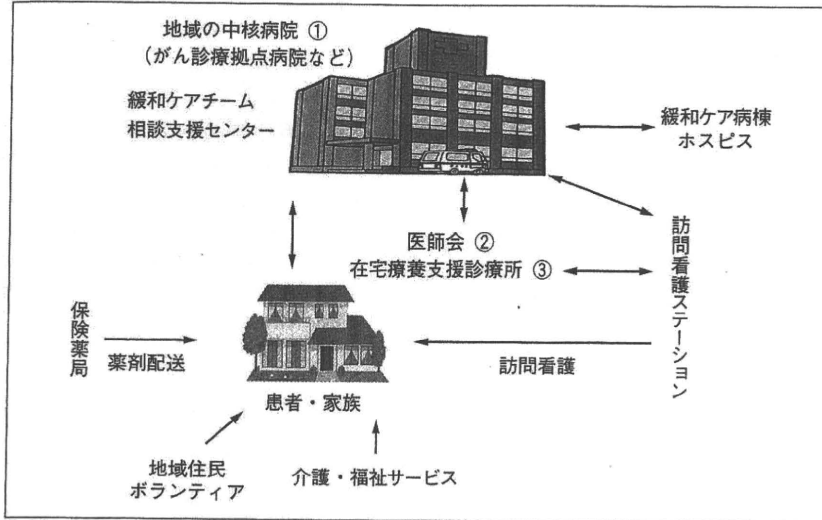


図2 がん緩和医療における地域連携の各プレーヤー概念図



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感じるにより、院内での需要は確実に増えていく。診療科によって依頼数の多寡が異なることは現状ではやむなく、また診療報酬加算がついても採算部門とはなりがたいことも現実である。良質ながん医療を提供する医療機関として当然備えておくべき機能と考えるか否か、病院の方針を明確にする必要がある。

地域における良質の緩和医療の実現に向けて

我が国では、1980年代後半から病院での看取りが8割以上を占めるようになった。居宅における看取りに関する全国約9,700カ所の在宅療養支援診療所の実績では、2007年に全国で年間約2万7千人の看取り数が報告され、地方での例数は大都会に比較して少なかった（読売新聞）。また、2割弱の在宅支援診療所は月2回の往診だけ、また看取り例数0人の診療所が3割という結果であった。がん療養のあり方の中で、患者が自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、地域でのがん医療に関するネットワーク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次のようになる。すなわち、早期からの在宅がん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（図2）。厚生労働省が支援するがん診療連携拠点病院構想においては、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、緩和医療に経験豊富で地域の医療事情に精通する看護

表1 在宅がん緩和医療を円滑に行うポイント

在宅緩和医療移行に際し 患者・家族が確かめておく事項	在宅医療医側の注意事項
<p>患者と家族の意向が一致している 家族に在宅療養の意欲と自覚がある</p> <p>家族内のサポート体制がある 地域のサポート資源が認知されている</p> <p>地域の医療・福祉サービス利用経験がある 緊急時の連絡と対応先が明確である</p> <p>医療・介護スタッフとの連絡が良い 介護家族の息抜きができる（レスパイト）</p>	<p>在宅での医療行為は安全第一に 在宅は QOL 改善を目標に 認識啓発必要 患者・家族の誤解を解く</p> <p>生活の場の特徴を考慮した医療 確実な医療技術を駆使 頓用薬の事前配置（電話即応）</p> <p>チームケアでは情報共有方法を工夫 チーム内にアセスメントと治療マニュアル 病状にもナース対応可能</p> <p>人的ネットワークの活用（協力医など） ソーシャルワークの専門家は必須</p> <p>日本人の看取りのケア（海外文献だけではだめ） 看取りの不安 社会的アプローチ 医療・介護制度を熟知する</p> <p>在宅医療にすべてお任せは無理 地域医療機関の役割分担を明確化 活動の定期的評価 そしてフィードバック</p>

(厚生労働省研究班 川越正平ら)

