

Ⅲ. 資料

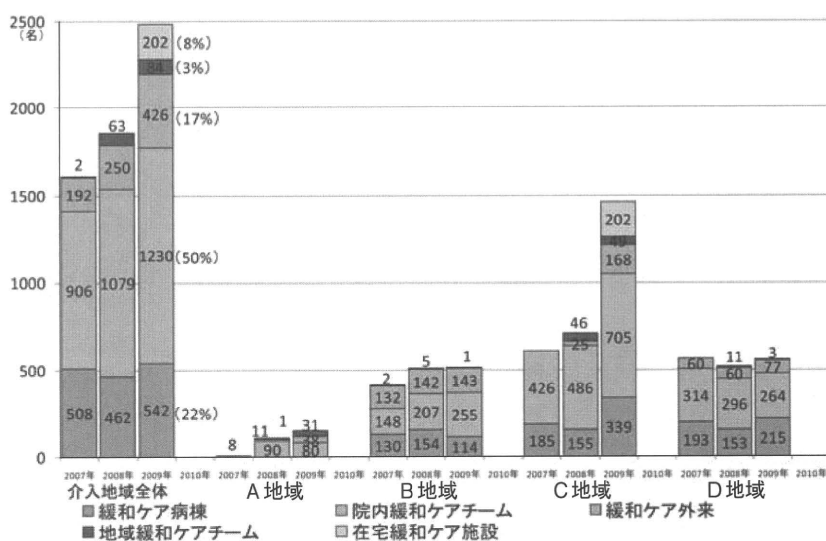


図 15 専門緩和ケアサービスのサービスごとの利用数

■問題点・バリア

- 病院から在宅への連携がうまくいったか評価の場所がない
- 患者・家族には継続不可能なことを退院時に指導されてくる場合も多い
- 在宅で、ケアに関してどこまでの手技が可能か、よく分からない
- 診療情報提供書や看護サマリーに在宅スタッフの欲しい情報がないことも多い
- 入院中のことで問い合わせたいことがある時、誰に連絡していいのかわからない
- 病状や介護力を理由に医療者が在宅は無理と判断してしまっている場合も多い
- 最期の数日の退院では、患者・家族と在宅スタッフの信頼関係構築の時間が確保できないので、もう少し早めに退院支援をしてほしい

■解決策

- 在宅での患者の経過を病院にフィードバックし、改善する構造を作る
- 在宅で実施可能な医療・看護を入院中連携の窓口を明確にする
- 医療の必要性ではなく「患者が帰りたいかどうか」を軸に評価を行う
- 早めに在宅スタッフに紹介するよう心がける
- 連携の質向上のための会を定期的につ
- 困難事例や初めてがんとみる在宅医療者に引き継ぎ際などは退院前カンファレンスを積極的に開催する

OPTIM地域で構築されたシステム

地域	システム
A	退院支援プログラム導入 ハイリスクカンファレンス
B	退院支援プログラム導入 連携ノウハウ共有会 地域デスクカンファレンス
C	退院支援プログラム導入 地域連携促進シートの運用
D	退院支援プログラム導入 看看連携プロジェクト 地域がん症例検討会

図 16 地域緩和ケアの課題と収集された解決策（例）

ん治療中の患者、performance status のよい患者、疼痛以外の症状や精神的サポートでの依頼が増加しており、「早期からの緩和ケア」が行われていることが示唆された。これらの指標はアウトカム研究のエンドポイントであると同時に、地域を単位としてどれくらいの患者がどのような緩和ケアサービスを利用しているかを経年的に把握したわが国で初めてのデータであるほか、「早期からの緩和ケア」が実施されているのかを把握できる現在我が国で設定されている唯一のコホートで

ある。

このように、OPTIMプロジェクトでは、単にアウトカムの変化だけではなく、わが国の緩和ケアの実態を把握し、生じている現象を解釈する大規模なコホートとして活用することが期待される。

今後の予定

OPTIMプロジェクトは開始当初の相当な困難

表 5 OPTIM レポートの内容 (一部を抜粋)

総括	
A.	OPTIM 研究のまとめ
B.	Clinical implication：地域の緩和ケアをすすめるプロジェクトチームへ
C.	Policy implication：地域緩和ケアをすすめるための行政への提言
OPTIM プロジェクトの概要と結果	
A.	OPTIM プロジェクトの背景と目的

B.	対象と方法

C.	介入：OPTIM プロジェクトで行われたこと
1)	4 地域で行われたこと：概要
2)	各地域で行われたこと

D.	OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか？アウトカム研究
1)	主要な結果：自宅死亡、緩和ケアの利用数、患者・遺族から見た緩和ケアの評価の変化
2)	死亡場所・在宅期間の変化
3)	専門緩和ケアサービス利用数の変化
4)	患者から見た緩和ケアの評価の変化
5)	遺族から見た緩和ケアの評価の変化
6)	医師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化
7)	看護師の緩和ケアに関する知識・困難感・実践の変化
8)	患者・遺族の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化
9)	患者・遺族・市民の緩和ケアの準備性の変化
10)	地域の緩和ケアの Quality indicator の変化
11)	住民の緩和ケアの知識・認識・安心感の変化

E.	OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか？プロセス研究
1)	地域緩和ケアの課題と解決策
2)	4 地域 100 名のコアリンクスタッフの経験と示唆
3)	4 地域のプロジェクトチームの経験と示唆
4)	4 地域のプロジェクト実施者の立場から：OPTIM プロジェクトで達成されたことと今後の課題

F.	付帯研究
1.	緩和ケアの技術・知識の向上に関するもの
1)	作成したマテリアルの趣旨と一覧
2)	マニュアル・症状評価ツールに関する研究
	疼痛のパンフレット
	看取りのパンフレット
	せん妄のパンフレット
	「生活のしやすさによる質問票」による緩和ケアスクリーニングの評価
	地域緩和ケア介入のためのホームページの効果
3)	緩和ケアのセミナーに関する研究
	多職種対象の緩和ケアセミナーについての評価 (4 地域)
	患者・遺族調査に基づいた緩和ケアセミナーの評価
2.	患者・家族・住民への情報提供に関するもの
1)	作成したマテリアルの趣旨と一覧
2)	リーフレット・冊子・ポスターを用いた啓発介入に関する研究
	リーフレット・ポスターなどの一斉配布の現況調査
	病院内のどこで、どんなリーフレット・冊子が持って帰られるか
3)	図書を用いた啓発介入に関する研究
4)	講演会による啓発介入に関する研究
5)	患者会などによる啓発介入の効果
6)	栄養・料理に関する情報提供に関する研究

表5 (つづき)

