

の緩和ケアの実施」の一環として、「がん患者の状況に  
じ、身体的な苦痛だけでなく、精神的な苦痛に対する  
こころのケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供体制を整  
備する」ことが明記されるとともに、より質の高い緩和ケ  
アを実施していくために、精神腫瘍医の育成についても緩  
和ケアにおける取り組むべき施策の一つとして掲げられ  
た。

これらを実現していくために、がん診療に携わる医師  
が、精神的な苦痛に対するケアを含めた緩和ケアの重  
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  
ることを目的とした研修が全国において開催されている。  
この研修会は、がん診療に携わる医師を対象としたもので  
あり、単なる講義形式の研修だけではなく、参加者主体の  
体験型研修（ワークショップ）形式の研修も含まれる十二  
時間以上の研修と定められている。この研修会のプログラ  
ムの内容には、不安や抑うつ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、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。平成二十二年二月

二十八日現在、一万一、〇〇〇名以上の医師が研修を修了  
しており、今後さらに研修を進めていくこととなってお  
り、がん診療を行う外科医や内科医などに対するこころの  
ケアの基本的な知識の普及に努めている。

また、がん患者のこころのケアを専門とする医師である  
精神腫瘍医を育成していくために、研修の実施、eラー  
ニングシステムや診療マニュアルの開発などにも取り組ん  
でいる。

一方、各地域におけるがん医療水準の向上を図っていく  
上で、中心的な役割を担うことが期待されているのが、が  
ん診療連携拠点病院である。がん診療連携拠点病院とは、  
定められた指定要件を満たした病院が都道府県から厚生労  
働省への推薦を経て、厚生労働省から拠点病院として指定  
されたものである。拠点病院は、専門的ながん医療の提供、  
研修などを通じた人材育成、情報の収集提供などの役割を  
担っていくことが期待されている。

この拠点病院の指定要件の一つとして、緩和ケアチーム

がん対策基本法で何が変わっていくのか

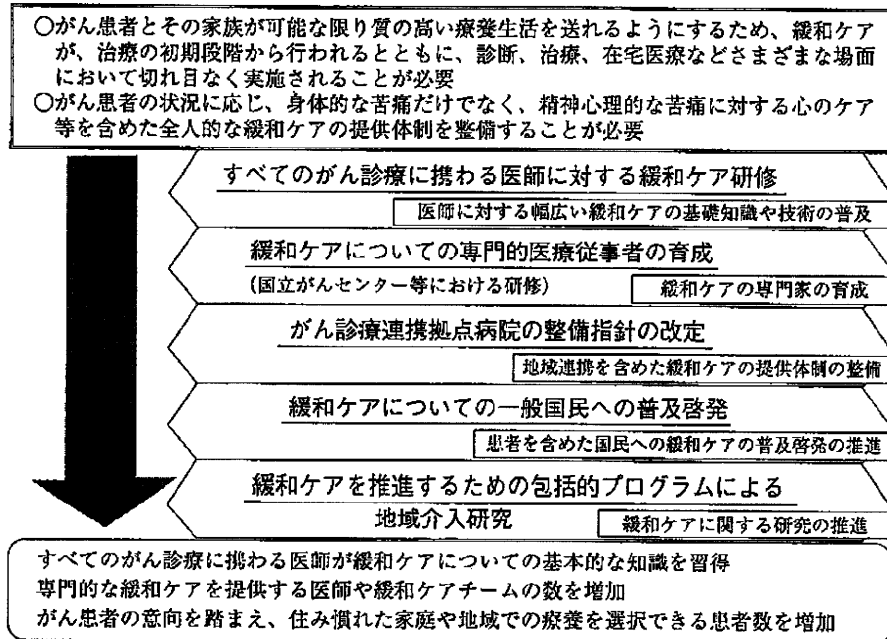


図2 緩和ケアの推進

- 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中で、がん患者のこころのケアを提供していく体制についても着実に整備されつつある。

### がん患者のこころのケアの推進について

がん対策推進基本計画において、「治療の初期段階から

われるようになった。

そして、このがん対策推進協議会の意見を踏まえ、「がん対策推進基本計画」が策定された。この基本計画は、平成十九年度から平成二十三年度までの五カ年を対象として、「がん対策基本法」で定められた基本的施策の推進を図るためのものである。

この基本計画は、わが国の総合的ながん対策の方向性について定めた初めてのものである。全体目標として、「がんによる死亡者の減少」及び「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、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ている。

全体目標として掲げられた「がんによる死亡者の減少」(十年間で七十五歳未満の年齢調整死亡率の二〇%減少)は、がんによる死亡をできる限り減らしていくという目標であり、これまでの累次の十カ年戦略において掲げられてきた目標と同意のものである。

一方、「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」については、がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神的な苦痛を抱えていること、また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えていることなど、様々な困難に直面しているにもかかわらず、わが国において緩和ケアが十分に普及していないことを踏まえて設定されたものである。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味は大きい。これを受けて、様々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。

