

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。行政に携わって聞

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、居室においてが

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いがえられる。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でなく、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ることは否めない。

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

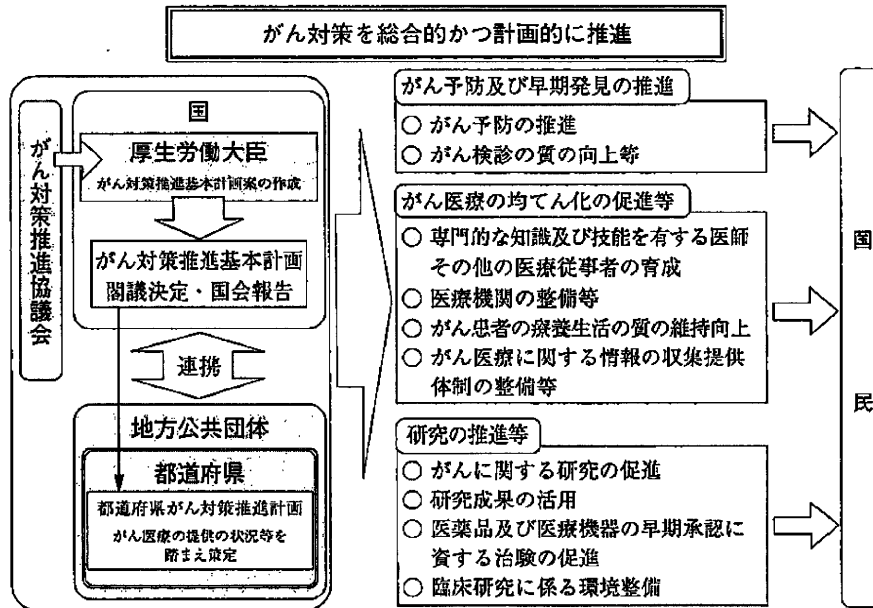


図1 がん対策基本法

「**し**」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

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

Akemi Yamagishi, RN, MN, Tatsuya Morita, MD, Mitsunori Miyashita, RN, PhD, Nobuya Akizuki, MD, PhD, Yoshiyuki Kizawa, MD, Yutaka Shirahige, MD, PhD, Miki Akiyama, PhD, Kei Hirai, PhD, Tadashi Kudo, PhD, Takuhiro Yamaguchi, PhD, Asuka Fukushima, RN, and Kenji Eguchi, MD, PhD

Palliative care is an essential part of integrated cancer treatment. To improve palliative care throughout Japan, a nationwide demonstration project, the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study, is ongoing. This article reviews the current status and the problems of palliative care in Japan and introduces the OPTIM study. Although the number of palliative care services is increasing, empirical evidence shows the quality of life of cancer patients is still inadequate. The OPTIM study is an intervention trial targeting 4 areas across Japan. Primary end points are

quality of care reported by patients as well as the bereaved family, number of patients who received specialized palliative care services, and place of death. The interventions are comprehensively designed to cover all areas identified by the national task force. The OPTIM study will contribute to improve patients' quality of life by proposing a regional palliative care model suitable for Japan.

Keywords: palliative care, regional trial, neoplasms

Palliative care is an essential part of integrated cancer treatment.¹ Although palliative care should be provided throughout a whole region, a regionalized palliative care model has not been established in Japan. The Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study was therefore launched in 2007 to demonstrate a model suitable for the dissemination of high-quality palliative care in the Japanese community.

The two primary aims of this action paper are to review the current status and the problems of palliative care in Japan and provide an overview of the OPTIM study.

Current Status of Palliative Care in Japan

Health Care System and Specialty Training in Palliative Care

The health care system for specialized palliative care services in Japan has been progressing rapidly in this decade. Japan has 3 types of specialized palliative care services: palliative care units, hospital palliative care teams, and specialized home-care clinics.

Palliative care units are called "palliative care units" or "hospices" depending on their religious

background, but their clinical roles are essentially the same: intensive symptom control, psychosocial support, and end-of-life care for incurable cancer patients and their families. The first palliative care unit was established in 1981 in a private Christian hospital (Seirei Hospice).

The next landmark in the national strategy of palliative care was in 1989, with the publication of the end-of-life care report by the Ministry of Health, Labour and Welfare. This report resulted in the first government-approved palliative care units eligible for national health insurance coverage in 1990. The number of palliative care units has since dramatically increased, from 5 in 1990 to more than 170 in 2006.^{2,3} Most palliative care units belong to general hospitals and provide integrated palliative care by an interdisciplinary team. This is the most common type of specialized palliative care service in Japan.

Hospital palliative care teams were first covered by national medical insurance in 2002.⁴ The expected role of palliative care teams is to provide specialized palliative care to all cancer patients, including those receiving active cancer treatment, not only those in the advanced stage. For a palliative care team to be approved for national health insurance coverage, it must fulfill the requirements of the Ministry of Health, Labour and Welfare: interdisciplinary team activity, including at least 1 attending palliative care physician, a psychiatrist, and certified advanced-practice nurse. In 2007 the number of certified palliative care teams was approximately 60, and many hospitals intend to establish palliative care team activity.

Specialized home-care support clinics were first defined in 2006. These clinics are expected to provide home care for a wide range of patients in the community by a multidisciplinary team with 24-hour service, although the specialty requirement is still poorly defined. The clinics can obtain additional remuneration for their practices for terminally ill patients at home, and 8600 clinics have been established.