-
3. 地域緩和ケアのコーディネーション・連携の促進
- 1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧
 - 2) 地域緩和ケアの相談支援に関する研究
 - 病院内・地域内の相談支援の内容と転帰 (4 地域)
 - 院内・院外の相談支援センターの相談内容の比較
 - 3) 退院支援・調整プログラムに関する研究
 - (1) 患者・家族アウトカムに関する研究
 - 退院前カンファレンスの患者・家族から見た有用性
 - 退院支援プログラムの効果についての遺族調査
 - 病棟看護師による退院患者に対するテレフォンのフォローアップの評価
 - 退院調整・ハイリスクカンファレンスの成果と課題
 - (2) 医師・看護師への教育に関する研究
 - 病院看護師の在宅の視点の評価方法の開発
 - 病院看護師の在宅の視点の測定：縦断研究 (4 地域)
 - 訪問看護実習による病棟看護師の体験
 - 3) 患者所持型情報共有ツールに関する研究
 - わたしのカルテの評価
 - 地域連携連絡シートの運用・評価
 - 4) 多職種連携カンファレンスに関する研究
 - 多地域・多職種での連携促進カンファレンスの効果
 - 地域連携ノウハウ会とデスクカンファレンスの効果
 - 地域で行う困難事例カンファレンスの評価
 - 5) 地域のリソース情報を共有する方策についての研究
 - 地域のリソースデータベースの評価 (2 地域)
 - 6) 地域緩和ケアにおける診療所の機能に関する研究
 - 診療所訪問による診療所の連携の課題と解決策
 - 診療所同士の連携方策についての評価
 - 地域多職種で「今聞きたいこと」を遺族に聞く在宅ホスピスでの調査
 - 7) 地域緩和ケアにおける訪問看護ステーションの機能に関する研究
 - 訪問看護ステーションの守備範囲のプロットによるリソースの有効利用に関する研究
 - 在宅ホスピスと連携する訪問看護ステーションの役割に関する研究
 - 8) 地域緩和ケアにおける薬局の機能に関する研究
 - 病院と保険薬局が行う外来がん患者の電話モニタリングの効果
 - 在宅における薬局の課題と解決策
 - 在宅がん患者の遺族による保険薬局の評価
 - 9) 地域における緩和ケア病棟の機能についての研究
 - 緩和ケア病棟の在宅支援ベッドの患者・家族から見た評価
 - 緩和ケア病棟における地域医療者を対象とした緩和ケア体験実習の効果
 - 10) がん緩和ケアにおける介護保険・ケアマネジャーの役割に関する研究
 - ケアマネジャーのがん緩和ケアに対する困難感に関する研究
 - ケアマネジャーの教育ニーズに関する研究
 - 介護保険のがん患者への適応の問題と手続きの迅速化による効果
 - 在宅がん患者の遺族によるケアマネジャーの評価
 - 11) がん緩和ケアにおける施設の役割に関する研究
4. 緩和ケア専門家による診療・ケアの提供に関する研究
- 1) 作成したマテリアルの趣旨と一覧
 - 2) 地域緩和ケアチームに関する研究
 - 地域緩和ケアチームの相談内容と運用 (4 地域)
 - 3) アウトリーチプログラムに関する研究
 - 地域緩和ケアチームによるアウトリーチプログラムの有用性
5. 実態調査に関するもの
-

Ⅲ. 資料

にもかかわらず、世界最大規模の地域緩和ケアの介入研究として進捗している。現在、予定されていた介入はほぼ終了し、介入過程の詳細な記録から地域緩和ケアの課題と解決策が収集・分類されている（図 16 は一例）。50 を超える付帯研究については、すでにその一部は学術論文として出版されている。また、地域の福祉医療従事者 100 名を対象としたインタビュー調査により、プロジェクトで生じた介入経過を明らかにする研究も並行して行われている。

今後、2011 年にアウトカムの数値を取得し、2012 年にすべての結果を解析する。研究結果は、「OPTIM レポート」としてアウトカムの変化のみならず、各地域で実際に行われた介入過程の詳細な記述、および、介入に当たって作成されたマテリアル・知見・ノウハウとあわせて報告する予定である（表 5）。

近年、全国各地で類似した取り組みは行われているが、OPTIM プロジェクトのユニークな点は、「取り組む」のみならず、地域全体の死亡場所、緩和ケア利用数、外来患者の QOL、死亡患者の遺族から見た QOL、医療者の困難感や知識などが、同時に、系統的に収集されていることである。この規模で、同時にこれらの指標を経時的に取得したものは国際的にも存在しない。

アウトカム研究を通じて「OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を変えたか？」を整理し、プロセスの研究を通じて「OPTIM プロジェクトで何が各地域で行われたか」を詳細に記述し、「OPTIM プロジェクトは地域緩和ケアの何を明らかにしたか？」を考察する。そのうえで、「地域の緩和ケアを進めるプロジェクトチームにとっての clinical implication」と「地域緩和ケアを進めるための行政にとっての policy implication」をまとめる予定である。地域の緩和ケアをすすめるうえで、どのような介入がどのような結果をもたらすと予測されるのか、地域緩和ケアを向上させる課題と解決策は何かを、実際の量的、質的双方の

データに基づいて考察し、単に、「(数値が) 上がった・下がった」ということではなく、全国のどこの地域にでも何かしら有益な情報をまとめることを通じて全国への還元としたいと考えている。

注意 本論文は、OPTIM プロジェクトの進捗状況を筆者の意見として紹介したものであり、プロジェクトの意見を代表したものではありません。また、今回示した結果や解釈については今後研究班で検討するものであり、修正や変更がある可能性があります。

謝辞 OPTIM プロジェクトの実施に当たり、ご協力をいただいているみなさま全員にこころより感謝します。あわせて、2007～2009 年のプロジェクトの立ち上げ前後で特に尽力いただいた山岸暁美先生（現 厚生労働省医政局在宅医療推進室、聖隷クリストファー看護大学非常勤講師）に感謝します。

文 献

- 1) Jordhøy MS, Fayers P, Saltnes T, et al: A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomised trial. *Lancet* 356: 888-893, 2000
- 2) 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* 25 (5): 412-418, 2008
- 3) Lewin S, Glenton C, Oxman AD: Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ* 339: b3496, 2009
- 4) Miyashita M, Morita T, Hirai K: Evaluation of end-of-life cancer care from the perspective of bereaved family members: the Japanese experience. *J Clin Oncol* 10 26 (23): 3845-3852, 2008
- 5) 山岸暁美, 森田達也, 古村和恵, 他: 地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出: OPTIM-Study による複数地域・多職種による評価. *がんと化学療法* (in press)

IV. 研究成果の刊行に関する一覧表

IV. 研究成果

書籍 (外国語)

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
なし							

書籍 (日本語)

