痛み治療の現状

我が国におけるがんの痛み治療は、表3のWHO方式がん疼痛治療法が示すところに沿って進められてきた^{9,10)}。

我が国では、1982-84年にわたり埼玉県立がんセンターでWHO方式がん疼痛治療法が試行され、87%の除痛率が得られた^{11,12)}。次いで、WHO方式がん疼痛救済プログラムについての報道が行われ、WHO方式がん疼痛治療法公表の翌年にあたる1987年からは厚生省 (現：厚生労働省) が、がん医療における患者ケアについての政策の検討を始めた。1990年代初頭から行政面で、健康政策として、がんの痛みからの解放を目指し、緩和ケアに関する社会保険診療点数の設定、麻薬取締り行政面の緩和策、教材の作成や配布、国家試験での出題などの工夫が行われ、市民への啓発や、がん疼痛対策関連図書が出版された¹³⁾。

しかし、厚生労働省が終末期医療の在り方について検討するために実施した‘終末期医療に関する調査等検討会報告書 (2004年)’によれば、末期状態のがん患者の除痛率は、除痛率という尺度にやや課題があるものの、緩和ケア病棟では85.6%であるが、がんセンターで64.3%、大学病院で39.8%、機能評価病院で45.8%となっており、多くの病院でWHO方式がん疼痛治療法の到達目標でもある80-90%に比べて低率であった (図4)¹⁴⁾。また、日本医師会が行った、がん医療に係る医師へのアンケート調

⁸⁾スピリチュアルな問題：自分の存在価値を見失うことなど。

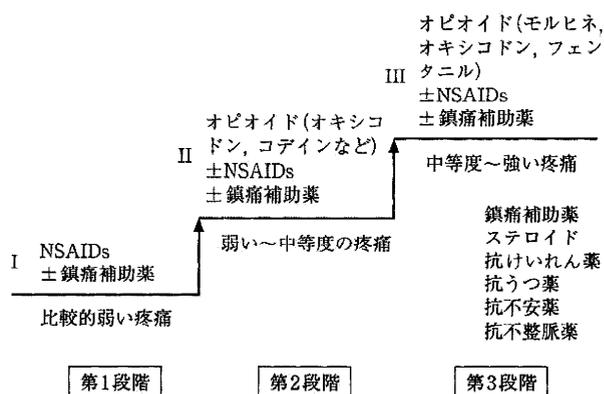


図3 WHO 3段階がん疼痛除痛ラダー(文献⁶⁾より引用)
最近では、痛みが強い場合は第3段階から開始することもある。

査では、疼痛対策などの知識修得不十分が多かった¹⁵⁾。

がんの痛み治療の成績が不振なのはなぜだろうか。それは、図5、6⁶⁾から説明できる。すなわち、十分な除痛を得る方法が確立している事実を多数の医療担当者が知らないだけでなく、医学生、医師、看護師、その他の医療担当者にもがんの痛み治療に関する知識が十分に浸透していないため、オピオイドの有効性と副作用を患者があまり理解していない、ということになる。

解決策として、医療従事者への‘教育研修’によって、がんの痛み治療を広めていく必要がある。2009年から厚生労働省の委託事業として日本緩和医療学会(<http://www.jspm.ne.jp/>)などの研修セミナーが全国で実施されている。がん医療に携わる一般医療者レベルとしては、プライマリケアとしての疼痛対策と適切なトリアージのタイミングを見逃さないことが求められ(経口医療用麻薬開始)、腫瘍内科医は緩和ケアチームなどと協働して連携を密接に行いながら、迅速で実効ある疼痛対策を実施していくことが医療水準として必要である。

3. がんの痛み治療における補完代替医療の重要性

WHO方式がん疼痛治療法を用いれば、確か

にがんの除痛は成功する可能性が高い。しかし、除痛に成功しても、薬の副作用のためQOLが低下してしまっは元も子もない。実際、疼痛コントロールで中心となるオピオイドには、呼吸抑制、傾眠、錯乱・幻覚、嘔気・嘔吐、便秘、縮瞳、胆汁分泌抑制、排尿障害などの副作用がある。特に頻度が多いものは便秘、嘔気・嘔吐、傾眠であり、嘔気・嘔吐、傾眠はコンプライアンスに直接影響する。

もちろん、オピオイドの副作用に対して、例えば嘔気・嘔吐には制吐剤、便秘には下剤が使われ、傾眠に関しては剤形を調整することによって対処している。しかし、患者の中には、それでもオピオイドの副作用で悩まされたり、あるいはオピオイドが効きにくかったりする場合もあるだろう。このような場合、まずは鎮痛補助薬の使用が考えられるだろう。

補完代替医療に着目すると、オピオイドを減量しても、あるいはオピオイドに抵抗性があったとしても、除痛が得られる可能性のある方法がある。

我が国における補完代替医療の中心となっている漢方治療において、牛車腎気丸などの附子を含む附子剤は、オピオイドの中で代表的なモルヒネの連用による疼痛閾値の低下を防ぐ作用が報告されていて、附子剤併用によるモルヒネ剤減量の可能性が示唆されている¹⁷⁾。牛車腎気丸は、NO増加による疼痛感受性の低下・血行

表4 がん患者の痛みに用いる基本薬のリスト(文献¹⁰⁾より引用)

選択条件	分類	基本薬	代替薬
軽度の強さの痛み	非オピオイド	アスピリン	ナプロキセン
		アセトアミノフェン	ロキソプロフェン
		イブプロフェン	ジクロフェナク
		インドメタシン	
軽度から中等度の強さの痛み	弱オピオイド ^a	リン酸コデイン ^b	ジヒドロコデイン
		オキシコドン ^c	ブプレノルフィン ^d
			ペンタゾシン
			トラマドール
中等度から高度の強さの痛み	強オピオイド ^a	モルヒネ	ベチジン
		フェンタニル	メサドン ^e
		オキシコドン	
オピオイド過量投与時	オピオイド拮抗薬	ナロキソン	
鎮痛補助薬	抗てんかん薬	カルバマゼピン	バルプロ酸
		クロナゼパム	
	抗うつ薬	アミトリプチリン	イミプラミン
		アモキサピン	
	抗不整脈薬	メキシレチン	
	副腎皮質ステロイド ^f	プレドニゾロン	
		デキサメタゾン	