さらに、基本計画において、重点的に取り組むべき課題の一つとして、治療の初期段階からの緩和ケアの実施が位置付けられ、特に推進していくこととされている。現在、大きく分けて以下の五つの軸に沿って進められているところである(図2)。

ん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

つまり、がん患者の療養生活の質の維持向上を目的に、治療の初期段階から、居宅を含めどこにおいても、緩和ケアを含めた適切な医療を提供できる体制を、地域連携等により整備していくことが定められたことになる。

私が厚生労働省に勤務していたころ、「がん対策基本法」が成立することにより、何が変わるのかという質問をしばしば受ける機会があった。「がん対策基本法」は文字通り「基本法」であり、国の制度や政策等の基本方針を明示するものである。直接に国民の権利義務に影響を及ぼすような規定が設けられるものではない。行政に携わって間

もない当時の私は、正直、「がん対策基本法」によって、何が変わっていくのか見通しが立たなかったものだが、実際に「がん対策基本法」が施行されることにより、わが国のがん対策は大きく変わってきたことを実感していくことができた。

#### がん対策推進基本計画と 緩和ケアの推進について

まず、平成十九年四月、がん対策基本法が施行されるとともに、まもなく「がん対策推進協議会」が設置された。この協議会は、がん患者及びその家族又は遺族を代表するものを委員に含むものであり、政府の審議会において、医療の提供側だけではなく、患者や家族が含まれたことは大変画期的なものであった。がん対策を、患者を含めた国民の視点で進めていくために、がん患者やその家族を委員に含めることは当然のことであるが、従来の政府の審議会では行われていなかったことであり、以降、このがん対策推進協議会は、政府の委員会等の設置においてモデル的に扱

が、一般病棟の患者に対しても緩和ケアが提供されるような体制が整備されるようになった。

平成十四年、世界保健機関（WHO）は、緩和ケアを以下のように定義した。

緩和ケアとは、生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族の生活の質を改善する取り組みである

つまり、緩和ケアは、患者のみならず家族に対しても提供されるべきであること、単なる身体の痛みの治療ではないこと、終末期に限らず早期から提供されるべきであることなどが示されたわけである。しかし、わが国においては、緩和ケアが終末期を中心とした一部の者にしか提供されない状況が続き、がん患者やその家族の方々から緩和ケアの

推進が強く望まれるようになっていった。

### がん対策基本法について

がん対策基本法の特徴として、基本理念の一つに、「がん患者が置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重して治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制を整備すること」が定められたことがある。国は、この基本理念にのっとり、がん対策を総合的に策定し、実施する責務を有する。つまり、患者の視点に立ったがん対策を進めていくことの重要性が明確にされたことになる。

さらに、基本的施策の「がん医療の均てん化の促進等」の中において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために、緩和ケアや在宅医療を推進していくことが以下のように定められている。

第十六条 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、居宅においてが

んの罹患率と死亡率の激減を目指して進められてきた。しかし、がんが依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題となっている現状があり、国民の方々からのがん対策に対するより一層の充実を求める要望が高まってきた。平成十八年六月、「がん対策基本法」の成立へと至った(図1)。

### 「がん対策基本法」以前の政府としての緩和ケアに関する取り組み

緩和ケアとは、患者や家族のQOLの維持向上を目指した医療やケアであり、ひとことと言うならば、患者や家族が自分らしく生活をしていくことができるよう、いつでもどこでも切れ目なく支援していくための取り組みであるとも言え換えられる。緩和ケアは、終末期に限られたものではなく、苦痛を抱えるすべての患者や家族に提供されるべきものである。また、疼痛などの身体症状の緩和だけを図るものではなく、精神的な苦痛を含めた全人的な苦痛の軽減を目指すものでもある。

わが国の緩和ケアは、ホスピスや緩和ケア病棟を中心に終末期のがん患者を対象として発展してきた経緯があり、平成二年に緩和ケア病棟の医療について、診療報酬が初めて設定された。しかし、このときの算定要件の一つとして、緩和ケア病棟に入院している「主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者」であることが定められていた。当時は、QOLの向上を目指した医療が主に終末期の患者を対象にしていたため、「終末期医療(ターミナルケア)」という言葉が緩和ケアと同義語のように用いられていた。そのため、今日においても「緩和ケア＝終末期の医療」という印象を抱かれていますとは否めない。

その後、患者やその家族のQOLを改善するためのケアの対象は拡大していき、終末期だけではなく疾患の早期から緩和ケアが提供されることが求められるようになった。平成十四年の診療報酬改定において、一般病床の入院患者に対して緩和ケアチームによる症状の緩和を提供した場合についても評価を行うように定められ、少しずつではある



図1 がん対策基本法

「」という領域を中心に臨床を行ってきた。精神腫瘍学とは、「がんがこころに与える影響」と「こころや行動ががんに与える影響」について明らかにしていくことを主たる目的とした学問領域である。がん医療においては精神的、心理社会的問題について取り組むものであり、がん患者やその家族の療養生活の質（QOL）の維持向上を目指していくものである。