As for specialty training in palliative care, the Japanese Society for Palliative Medicine was established in 1996 as an academic association to conduct research, education, and dissemination of palliative care. It had approximately 6000 members in 2006. The number of advanced practice nurses is furthermore rapidly increasing: 79 oncology-certified nurse specialists and 891 certified nurses, including 420 in palliative care, 267 in pain management, and 204 in chemotherapy.

Evidence to Suggest Poor Quality of Life of Cancer Patients

To date, no nationwide representative survey has clarified how cancer patients and their family members evaluated the quality of palliative care they actually received, although multiple surveys to understand the experience of patients and families are now ongoing. Empirical evidence, nonetheless, suggests a poor quality of life for cancer patients in Japan.

First, in a multicenter questionnaire survey of 630 bereaved family members of cancer patients admitted to palliative care units, 85% of 318 responding families reported that their relative had had distressing physical symptoms before admission to the palliative unit, and 50% reported that considerable or much improvement was necessary in the care they had received.⁵

Second, less than 10% of Japanese cancer patients received specialized palliative care services: 6.6% from palliative care teams and 2.2% from palliative care units.^{3,6} Multiple Western studies have suggested that specialized palliative care services contribute to improving patients' quality of life, and family satisfaction was extremely high for inpatient palliative care services in Japan.^{2,7,8} In the United Kingdom and United States, more than half of all cancer patients receive specialized palliative care⁹⁻¹¹

From the Japan Cancer Society (AY, AF) and Japan Department of Adult Nursing/ Palliative Care Nursing, School of Health Sciences and Nursing, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo, Tokyo (AY, MM); Department of Palliative and Supportive Care, Palliative Care Team, and Seirei Hospice, Seirei Mikatahara General Hospital, Shizuoka (TM); Psycho-Oncology Division, Research Center for Innovative Oncology, National Cancer Center Hospital East, Chiba (NA); Department of Medical Social Service, Center for Palliative and Supportive Care, Graduate School, University of Tsukuba, Tsukuba (YK); Shirahige Clinic, Nagasaki (YS); Faculty of Policy Management, Keio University, Kanagawa (MA); Graduate School of Human Sciences (TK, KH), and Center for the Study of Communication-Design, Department of Complementary and Alternative Medicine, Graduate School of Medicine, Osaka University, Osaka (KH); Department of Clinical Trial Data Management, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo Hospital, Tokyo (TY); and School of Medicine, Tokai University, Kanagawa, Japan (AF, KE).

Address correspondence to: Tatsuya Morita, MD, Seirei Mikatahara General Hospital, 3453 Mikatahara-cho, Hamamatsu, Shizuoka 433-8558, Japan; e-mail: tmorita@sis.seirei.or.jp.

Table 1. Palliative care in Japan, the United Kingdom, and United States of America

Variable	Japan	UK	USA
Cancer deaths per year	326 000	138 000	550 000
Use of specialized palliative care services, % of all cancer deaths			
Inpatient service	6.6	26	
Hospital consultation service	2.2	74	
Home-based service		69	99
Place of death, % of all cancer deaths			
Home	5.7	22	39
Palliative care unit or inpatient hospice	5.3	16	
Hospital or nursing home	86	60	54

Abbreviations: UK, United Kingdom; USA, United States of America.

(Table 1). The low involvement of specialized palliative care services suggests a lower quality of life for cancer patients in Japan.

Third, a discrepancy exists between the place where the patient preferred to die and the actual place of death. Although 50% of the Japanese general public express a preference to spend their final days at home and 30% in a palliative care unit,¹² the actual rate of death at home and inpatient specialized palliative care service is 5.7% and 5.5%, respectively, and most cancer patients die in hospitals (Table 1).¹³⁻¹⁵ Because the location of death is an important element of the quality of life,¹⁶ this finding suggests a poor quality of life for Japanese cancer patients.

Finally, opioid consumption is one-sixth of that in the United States and one-seventh of that in the United Kingdom.¹⁷ Despite the differences in legal and medical regulations, as well as racial differences, this finding suggests that pain palliation of cancer patients in Japan is still not achieved.

Barriers for Quality Palliative Care

To explore effective strategies to disseminate quality palliative care throughout the country, a national task force was organized and identified the barriers to quality palliative care, which were

1. lack of standardized clinical tools,
2. lack of knowledge about palliative care by the general public,
3. lack of whole-region organization to coordinate community palliative care, and
4. specialized palliative care services less available in community.¹⁸

Lack of Standardized Clinical Tools

Standardized tools are important to maintain the quality and continuity of community palliative care.¹⁹ Despite the variety of frameworks, guidelines, and clinical pathways available in English-speaking countries, in Japan, standard materials have not been developed or are inadequately disseminated. We have completed or are now performing a validation study of several key instruments to modify the original tools suitable for Japanese culture, including the Support Team Assessment Schedule, M.D. Anderson Symptom Inventory, Distress Thermometer, and Liverpool Care Pathway.²⁰⁻²² These instruments are gradually being disseminated to palliative care clinicians, but more distribution efforts to general practice are greatly required.

Lack of Knowledge About Palliative Care

Despite strong empirical evidence that opioids for cancer pain rarely cause addiction, 30% of the Japanese general public believes that they are addictive, and such misapprehension is a significant barrier for better pain management.²³⁻²⁵ Also, 34% of the general public in Japan know about palliative care units compared with 70% in the United Kingdom.^{12,26} Of note is that although 32% of the Japanese general public believe that palliative care units are a place where patients just wait for death, these negative perceptions significantly decreased after they actually used a specialized palliative care service.^{5,12} This lack of knowledge and misinformation about opioids and palliative care is a considerable barrier to palliative care and pain control at an appropriate time, and education of the general public is of great value.