^aオピオイドは2群に分けられる。軽度から中等度の強さの痛みに用いるオピオイドと、中等度から高度の強さの痛みに用いるオピオイドである。実地目的の分類で、臨床使用の経験に基づいた分類である。

^b軽度から中等度の強さに用いるコデインは、多くの国々では規制対象外の薬剤であるため汎用されている。

^cオキシコドンは、通常の用量では強オピオイドに分類されるが、低用量で用いる場合には、弱オピオイドとしても使用されることがある。

^dブプレノルフィン^dは部分作動薬であり薬理学的な有効限界がある。少量の使用(0.2mgの8時間ごとの反復投与)はコデインの代替薬を果たす。多量の使用(1mg以上の8時間ごとの投与)は、モルヒネ30mg/回4時間ごとの経口投与と同効となる。

^e副腎皮質ステロイドは、神経圧迫、脊髄圧迫、頭蓋内圧亢進による痛みに効果がある。骨転移痛に対してはNSAIDsに代用または併用してもよい。NSAIDsと併用すると副作用としての胃の障害や体液貯留の危険性が高まる。

^fメサドン：現在、我が国では用いることができない(我が国では未承認)。海外では汎用されているオピオイドであり、オピオイド受容体だけでなく、NMDA受容体への拮抗作用を併せ持つ。

改善によるしびれ・冷感の軽減だけではなく、ダイノルフィン・ κ 型オピオイド受容体を介した鎮痛作用を有する。特に κ 型オピオイド受容体のみならず、 μ 型オピオイド受容体にも作用することから利尿作用や縮瞳作用がないので、副作用が少なく、主として μ 型オピオイド受容体を介するモルヒネとの併用が有

用である¹⁸⁾。また、モルヒネやフェンタニルパッチにて除痛が得られなかった患者に、鍼治療によって満足のいく除痛が得られたという報告もある¹⁹⁾。

西洋医学は、分析的な手法を用い、疾患の病態解明や、それに伴う診断や治療法の開発とい

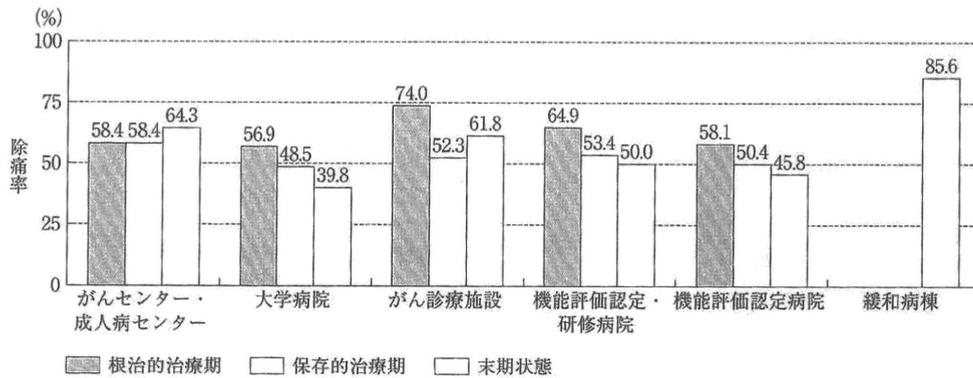


図4 我が国における除痛率(文献¹⁰より引用)