師の存在が鍵であり、また、医療・介護機関等の定期的な連絡会議などで「お互いの顔の見える関係」を構築していることである（表1）^③では、個人グループ内の活動効率化として、グループ内スタッフ間の患者情報共有 IT システム導入などを行っている例もある。24時間の在宅緩和医療を実現するには、複数医師のグループと診療内容に関する協力医（支援グループ）の存在が必要である。また、地域医療事情に精通した看護師が、在宅療養の橋渡しとしての重要な役割をなしている。機能的に活動している地域でも、病院間あるいは医療者間の関係から生じる地域における診・診連携の困難さ、介護と看護との役割分担の不明確さ、介護者高齢化による老老介護破綻、医療スタッフの燃え尽きなどに、組織制度、医療者、患者・家族、医療機関組織などの要因が大きく活動に影響することが明らかである。一律の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。

がん緩和医療に関する市民の認識を啓発する目的で市民公開講座など数多く実施されているが、乳がんのピンクリボン運動のように、日本緩和医療学会では2007年から厚生労働省委託事業としてオレンジバルーンキャンペーンを企画した。2008年には関連学術団体、がん患者支援団体、民間企業コンソーシアムなどと広範に連携してこのキャンペーンを展開し、早期からのがん緩和医療に関する世論の理解を促進させる活動を行う。

がん患者が安心して療養を行うことのできる環境作りには、地域の中で住み慣れた居宅における医療・介護の提供、緊急時の後方病院の存在など、おのおのの医療・介護・福祉などの関連組織の役割分担をどのように有機的に組み立てるかが問題となる。医療診療水準の維持、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、市民でも理解しやすい「緩和病期」の設定と患者・家族、医療者啓発、行政・市民の協力・支持を得るための組織作りなどが、現体制を強化

する機能的なモデル構築に必要である。コメディカルや福祉も巻き込んで、地域の中での各プレイヤーの認識と役割分担をもう一度見直して、より「顔の見える連携」によって効果的な地域ネットワークを構築する必要がある。

おわりに
ー緩和医療の今後に向けてー

10%プロコインの製造中止、ケタミンの麻薬指定、リタリンの医師処方権制限などの最近の事例は、日常適応外ながら頻用されている緩和医療薬剤にもエビデンスの存在が必須であることを明確に示している。従来の緩和医療では、治療法の評価は個々の事例に対しての有用性が決め手であり、したがって多数例による機械的な臨床試験でのエビデンスはそぐわないというような意見も多かった。しかし、現在の薬物相互作用、有害事象などの問題や、ある日突然処方できなくなるような保険適応のない使用方法などの問題は、そのまま放置できるものではない。日本における緩和医療の臨床試験をもっと効率良く進める臨床研究体制を整える必要がある。

緩和医療医師については、出身診療科が複数であり、がん緩和医療の質的な保証となる教育とその評価体制についてはさまざまな意見があった。いまでも臨床腫瘍医と緩和医療医との考え方の差などをことさら強調する意見もあるが、患者・家族が多様化した要望を投げかけてくる現在では、臨床腫瘍医、緩和医療医を問わず、基本的ながん医療の知識および基本的な診療技術については修得すべきであると考ええる。

がん告知などについては、医療関係者側も一般市民の認識も大きく変わり、情報開示が進んでいる。一方では、医療関係者による早急直截な開示などコミュニケーション技術の不足や、一般市民による医療不信の増幅などが増えてきたために、診療現場では依然として医療関係者と患者・家族との間のコミュニケーションギャップは解消されていないことも多い。医学教育、卒後研修カリキュラムなどを通して、すべての医療関係者が医療におけるコミュニケーション技術を体系的に修得する仕組みを作ることが努力されている。

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、さまざま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でもの医療機関、どの診療科でも受けられるかと言うと、実情は極めて不十分な状況である。医科大学に緩和医療学の講座がなく、緩和医療に関する体系的な医学教育がなされてこなかったこと、卒後研修の中でも緩和医療を指導する体系的な仕組みがなかったことなど、緩和医療に携わる医師の養成を全国規模で行っていなかったことが、臨床研修医の教育にも影響している。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と考える。

本研究の一部は、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」(H19 がん臨床一般 004)の研究費による。

Strategy for Improvement in Palliative Cancer Medicine in Japan

Kenji Eguchi^{1,2}

¹ Division of Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine

² Japanese Society for Palliative Medicine



研究プロジェクト① 地域介入研究（戦略研究）



山岸暁美* 森田達也# 江口研二§



2007年より「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」が、日本における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている。本研究の目的は、1) 緩和ケアの標準化と継続性の向上、2) がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供、3) 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション、4) 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、地域のがん患者のQOL (Quality of Life) が向上するかどうかを評価することである。同時に、全国においてがん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物、介入過程を作成することにある。