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
秋月伸哉	第II章精神症状の評価とマネジメント1 がんの経過における正常反応と精神症状: 専門医のための精神科臨床リユミエール24	大西秀樹	サイコオンコロジー	中山書店	東京	2010	40-48
志真泰夫、木澤義之、阿部泰之、黒岩ゆかり、小林奈美、坂本雅樹、佐藤哲観、清水わか子、松原貴子、山本亮	がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会開催ハンドブック2009年度版	志真泰夫、木澤義之	がん診療にたずさわる医師に対する緩和ケア研修会開催ハンドブック2009年度版	日本緩和医療学会	つくば	2010	1-75

雑誌 (外国語)

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
<u>Eguchi K</u>	Development of palliative medicine for cancer patients in Japan: From isolated voluntary effort to integrated multidisciplinary network.	Jpn J Clin Oncol	40(9)	870-875	2010
Okuyama T, Endo C, Seto T, <u>Kato M</u> , Seki N, Akechi T, Furukawa TA, <u>Eguchi K</u> , Hosaka T	Cancer Patients' reluctance to discuss psychological distress with their physicians was not associated with under-recognition of depression by physicians: a preliminary study	Palliat Support Care	7(2)	229-33	2009
Shimizu K, <u>Akizuki N</u> , Nakaya N, et al.	Treatment Response to Psychiatric Intervention and Predictors of Response Among Cancer Patients with Adjustment Disorders.	J Pain Symptom Manage	Jan 12	Epub ahead of print	2011
Asai M, <u>Akizuki N</u> , Akechi T, et al	Psychiatric disorders and stress factors experienced by staff members in cancer hospitals: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Hospitals in Japan.	Palliat Support Care	8(3)	291-295	2010
Ogawa A, Shimizu K, <u>Akizuki N</u> , et al.	Involvement of a psychiatric consultation service in a palliative care team at the Japanese cancer center hospital	Jpn J Clin Oncol	40(12)	1139-46	2010
Shimizu K, Ishibashi Y, <u>Akizuki N</u> , et al	Feasibility and usefulness of the 'Distress Screening Program in Ambulatory Care' in clinical oncology practice	Psychooncology	19(7)	718-25	2010
Akechi T, Okumura H, <u>Akizuki N</u> , et al	Gender differences in factors associated with suicidal ideation in major depression with suicidal ideation in major depression among cancer patients	Psychooncology	19(4)	384-9	2010

IV. 研究成果

Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Igarashi A, Akiyama M, Akizuki N, Shirahige Y, Eguchi K	Pain intensity, quality of life, quality of palliative care, and satisfaction in outpatients with metastatic or recurrent cancer: a Japanese nation-wide region-based representative survey	J Pain Symptom Manage				In Press
Akiyama M, Takebayashi T, Morita T, Miyashita M, Hirai K, Matoba M, Akizuki N, Shirahige Y, Yamagishi A, Eguchi K	Knowledge beliefs, and concerns about opioids, palliative care, and homecare of advanced cancer patients : a nationwide survey in Japan	Support Care Cancer				In Press
Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Ichikawa T, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K	Providing palliative care for cancer patients: the views and exposures of community general practitioners and district nurses in Japan	J Pain Symptom Manage				In Press
Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Yoshida S, Akizuki N, Shirahige Y, Akiyama M, Eguchi K	Preferred place of care and place of death of the general public and cancer patients in Japan	Support Care Cancer				Submitted
Ise Y, Morita T, Maehori N, Kutsuwa M, Shiokawa M, Kizawa Y	Role of the community pharmacy in palliative care: a nationwide survey in Japan.	J Palliat Med	13(6)	733-7	2010	
Hirai K, Kudo T, Akiyama M, Matoba M, Shiozaki M, Yamaki T, Yamagishi A, Miyashita M, Morita T, Eguchi K	Public awareness, knowledge of availability and readiness for palliative care services: A population based survey across four region in Japan	J Palliat Med				In Press
Fukahori H, Miyashita M, Morita T, Ichikawa T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K	Administrators' perspective on end-of-life care for cancer patients in Japanese long-term care facilities	Support Care Cancer	17	1247-54	2009	
Igarashi A, Miyashita M, Morita T, Akizuki N, Akiyama M, Shirahige Y, Eguchi K	A scale for measuring feelings of support and security about cancer care in a region of Japan: a potential new endpoint of palliative care	J Pain Symptom Manage				In Press
Komura K, Yamagishi A, Akizuki N, Kawagoe S, Katou M, Morita T, Eguchi K	Patient-perceived usefulness and practical limitations of patient-held records for cancer patients in Japan: OPTIM study	Palliat Med				Submitted
Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, Akizuki N, Kizawa Y, Shirahige Y, Akiyama M, Hirai K, Kudo T, Yamaguchi T, Fukushima A, Eguchi K	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 Hospice Palliative Med	25	412-18	2008	

IV. 研究成果

書籍（日本語）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
古村和恵、山岸暁美、赤澤輝和、鈴木聡、和泉典子、的場元弘、森田達也、江口研二	市民公開講座の受講前後の緩和ケアに対するイメージの変化	緩和ケア			Submitted
山岸暁美、森田達也、古村和恵、末田千恵、白髭豊、木下寛也、秋月伸哉、鈴木聡、加藤雅志、江口研二	地域のがん緩和ケアの課題と解決策の抽出：OPTIM-studyによる複数地域・多職種による評価	がんと化学療法			In Press
江口研二	最近のがん緩和医療 特集 消化器がん終末期の特徴とターミナルケア	臨床外科	65(9)	1215-15	2010
佐々木翼、太田修二、関順彦、江口研二	腫瘍内科におけるがん緩和医療 特集 固形がんの最新治療	日本臨床	68(6)	1269-76	2010
江口研二	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—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	11(4)	51-55	2009
江口研二	早期からどこでも安心して受けられるがん緩和医療を目指す取り組み 特集がん診療の拠点化と均てん化	最新医学	63(6)	1086-91	2008
山岸暁美、森田達也、江口研二	研究プロジェクト1 地域介入研究（戦略研究）緩和ケアこれからの10年をみつめる	緩和医療学	10(3)	215-22	2008
江口研二	がん緩和医療推進の現状と課題 特集がん対策の新たな展開	保健医療科学	57(3)	336-338	2008
江口研二	がん緩和医療の現状と将来展望	公衆衛生	71(2)	122-7	2007
江口研二	がんとうき合う	からだの科学	253	199-201	2007
江口研二	在宅緩和医療のあり方 特集 緩和医療	医薬ジャーナル	43	2013-16	2007
江口研二	総論 緩和医療へのエビデンスの応用	日本臨床	65(1)	11-15	2007
江口研二	緩和医療の期待と現実—そして今後	総合臨牀	55(3)	520-522	2006
秋月伸哉	若手医師に伝えたい面接技術を考える コミュニケーション技能習得の側面から 情報提供と伝達	精神神経学雑誌	2010特別	S-444	2010
秋月伸哉	一般医療と連携する精神科医療（総合病院精神科）の新しい動向 がんセンター精神腫瘍科の現状	精神神経学雑誌	2010特別	S-164	2010
秋月伸哉	【がんの告知と看護師の役割 看護師のコミュニケーション技術】抑うつ的な患者への対応	がん看護	15(1)	31-33	2010
秋山美紀、的場元弘、武林亨、中目千之、松原要一	診療所医師の在宅緩和ケアに関する意識調査	Palliat Care Res	4(2)	112-122	2009
加藤雅志	エビデンスに基づく緩和ケア、精神腫瘍学	腫瘍内科	7(1)	62-69	2011
加藤雅志	がん患者のこころ-がん対策基本法で何が変わっていくのか	現代のエスプリ	517	21-29	2010
加藤雅志	緩和ケアのあるべき姿	臨床精神医学	39(7)	855-860	2010