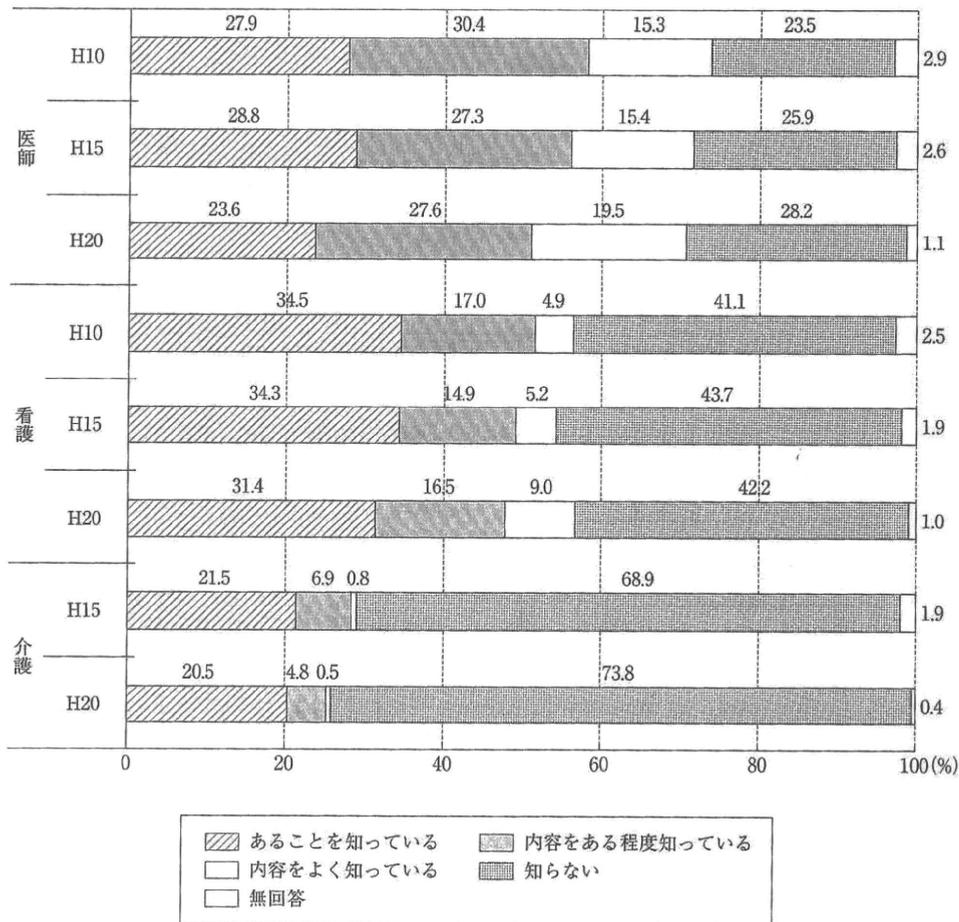


図5 WHO方式がん疼痛治療法に関する医療従事者の理解度(文献¹⁰より引用)

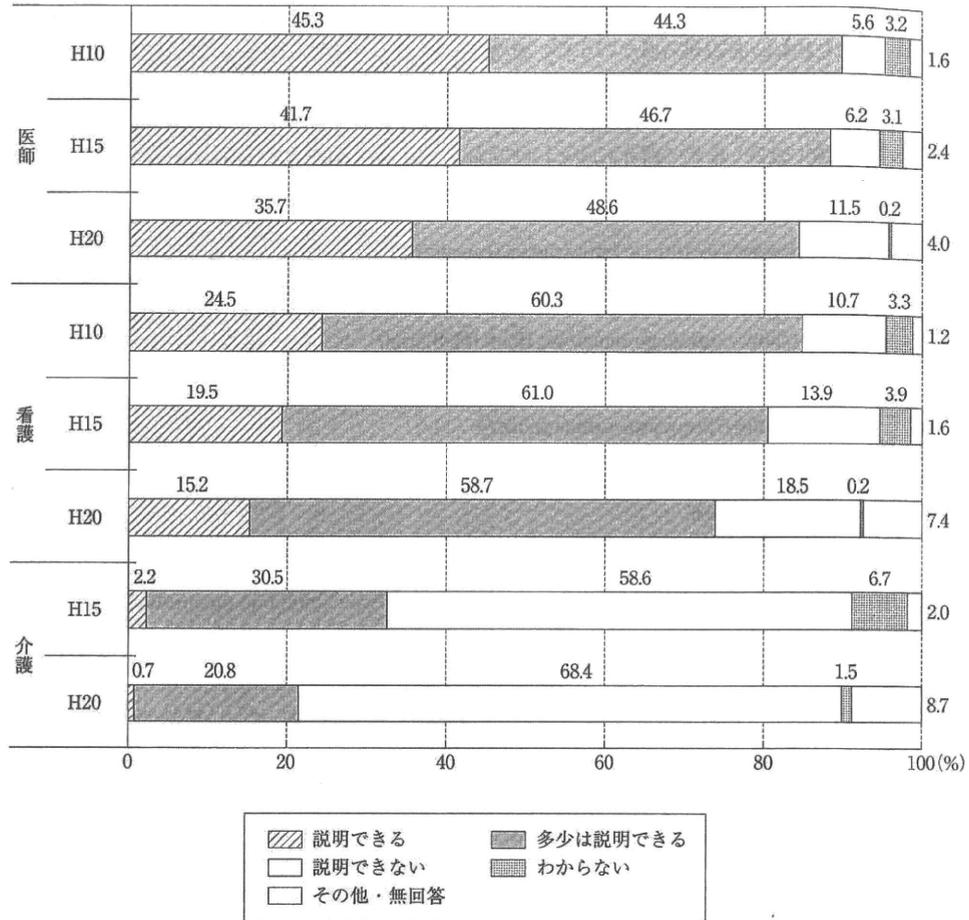


図6 モルヒネの有効性と副作用に関する医療従事者の理解度(文献¹⁰⁾より引用)

う過程を経ることにより発展してきた。言い換えれば、西洋医学はどうしても病気にだけ焦点を当てがちであり、つい患者自身のことを忘れてしまう傾向がある。これに対して、多くの補完代替医療では、患者を全人的に診断・治療するという基本的な共通基盤がある²⁰⁾。‘がんの痛みについて’で述べたように、がんの痛みは‘全人的苦痛’なので、補完代替医療による理解も必要となってくる。腫瘍内科における緩和医療の中で、西洋医学と補完代替医療を合わせた統合医療が有効である例を経験している。

ただし、腫瘍内科医の考え方として、たとえ

代替療法などの評価についても対象を合理的に選択できる分子マーカーの検索や適切なデザインの臨床試験による治療法の検証に努力する必要がある。

おわりに

米国臨床腫瘍学会(American Society of Clinical Oncology: ASCO)では、腫瘍内科医を‘患者が癌と診断されたときから、病気の全過程において抗がん治療、症状コントロールや心理社会的サポートをする責任を負うもの’²¹⁾と定義している。言い換えれば、腫瘍内科におい

ては、患者をがんと診断したときから既に緩和医療が求められているともいえるだろう。

痛みは主観的であり、客観的に評価するのは難しい。患者が満足な除痛を得るために、共感のある態度(同情ではない)で、患者の訴えにつ

いてしっかりと耳を傾けることが診療の第1歩である。経口分子標的薬など通院治療のコンセプトが急速に変貌しつつあるなかで、'早期からの'緩和医療のスキルを腫瘍内科医も身につけておくことはもはや常識といえるものである。