Lack of Whole-Region Organization to Coordinate Community Palliative Care

The resources potentially available for community cancer patients are becoming more complicated and involve more than a single institution. Although an increasing number of Japanese hospitals have support centers available for community patients, they provide the services principally to their own patients. Whole-region organizations to implement comprehensive coordination for community patients are therefore strongly required.

Specialized Palliative Care Services Less Available

Specialized home-care clinics have just started and are quite primitive in Japan, but specialized palliative care services are currently available only for institutionalized patients. In Europe, community palliative care teams provide consultation services for all patients in the community.²⁷ It is necessary to establish a medical system to provide specialized palliative care that is easily available for community cancer patients.

The OTIM Study

Overview

From these findings, palliative care in Japan has rapidly progressed in this decade, but many issues still must be resolved. To improve cancer care—including palliative care—throughout Japan, the Cancer Control Act was established in April 2007. The aims of this law are to promote cancer prevention and early detection, disseminate quality palliative care, and promote cancer research. The Ministry of Health, Labour and Welfare especially focuses on palliative care and has launched multiple nationwide projects to facilitate the dissemination of palliative care. One of these is the OPTIM study, a 5-year project from 2006 to 2011 with a yearly budget of US \$2.5 million.

Aim of the OPTIM Study

The primary aim of the OPTIM study is to evaluate whether a systematic, multiintervention regional palliative care program can improve the quality of

life of cancer patients in the community. The ultimate propose of this study is to develop a success model of regional palliative care suitable for Japan.

Subjects and Methods

This is a regional intervention trial measuring the end point before and after intervention. This trial involves 4 intervention regions across Japan with different palliative care system development: Chiba (Kashiwa city), Shizuoka (Hamamatsu city), Nagasaki (Nagasaki city), and Yamagata (Tsuruoka, Mikawa-cho; Figure 1). Chiba, Shizuoka, and Nagasaki have a growing organized system to provide palliative care led by a national cancer center, a general hospital, and a regional general practitioner association, respectively. Yamagata has an unorganized system of palliative care.

The study subjects are all residents of the participating regions, including the general public, patients, their families, and health care providers. A total of 0.2 million people are potential participants in this study.

Intervention

The interventions of the OPTIM study are comprehensive and designed to cover all areas identified by the national task force.¹⁸ Each intervention was determined by discussion among clinical specialists and researchers, including palliative care physicians, psychiatrists, nurses, medical social workers, and home care practitioners. In addition, we performed a preliminary survey of 8000 members of the general public and all medical health care providers in the target regions before planning the interventions, and the results were reflected in the details of the interventions.

The interventions include (1) disseminating standardized clinical tools, (2) providing appropriate information about palliative care to the general public, patients and their family, (3) establishing whole-region organization to coordinate community palliative care, and (4) establishing specialized palliative care services available in the community (Table 2).

Clinical tools prepared for this study include (1) assessment tools (comprehensive patient-reported assessment tools consisting of the Japanese version of the M.D. Anderson Symptom Inventory, Distress Thermometer, observer-rating Japanese version of

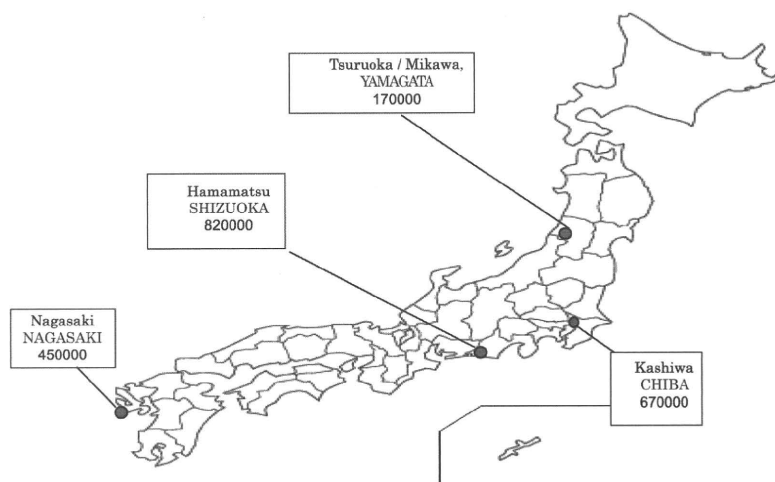


Figure 1. Participating areas of the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study are shown with the resident population number.

Table 2. Interventions of the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model Study

Target Area	Intervention	Main Contents
Lack of standardized clinical tools	To standardize and improve the knowledge, skills, and continuity of palliative care in the community	Dissemination of standardized clinical tools via printed and Web materials Interactive workshop and on-demand Web lectures Contents Assessment tools Treatment algorithm Education materials for patients and family members Patient-held records Discharge planning program
Lack of knowledge about palliative care by the general public, patients and their family	To provide appropriate information about palliative care	Distribution of materials via hospitals, Web, visits, patient library, symposia, and local mass-media Materials Leaflets and posters DVDs Books
Lack of whole-region organization to coordinate community palliative care	To establish regional palliative care centers to coordinate community palliative care	Coordination and information service about palliative care services for community residents Regional conference to create local networks and identify local problems
Specialized palliative care services less available in community	To increase availability of specialized palliative care services for community patients	Community palliative care team Educational outreach

Abbreviation: DVD, digital video disc.

the Support Team Assessment Schedule), (2) 3-step ladder-based symptom control algorithm for 9 leading symptoms, (3) educational materials for patients and families, (4) patient-held records, and (5) discharge planning program with a discharge conference as an essential part.