IV. 研究成果

末田千恵、山岸暁美、鈴木聡、木下寛也、鄭陽、白髭豊、木澤義之、森田達也	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	ペインクリニック			Submitted
木澤義之	がん性疼痛治療におけるコミュニケーション	Mebio	27(8)	36-39	2010
木澤義之	あらかじめ、「もしも…」のことについて話し合うー advance care planning	緩和ケア	21(1)	4-5	2011
大久保英樹、木澤義之、田淵経司、原晃	頭頸部癌患者の疼痛緩和の方法	耳鼻臨床	104(2)	156-157	2011
伊勢雄也、森田達也、前堀直美、轡基治、塩川満、木澤義之	麻薬小売業者間譲渡許可免許の有用性に関する調査研究	Palliat Care Res	5(2)	213-218	2010
橋爪隆弘、木澤義之、小川朝生、中澤葉宇子	がん疼痛管理と緩和ケアチーム 研修会から見える緩和ケアチームの課題と今後の展望	日本癌治療学会	45(2)	439	2010

V. 研究成果の刊行物・別刷

Development of Palliative Medicine for Cancer Patients in Japan: From Isolated Voluntary Effort to Integrated Multidisciplinary Network

Kenji Eguchi*

Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan

*For reprints and all correspondence: Kenji Eguchi, Teikyo University School of Medicine, Tokyo, Japan.
E-mail: keguchi@med.teikyo-u.ac.jp

Received May 25, 2010; accepted June 24, 2010

The paradigm of palliative care in cancer medicine has shifted from only care of terminally ill patients to earlier intervention for them in the recent 15 years. The concept of palliative medicine was founded in Japan in the 1970s. During the past 15 years, various new drugs and interventions have been introduced mainly for pain control, which is one of the major problems in the area of palliative medicine in cancer. According to the aim of the Cancer Control Act established in Japan (2006), patients and their families will be able to access easily integrated high-quality cancer care wherever they live at the time of 2016. Systematic and continuous education for medical staff is mandatory, and a major breakthrough for achieving this purpose would be to increase the number of courses and faculties in palliative medicine at most universities in Japan.

Key words: palliative care – pain control – network of home care

DEFINITION OF PALLIATIVE MEDICINE AND NOTES OF TERMINOLOGY

The paradigm of palliative medicine in cancer patients has shifted in the recent 15 years. Palliative care is an approach that improves the quality of life (QOL) of patients and their families facing the problems associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification/assessment and treatment. Issues to cover in palliative medicine are pain and other problems, such as physical, psychological and spiritual (World Health Organization: WHO 2002) (1). Early and accurate detection of patients' problems is a key issue for supporting them with efficient and timely management. Relief with treatment and prevention of suffering symptoms are the most important objectives in palliative care for cancer patients and their families (Table 1). In 1989, the WHO defined palliative medicine as the active total care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. The goal of palliative care is defined as the achievement of the best possible QOL for terminally ill patients and their families in a former statement. The paradigm of palliative medicine has shifted from the care of terminally ill cancer patients alone to

earlier intervention in order to maintain better QOL of patients.

The phrase 'terminal care' has been used in England from 1950 (2). It means to understand and respect the patient's dying process and to care for them with humanity. 'Hospice care' aims to lessen the burden of terminally ill patients and to keep the end of their life peaceful and quiet. Hospice care began originally in England in the 1970s. The term 'Palliative Care' itself means to expand the theory of hospice care and to relieve suffering symptoms by offering treatments, starting in communities in Canada in the 1980s. 'Supportive care' indicates a more broad meaning including to reduce or to prevent various adverse reactions of cancer treatments, such as chemotherapy-induced nausea and vomiting, and febrile neutropenia after administration of chemotherapeutic agents. It has developed with innovative drugs introduced to supportive care since 1980s. 'End-of-Life care' contains care for both cancerous and non-cancerous patients expanding in North America in the 1990s. It indicates total care for geriatric patients. 'Palliative Medicine' itself means an area of medical science focusing both on clinical practice and on research that covers palliative care.

Table 1. Aim of cancer palliative care

Provides relief from pain and other distressing symptoms
Affirms life and regards dying as a normal process
Intends neither to hasten or postpone death
Integrates the psychological and spiritual aspects of patient care
Offers a support system to help patients live as actively as possible until death
Offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement
Uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counseling, if indicated
Will enhance quality of life and may also positively influence the course of illness
Is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications

HISTORY OF PALLIATIVE MEDICINE IN CANCER PATIENTS IN JAPAN

In Japan, the concept of palliative medicine was founded back to the 1970s. Emeritus Professor Tetsuo Kashiwagi at Osaka University developed an integrated care system for terminally ill cancer patients at the Yodogawa Christian Hospital in Osaka in 1972. He is a psychiatrist and a pioneer of palliative medicine both in clinical and educational setting in Japan. He has been an opinion leader in founding the Japanese Society of Palliative Medicine (JSPM) and currently is the auditor of the society. In 1970, Professor Kouichi Bai at Kitasato University introduced and explained the term ‘Informed Consent’ to Japanese clinical medicine for the first time in his lecture text. In the late 1970s, Japanese physicians focused on the importance of the care of terminally ill cancer patients. In 1977, the aim and activity of St Christopher’s Hospice in the UK was first introduced by the press in Japan. In 1981, the first Japanese hospice was established by Dr. Yoshio Hara at the Seirei Mikatagahara Hospital in Hamamatsu City. Dr. Fumikazu Takeda, a neurosurgeon and the emeritus president of Saitama Cancer Center Japan, spreads the methods of treating cancer pain intensively with anti-analgesics in the late 1970s. In 1982, he attended the experts’ consensus conference in Italy as the only representative from Japan. He was encouraged by the exciting discussion at the conference and introduced the concept of ‘Steps of the WHO ladder’ in pain control in Japan. He has enlightened medical staff on the proper use of opioids in patients who suffer severe cancer pain in various areas of Japan, like a missionary. In 1989, the task-force meeting of the Japanese Ministry of Health Labor and Welfare (MHLW) for ‘Palliative care for terminally ill cancer patients’ published a report. This report was the first standard guideline for palliative care focusing on terminally ill cancer patients. The Japanese MHLW introduced reimbursement in health insurance for palliative cancer care at a

specially equipped ward in 1990. In 1991, the Society of Domestic Hospice and Palliative Care Staff was started and expanded currently as the non-profit organization Hospice and Palliative Care Japan (NPO-HPCJ). In 1992, the bioethics committee of the Japan Medical Association reported a proposal on general guidelines of terminal care for patients with non-curative and progressive diseases.