はじめに

わが国における緩和ケアの提供体制は徐々に整備されつつあるが、その普及は十分でない。緩和ケアを普及させるには、複合的な課題を克服する必要があるとされ、カナダ、スペインなどにおいては地域を単位とした前後比較研究が、北欧においては居住区を単位としたクラスターランダム化

比較試験がおこなわれ、緩和ケアの普及および提供体制の構築に関する知見が報告されている。

カナダのエドモントンでは18ヵ月にわたり、地域の医療システムの再構築をシミュレーションしたのち、1995年から1) 標準化した診療ツールの地域全体への普及、2) 地域緩和ケアセンター・地域緩和ケアチームの設置、3) 診療報酬の誘導によるリソースの再構築（緩和ケア病棟への病床再編、家庭医のカンファレンス参加や緩和ケア診療への誘導）を含む地域緩和ケアプログラムを稼働させた。この結果、プログラム施行前には死亡場所の86%を占めていた急性期病院が施行2年後には49%に減少し、緩和ケア病棟・自宅死亡の割合が増加した。また緩和ケアを受けた患

KEY WORDS

緩和ケア
がん患者
地域介入
前後比較研究

* YAMAGISHI Akemi/東京大学大学院医学系研究科緩和ケア看護学/国立がんセンター東病院看護部, # MORITA Tatsuya/聖隷三方原病院緩和と支持治療科, § Egauchi Kenji/帝京大学医学部内科学講座

者の割合も、プログラム施行前には、死亡時で45%、1ヵ月前で30%にすぎなかったが、3年後にはそれぞれ80%、50%に増加した¹⁾。北欧でおこなわれたクラスターランダム化比較試験では、基幹大学病院に緩和ケア病棟を設置し、入院サービス・ケアコーディネーションを中心とした介入がおこなわれた。その結果、一般的なQOL尺度(EORTC-C30)で測定した患者のQOL (quality of life) に有意な差はみられなかったが、自宅死亡が15%から25%に増加し、家族の満足度は有意に高かった²⁾。

わが国では、これまで大規模な地域介入研究がおこなわれることはなかったが、2007年より「平成19年度 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」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model: OPTIMプロジェクト)が、日本における地域緩和ケアのモデルを作成・検証するために進められている³⁾。

本稿では、このOPTIM-Studyについて紹介する。

1. 研究の背景と目的

2006年に制定されたがん対策基本法は、「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」「居宅において医療を提供する連携協力体制を確保すること」など、がん患者の療養におけるQOLの向上に必要な施策を講じることを国および地方公共団体に求めており(同法第16条)、地域における質の高い緩和ケア提供体制の構築とその普及が課題となっている。

本研究の目的は、①緩和ケアの標準化と継続性の向上②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供を中心とする地域単位の緩和ケアプログラムの整備により、QOLの指標である、1) 患者による苦痛緩和の質評価が改善し、2) 遺

族による苦痛緩和の質評価が改善し、3) 緩和ケア利用数が増加し、4) 死亡場所が患者の希望に近く変化するかを評価することである。

また、もう1つの重要な目的としては、今後全国の地方公共団体が、がん対策基本法に定められた緩和ケアの推進に取り組んでいく際に資する成果物および介入過程を作成することである。つまり、地域緩和ケア提供体制の構築方法や地域緩和ケアに関するニーズを把握する方法、作成した各種マテリアルとその普及方法などに関する知見を集積することに、このOPTIM-Studyの意義がある。

2. 研究のデザインおよび対象

本研究は、介入地域に地域住民票を有する不特定のがん患者、家族、地域住民、および介入地域の機関に属する医療・福祉従事者を対象とした前後比較研究である。研究班の策定した緩和ケアプログラムによる介入前後で評価項目を測定し、効果を評価する。