Outcome Measures

Primary end-points are quality of palliative care as reported both by patients and the bereaved family, the number of patients who received specialized palliative care services, and place of death. The quality of palliative care is measured by the Care Evaluation Scale, a validated tool to quantify user-perceived quality of care.²⁸

Secondary outcome measures include knowledge, competency, and difficulties of regional physicians and nurses, and quality indicators of regional palliative care, including opioid consumption and the number of nursing agencies providing around-the clock services.

Conclusion

Palliative care in Japan is rapidly progressing through multiple nationwide actions with support from the Cancer Control Act. Palliative care specialists will overcome the challenges and grasp this unique opportunity in cooperation with other specialties to disseminate quality palliative care throughout Japan. The OPTIM study has received much attention and will contribute to improving patient quality of life by proposing a regional palliative care model suitable for Japan. The OPTIM study will be completed in March 2011, and initial results are expected in mid-2012.

References

1. World Health Organization. *National Cancer Control Programmes. Policies and Managerial Guidelines*. 2nd ed. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
2. Morita T, Chihara S, Kashiwagi T. Family satisfaction with inpatient palliative care in Japan. *Palliat Med*. 2002;16:185-193.
3. Japan Hospice Palliative Care Foundation. *Hospice Kanwakea Hakusho*. 3rd ed. [in Japanese] Tokyo, Japan: Seikaisha; 2006.
4. Morita T, Fujimoto K, Tei Y. Palliative care team: the first year audit in Japan. *J Pain Symptom Manage*. 2005; 29:458-465.
5. Morita T, Akechi T, Ikenaga M, et al. Late referrals to specialized palliative care service in Japan. *J Clin Oncol*. 2005;23:2637-2644.
6. Health and Welfare Statistics Association. *Kokuminei-seinodoukou 53* [in Japanese]. Tokyo, Japan: Health and Welfare Statistics Association; 2006.
7. Higginson IJ, Finlay I, Goodwin DM, et al. Do hospital-based palliative teams improve care for patients or families at the end of life? *J Pain Symptom Manage*. 2002; 23:96-106.
8. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage*. 2003;25:150-168.
9. The National Council for Palliative Care. *National Survey for Patient Activity Data for Specialist Palliative Care Services MDS Full Report for the Year 2004-2005*. Available from http://www.aswcs.nhs.uk/Informatics/PalliativeCare/MinimumDataset/MDS_Full_Report_2005.pdf. Accessed: Feb 10, 2007.
10. National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2005*. Table 31. Leading causes of death and numbers of deaths, according to sex, race, and Hispanic origin: United States, 1980 and 2003. Available from <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/05.pdf>. Accessed: Feb 10, 2007.
11. National Hospice and Palliative Care Organization. *NHPCO's Facts and Figures-2005 Findings*. Available from <http://www.alfa.org/files/public/NHPCO2005-facts-and-figures.pdf>. Accessed: Feb 10, 2007.
12. Sanjo M, Miyashita M, Morita T, et al. Preferences regarding end-of-life cancer care and associations with good-death concepts: a population-based survey in Japan. *Ann Oncol*. 2007;18:1539-1547.
13. Ministry of Health, Labour and Welfare. *Population Survey Report 2005*. Available from http://www.dobk.mhlw.go.jp/toukei/data/010/2005/toukeihyou/0005626/t0124446/MC210000_001.html. Accessed: Feb 10, 2007.
14. National Center for Health Statistics. *Worktable 307*. Deaths from 39 selected causes by place of death, status of decedent when death occurred in hospital or medical center, and age: United States, 2003. Available from http://www.cdc.gov/nchs/data/dvs/MortFinal2003_WorkTable307.pdf. Accessed: Feb 10, 2007.
15. National Statistics. *Series DH1 no. 37 Mortality Statistics*. Table 17. Deaths: place of occurrence and sex by underlying cause and age-group, 2004. Available from http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/Dh1_37_2004/DH1_no_37.pdf. Accessed: Feb 10, 2007.
16. Miyashita M, Sanjo M, Morita T, et al. Good death in cancer care: a nationwide quantitative study. *Ann Oncol*. 2007;18:1090-1097.
17. The International Narcotics Control Board (INCB). *Tables of Reported Statistics*. Available from http://www.incb.org/pdf/e/tr/nar/2004/narcotics_part4_tables.pdf. Accessed Feb 10, 2007.

18. Miyashita M, Sanjo M, Morita, et al. Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *J Palliat Med.* 2007;10:390-399.
19. Bruera E, Neumann CM, Gagnon B, et al. Edmonton regional palliative care program: impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ.* 1999;161:290-293.
20. Miyashita M, Matoba K, Sasahara T, et al. Reliability and validity of the Japanese version of the Support Team Assessment Schedule (STAS-J). *Palliat Support Care.* 2004;2:379-385.
21. Okuyama T, Wang XS, Akechi T, et al. Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *J Pain Symptom Manage.* 2003;26:1093-1104.
22. Shimizu K, Akechi T, Okamura M, et al. Usefulness of the nurse-assisted screening and psychiatric referral program. *Cancer.* 2005;103:1949-1956.
23. Morita T, Miyashita M, Shibagaki M, et al. Knowledge and beliefs about end-of-life care and the effects of specialized palliative care: a population-based survey in Japan. *J Pain Symptom Manage.* 2006;31:306-316.
24. Hojsted J, Sjogren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain.* 2007;11:490-518.
25. Ward SE, Goldberg N, Miller-McCauley V, et al. Patient-related barriers to management of cancer pain. *Pain.* 1993;52:319-324.
26. Koffman J, Burke G, Dias A, et al. Demographic factors and awareness of palliative care and related services. *Palliat Med.* 2007;21:145-153.
27. Kuin A, Courtens AM, Deliens L, et al. Palliative care consultation in the Netherlands: a nationwide evaluation study. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27:53-60.
28. Morita T, Hirai K, Sakaguchi Y, Maeyama E, Tsuneto S, Shima Y. Measuring the quality of structure and process in end-of-life care from the bereaved family perspective. *J Pain Symptom Manage.* 2004;27:492-501.