In 1996, the JSPM was organized with about 200 founding members including Emeritus Professor Tetsuo Kashiwagi (3). In the early 2000s, the society got approval as an NPO and it currently consists of more than 8000 members. About 4000 members are doctors from various specialties, 3500 are nursing staffs and about 500 are other personnel such as case workers and pharmacists. The Japan Nursing Association established an integrated training course for nurses majoring in palliative care and qualifying through examinations in 1996 and 1997 (4). They are Certified Nurse Specialist for Cancer Nursing (CNSCN) and Certified Nurse in Palliative Medicine (CNPMP). In 2009, about 80 CNSCNs and 680 CNPMPs were working as palliative care experts in Japan. The MHLW introduced reimbursement in health insurance for palliative cancer care team at each specially certified hospital in 2002. In 2006, the Cancer Control Act was passed by the Congress and a basic plan to promote the Cancer Control Program (CCP) was drawn up in the Cabinet and sent to the MHLW (5,6). Under this CCP, a plan to promote CCP has established in each prefecture. The Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology (MECSST), Japan, has promoted 18 consortiums of graduate universities for a plan to expand integrated and standard cancer care all over Japan from 2007. However, only about 30 doctors majored in the course of palliative medicine in the first year, and 1/10th of those chose the courses of cancer chemotherapy and therapeutic radiology. In 2008, the Japanese Society for Pharmaceutical Palliative Care and Sciences established a qualification system of pharmacists specialized in pharmaceutical palliative cancer care. In 2009, the NPO-JSPM established a qualification system for expert doctors in palliative medicine. Twelve specialists have been certified out of a hundred applicants for the paper, through oral examinations, from all over Japan (3).

ADVANCES OF QUALITY OF PALLIATIVE MEDICINE: SKILLS AND DRUGS

Various new drugs and interventions have been introduced during the past 15 years in the area of palliative medicine in cancer. In 1996, a special issue for palliative cancer care was published in the Journal of the Japanese Society of Internal Medicine (7). The contents consisted of informed consent, breaking bad news, communication skill, euthanasia and withholding or withdrawing medical treatment, terminal care at home and starting palliative care team at the hospital. These issues are still fundamental and important aims for high-quality practice and are major educational topics both for doctors and other medical staff in palliative medicine for

Downloaded from <http://jco.oxfordjournals.org/> at Tokyo University Faculty of Medicine on May 25, 2011

cancer patients. However, the recommendations for symptoms control was restricted to the use of a few conventional drugs. Since then, innovative drugs and methods have changed clinical practice dramatically in palliative medicine.

Currently, a doctor can choose each opioid for pain control depending on the patient's condition and the spectrum of risk/benefit of a formula (8). Besides the conventional slow-releasing type morphine, transdermal fentanyl patch was approved in 2001 and oral oxycodone hydrochloride in 2003. Fentanyl is a semi-synthetic opioid and is not used orally because of rapid extensive first-pass metabolism. Fentanyl seems to cause less constipation and nausea than the other opioids. Oxycodone hydrochloride is a semi-synthetic opioid and has agonist action at μ - and κ -receptors. Oxycodone, when used orally, is 1.5 times as effective as morphine. It can be used in patients with renal and hepatic impairment. Compliance with the use of opioids for cancer pain control improved with choosing the 'opioid rotation' method such as switching to another opioid and/or applying another route of administration.

Neuropathic pain is difficult to lessen with opioids alone. Various other pharmacological agents, such as anticonvulsant gabapentin, *N*-methyl-D-aspartate antagonist ketamine etc., should be used concurrently. New antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitor, paroxetine, and serotonin noradrenaline reuptake inhibitor, milnacipran, can be effective against persistent neuropathic pain with concomitant use of opioids under the advice of psycho-oncologist. However, in Japan, the use of most of these neuropharmacological agents is not approved for cancer pain and not covered by health insurance for the palliative care setting.

In the case of chemotherapy-induced neutropenia, recombinant human granulocyte colony-stimulating factors were approved in the mid-1990s and used under the guidelines of the oncology society. In Japan, both 5HT₃ receptor antagonists (in mid-1990s) and neurokinin 1 receptor (NK-1R) antagonist (in 2009) were approved for use as the antiemetics for chemotherapy-induced nausea and vomiting, in addition to the classic antiemetic dexamethazone. However, there is lack of evidence on the effectiveness of these new agents for opioid-induced nausea and vomiting in advanced cancer patients. The low response of these new drugs may be partly explained by the difference of mechanism of action between chemo- and opioid-induced nausea and vomiting. Besides, corticosteroids dopamine D₂ receptor antagonists such as metoclopramide and haloperidol have been shown to be effective for nausea and vomiting in patients with far advanced cancer (9).

Octreotide was developed to reduce nausea and vomiting from malignant bowel obstruction and was approved in Japan in 2004. For malignant hypercalcemia, third generations of bisphosphonates have been developed. For decreasing malignant bone-related events such as pathological fracture and improving survival, new bisphosphonate zoledronate was approved in 2005. Zoledronate is effective in decreasing the frequency of pathological bone fracture and slowing down of the progression of bone metastasis through

depressing the activity of osteoclast (10). Radionuclides that are absorbed at bony foci with high turnover are applied to potential therapy for bone pain due to multiple metastases. In Japan, radioisotope Sr-89 (Metastrone) was approved in 2007 to reduce persistent cancer pain with multiple bone metastases in palliation for a few months (11). For severe pain due to metastasis to vertebra, the injection technique of bone cement was developed as a new radiological intervention and a multicenter Phase II trial is on-going in Japan.

As shown in the brief paragraph on 'drug lag', a delayed procedure of approval by the MHLW is still an important problem in the area of palliative care.