一人の精神科医として病院に勤務し臨床を行っていたところ、平成十八年四月から平成二十一年三月までの三年間、厚生労働省がん対策推進室に勤務することとなり、この間、がん対策を中心とした医療行政に携わることとなった。平成十八年四月四日、私が厚生労働省での勤務を開始した翌日に、国会に「がん対策基本法案」が提出され、以降、がん対策基本法については、行政の立場から関わることとなった。

それまでの政府のがん対策の取り組みは、昭和五十九年度から開始した「対がん一〇カ年総合戦略」をはじめ、第三次にまで及ぶ十カ年戦略により、がん研究を中心に、が

# がん対策基本法で何が変わっていくのか

加藤雅志

## はじめに

平成十八年六月、わが国のがん対策は大きな転換期を迎えた。「がん対策基本法」が成立したのである。この法律の成立をきっかけにして、わが国のがん対策は大きく動き始めた。その大きな変化の一つの流れが「緩和ケア」である。がん患者の療養生活の質の維持向上を目指す緩和ケアが推進される中で、「がん患者のこころのケア」も大きくクローズアップされることとなり、この分野についても確

実に変化が生じている。本稿において、わが国のがん対策について概説し、「がん患者のこころのケア」の領域で生じている変化について解説したい。

## がん対策基本法の成立

がん対策について述べる前に、まずはじめに、私がどのような立場でがん対策に関わってきたのか説明したい。私は、医師として緩和ケアの実践を目指し、精神科学及び内科学の研修を修めた後、精神腫瘍学（サイコオンコロジー





## 緩和ケアのあるべき姿

加藤 雅志

### Key Words

緩和ケア, 精神腫瘍学(サイコオンコロジー),  
がん対策基本法, がん対策推進基本計画

### 1 はじめに

現在, わが国における緩和ケアは, 最大の転換期を迎えているといっても過言ではなく, これまでにないほどの追い風の中, 推進が図られている。

2006年に「がん対策基本法」が成立し, 2007年6月にわが国で初めての「がん対策の総合的な方向性を定めた「がん対策推進基本計画」が策定された。この基本計画の全体目標として, 「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」という生活の質(Quality of Life; QOL)に着目した新たな目標が定められたことは, 国のがん対策の方向性を多次元的なものとし, 患者の視点を重要視することにつながっている。そして, 基本計画の中で, 緩和ケアが「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」として, 重点的に取り組むべき事項の1つとして掲げられたことにより, 緩和ケアを推進する動きは大きくなっている。

緩和ケアにおいて, 精神心理的なケアは不可

欠であり, 緩和ケアの推進に伴って精神科医を含む精神保健の専門家に対する期待も高まり, 緩和ケアの領域で精神科医などが活躍する機会も多くなってきている。

本稿において, 緩和ケアについて概説し, 緩和ケアと精神医学との接点について述べ, 緩和ケアの領域で精神科医に求められている役割について述べたい。

### 2 緩和ケアの歴史

現在, 世界に広まっている緩和ケアの概念は, 1967年に聖クリストファーホスピスを創立したCicely Saundersが作り出したものが発展してきたものである。緩和ケアは, 当初, 末期がん患者に対するケアを中心にしたものであったが, 次第にその概念を広げていった。

現在, 緩和ケアについて, 世界保健機関(World Health Organization; WHO)は, 以下のように定義している。

緩和ケアとは, 生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者と家族の痛み, その他の身体

Expectations for the palliative care in Japan

KATO Masashi 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情報・統計部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]

的、心理社会的、スピリチュアルな問題を早期に同定し適切に評価し対応することを通して、苦痛を予防し緩和することにより、患者と家族の生活の質を改善する取り組みである。

「Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.」<sup>9)</sup>

つまり、緩和ケアは、患者だけではなく家族を含め、苦痛を抱える者に対して、全人的なアプローチを、終末期に限らず提供していくことであることを示している。また、わが国においては、緩和ケアはがんの領域を中心に展開しているが、がん以外の疾病についても対象とすべきであり、今後のわが国の緩和ケアの方向性を示すものである。

わが国における緩和ケアに関する動向については、1981年にわが国で最初のホスピスが設立されたことに始まる。日本の緩和ケアの黎明期、緩和ケアは、海外と同様にホスピスや緩和ケア病棟を中心に、終末期のがん患者を対象として発展してきた。まず1990年に緩和ケアについての診療報酬上の評価として、緩和ケア病棟入院料を設定されたが、この緩和ケア病棟入院料は、緩和ケア病棟に入院している「主として末期の悪性腫瘍の患者又は後天性免疫不全症候群に罹患している患者」に対する緩和ケアを評価したものであった。当時は、QOLの向上を目的として提供されるケアが主に終末期の患者を対象にしていたため、「ターミナルケア」ということが緩和ケアと同義語のように用いられていたこともあり、今日においても「緩和ケア＝ターミナルケア」という印象を抱いている者は少なくない。緩和ケア病棟の対象患者の定義から「末期」ということが無くなり、「苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍及び後天性免疫不全症候群の患者」とされたのは2008年のことである。