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—



江口研二^{*,#}



がん緩和医療は、がん患者への早期からの介入支援により苦痛が軽減され快適な療養生活が可能となることを目標とする。この実現には、院内および地域内での緩和医療体制の構築が必要となる。院内緩和ケアチームは、感染症対策チームのように、院内の正式な専門診療科である緩和医療科スタッフが担当する。緩和医療専門医は緩和医療外来を通して、地域包括緩和医療のリーダー的な役割を果たす。地域がん緩和医療体制に関しては、がん診療連携拠点病院、地域医師会、在宅医療専門家の専門診療グループなどがかかわっている。トリアージ役として地域の医療事情に精通した相談支援センター専属の看護師の存在は地域連携の鍵となる。地域内の各専門家が役割を認識し、お互いの顔の見える関係を構築することが重要である。厚生科研第3次対がん総合戦略事業「包括的な緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(OPTIM study <<http://www.gankanwa.jp>>)は、がん緩和ケア介入支援プログラムの有効性評価を前後比較研究として地域モデル構築をめざして進行中である。

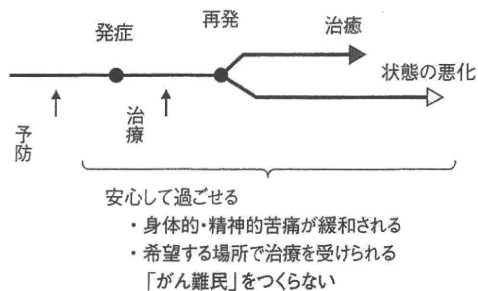
KEY WORDS

cancer survivors
緩和ケアチーム
緩和医療外来
地域連携モデル
がん診療連携拠点病院
OPTIM study

はじめに

がん緩和医療は、がん患者への早期からの介入支援によって、身体的・精神的な苦痛が軽減され、患者の快適な療養生活が可能となることをめざしている(図①)。早期からの介入支援とは、疼痛への対処をはじめ、がんに伴う身体的・心理的・社会的な多彩な要素からなる問題への対策である。医学的には治癒したと思われる早期がんであっても、治療後に生じうる身体的(機能障害や後遺

* EGUCHI KENJI/帝京大学医学部内科学講座腫瘍内科, #帝京がんセンター



図① 早期から切れ目なく療養の質を維持する
(OPTIM studyより引用)

症)・精神的(再発に対する不安や、家庭や仕事の社会的な障害など)な問題を患者一人がかかえ込む状況も多い。がんの通院治療が普及した最近では、抗がん剤・放射線・手術療法などのがん治療に付随する副作用対策なども支援の対象となる。がん治療を経験してその後の生活を送っている人(cancer survivors)は2001年に全国で年間160万人にのぼり、今後増えつづけ、2015年には倍増すると予測されている。これらの人々の療養生活の支援を考えると、主治医や個々の病院のみで十分な対応は不可能であり、地域でのがん緩和医療体制の確立は欠かすことのできないものである。

そのためには、全国どこでも、がん患者の療養における生活の質(QOL: quality of life)を向上・維持させる体制を構築する必要がある。患者・家族・関係スタッフの良好なコミュニケーションを保ち、単一医療機関内だけでなく、地域における病院、ホスピス、在宅療養支援診療所、訪問介護センター、調剤薬局、福祉行政などいろいろな関連部門が、緊密に協力しなければ前記のような体制は成り立たない。また、その役割分担として、診療科主治医、病棟スタッフ、緩和医療医師、在宅診療医、訪問看護師、薬剤師、栄養士、医療ソーシャルワーカー、福祉担当者等、さまざまな役割の専門家がそれぞれの役割を自覚して連携することになる。