The concept of practice in palliative cancer care has rapidly and dramatically changed in the early 2000s mainly because of two major advances in clinical oncology. Reimbursement of health insurance for chemotherapy in the outpatient setting started at certified hospitals in 2002 and clinics in 2004. The number of cancer patients who received chemotherapy for months and years without staying in hospital has rapidly increased in Japan. Many patients can spend their lives at home, receiving treatment in an outpatient setting. New molecular-targeted drugs have been rapidly introduced to clinical oncology as major advance of palliative chemotherapy, improving performance status and achieving long-term remission. There are many new small molecules with oral administration such as imatinib mesylate for Phi-positive chronic myeloid leukemia and CD117-positive gastrointestinal stromal tumor, the epidermal growth factor receptor (EGFR)-tyrosine kinase inhibitors gefitinib and erlotinib for non-small cell lung cancer with mutation of EGFR-positive (12). Performance status and QOL of advanced cancer patients suffering from the corresponding tumors to these effective drugs improved dramatically. Appropriate molecular indicators will be established for the selection of better target population of patients. By adequately combining these treatments, some patients even with far advanced cancer can spend their daily lives at home for months and years. Patients and their families want to choose palliative care in an outpatient setting and want to choose staying at hospital only in an emergency setting. The 'tailor-made' approach of cancer treatment using molecular markers brought about paradigm shift of palliative care, from the viewpoint of care and patients' style of daily life. However, new molecular-targeted drugs result in various expected and unexpected adverse effects. Clinical research and trials for establishing effective supportive care for these adverse effects will be mandatory in palliative medicine.

CURRENT ISSUES TO OVERCOME IN JAPAN

How can patients receive integrated high-quality cancer care wherever they are in Japan? Unfortunately, there are various obstacles to fulfilling patients' and their families' hopes because of the heterogeneity of various geographical, social and medical backgrounds among the various districts.

According to the vital statistics reported by the MHLW, the age-adjusted death rate in Aomori Prefecture (104 per 100 000 person) was 1.4 times that of Nagano Prefecture (76 per 100 000 person) in 2007 (13). In 2008, there were only four prefectures that had more than 20 beds (for hospice care) per 1000 cancer deaths in Japan. Totally, there are 4060 beds for hospice care and about 360 approved hospices by the MHLW in Japan in 2010. However, only 59 out of 377 approved oncology hospitals (16%) have a specially equipped ward for palliative care. Among these approved oncology hospitals, only 90 out of 377 (24%) have a palliative care team (14).

The Japan Hospice Palliative Care Foundation performed a survey using questionnaires for the general public about home care for the terminally ill in 2007 (15). About 900 people responded. More than 80% of responders wanted to receive care at home; however, about 60% of people thought it would be impossible because of burdens for care givers, lack of information regarding preparing for emergency situations, etc. It is mandatory to enlighten people's perception of palliative home care and expand resources of medical and nursing care services. The questionnaires for Japanese doctors who engaged in clinical practice for cancer medicine have been conducted by a task-force team of the Japan Medical Association in 2008 (16). About 46 000 doctors corresponded and it was the largest survey on doctors' perception for palliative cancer care in Japan. Doctors recognized well the importance of general aspects of palliative cancer care, but could not answer more specific questionnaires on skill and knowledge of palliative medicine. Education and training for medical and nursing staff will be mandatory for improvement and to overcome these issues. Whole aspects of better life for patients and

family in each community are shown in Fig. 1. The CCP declares that they should easily be able to find and reach various kinds of support and better management in every district of Japan within 5 years.

THE OUTREACH PALLIATIVE CARE TRIAL OF INTEGRATED REGIONAL MODEL STUDY IN JAPAN

The Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model (OPITM) study, supported by the MHLW, is a strategic interventional trial for 5 years to develop procedures and systems of community-scale palliative cancer medicine for patients and their families (17,18). The aim of the program includes (i) early intervention of palliative care for patients suffering advanced cancer and their families, and (ii) effective cooperation of various support staff, at the hospital, clinic, nursing center, pharmacy, home welfare services etc., in the area where patients spend their daily life. Four municipalities were selected as experimental fields, that is, an area with and without a network of activity in palliative care. In the 'with' areas, there are three types of core institute, such as a large general hospital, a medical association in a district and a center institute specialized for cancer medicine. The OPITM study is not a randomized controlled trial and applies a pre- and post-comparative design. It is to assess the efficacy of integrated intervention and organized network with human resources, tools and specific facilities. In the OPTIM study, the primary endpoint consists of QOL scores rated by patients and families, the frequency of use of specific palliative care services and the death rate at home, and the final report will be published in 2013. If our



Figure 1. Network for community supported cancer care.



Figure 2. Practical education and training is mandatory for skill-up and maintenance of better communication of each staff in the community.

intervention study results in real improvement of the primary endpoint, we will recommend to the MHLW, a plan to conduct the system of palliative cancer care in each community of Japan under the guidance of procedures suggested in the OPTIM reports.

ENLIGHTENMENT AND EDUCATION OF PALLIATIVE CARE IN CANCER PATIENTS

Various educational events have been conducted for lay people by several societies, related to palliative care in Japan. Recently, patients' advocates have also been actively involved in these movements, cooperating with medical and nursing societies. Systematic educational programs for primary medical staff and special projects for training leaders and experts in palliative medicine are conducted by the above-mentioned societies (Fig. 2). Those are partly supported by the MHLW, such as the 'Orange balloon project' for lay people. The NPO-JSPM is conducting the PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) project for trainers and regular seminars for medical students and for primary staff in cancer medicine using integrated curricula with the support of the MHLW (3). In 2009, about 10 000 doctors completed integrated educational courses such as the PEACE projects. The MECSST supports projects conducted by consortiums of graduate schools of medicine, such as Gan (Cancer) professional training course (19).

Currently, there are only few chairs and courses for palliative medicine in universities and medical colleges in Japan. A major breakthrough will be sure to increase the number of courses and chairs for palliative medicine in most of the universities and medical colleges in Japan.

Continuous educational programs of primary palliative medicine for clinicians will be important and will urgently to be maintained by the cooperation of the trainers who graduate from the PEACE project. The JSPM will make efforts to increase the number of certified specialists for palliative medicine to a minimum of 2000 doctors within several years, expecting that each core hospital in a district should have two to three certified experts. These specialists will be anticipated to work in specific consultation cooperating with nursing specialists on active triages of patients in the community.

All medical staff should be aware of the importance and essence of palliative care in cancer medicine. We will continue our efforts to offer high-quality palliative care to improve and keep better QOL of cancer patients and their families.

Acknowledgements

I am grateful to acknowledge Dr. Yasuo Shima (Head of Palliative Medicine, Tsukuba Medical Center Hospital) and Dr. Tatsuya Morita (Head of Palliative Medicine, Seirei Mikatagahara Hospital) for their help to review this manuscript.