また、2002年から厚生労働省は、一般病床の入院患者に対して緩和ケアチームによる症状の緩和を提供した場合について緩和ケア診療加算を設定し評価を行っている。この緩和ケアチームについての診療報酬の施設基準の最大の特長の1つは、緩和ケアチームに精神科医が参加することを義務付けていることにある。緩和ケアは、疼痛などの身体的な苦痛のみならず、精神心理的苦痛もその対象としている。その精神心理的苦痛に対するケアの中心的な役割を、精神科医が担っていくことが示すものであり、緩和ケアへの精神科医の積極的な参加を促すメッセージでもある。緩和ケアの領域における精神科医の役割については後述したい。

さらに、患者の希望を踏まえ、住み慣れた家庭や地域で療養しながらQOLの高い生活を送ることができるように在宅医療の充実のために、2006年より診療報酬上の制度として在宅療養支援診療所が設けられ、在宅でも適切な緩和ケアが提供できるよう、在宅医療の推進が図られている。

### 3 転換期を迎えたがん対策と緩和ケア

がんが、国民の生命および健康にとって重大な課題であり、国民からのがん対策のより一層の充実についての要望を背景に、2006年6月に「がん対策基本法」が成立し、2007年4月1日より施行された<sup>3)</sup>。

この法律に関して、まず最初に挙げられる特徴として、基本理念の1つに、「がん患者の置かれている状況に応じ、本人の意向を十分尊重してがんの治療方法等が選択されるようがん医療を提供する体制の整備がなされること」が定められたことである。つまり、患者の視点に立ったがん対策を進めていくことの重要性が明確にされたことになる。

さらに、基本的施策の「がん医療の均てん化の促進等」の中において、がん患者の療養生活の質の維持向上のために、緩和ケアや在宅医療

を推進していくことが以下のように定められている。

第16条 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、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

つまり、がん患者のQOLの維持向上を目的に、治療の初期段階から、緩和ケアを含めた適切な医療を提供できる体制を整備していくことが定められたことになる。

2007年6月、政府は、がん対策基本法に基づき、「がん対策推進基本計画」を策定した<sup>4)</sup>。この基本計画は、2007年度～2011年度までの5カ年を対象として、「がん対策基本法」で定められた基本的施策の推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めたものである。「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」という全体目標を掲げ、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」という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だけでなく、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。

この全体目標の達成に向けて、重点的に取り組むべき課題として、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が位置付けられている。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べきものである。つまり、緩和ケアは、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。現在、この全体目標を達成するための取り組みが始まっており、以下の5つの軸に沿って進められているところである<sup>5)</sup>。

- 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。

#### 4 緩和ケアと精神医学との接点

精神心理的なケアを含む全人的なケアの実践を目指す緩和ケアは、精神医学と密接な関係を有している。

前述の Cicely Saunders が作り出したホスピ

スには、次の2つの要素があるときいている。①終末期疾患患者の痛みなどの症状の速やかで効果的なコントロール、②患者とその家族に対する心理的、社会的、スピリチュアルなケアである<sup>2)</sup>。つまり、患者や家族が直面するさまざまな問題に対し援助することを目指す緩和ケアと精神医学とは切っても切り離せない関係にある。

一方、がんと精神心理的側面との関係に着目した学問として精神腫瘍学(サイコオンコロジー (psycho-oncology))という学問領域がある。

米国において、適切なインフォームド・コンセントに基づく医療の推進が図られていく動きの中で、1970年代に入り、がんについても真実を患者に伝えたいと医療を行っていくことが一般的になっていった。悪い知らせが伝えられた後にみられる心理的反応や抑うつなどを含め、患者の精神的側面に着目したアプローチにより、患者のQOLの維持向上を図ることに心が向けられるようになった。1977年、スローン・ケタリング記念がんセンターに精神科部門が設立され、Jimmie C Hollandが、がん患者の心理的・社会的な問題点に焦点を当てた診療および研究に取り組み、精神腫瘍学という学問領域が生まれた<sup>3)</sup>。

精神腫瘍学は、「がんが心に与える影響」と「心や行動ががんに与える影響」について明らかにしていくことを主たる目的としており、わが国においても1986年に日本臨床精神腫瘍学会 (Japan Psycho-Oncology Society; JPOS。後に日本サイコオンコロジー学会と名称変更)が結成され、1987年に第1回学術大会が開催された。

緩和ケアと精神腫瘍学の目標は、完全に同一のものではないが、患者のQOLの維持向上を実現していくという方向性については同じものを有している。緩和ケアは、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、疼痛等の身体症状の緩和に留まらず、精神心理的な問題への援助が、治療の初期段階から

積極的な治療と並行して行うことを目指すものであることは前述の通りである。「がん対策推進基本計画」において、精神腫瘍医の育成の必要性が明記されているように、精神科医のはたすべき役割は大きい。