介入地域は、1) (D) 緩和ケアの提供体制が十分整備されていないと考えられる地域、2) 一定水準の緩和ケアを提供できる体制があると考えられる地域として、実施主体が(A) がん専門病院である地域、(B) 総合病院である地域、(C) 医師会である地域の4地域が選択されている。また一部、ある程度の比較性を評価するための参考地域が設定されている。

3. 研究方法

1) 予備調査の実施

介入プログラムを策定するにあたり、一般市民および医療福祉従事者対象に予備調査をおこなった。

一般市民対象調査は、4介入に居住する40歳以上79歳以下の一般市民(各地域2,000人、合計8,000人)を対象に層化二段階無作為抽出法による郵送調査をおこない、3,982人から回答を得た(回収率50%)。調査項目は、一般市民がイメー

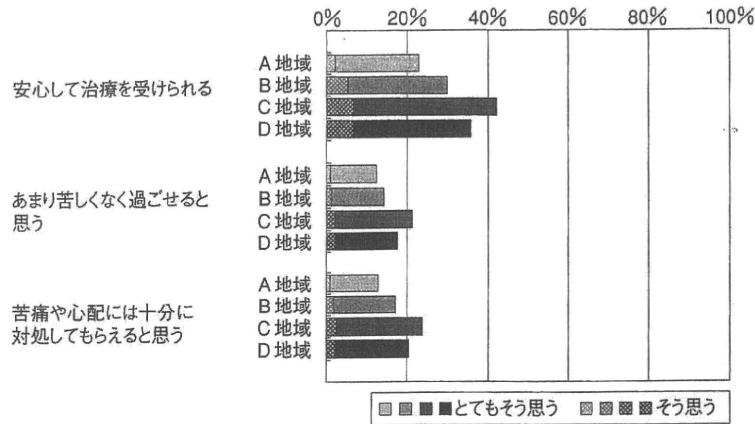


図1 一般市民がイメージするがん療養の安心感

ジするがん療養に関する安心感，緩和ケアに対する認知とイメージ，在宅療養のイメージなどであった。

がんになった場合、「安心して治療を受けられると思う」と答えた一般市民は33%、「あまり苦しくなく過ごせると思う」17%、「苦痛や心配には十分に対処してもらえると思う」19%、「安心して自宅で療養できる」8%と，がん療養に関する安心感についての項目はいずれも低い結果であった(図1)。また，緩和ケアに対する認知に関しては、「よく知っている」が14%、「聞いたことがあるがよく知らない」が49%、「聞いたことがない」が32%であった。痛みを伴い予後が6ヵ月以内の場合の希望する療養場所としては，病院が17%、自宅が49%、緩和ケア病棟が16%、そのほか11%であり，希望する死亡場所は病院が28%、自宅が10%、緩和ケア病棟が45%、そのほか11%であった(図2)。緩和ケアを広めていくために「役に立つ」という回答が6割を超えた取り組みとしては，a) 医師/看護師の技術を向上させる，b) 相談窓口の設置，c) 治療場所を変えても，必要な情報が伝わる，d) 自分の診療情報を持ち歩ける，e) 病院などの再編成・地域の連携の強化，であった。

医療者対象調査は，4介入地域の病院医師1,314人，病院看護師5,216人，診療所医師1,106人，訪問看護ステーション看護師271人に調査票を配布し，それぞれ409人，2,160人，235人，115人から回答を得た(回収率31%、41%、21%、42%)。

緩和ケアに関して「自信をもって診療に臨むことができる」と回答したのは，病院医師17%、病院看護師4%、診療所医師15%、訪問看護師5%と低く，緩和ケア教育や専門家の関与の必要性が浮き彫りになった。また地域の緩和ケアサービスの整備に関し「役に立つ」の回答割合が8割を超えたリソースとしては，a) 地域で共通した症状緩和の評価・マニュアル，b) 患者用の共通カルテ，c) 退院時カンファレンス・連携ツール，d) 患者・家族向けの緩和ケアに対する情報提供，e) 緩和ケアに関する相談窓口の設置，f) 地域の緩和ケアの専門家への相談体制の整備であった。

2) 地域緩和ケアプログラムの内容

上述の予備調査の結果から，①緩和ケアの標準化と継続性の向上，②がん患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供，③地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション，④緩和ケア専門家による診療およびケアの提供，を中心とする地域緩和ケアプログラムを策定し，必要なマテリアル