Funding

This work is partly supported by a Grant-in-Aid for the 3rd Term Comprehensive Control Research for Cancer.

Conflict of interest statement

None declared.

References

1. WHO. Pain relief and palliative care. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd edn. Geneva: World Health Organization 2002.
2. Terminology Pallipedia. <http://journals.lww.com/jhpn>. Nippon Hospice Kanwakea Kyokai (in Japanese). <http://www.hpcj.org/what/definition.html>.
3. The Japanese Society for Palliative Medicine (in Japanese). <http://www.jspm.ne.jp>.
4. The Japan Nursing Association (in Japanese). <http://www.nurse.or.jp>.
5. Cancer Control Act (in Japanese). <http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>.
6. Cancer Control Program (in Japanese). <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/s0615-1.html>.
7. Palliative medicine. *J Jpn Soc Intern Med* 1996;85:2010–38 (in Japanese).
8. iryouyou iyakuhinnyuu 2010 (in Japanese). *Japan Pharmaceutical Information Center, Maruzen Shoseki, Tokyo* 2010.
9. Seitoyaku tekiseisiyuu guidelines 2010 (in Japanese). *The Japan Society of Clinical Oncology, Kanehara Shuppan Tokyo* 2010.
10. Kohno N. Treatment of breast cancer with bone metastasis: bisphosphonate treatment-current and future. *Int J Clin Oncol* 2008;13:18–23.
11. Nishio M, Sano M, Tamaki Y, Fujii H, Shima Y, Fujimoto H, et al. Efficacy and safety of Sr89(SMS.2P) for pain control of patients with bone metastasis-multicenter phase II study. *Jpn J Rad Soc* 2005;65:399–410 (in Japanese).
12. Jiang H. Overview of gefitinib in non-small-cell lung cancer: an Asian perspective. *Jpn J Clin Oncol* 2009;39:137–50.
13. Vital Statistics by the MHLW. <http://www.mhlw.go.jp/toukei>.
14. Trans-sectional survey on activity of palliative care in core institutes (kyoten byouin) (in Japanese). <http://ganjoho.jp/public/2010/20100302.html>.
15. A survey on perception of lay people for hospice and palliative care. 2008. Japan Hospice Palliative Care Foundation (in Japanese). <http://hospat.org/research2.html>.
16. Large-scale survey on the perception of doctors for palliative care in cancer patients (in Japanese). http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20080903_3/pdf.
17. The OPTIM study. <http://gankanwa.jp>.
18. 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 Med* 2008;20:209–15.
19. gan professional yoisei plan. Ministry of Education Culture, Sports, Science and Technology, Japan. http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/gan.htm.

Downloaded from jco.oxfordjournals.org at Tokyo University Faculty of Medicine on May 25, 2011

最近のがん緩和医療

Perspectives in cancer palliative medicine in Japan

帝京大学医学部内科学講座（腫瘍内科）

江口 研二

キーワード： がん緩和医療，チーム医療

要旨： 2006年にわが国において成立した「がん対策基本法」は癌医療において画期的な法律である。がん緩和医療は単に終末期医療ではなく、がん患者への早期からの診療介入・支援によって患者の日常生活の支障となる身体的・精神的な苦痛を軽減し、快適な療養を実現することを目指している。患者がみずから希望する療養場所の選択肢を増やすことは患者の生活の質を重視する点で大切であり、地域におけるがん医療連携が必要となる。Cancer survivors が年間 150 万人を超え、国民の 2 人に 1 人ががんを経験すると言われる時代を迎え、がん緩和医療の果たす役割はますます大きくなっている。

■ はじめに

2006年にわが国において成立した「がん対策基本法」は1つの疾患を対象とする画期的な法律である¹⁾。この法律を実効性のあるものとするために、2008年には各都道府県の「がん対策推進基本計画」が策定された²⁾。良質ながん緩和医療の普及と、それに必要な人材の育成はその主要目標の1つになっている。

■ がん緩和医療のコンセプト

1981年、浜松市の聖隷三方原病院にがん終末期医療を担う緩和ケア専用病床として、わが国ではじめてホスピス病棟が設置された。その後もわが国ではがん緩和医療はホスピスを中心に普及し、緩和医療イコール終末期医療という認識が広まった。2010年の厚生労働省認可のホスピス・緩和ケア病棟は全国約360か所4,060床になっている。

現在のがん緩和医療は、がん治療を中止して緩和医療に入るという図式から変化し、がん患者への早期からの診療介入支援によって患者の日常生活の支障となる身体的・精神的な苦痛を軽減し、

快適な療養を実現することを目指している³⁾。したがって、緩和医療は終末期医療も含むが、がん診療と同時並行で行われるものという認識に発展している。

がん緩和医療の対象となる症状としては、疼痛、消化器症状、呼吸困難、栄養不良、うつ・せん妄などがあり、そのような身体症状・精神症状に対しては多職種専門家からなるチーム医療が対処する。医学的には治癒したと思われる術後早期癌であっても、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差別など）な苦痛に悩む患者は多い。外来通院治療の普及とともに、抗がん剤・放射線・手術療法などのがん治療に伴う副作用対策としての支持療法も広義にがん緩和医療に含まれている。

身体的・心理的苦痛だけでなく、希望する療養形態、医療スタッフとの関係、生き甲斐（spirituality）の維持、家族・友人などへの配慮など様々な要素が患者の療養生活に影響を与える。患者自身の症状による苦痛の程度・感じ方に比べ、医療者の評価が非常に甘いという調査報告は数多くなされている。がん性疼痛を例にとると、その原因を的確に診断することは有効な治療法を選択する

うえで重要であるが、診断に時間をとられる間にも鎮痛対策を怠ることなく、並行して鎮痛治療を進める必要がある。疼痛の程度に関しては体温表と同じように、numeric rating scale (NRS) などの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効を奏しているのか把握し、さらに追加対策を実行するという迅速できめ細かい対応が必要になる。痛みに限界はない。痛みは患者本人しか体験できないことを外科医は非常に重く認識すべきである。

■ がん緩和ケアチームおよび地域緩和医療体制の構築 ■

わが国では 2004 年に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た。診療報酬加算のできる緩和ケアチームは、緩和医療医、精神科医、認定資格を持つ看護師・薬剤師の最低 4 名からなり、医療機関内の癌関連診療科からの依頼によって緩和医療の診療を担当する。2009 年に公表された全国のがん連携拠点病院の現状調査では、設置要件に合致する緩和ケアチームは 90/377 施設 (24%) のみでしか充足されていない。医療機関全体としての緩和医療への取り組み姿勢、院内各診療科による緩和医療に対する認識の普及、スタッフ養成体制整備など、緩和ケアチーム活動のバリアを解決して患者・家族が安心できる療養支援を展開する必要がある。実際のユーザーとなる患者とその家族、そして主治医などの医療スタッフが緩和ケアチームの利便性を実感として感じられることが大切である。