## 5 緩和ケア領域に求められる精神科医の役割

緩和ケアチームに精神科医が参加することに加え、2008年に改正されたがん診療連携拠点病院の指定要件<sup>4)</sup>において、がん拠点病院に精神科医の配置を必須化したことを受け、がん領域、特に緩和ケア領域において、精神科医が参画することのニーズが高まっている。

緩和ケア領域で求められる精神科医の役割としては、いくつかの段階があると考えられる。

- ①精神保健の専門家としての知識・技術
- ②コンサルテーション・リエゾン精神科医としての専門的な知識・技術
- ③精神腫瘍医としての専門的な知識・技術

①については、精神科医であれば習得していることが求められる精神症状の評価、薬物療法などの治療についての知識や技術である。

②については、①に加え、身体疾患を有する患者、他診療科との連携、チーム医療に関する知識などに基づく専門的な医療の実践が求められる。

③については、さらに、がんという疾患の特性を理解したうえで、専門的な知識に基づく多様な役割の実践が期待されている。基盤的な知識として、がん治療や緩和ケアに関する知識とがん患者の経過に関する知識を持つだけでなく、がん患者にみられる心理的反応や精神症状、がん患者とのコミュニケーション、家族へのケア、鎮静を含めた終末期の問題や倫理的な問題、意思決定能力の判断、燃え尽き症候群をはじめとしたスタッフに対するケア、スタッフに対する教育、チームのコーディネーターなどの役割が求められることもある。

今後、緩和ケア領域における精神科医の役割

を改めて整理していくことが必要であるが、基本的な態度として、共感的・支持的な態度であること、患者や家族のQOL・価値観・個別性を尊重することは、普遍的に求められることであろう。

## 6 緩和ケアの今後の方向性

全国において適切な緩和ケアが提供できる体制を一日でも早く実現するため、現在、緩和ケアについては、①がん診療に携わる医療従事者に基本的な緩和ケアの知識を普及すること、②緩和ケアに関する専門家を育成することに重点を置きながら推進している。

①についての取り組みの1つとして、がん診療に携わる医師に対して、厚生労働省が定めた指針に基づいて行われている緩和ケア研修会がある<sup>7)</sup>。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。このプログラムの中に、「不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア」、「がん医療におけるコミュニケーション技術」が含まれている。この緩和ケア研修会を通じて、がん診療に携わる医師が、がん患者の精神心理的側面に関心を持ち、コミュニケーションの重要性を認識することが期待されている。

また、②の専門家の育成については、精神腫瘍学の専門医制度についてはまだ整備されていないが、日本サイコオンコロジー学会では、精神腫瘍医として、薬物療法だけではなく、病気に関わる悩みなどにしっかりと耳を傾け、患者や家族の診療に積極的にあたる医師を「精神腫瘍登録医」として、ホームページへ掲載していくことを予定している<sup>8)</sup>。この「精神腫瘍登録医」制度を進めていくことによって、心のケア

を必要とするがん患者や家族が、どこの病院を受診すればよいのか明確になるとともに、全国において適切なケアが提供できる体制が整備されていくことが期待される。

また、今後、がん対策と緩和ケアが推進されていく中で、がん患者に対する精神心理的なケアを実践していく人材の育成が求められているが、その提供するケアの質を向上させていく努力も同時にしていかなければならない。そのためには、単に専門家の数を増やすことだけを目指にするのではなく、現在、提供されている精神心理的ケアの質の評価を行っていくことも必要である。この課題を解決する明快な回答はすぐには見つからないが、提供するケアの質をどのように高めていくのかという視点は常に意識していくべきものである。

## 7 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、2007年から開始され3年が経過した。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たところであり、次期の基本計画策定に向けて、未解決の課題の整理が開始されつつある。2012年から始まる次期の基本計画において、緩和ケアに関して取り組むべき課題は何か、そして精神科医はどのような役割をはたすべきなのか、議論を開始すべき時期になりつつある。

がん対策や緩和ケアの領域において精神科医をはじめとした精神保健の専門家に対するニーズは非常に高い。そのような中で、精神科医が、自ら課題を設定し、その解決策を提案していくことにより、これらの領域における役割をより一層強固にし、さらなる新たな領域に関わる機会を広げていくことも可能だと考える。

今後も、より多くの精神保健の関係者に緩和ケアについて理解していただき、緩和ケアと精神医学のより強力な連携体制を構築していくことにより、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が、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) 明智龍男：がんとこころのケア。NHK ブックス，東京，2003
- 2) Chochinov HM, Breitbart W編，内富庸介監訳：緩和医療における精神医学ハンドブック，星和書店，東京，2001
- 3) がん対策基本法 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>)
- 4) がん対策推進基本計画 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>)
- 5) 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 11：301-302, 2009
- 6) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について。([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_byoin02.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf))
- 7) 厚生労働省：緩和ケアの推進について。([http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan\\_kanwa01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kanwa01.pdf))
- 8) 日本サイコロジ学会：精神腫瘍登録医について。(<http://www.jpos-society.org/toroku/>)
- 9) WHO Definition of Palliative Care (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)