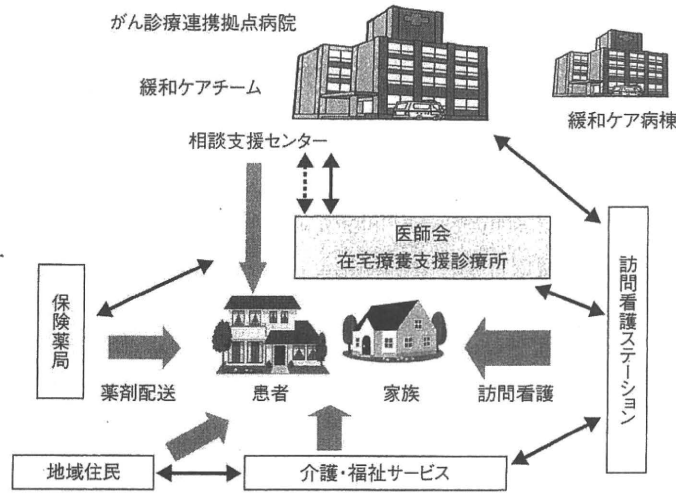
1. 医療機関におけるがん緩和ケアチームおよび緩和医療外来の整備

緩和ケアチームは、緩和医療医、精神科医、認定資格をもつ看護師・薬剤師の最低4名でチームをつくり、医療機関内のがん関連診療科からの依頼により、専門緩和医療の診療を担当する。2006年に、厚生労働省の設置要件に合致する緩和ケアチームは全国で約70チームであった。緩和ケアチームをめぐる課題としては、例えば医療機関としての緩和医療への取り組みの熱意の差、院内各診療科の緩和医療に対する認識の差、コンサルテーションの信頼関係の可否、がん専門の精神科医(サイコオンコロジスト)が増えないこと、専門緩和医療に対応する人的なリソースの欠乏など数多く存在している。感染症科と同じように、院内緩和ケアチームの中心となるスタッフは、病院の正式な専門診療科として独立した緩和医療科のスタッフが担当すべきである。緩和医療科スタッフは、入院中のがん患者の診療のみならず、院内の在宅支援部署や地域相談支援センターなどのスタッフと連携を密にして、退院前カンファレンスなどの指導にあたる。また、専門緩和医療外来は、入院中に診療していた患者の継続診療のみならず、地域における外部からの専門緩和医療コンサルテーション依頼を通して、地域包括緩和医療の司令塔としての存在意義が高まっている。

2. 地域連携モデルの構築(図②)

がん患者の療養場所に関する調査では、不幸にして再発した場合あるいは非常に進行していた場合なども、可能であれば在宅療養で必要時の通院診療を希望する人が約8割であるが、しかし現実には、緊急時の入院先が不明、在宅で診てくれる医療スタッフの欠如、家族への迷惑などから、在宅療養をあきらめている人が過半数にのぼっている(日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団2007年度調査研究報告 <<http://www.hospat.org/>>

特集●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—



図② 地域連携モデルの役割分担と連携概念図 (OPTIM studyより引用)

houkoku2007/2007.html)。これらの隘路を着実に改善して、がん患者の療養生活に選択肢を増やすことが必要である。現在、地域内のがん患者の療養支援を連携して実施できる関係の構築、患者・家族の多様なニーズへの対応など、地域における理想的な早期からの緩和医療支援体制の構築に関して、厚労省研究班などで検討されている。

現状で各地の地域におけるがん緩和医療体制に関しては、都道府県のがん診療連携拠点病院・地域基幹病院を核とした連携医療機関との診療連携モデル、地区医師会の在宅医療部門を中心とした診療所間の連携モデル、在宅医療専門家を核とした専門診療グループの連携モデルに大別される。いずれの場合も関係者の役割分担の自覚と相互の役割の認識、信頼感の醸成が円滑な活動に必須である。また、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、トリアージ役として地域の医療事情に精通した相談支援センター専属の看護師の存在も鍵になる。定期連絡会議等でお互いの顔の見える関係を構築している。在宅医療の後方病院の確保や、患者・家族と在宅スタッフ

も参加する退院前連絡会議などは、患者・家族の不安を軽減する意味で重要な仕組みである。現有人材の教育と能率的な配置、在宅支援24時間体制、情報共有のためのIT活用法の具体化なども現体制を強化する機能的なモデル構築に必要である。グループ内情報共有システムとしてITの活用は有用であるが、セキュリティ確保の専用サーバーなど設備投資が必要となる。さらに、介護施設や調剤薬局などのネット環境のインフラ整備、在宅医療に関する情報システムのマスター整備(標準化作業)を早急に進める必要がある。現場の関係スタッフによるブレインストーミング(特性要因図での検討など)からは、地域における診察連携の困難さ、介護と看護との役割分担の不明確さ、老老介護破綻、医療スタッフの燃え尽きなどが指摘されている。組織体制、医療者、患者家族、医療機関組織などのそれぞれに関する要因が連携の活性化に大きく影響する。医療の診療水準の維持、患者・医療者信頼関係の維持、患者・家族の社会的療養環境、行政支援による居宅整備、緩和医療に関する患者・家族の啓発、行政・市民の協力・支持を得るための組織づくりなどが、現体制

を強化する機能的なモデル構築に必要である。一律の医療体制モデルでなく、各地域の医療事情などの特性にあわせた柔軟な方策が必要である。

2006年度から厚生労働科学研究第3次対がん総合戦略研究事業として、包括的な緩和ケアプログラムによる地域介入研究〔Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study〕が開始された。これは公募審査により採択された4地域を対象に、がん緩和ケアの標準化と継続、患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識提供、地域緩和ケアの包括的な連携推進、専門緩和ケア診療の提供を介入内容として、がん緩和ケア介入支援プログラムの実施前後における緩和医療の質を評価して地域モデルを構築する研究である。患者自身による苦痛緩和の評価、遺族による評価、専門緩和ケア利用数、死亡場所に関する集計を評価指標としている。4地域の医療スタッフ、患者、市民を対象とした緩和医療に関する実情の予備調査を実施して、その結果から、介入内容を具体的に、人的リソース補助、各種マテリアル配布、スタッフ研修、市民啓発企画などを計画的かつ組織的におこなうこととした(表①)。なお介入支援プログラムの詳細などについては、研究班のサイトとして(<http://www.gankanwa.jp>)に掲載されている。2010年度の介入後調査実施後、前後比較などの解析をおこなって、介入プログラムの実効性などを検証する予定だが、各地域での実行組織構築とその運営方法や研究班全体組織でのブレインストーミングなどから、地域連携モデル構築時に直面するそれぞれの段階での共通課題や地域特有の個別課題に関する解決へのプロセス自体が非常に重要な本研究のノウハウとして明らかになった。研究計画のプライマリエンドポイントである前後比較の数値評価のみならず、地域連携モデル構築に際してのプロセス集積も研究成果物として体系化することになっている。