■ 文 献

- 1) WHO Definition of Palliative Care(<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>).
- 2) Cancer Pain Relief and Palliative Care: Report of a WHO Expert Committee, World Health Organization, Geneva, 1990.
- 3) がん対策基本法(<http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>)
- 4) がん患者の6割が'痛みを感じる', 2月5日, 毎日新聞社, 2009.
- 5) 小川節郎(編): 痛みの概念が変わった—新キーワード100+ α , 真興交易医書出版部, 2008.
- 6) IASP Pain Terminology(<http://www.iasp-pain.org/AM/>)
- 7) WHO Definition of Health(<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>)
- 8) 恒藤 暁: 最新緩和医療学, 最新医学社, 1999.
- 9) Cancer Pain Relief, Geneva, 1986.
- 10) 国立がんセンター中央病院薬剤部(編): オピオイドによるがん疼痛緩和, エルゼビア・ジャパン, 2009.
- 11) Takeda F: Results of field-testing in Japan of the WHO Draft Interim Guideline for the Relief of Cancer Pain. *The Pain Clinic* 1(2): 83-89, 1986.
- 12) 武田文和(編): がんの痛みを救おう!「WHO がん疼痛救済プログラム」とともに, 医学書院, 2002.
- 13) 臨床緩和医療薬学(日本緩和医療薬学会編), 真興交易医書出版部, 2008.
- 14) 終末期医療に関する調査等検討会報告書—今後の終末期医療の在り方について—, 厚生労働省, 2004. (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>)
- 15) 日本医師会調査, 厚生労働省委託事業, 緩和ケアに関する認識, 2008.
- 16) 第1回 終末期医療のあり方に関する懇談会「終末期医療に関する調査」結果, 厚生労働省, 2008. (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/s1027-12.html>)
- 17) Shu H, et al: Effects of processed Aconiti tuber and its ingredient alkaloids on the development of antinociceptive tolerance to morphine. *J Ethnopharmacol* 103(3): 398-405, 2006.
- 18) 集学的緩和医療: 漢方の役割を中心に. *統合医療* 4(1・2), 2008.
- 19) Takahashi H: Effects of acupuncture on terminal cancer patients in the home care setting. *Medical Acupuncture* 21(2): 123-129, 2009.
- 20) 補完・代替医療 統合医療, 金芳堂, 2008.
- 21) Cancer care during the last phase of life. *J Clin Oncol* 16: 1986-1996, 1998.

特集

がん対策基本法による研究・診療の変化

エビデンスに基づく 緩和ケア, 精神腫瘍学*

加藤 雅志¹⁾²⁾³⁾

Key Words: palliative care, psycho-oncology, strategic research, cancer control

はじめに

平成18年に、「がん対策基本法」が成立し、がん対策は大きな転換期を迎えた。それ以前のわが国のがん対策は、昭和59年からの「対がん10ヵ年総合戦略」に始まる累次の10ヵ年戦略などにおいて、がんの罹患率や死亡率の減少を目標に、研究を中心に推進されてきた。そのような中で、がん患者を含めた国民の声として、がん医療の充実などのがん対策に対する要望の高まりを背景に、平成18年6月に「がん対策基本法」が成立したのである。

つまり、現在のがん対策は、これまでの研究成果を臨床の現場に還元していくことが強く求められており、それを推進力として進められてきている。したがって、科学的根拠に基づいたがん医療を提供していくことや、ガイドラインを充実させていくことへの要望も大きい。もちろん、臨床の現場で生じる課題や新たな疑問を解決していくために、より一層の研究を推進していくことの必要性は言うまでもない。

本稿において、わが国のがん対策における緩

和ケアと精神腫瘍学の位置づけについて概説するとともに、今後の方向性について示し、全国の緩和ケアの推進を目的に地域の包括的な緩和ケアプログラムの策定に関する新たなエビデンスの創設を目指して進められている「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(がん対策のための戦略研究)について述べたい。

わが国におけるがん対策と 緩和ケア, 精神腫瘍学

がんは、その疾患の性質上、罹患した患者やその家族はさまざまな負担や苦痛を抱えていくことになり、生活に対する影響は大きい。がん患者を含めた国民の声として、がん対策に対する要望が高まり、平成18年6月に「がん対策基本法」が成立したことはすでに触れたとおりであるが、一つの疾患に特異的な法律が成立するということは大変画期的なことであった。現在、本法律をきっかけとして、政府はさまざまな施策を講じ、関係者もそれぞれの立場でがん対策に積極的にかかわるようになり、がん対策は大きな社会的な動きにまで発展してきている。そのような中で、がん患者の療養生活の質が注目されるようになり、身体的な苦痛だけではなく、精神心理的な負担に対する対応の必要性の理解

* Evidence-based palliative care and psycho-oncology.

¹⁾ Masashi KATO, M.D.: 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん医療情報コンテンツ室(〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1); Cancer Information Office, Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Tokyo 104-0045, JAPAN