\* \* \*

# どのような緩和ケアセミナーが求められているのか：4188名が評価した緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因

## 抄録

研究の目的は、複数地域で地域多職種を対象に行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を抽出することである。4地域で開催されたセミナー53回の参加者6174名のうち4188名（68%）から評価を得た。「とても役に立つ」「役に立つ」と回答したものは91%、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものは8.7%であった。有用性の評価に有意に影響していたのは、内容（症状を扱ったもの）、形態（講義とグループワークの組み合わせ）、講師（看護師を含む）、参加者の臨床経験年数、職種であった。地域対象の緩和ケアセミナーでは、症状緩和をテーマとして看護師を講師に含む講義とグループワークを組み合わせたが有用である。

## ABSTRACT

Improving skills about palliative care of community health care workers is of great importance. Although palliative care workshops are held throughout the country, no systematic studies have examined what factors actually influence on the participant-reported usefulness of the workshops. The primary aim of this study is to determine the factors significantly contributing to participant-reported usefulness of palliative care workshop. A total of 53 workshop was held as a part of the regional palliative care intervention trial, OPTIM project, in 4 regions in Japan, and the participants were asked to report the usefulness on 5-point Likert type scale. For this study, 4188 respondents (68%) from 6174 participants were analyzed. There were significant difference in participant-reported usefulness among the regions, topics of the workshop (i.e., symptom palliation better than general topics), format (i.e., lecture combined with small group discussion better than lecture alone), speaker (i.e., nurses or physicians and nurses better than physicians alone), participant clinical experience, and participant occupation. Multivariate analyses identified the topics of the workshop (i.e., symptom palliation) and format (i.e., lecture combined with small group discussion) as better participant-reported usefulness of the workshops. Palliative care workshop for community health care workers should be provided through small group discussions and symptom palliation as the topics.

## 背景

疼痛緩和を含む緩和ケアは緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームを超えて、地域での普及が求められている<sup>1-3</sup>。しかし、地域の医療者は、緩和ケアにかかわる機会がそれほど多くない、専門的なトレーニングを受けたことがない、相談できる専門家が身近にいないことなどから、緩和ケアに関する自信は低い<sup>4,5</sup>。緩和ケアに関する地域医療者の知識や技術を向上させることは、地域における緩和ケアの普及に有用な可能性があり、地域がん診療連携拠点病院を中心として地域の緩和ケアにかかわる職種に対して緩和ケアの知識や技術を向上させることが課題とされている。地域医療者の緩和ケアの知識や技術を向上させる手段として、緩和ケアに関する講習会、アウトリーチプログラム、専門施設での研修などが考えられる。講習会はしばしばおこなわれる方法であり、系統的レビューでは、一般的な一方向性の講義による講習会では効果は限定的であり、相互交流的（interactive）な方法がすすめられている<sup>6,7</sup>。

我が国においては、医師を対象とした「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」（PEACEプログラム）、看護師を対象とした「看護師に対する緩和ケア教育」（ELNEC）などの運用が始められているが<sup>8,9</sup>、現在のところ大規模な有用性の実証研究はほとんどない<sup>10-13</sup>。これまでに、講義にグループディスカッションを取り入れた双方向性の緩和ケアセミナーの有用性について評価した1地域の経験では、参加者にとって、講義とグループディスカッションのくみあわせの有用性が高く評価され、内容では実技を含むもの、特殊な知識を短時間に得られるもの、パンフレットなど具体的なツールを使用するもの、倫理的問題や対応が難しい事例の症例検討、早期からの在宅サービスの利用に関係したものなどの評価が高かった<sup>13</sup>。しかし、これは1地域での1つの方法の報告であり、多地域の複数の方法を比較した研

表1 緩和ケアセミナーの内容 (53回)

内容	
疼痛	12
呼吸器症状	6
消化器症状	3
皮膚・排泄のケア	2
せん妄	3
精神的ケア・家族のケア	7
看取りのケア	3
地域の資源	7
その他*	10
形態	
講義とグループワーク	36
講義のみ	17
講師	
医師のみ	27
看護師のみ	5
医師と看護師	15
医師と薬剤師	3
その他**	3

\*：高カルシウム血症、栄養、評価尺度やツール

\*\*：看護師と医療ソーシャルワーカー、薬剤師と臨床心理士、介護福祉士と理学療法士

究はない。多地域で行われた緩和ケアセミナーの有用性の評価に与える要因を明らかにすることは、今後、各地域で行われる地域を対象とした緩和ケアセミナーの計画を立てる上で価値があると考えられる。

本研究の目的は、多地域で地域の多職種を対象に行われた緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因を抽出することである。

## 対象・方法

### 1 緩和ケアセミナー

「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM プロジェクト)の介入の一部として、2008年～2009年の2年間に全国の4地域で地域の多職種向けに緩和ケアセミナーが行われた。緩和ケアセミナーは、相互交流的(interactive)に年1回以上多職種を対象として行うことを規定したが、内容、講師などの具体的な方法については各地域で決定した。