地域連携による緩和医療体制構築のためには、①医療・介護機関の間で共有する標準的な臨床情

表① 地域におけるがん緩和ケアシステムの構築に必要な内容

①標準化した臨床ツールの普及
②緩和ケアの必要な患者をスクリーニングするシステム
③専門緩和ケアのリソースの再構築 (入院リソースの機能分担と地域緩和ケアチーム)
④一般医師・看護師対象の教育プログラムの普及
⑤一般市民に対する鎮痛・緩和医療に関する正しい知識の提供
⑥患者情報とリソース情報を共有するシステムの構築

(OPTIM studyより引用)

報形式、②対象患者のスクリーニングシステムの作成、③緩和ケア支援センターにおける在宅・病院・医療・介護などの地元情報の提供とリクルート体制を構築し、患者・家族への情報提供とトリアージ機能(適切な振り分け)、④地域緩和医療を支える医療関係者を対象とした教育プログラム、⑤地域の一般市民を対象とした教育・啓発プログラム、⑥地域医療者間での情報共有のために再現可能な形で記述され継続できる情報システム構築、をおこなう必要がある(図②)。

おわりに

がん緩和医療は本来連続した医療の一環であり、その意味からも患者・家族と医療者の信頼関係や臨床腫瘍医と緩和医療医との連携などは、その前提になるものである。臨床の現場では、緩和ケアチームのチームワークと力量・度量、緩和ケアチームと病棟スタッフ間の信頼関係、そして、臨床腫瘍医、腫瘍外科医などの主科スタッフとの相補的な協力関係、外部の医療機関や地域の介護センターなどとの協力関係が一つでもうまくいかないと、患者・家族の緩和医療に対する信頼は得られない状況に陥る。

がん緩和医療に使用する新規薬剤も増え、インターネットによるさまざまな質の情報が飛び交い、患者・家族・市民のニーズとして良質のがん緩和医療が要求される時代になった。他の医療従事者に頼りにされる多職種の専門家が一丸となったチーム医療として、地域の緩和医療を推進するこ



- ・専門家は、つねに最新の技術を修得している。
- ・一般医は、適切な依頼時期を判断できるセンスを身につける。
- ・地域内スタッフの技術・知識向上と、信頼関係の構築が大切である。

図3 教育・研修 地域連携ミーティングの意義

(OPTIM studyより引用)

とが必要されている。

現行のがん在宅療養の3種類のモデルから、地域の医療事情などの特性を考慮し実現可能な在宅がん緩和医療のモデルを開発する必要がある。どの類型化されたモデルにおいても、グループをまとめるリーダーシップを有する緩和専門医師、地域医療事情に明るい緩和専門の看護師の存在、関係者間の緊密な連絡と信頼が必要である。お互いの地域連携の役割分担を見直し効果的な地域ネットワークを構築する必要がある。

■ 参考文献 ■

- 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「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」平成20年度総括研究報告書, 2009
- 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 Med* 25 : 412-418, 2008
- 松本武敏, 川越正平, 白髭豊ほか : 在宅緩和ケアのための地域連携ガイド, 在宅地域連携ガイド委員会編, 厚生労働科学研究費補助金 (がん臨床研究事業) 在宅医の早期参加による在宅緩和医療推進に関する研究班, 東京, 2008

早期からどこでも安心して受けられる がん緩和医療を目指す取り組み

江口 研 二^{*1*2}

要 旨

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

はじめに

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

がん緩和医療とは

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

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

*1 帝京大学医学部 内科学講座 教授

*2 日本緩和医療学会 理事長

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

下させるような症状を速やかに予防・軽減せしめ、可能な限り、患者の希望する質の高い療養生活を維持させる医療である。

緩和医療における人材教育の動向

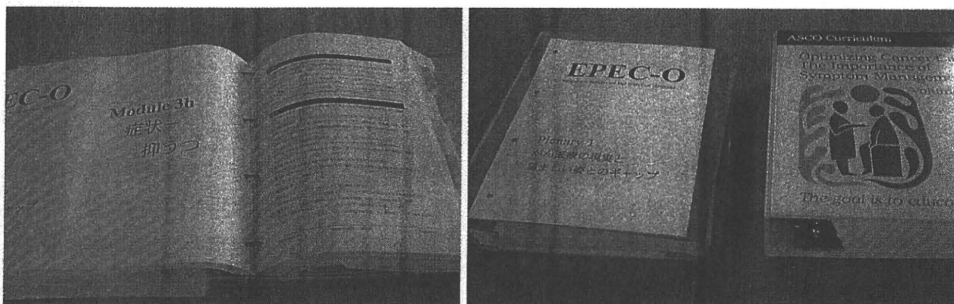
緩和医療の推進に関しては、人材教育と組織構築両面からの仕組みが必要である。国立がんセンターでは、全国のがん診療連携拠点病院の医師・看護師など医療従事者に対するがん緩和医療の講習会を定期的に企画している。全国約350ヵ所に増えた(2008年現在)厚生労働省認可の都道府県がん診療連携拠点病院および地域がん診療連携拠点病院に対しては、地域がん緩和医療の質の向上を目指し、地元の医療機関・介護機関などのスタッフを対象とした各種の講習会・研修セミナーなどを開催することが義務化されている。さらに、厚生労働省は日本医師会などに委託して、がん緩和医療の中で大きな領域となっているがん疼痛対策のテキストを作成配布し、一般医の緩和医療に関する知識普及を図っている。