²⁾ 独立行政法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科

³⁾ 独立行政法人国立がん研究センター企画戦略室

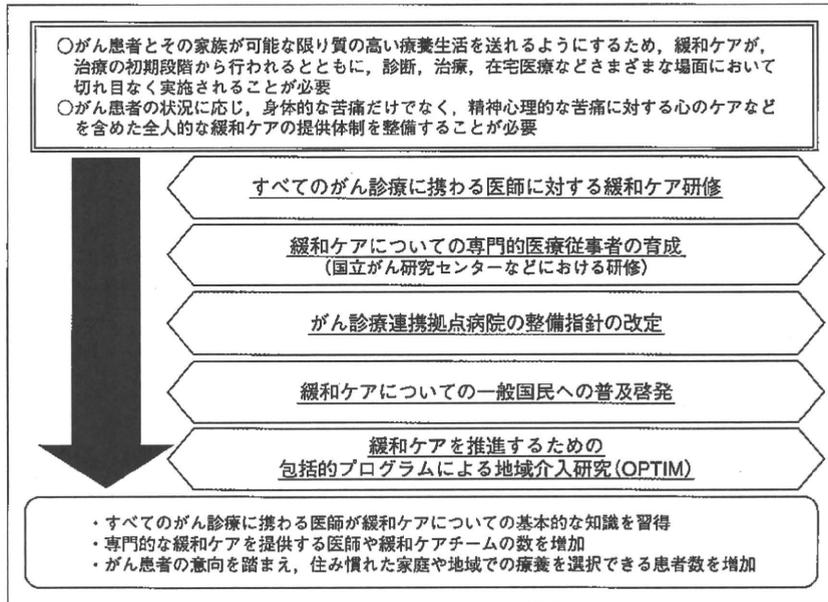


図1 緩和ケアの推進

が進み、がん医療の中で緩和ケアや精神腫瘍学の重要性の認識が強まっている。

「がん対策基本法」に基づき、平成19年6月に策定された「がん対策推進基本計画」は、わが国が取り組むべきがん対策の基本的な方向性を示すものである。その基本計画の全体目標として、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者およ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」という2つの全体目標が掲げられ、がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実施していくことを求められている。この基本計画で特筆すべき重要なことは、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者およ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」というquality of life (QOL)の向上に着目した新たな目標が定められたことである。がん患者の多くは、疼痛などの身体的な苦痛に加え、がんと診断されたときから不安や抑うつなどの精神心理的な苦痛を抱えていること、また、その家族も、がん患者と同様にさまざまな苦痛を抱えていることなど、多くの困難に直面している。この全体目標は、がん患者やその家族の苦

痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を踏まえ設定されているものである。これまでのがん対策にはなかった目標を新たに定めたこととなり、このような観点からもがん対策は大きな転換期を迎えることになったと言えよう。

さらに、緩和ケアについては、「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき課題の一つに「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」として位置づけられた。がん患者が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることを求められるようになったのである。このように、がん患者やその家族の苦痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を国として示し、政府ががん対策において目指していくべき全体的目標の一つとして定めたことの意義は大きい。これを受けて、さまざまな施策や取り組みが、この目標を達成するために動き出している。

現在、政府のがん対策の中において、緩和ケアについては大きく分けて以下の5つの軸に沿って進められているところである(図1)。

- ①がん診療に携わるすべての医療従事者が、基本的な緩和ケアを実践できるように、必要な知識や技術を普及する。
- ②より質の高い緩和ケアを実施できるように、緩和ケアに関する専門的な医療従事者を育成する。
- ③全国において、適切に緩和ケアが提供されるように、地域連携を含めた緩和ケアの提供体制を整備する。
- ④がん患者が必要な緩和ケアを選択できるように、一般の方々に対する緩和ケアの普及啓発を行う。
- ⑤まだ解決されていない緩和ケアに関する課題を解決するために、緩和ケア領域における研究を推進する。

このように緩和ケアが推進されていくことにより、エビデンスに基づく緩和ケアや精神心理的なケアを提供していく体制が着実に整備されつつある。

がん診療に携わるすべての医師に 対する緩和ケア研修

「がん対策推進基本計画」において、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が重点的に取り組むべき課題の一つに位置づけられ、今後は、緩和ケアが、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、さまざまな場面において切れ目なく適切に提供される体制を整備していかなければならない。また、がん患者と同様にその家族もさまざまな苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケアなどの適切な援助を行うことができる体制についても整備していく必要がある。

この体制を実現していくためには、がん診療に携わるすべての医療従事者が、がん患者の単なる「生死」という観点だけではなく、がん患者やその家族の療養生活の質に重点を置いた医療を提供していくことが強く求められている。この課題を解決していくためには、がん診療に携わるすべての医療従事者が、がん患者の意向が多様であることに配慮しつつ、その多様ながん患者の意向を十分に尊重した医療を実施していくことが不可欠である。そのために、がん診療

に携わる医療従事者は、がん患者やその家族の療養生活の質の維持向上を図る緩和ケアの重要性を認識し、緩和ケアについての基本的な知識を習得する必要がある。

しかしながら、たとえば、がん性疼痛の緩和などに用いられる医療用麻薬の消費量についてみると、欧米先進諸国に比べると、わが国の医療用麻薬の消費量はまだ数分の1程度にとどまっております¹⁾、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であることが推測される。そのような状況などをかんがみ、「がん対策推進基本計画」において、緩和ケアに関する目標の一つとして、「10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とする」ということが掲げられた。この目標については、「がん対策推進基本計画」が閣議決定された平成19年6月15日に、内閣総理大臣が、「10年以内」に実施する計画を前倒して、「5年以内」に研修を終えるよう取り組むと発言しており、政府は、5年以内を目標に一日でも早くすべてのがん診療に携わる医師に対する研修を終了できるよう緩和ケア研修を進めていくこととしている。

厚生労働省は、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を普及していくための研修を進めていくために、「緩和ケア研修会標準プログラム」を定め(表1)、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日付健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)を示している。

この研修会は、がん診療に携わる医師が緩和ケアの基本的な知識を確実に習得し実践できるよう、講義形式の研修だけではなく参加者主体の体験型のワークショップ形式の研修も含むものであり、開催期間は2日以上で開催し、実質的な研修時間の合計は12時間以上であることを定めている。この「緩和ケア研修会標準プログラム」では、疼痛などの身体症状への対応だけではなく、不安や抑うつ、せん妄などの精神症状に対する緩和ケアも必ず含まれることとなっており、がん診療に携わる医師がこころのケアについて必ず学ぶような構造となっている。抑うつや不安、せん妄というがんの臨床においてしば