がん療養のあり方のなかで、患者がみずから希望する療養場所の選択肢を増やすことは患者の生活の質を重視する点で大切である。この実現には、地域におけるがん医療連携を構築することが必要となる。現在、地域で在宅療養を含めた医療が機能的に運営されているグループをモデル化すると、早期からの在宅緩和医療を目指す地域連携の体制として、①がん診療の中核の病院主導型、②地域医師会主導型、③在宅緩和医療専門医師主

導型の 3 つのモデルに大別される。地域の核となる拠点病院が地域内での緩和医療コンサルテーション、医療スタッフへの緩和医療教育、市民啓発などの中心的な機能を担うことになる。また、拠点病院に設置する地域相談支援センターはその地域での医療・介護などの事情に通じた専属の看護師がセンター機能の中心的役割を担うことになっている。

①～③のいずれの場合にも、がん緩和医療に精通し、かつ多職種スタッフのコンダクターとしての資質を備えたグループのコアとなる医師と、緩和医療の経験が豊富で地域の医療事情に精通する看護師との活動がポイントである。また、医療・介護機関が定期的な連絡会議などで組織として「お互いの顔が見える関係」を構築し、それぞれの施設が役割分担を行わなくてはならない。注意すべきは、中核病院に癌患者を集中させることではない。もしそうすると、結局は 1 医療機関ですべてのがん患者を診療することができず、がん難民を増やすこととなる。

地域緩和医療の活動に制度、医療者、患者家族、医療機関組織などの要因が大きく影響することは明らかであり、一律な地域がん緩和医療体制モデルでなく、各地域の特性に合わせた柔軟な工夫が必要である。がん患者の在宅診療に関する診療報酬の改定など、がん緩和医療を取り巻く医療情勢はめまぐるしく変化しつつある。外来化学療法などの通院がん患者も増えており、患者・家族の要望をどのように取り込むか、緩和医療外来をどのように運営するか、また、従来型の緩和医療病棟を在宅療養の緊急時後方病床として、また介護家族レスパイトのための一時入院などに利用できないかといった課題が生じている。地域連携による緩和医療体制構築のために、①医療・介護機関の間で共有する標準的な臨床情報の媒体作り、②対象患者のスクリーニングシステムの作成、③緩和ケア支援センターにおける在宅、病院、医療、介護などの地元情報の提供、④そのリクルート体制構築、⑤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)、⑥地域緩和医療を支える医療関係者および地域の一般市民を対象とした教

育・啓発プログラムの作成などが緊急課題となっている。

■ 日本緩和医療学会の動向 ■

日本緩和医療学会は、癌患者の全経過を対象として palliative medicine の専門的発展のための学際的・学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させることを目的として 1996 年に発足した。現在、会員数は 8,500 名を超え、半数が医師で、約 3 割強が看護師、そのほか、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種の会員によって構成されている¹⁾。2006 年に NPO 法人となった同学会ではがん患者の各症状について体系的な文献レビューを行い、症状別診療ガイドラインである「がん疼痛」「鎮静」「終末期補液」「補完代替療法」などを作成・公表した。教育研修委員会では欧米の教育カリキュラムを参考にしながら緩和医療の教育研修カリキュラムを 2003 年に作成した。また、2004 年からこのカリキュラムに準拠して体系的な医療者向けの教育研修を実施した。

現在は、全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得目的の定期セミナー（年 2 回開催）と、2008 年からは緩和医療指導者講習会（PEACE project）との 2 本立ての教育研修事業を実施している。2009 年度からは指導者講習会の経験者を中心に一般医療者への研修セミナーを各地で開催している。今後は臨床現場での実習カリキュラムも必要と考えている。また、日本癌治療学会委員会、がん治療認定医機構などに参加し、厚労省委託事業での e-learning による緩和医療に関する教材を作成している。

また、同学会では 2009 年度に緩和医療専門医の資格認定を発足させるため、2008 年 11 月に教育認定施設および暫定指導医資格審査の申請受付を開始した。2010 年 3 月には 12 名の専門医が誕生した。全国のがん診療連携拠点病院などに複数の専門医を配置することを考慮すると、3 年間で約 1,000 名、数年間でその 2 倍ぐらい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、在宅医療関係者や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。

医学部卒前教育の教育研修カリキュラムも試行中であるが、現在は 3 大学にしかない正規の緩和医療学講座を全国の医科大学に設置し、医学教育・医療教育を通した一貫した緩和医療専門家の人材育成が必須である。

■ おわりに ■

がん緩和医療は連続した医療の一環であり、患者・家族と医療者の信頼関係や、臨床各科医師と緩和医療チームとの円滑な連携などは必須のものである。臨床の現場では、医療者間や医師と患者・家族の協力関係が 1 つでもうまくいかないと思患者・家族の緩和医療に対する信頼は得られない。気の合った有志間の個人プレーでなく、地域の多職種専門家が丸となったチーム医療としてがん緩和医療を推進することは社会的な要請である。

がん疼痛対策についてはこの 10 年間、国内で使用できる薬剤の種類が急速に増え、様々なリスクを抱えるがん患者に対して鎮痛薬剤の種類や投与経路など選択の幅が広がった。しかし、適切な鎮痛対策が全国どここの医療機関、どの診療科でも受けられるかという点、実情はきわめて不十分な状況である。

緩和医療に関する適切な卒前卒後教育体制の整備には医科大学における緩和医療学講座の設置が必要である。Cancer survivors（がん治療を経験して生活している人たち）が年間 150 万人を超え、さらに国民の 2 人に 1 人ががんを経験すると言われる時代を迎え、がん緩和医療の果たす役割はますます大きくなっている。

引用ホームページ

- 1) <http://law.e-gov.go.jp/announce/H18HO098.html>
- 2) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-la.pdf>
- 3) World Health Organization: National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines. 2nd ed. Geneva, 2002

4) <http://www.jspm.ne.jp>

参考となるホームページ

- 1) 国立がんセンターがん研究情報センター：がん診療連携拠点病院の緩和ケア及び相談支援センターに関する調査—2008年度調査結果報告書, <http://ganjoho.jp/public/news/2010/20100302.html>
- 2) がん対策のための戦略研究「緩和ケア普及のための地

域プロジェクト」(The OPTIM study), <http://gankanwa.jp>

- 3) 文部科学省：がんプロフェッショナル養成プラン, http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/gan.htm

(EGUCHI Kenji 帝京大学医学部内科学講座：〒173-8605 東京都板橋区加賀 2-11-1)