2年間に合計53回のセミナーが開催された(表1)。地域では、A地域17回、B地域17回、C地域14回、D地域5回であった。内容は疼痛が最も多く、精神的ケア・家族のケア、地域の資源、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、看取りのケアなどであった。形態としては講義とグループワークを組み合わせたものが68%、講義のみのものが32%であった。講師は医師のみが51%、医師と看護師が28%であった。セミナーの時間は60分から90分であった。

### 2 緩和ケアセミナーの質問紙による評価

毎回終了後に参加者に質問紙を配布し、回収箱に回収した。調査項目は、背景(性別、年齢、職種、勤務場所、勤務場所での職種、臨床経験年数)に加えて、緩和ケアセミナー全体の有用性を「とても役に立つ(5)」、「役に立つ(4)」、「少し役に立つ(3)」、「あまり役に立たない(2)」、「役に立たない(1)」の選択回答により調査した。

講義については、講義の有用性、時間(「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」)、わかりやすさ(「とても分かりやすい」、「分かりやすい」、「少しわかりにくい」、「分かりにくい」)、難易度(「もっと発展的な内容がいい(基本的すぎる)」、「ちょうどよい」、「もっと基本的な内容がいい(難しすぎる)」)を調査した。グループワークについては、



時間（「短かった」、「ちょうどよかった」、「長かった」）を調査した。

調査は参加者の同意のもとに匿名性に配慮して行った。

## 解析

緩和ケアセミナー全体の有用性を主要評価項目とし、セミナーの方法（地域、内容、形態、講師）、参加者の背景（性別、年齢、勤務場所での職種、臨床経験年数）による差を Student の t 検定、 $\chi^2$  検定、または、一元配置分散分析（ANOVA、post-hoc test は Sheffe test を用いた）で検定した。背景要因は、その要因を含むセミナーが複数地域で複数回行われたものを比較の対象とした。すなわち、セミナーの内容では、疼痛、呼吸器症状、消化器症状、皮膚・排泄のケア、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケア、地域の資源を検討した。講師は、医師のみ、看護師のみ、医師と看護師、医師と薬剤師を検討した。参加者の背景では、職種、勤務場所、勤務場所での職種のうち、勤務場所での職種を検討した。有意水準は  $P=0.01$  に設定した。複数の背景要因の影響を測定するために、参加者を「とても役に立つ」または「役に立つ」と回答したものと、「少し役に立つ」、「あまり役に立たない」、「役に立たない」と回答したものとを 2 群に分け、ステップワイズ法（変数増加法、尤度比）によるロジスティック回帰分析を行った。統計解析は、Statistical Package for the Social Sciences ver. 9.0 を使用した。

## 結果

53回の緩和ケアセミナーの参加者は累計6174名であり、そのうち4188名（68%）から質問票を回収した。そのうち、グループワークのあるセミナーの参加者は2680名であった。参加者の職種は、看護師が約半数で、薬剤師、医師、介護支援専門員などであった。勤務場所は、病院が約40%と最も多かったが、訪問看護ステーション、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム、診療所、居宅介護支援事業所、保険薬局など多様であった。勤務場所での職種は、病院看護師が最も多く約30%であったが、訪問看護ステーション看護師、居宅介護支援事業所、保険薬局薬剤師、病院薬剤師、診療所医師、病院医師、緩和ケア病棟・緩和ケアチーム看護師など多様であった。臨床経験年数は10年以下のものが約30%であった。

### 1 緩和ケアセミナーの評価

全般的な有用性は、「役に立つ」、「とても役に立つ」と回答したものがそれぞれ44%、47%であった（表3）。講義についても、「役に立つ」「とても役に立つ」と回答したものは約90%であった。

講義の時間は約80%が「ちょうどよかった」としたが13%は「短かった」と回答した。分かりやすさは、「とても分かりやすい」、「分かりやすい」と答えたものが約90%であった。内容の難易度は86%が「ちょうどよかった」と回答し、「もっと発展的な内容がよい」と「もっと基本的な内容がよい」は10%以下であった。グループワークの時間は約70%が「ちょうどよかった」としたが30%は「短かった」と回答した。

### 2 緩和ケアセミナーの有用性に影響する要因

全般的な有用性に有意差があったのは、地域、内容（皮膚排泄のケア、地域の資源を扱ったセミナーは疼痛などの症状を扱ったセミナーに比較して有用性が低い）、形態（講義とグループワークを組み合わせたセミナーは講義のみのセミナーより有用性が高い）、講師（講師に看護師が含まれるセミナーは医師のみが講師のセミナーに比較して有用性が高い）、臨床経験年数（26年以上の臨床経験のある参加者では有用性が低い）であった（表4）。また、勤務場所での職種では、診療所医師、訪問看護ステーション看護師、緩和ケアチーム薬剤師で有用性が高く、診療所看護師、病院看護師で有用性が低かった（図1）。

多変量解析では、セミナーの内容が疼痛などの症状緩和であること、形態が講義とグループワークを組み合わせたセミナーであることが有用性の独立した決定因子として抽出された（表5）。