表1 緩和ケア研修会標準プログラム

①がん性疼痛の機序, 評価およびWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について
②がん性疼痛の治療法の実際について
③がん性疼痛についてのワークショップ ア) グループ演習による症例検討① がん性疼痛を持つ患者の評価および治療 イ) グループ演習による症例検討② がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載 ウ) ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習
④呼吸困難, 消化器症状などの身体症状に対する緩和ケアについて
⑤不安, 抑うつおよびせん妄などの精神症状に対する緩和ケアについて
⑥がん医療におけるコミュニケーション技術について
⑦がん医療におけるコミュニケーション技術についてのワークショップ ア) グループ討論による患者への悪い知らせの伝え方についての検討 イ) ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習
⑧その他 ア) 全人的な緩和ケアについての要点 イ) 放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点 ウ) がん患者の療養場所の選択および地域連携についての要点 エ) 在宅における緩和ケア

しばみられる精神医学的な問題について, がん診療を行っている外科医や内科医などの医師が基本的な知識や対応を習得することは重要であり, がん患者が抱える精神心理的な負担のスクリーニングや一次対応につながるものと考えられる。

この開催指針に準拠した緩和ケア研修会が, 全国で適切に開催されていくよう, 日本緩和医療学会は, 日本サイコオンコロジー学会の協力を得ながら, 新たに「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education; PEACE)を開発した²⁾。このプログラムは, 基本的な緩和ケアの啓発と普及, 教育を通して, がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得することを推進し, 国民がその療養場所にかかわらず質の高い緩和ケアを受けることができるようにすることを目的としている。その内容については, 日本緩和医療学会が中心となって, 常に最新の知見に基づいた内容になるよう更新が進められており, 精神症状やコミュニケーションに関する内容については日本サイコオンコロジー学会が担当し, その教材は最新の科学的根拠に基づいたものとなっている。このようにして, がん診療に携わる医師が, エビ

デンスに基づく緩和ケアや精神腫瘍学の基本的な知識を身につけ, 「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」ができるよう体制の整備を進めている。

さらに, 日本緩和医療学会は, 開発したPEACEプログラムが各地域の緩和ケア研修会において適切に実施されていくように, 指導者の研修に大きな力を注いでいる。この指導者研修会は, PEACEプログラムの内容について学ぶだけではなく, 緩和ケア研修会の企画や運営の方法, さらには効果的な教育の方法についても習得できるようになっている。指導者研修会については, 日本緩和医療学会が開催するとともに, 国立がん研究センターにおいても開催しており, 今後も指導者の育成を続けていく予定である⁴⁾。

この指導者研修会を修了した医師が, 研修会を企画する責任者となり, 各地域で緩和ケア研修会を開催している。がん診療連携拠点病院においては, 開催指針に準拠した緩和ケア研修会を開催することが必須の指定要件となっているため, 全国において毎年定期的に緩和ケア研修会が実施される体制が整備された⁵⁾。平成22年9月1日現在で, 17,066名の医師が研修を修了している状況となっている。この緩和ケア研修会を修了することが, 平成22年度の診療報酬改定において評価され, 「がん性疼痛緩和指導管理料」, 「がん患者カウンセリング料」, 「緩和ケア診療加

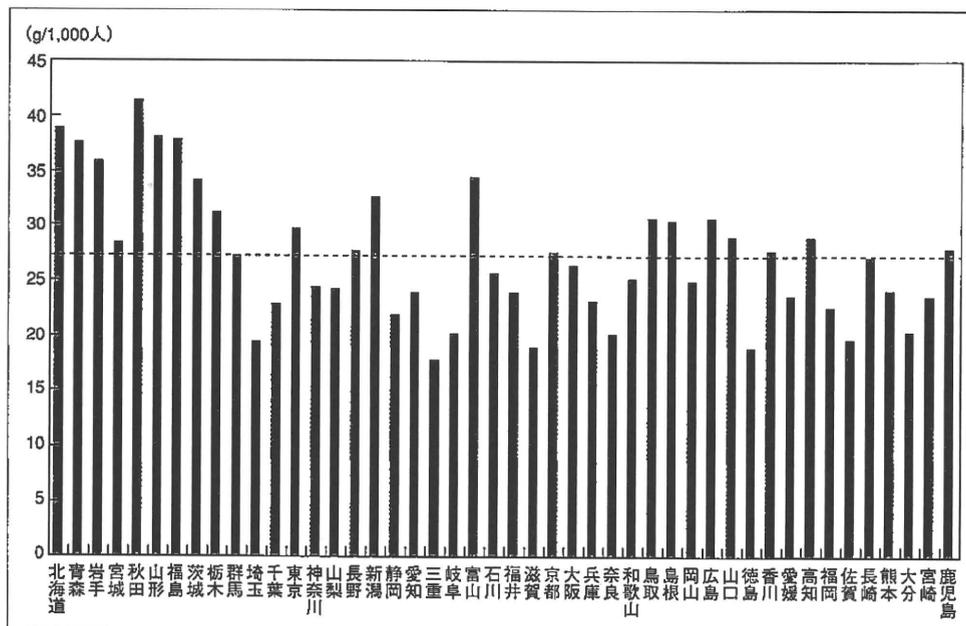


図2 日本における医療用麻薬の消費量(平成19年)
平成19年モルヒネの都道府県別人口1,000人あたりの消費量(厚生労働省調べ)。

算]、「緩和ケア病棟入院料」については、緩和ケア研修会を修了した医師が治療に携わることが算定条件となり、今後、緩和ケア研修会を受講する医師のさらなる増加が見込まれている。

現在、医療従事者に対する基本的な緩和ケアの知識の普及については、この医師に対する緩和ケア研修会を中心として進められている。がん診療に携わる医師が、エビデンスに基づいた適切な緩和ケアを実施していくことにより、多くのがん患者が疼痛などの苦痛から解放されていくことになるであろう。基本的な緩和ケアだけでは対応が困難な苦痛については、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームなどが対応していくことができる体制を整備していく必要がある。また、緩和ケアや精神腫瘍学の基本的な知識については、医師だけではなく、その他の医療従事者も習得すべきものである。今後は、がん診療に携わるすべての医療従事者が、それぞれの職種に応じた緩和ケアや精神腫瘍学の知識を習得する機会が確保されていくことが強く望まれている。