日本緩和医療学会 (<http://www.jspm.ne.jp>) は、「がん患者の全経過を対象として、Palliative Medicineの専門的発展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」を目的として、1996年発足、2006年NPO法人化され、6,000名以上の医師、看護師、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種会員からなる学会である。がん緩和医療の対象となる基本的な個々の症状について体系的な文献レビューを行い、現時点での診療ガイドラインを厚生労働省研究班との共同作業として作成している。現在までに、「がん疼痛」、「鎮静」、「終末期補液」のガイドラインが作成され、「呼吸困難」など症状ごとに作業を進めている。各ガイドラインは、教育用スライド・構造化抄録も含めホームページ(HP)で公表している。学会として教育内容を均一化する目的で、欧

米の教育カリキュラムを参考にがん緩和医療の教育研修カリキュラムを2005年に作成した(HP公開中)。教育研修カリキュラムに関しては、卒前教育・卒後教育の両者を含み、また、終末期医療のみならずがん患者の全経過を通じての緩和医療、支持療法の教育を目指すものである。具体的な学会の教育企画として、がん緩和医療従事者を教育しうる人材の養成のために、米国臨床腫瘍学会が企画するEPEC-Oに準じて、年2回開催するトレーナーズワークショップ(数年以上のがん緩和医療従事経験者対象の60名規模の合宿研修)と、学会教育研修カリキュラム準拠の全会員を対象としたセミナー(年2回開催、毎回数百名規模)を定期企画として、2006年から実施している。日本版EPEC-O修了者はすでに250名に上る。2008年度からはさらに日本版EPEC-Oを発展させ、新たに地域における専門緩和医療のリーダーを養成する研修プログラムを充実させる予定である。また、会員対象の定期教育セミナー受講を2010年度発足予定の緩和医療専門医制度の受験資格に含めるべく調整を続けている。緩和医療専門医制度については現在学会内で準備しているが、多職種による学会なので、専門医認定機構の専門医資格申請条件にはあてはまらない。しかし、他診療科の専門医と異なり、緩和医療の専門医はむしろ地域におけるチーム医療のリーダーあるいはコンタクターとして活動すべき存在であり、いわゆる専門医として広告を出し1ヵ所に患者を集めようとする標榜制度にはなじまない。むしろ患者・家族あるいは他の診療機関などからの問い合わせや依頼は、今後、地域がん相談支援センターなどを通して行われる場合が増えると考えられる。

従来の座学による緩和医療講習のあり方に関しては、すでに、日本ホスピス緩和ケア協会(山崎章郎会長)などからもその実効性

図1 日本版 EPEC-O トレーナーズワークショップのテキスト



日本緩和医療学会教育委員会 (木澤義之 委員長) 作成. 右は米国臨床腫瘍学会 (ASCO) 緩和医療カリキュラム

に疑問が出されている。日本緩和医療学会の理事会でも、座学だけのセミナーや講習会では緩和医療実践力を養成するために限界のあることが指摘されている。よく機能している病院緩和ケアチーム、緩和ケア病棟などでの実習を講習期間に含めることや、初期臨床研修制度に必須カリキュラムとして緩和医療実習を入れることなどの意見が強い。実習先の選定などに関する課題はあるが、実践力のつく緩和医療研修のあり方として、実行に移す必要がある。

緩和ケア病棟・院内がん緩和ケアチームに関する課題

3年前に全国約400施設を対象に行われた基幹病院における緩和医療体制に関する実情調査では、機能している院内緩和ケアチームは約3割、緩和ケア病棟設置は約2割という結果であった (日本経済新聞)。インターネットの普及、セカンドオピニオン制度の設置など、がん患者や家族のがん診療に対する要望は、適切な内容か否かにかかわらず、極めて強いものとなっている。さらに、経口分子標的薬など従来の抗がん剤とは副作用の種類・程度に関して全く異なり、かつ一部のがんでは劇的な効果を示す治療法が出現し、また、外来化学療法として通院する患者が増え、抗がん剤治療のイメージは急速に変貌しつつあ

る。ホスピス・緩和ケア病棟のコンセプトとして、がんの治療はせずに安らかな看取りを目指すということである。最近ではこれらの病棟についても、治療継続を望む患者・家族の要望をどのように取り込むか、外来をどのように運営するか、また在宅療養緊急時や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おり、現状の診療体系では解決できない。緩和ケア病棟担当者のみで解決法を模索する問題ではなく、保険診療報酬などの改定も視野に入れた政策的な検討の必要性が生じている。

院内緩和ケアチームについては、診療報酬加算可能な要件を満たしているのは全国で数十施設しかない。これは、がん患者を専門とする精神科医 (サイコオンコロジスト) が非常に少ないことなどによる。2008年からは薬剤師もチーム必須要員と指定された。また、緩和ケアチーム診療には入院患者および既診療患者の外来のみしか該当しないことなどの制度的な制約が存在する。

施設内における緩和医療の整備と円滑な運営に関しては、医療機関の長が組織全体としてがん緩和医療に取り組むという姿勢を明確に打ち出すこと、各診療科スタッフ、病棟スタッフとの良好な関係、そして薬剤、栄養その他の部門が支援を惜しまぬことなどが必須である。実際のユーザーとなる患者・家族そ