表2 対象者背景 (n=4188)

性別	
男性	20% (n=820)
女性	68% (n=2832)
年齢	
20代	14% (n=590)
30代	21% (n=862)
40代	22% (n=939)
50代以上	21% (n=882)
職種	
看護師	51% (n=2136)
薬剤師	15% (n=632)
医師	13% (n=560)
介護福祉専門員	8.3% (n=348)
医療ソーシャルワーカー	2.7% (n=112)
保健師	1.6% (n=69)
栄養士	0.5% (n=20)
その他	6.4% (n=267)
勤務場所	
一般病棟	43% (n=1809)
訪問看護ステーション	13% (n=527)
緩和ケア病棟・緩和ケアチーム	9.8% (n=412)
診療所	8.9% (n=373)
居宅介護支援事業所	7.6% (n=320)
保険薬局	6.4% (n=270)
その他	9.0% (n=375)
勤務場所での職種	
病院看護師	28% (n=1186)
訪問看護ステーション看護師	11% (n=447)
居宅介護支援事業所介護福祉専門員	7.7% (n=321)
保険薬局薬剤師	6.5% (n=271)
病院薬剤師	6.1% (n=255)
診療所医師	5.9% (n=245)
緩和ケア病棟・緩和ケアチーム看護師	5.1% (n=214)
病院医師	5.1% (n=212)
診療所看護師	2.7% (n=112)
病院医療ソーシャルワーカー	2.2% (n=94)
緩和ケア病棟・緩和ケアチーム医師	2.0% (n=83)
緩和ケア病棟・緩和ケアチーム薬剤師	1.9% (n=80)
臨床経験年数	
0-5年	17% (n=709)
6-10年	16% (n=650)
11-15年	9.8% (n=412)
16-20年	12% (n=494)
21-25年	9.2% (n=386)
26-30年	6.7% (n=282)
31年以上	5.1% (n=213)

表3 緩和ケアセミナーの評価 (n=4188)

	全体	講義
有用性		
とても役に立つ	47% (n=1697)	42% (n=1602)
役に立つ	44% (n=1567)	47% (n=1803)
少し役に立つ	7.0% (n=251)	9.3% (n=354)
あまり役に立たない	1.2% (n=44)	1.2% (n=46)
役に立たない	0.5% (n=18)	0.6% (n=22)
欠損値	15% (n=611)	8.6% (n=361)
講義時間		
短かった	13% (n=488)	
ちょうどよかった	81% (n=3049)	
長かった	5.5% (n=206)	
欠損値	11% (n=441)	
講義のわかりやすさ		
とても分かりやすい	43% (n=1552)	
分かりやすい	50% (n=1781)	
少しわかりにくい	6.0% (n=213)	
わかりにくい	1.3% (n=48)	
欠損値	14% (n=594)	
講義の内容の難易度		
もっと発展的な内容がいい (基本的すぎる)	9.4% (n=328)	
ちょうどよい	86% (n=3019)	
もっと基本的な内容がいい (難しすぎる)	4.6% (n=160)	
欠損値	16% (n=681)	
グループワークの時間		
短かった	29% (n=567)	
ちょうどよかった	68% (n=1309)	
長かった	3.2% (n=62)	
欠損値	54% (n=2250)	

各項目の%は欠損値を除いた母数での%を示す。

表4 セミナー対象者の背景ごとの有用性

要因	多群比較	有用性 (平均±標準偏差)	Post-hoc test で有意差がある群
地域	P<0.001		
地域A		4.1±0.81	vs. B、C、D
B		4.3±0.58	vs. C
C		4.4±0.55	
D		4.4±0.62	
内容	P<0.001		
疼痛		4.4±0.55	
呼吸器症状		4.3±0.70	
消化器症状		4.4±0.55	
皮膚排泄のケア		4.1±0.76	注*
せん妄		4.4±0.55	
精神的ケア・家族のケア		4.3±0.57	
看取りのケア		4.4±0.56	
地域の資源		4.2±0.63	注**
形態	P<0.001		
講義とグループワーク		4.1±0.82	
講義のみ		4.4±0.56	
講師	P<0.001		
医師のみ		4.2±0.77	
看護師のみ		4.4±0.58	vs. 医師のみ
医師と看護師		4.4±0.58	vs. 医師のみ
医師と薬剤師		4.3±0.58	
参加者の性別	P=0.077		
男性		4.3±0.70	
女性		4.3±0.70	
参加者の年齢	P=0.019		
20代		4.2±0.76	
30代		4.3±0.72	
40代		4.3±0.68	
50代以上		4.2±0.70	
参加者の臨床経験年数	P=0.001		
1～10年		4.4±0.60	
11～25年		4.4±0.59	
26年以上		4.3±0.62	vs. 1～10年、11～25年

\* : vs. 疼痛、呼吸器症状、消化器症状、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケア

\*\* : vs. 疼痛、せん妄、精神的ケア・家族のケア、看取りのケア