地域における包括的な 緩和ケアプログラムの開発

わが国において緩和ケアを普及させていくために、政府が多面的な取り組みを行っていることは前述したとおりであるが、各地域で緩和ケアを進めていくにあたっては、それぞれの地域ごとに特有の状況があり、全国で画一的に緩和ケアを進めていくことは困難である。たとえば、都道府県によって人口あたりの医療用麻薬の消費量が異なっていることがわかっており、緩和ケアの実施状況も異なっている(図2)。そのような状況のため、地域で緩和ケアの提供体制を整備していくにあたり、地域ごとにその方策が異なってくるため、具体的な計画を立案することが困難となっている。

この課題を解決することを目的に、地域の特性を踏まえ、地域における緩和ケアを推進していくための方法を明らかにし、地域の包括的な緩和ケアプログラムを開発する取り組みが行われている。

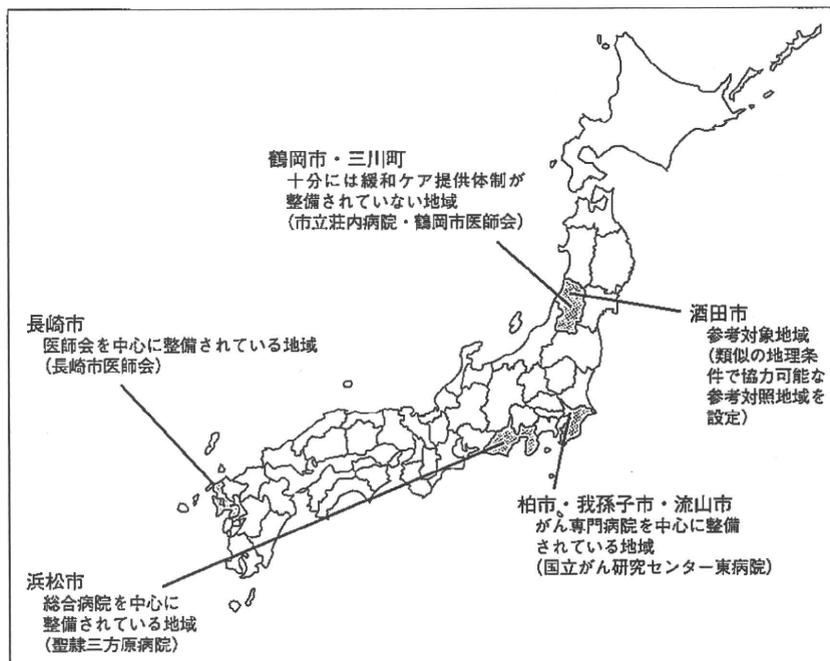


図3 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM-study)介入地域

平成18年度から、厚生労働科学研究費補助金・第3次対がん総合戦略研究事業・がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」[研究リーダー：江口研二(帝京大学)]が開始され、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model study ; OPTIM-study)が進行しているところである^{6)~9)}。OPTIMプロジェクトは、わが国における地域レベルでの緩和ケアの提供体制のあり方について、モデルを作成し検証していくことにより、地域緩和ケアを推進するための根拠に基づく包括的なプログラムを示すことを最終的な目標としているものである。

本プロジェクトでは、一般市民および医療従事者を対象に行った、緩和ケアに関する認識やニーズに関する予備調査の結果を踏まえて作成された地域緩和ケアに関する包括的なプログラムを用いて、全国4地域(鶴岡市(山形県)、柏市(千葉県)、浜松市(静岡県)、長崎市(長崎県))を対象に地域介入し、その前後で患者のQOLに関連する指標を比較することで、その効果につい

て検証を行っていく。これらの4地域は医療環境が異なる地域として、「緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域」、「一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域(実施主体ががん専門病院である地域)」、「一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域(実施主体が総合病院である地域)」、「一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域(実施主体が医師会である地域)」の4地域を選択した。「緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域」1地域に対して地理的条件、人口規模、利用できる専門緩和ケアサービスなどの医療リソースから、比較可能性があると考えられる近接する参考対照地域を選定した(図3)。

この包括的な地域緩和ケアプログラムは、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供、以上の内容を中心としたものとなっている(表2)。

表2 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM-study)介入概要

1. 緩和ケアの標準化と継続性の向上
 - ・地域で共通の緩和ケアに関するマニュアルをwebで公開し、印刷物で配布する
 - ・地域で緩和ケアに関するワークショップを行う
 - ・「わたしのカルテ」を配布し、利用を促す
 - ・退院支援プログラムが地域の病院に導入されているかを確認し、導入していない病院に導入する
2. 患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供
 - ・緩和ケアを紹介するリーフレット、冊子、ポスターを、地域住民が目にする事ができる公的機関・医療福祉機関に配布する
 - ・緩和ケアに関する図書100冊を地域の図書館に設置する
 - ・緩和ケアに関する市民対象の講演会を年1回以上開催する
3. 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション
 - ・地域の患者や医療福祉従事者の相談に対応する相談窓口を設置する
 - ・地域の多職種の医療福祉従事者を対象とした地域カンファレンスを年1回以上開催する
 - ・地域緩和ケアプログラムについての教育を受ける地域リンクスタッフを配置する
4. 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供
 - ・地域緩和ケアチームを設置する
 - ・緩和ケアチームのアウトリーチサービスが利用可能な状態とする

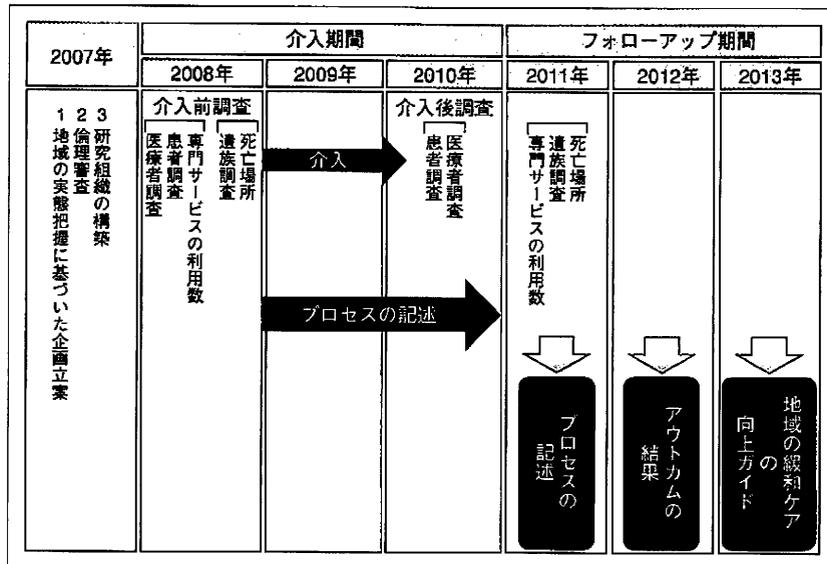


図4 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM-study)スケジュール

平成20年度からこのプログラムを用いた介入が、上記の緩和ケアの提供体制などの医療環境が異なる4地域に対して開始されており、平成22年度末より介入後の調査を行っていく予定である(図4)。

本プロジェクトでは、国際的に最大規模の患者・遺族アウトカムを含む地域緩和ケアプログラムが、がん患者のQOLを向上するかを検証す

るものである。また、プログラムのプロセスの研究から、今後、全国において緩和ケアを推進させていく際に活用可能な成果物、介入過程が蓄積されており、地域で緩和ケアを普及していくために解決すべきさまざまな課題が明らかになりつつある。本プロジェクトのアウトカム、プロセスの分析により、地域レベルの緩和ケア普及の方法が集約され、わが国の緩和ケアの均

てん化のために有用なデータが蓄積され、全国の各地域において活用できる科学的根拠に基づいた緩和ケアを推進するための方策をまとめていくことが期待されている。

おわりに

わが国のがん対策の方向性を総合的に定めた「がん対策推進基本計画」が、平成19年度に策定され4年が経過しようとしている。現在、政府を中心に、基本計画の中間報告の取りまとめが行われ、次期の基本計画策定に向けて、未解決な課題の整理が開始されている。平成24年度から始まる次期の基本計画において、緩和ケアや精神腫瘍学に関して取り組むべき課題を検討し、これらを推進するための十分な議論がなされることを期待している。

今後も、がん診療に携わる医療従事者の、エビデンスに基づく緩和ケアや精神腫瘍学についての理解がより一層進むことにより、すべてのがん患者とその家族が質の高い療養生活を送ることができる社会を一日でも早く実現することを強く願うものである。

文 献

- 1) 財団法人がん研究振興財団. 医療用麻薬消費量. がんの統計編集委員会・編. がんの統計(2009年版). 2009. p. 90-1.
- 2) 木澤義之, 山本 亮. がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための研修—PEACEプログラムを用いた研修会について—. 緩和医療学 2009 ; 11 : 303-9.
- 3) 日本緩和医療学会. 医師に対する緩和ケア教育プログラム(PEACE). Available from : URL : <http://www.jspm-peace.jp/>.
- 4) 国立がん研究センターがん情報サービス. 研修案内. Available from : URL : http://ganjoho.jp/professional/training_seminar/training/2010/.
- 5) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院の整備について. Available from : URL : http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf.
- 6) 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」. Available from : URL : <http://gankanwa.jp/>.
- 7) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan : current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model(OPTIM) study. Am J Hosp Palliat Care 2008 ; 25 : 412-8.
- 8) 山岸晁美, 森田達也, 江口研二. 地域介入研究(戦略研究). 緩和医療学 2008 ; 10 : 215-22.
- 9) 江口研二. がん緩和医療—地域で支える体制構築と地域包括的プログラムの開発—. 緩和医療学 2009 ; 11 : 351-5.

* * *

を整備することが定められており、この緩和ケアチームに「精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を一人以上配置すること」が、平成二十年三月に定められた。

これらの取り組みにより、全国で適切なところのケアが提供される体制が進みつつある。

おわりに

現在、がん対策推進協議会において、平成十九年度に策定された「がん対策推進基本計画」の中間評価について議論されている。今後、この中間評価に基づき、平成二十四年度から開始する次期の基本計画の案が作成されていくものと考えられる。がん患者に対するところのケアについては、進みつつあると言ってもまだまだ解決すべき課題が多く、患者からのニーズも高い分野であることから、今後さらなる推進を図っていく必要がある。まずは、多くの方々へ緩和ケアや精神腫瘍学の存在を知ってもらおうとともに、

これらを専門とする医療従事者を育成していき、苦痛の軽減を必要とするすべての患者や家族に、いつでも、どこでも、適切に必要な医療やケアが提供されるような体制が実現できるよう、次期の基本計画においても、がん患者のこのところのケアの方向性が確実に定められることが期待される。

【参考文献】

- ・ がん対策基本法
<http://www.nhlw.go.jp/bunryakankenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- ・ がん対策推進基本計画
<http://www.nhlw.go.jp/shing/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- ・ 加藤雅志 がん対策基本法を受けて変わりつつあること―今後の緩和ケアを見つめて― 緩和医療学 一一(四) 三〇一―三〇二 二〇〇九

〔かとう・まさし 独立行政法人国立がん研究センター
がん対策情報センターがん医療情報コンテンツ室長
中央病院精神腫瘍科併任〕