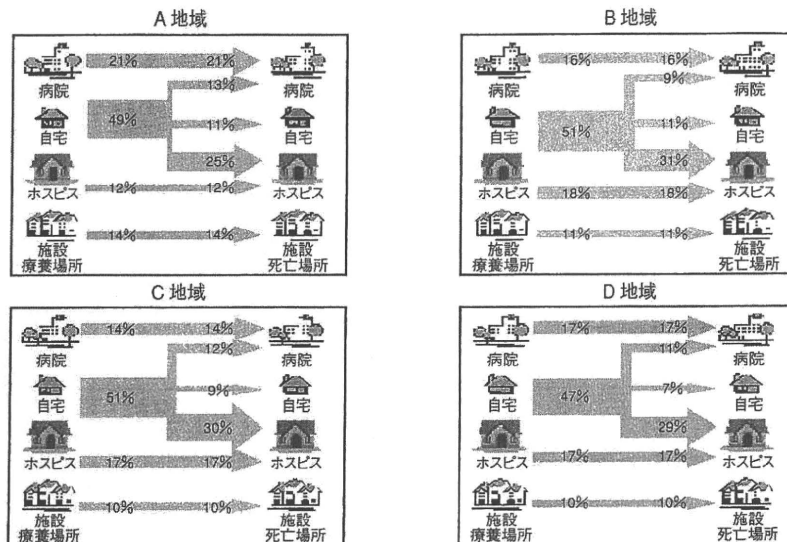


図2 希望する療養場所

を作成した(表①)。これは、それぞれ、①地域の緩和ケアツールが標準化されていない、②患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識をもっていない、③地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し問題点を検討する組織がない、④専門緩和ケアサービスが利用できないことに対応した介入となっている。また、これをもとに各介入地域は、それぞれの地域の状況や特性をかんがみ、独自の行動計画を立案した(図③)。

A. 緩和ケアの標準化と継続性の向上

WHO方式がん性疼痛治療法をはじめ、疼痛以外の症状緩和および地域での連携についても、欧米では標準化されたフレームワーク、ガイドライン、クリニカルパスがある。わが国においては、いくつかの先進的施設において標準化した症状評価法が導入されているが、地域全体に普及するには至っていない。

今回、作成した診療ツールは、①緩和ケアマニュアル(ステップ緩和ケアガイド)、②わたしのカルテ、③退院支援・調整プログラムである。緩和ケアマニュアルの新規性は、①評価・治療・患者

教育の3つが連動する構成になっている、②医療者がその患者に適切な内容を選択・追加したうえで提供するパンフレットである、③地域で共通して活用できる評価票が用意されている、④評価票やアルゴリズムを実際に活用している場面が動画になっていることである。わたしのカルテとは、患者の医療情報、療養上の希望、地域の緩和ケアに関する情報などが記載されたノートを患者がもち歩き、患者・家族・地域の医療者が情報を記載・共有するものである。また退院支援プログラムは、先行研究により、有効な退院支援の内容として明らかになっている、①構造化されたカンファレンスの開催、②退院後予側される患者の状態への対応策を文書で手渡す、③退院後1週間以内に病棟看護師が患者宅に電話するテレフォンフォローアップ、を包含している。緩和ケアに関する医療・福祉従事者の知識・技術の向上、および診療・ケアの継続性の向上を目的に、これらを地域で標準化したツールとして普及させる。

表① 介入プログラム

目的	介入名称	介入者	介入対象	介入内容	利用する素材
地域緩和ケアツールが標準化されていない	緩和ケアの標準化と継続性の向上	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフがコーディネーション)	不特定の地域医療福祉職	有効とされるツールを地域共通で活用できるよう配布やワークショップを用いて普及させる	緩和ケアマニュアル 私のカルテ 退院支援プログラム
患者・家族・地域住民が緩和ケアに関する適切な知識を知らない	リーフレットの設置・配布	相談支援センタースタッフ 地域責任者	不特定のがん患者・家族 地域住民	緩和ケアについて簡単に説明したリーフレットの配布	リーフレット
	ポスターの掲示			緩和ケアについて注意喚起・相談支援センターの場所・連絡先を提示するポスターの掲示	ポスター
	冊子の設置・配布			緩和ケアに関する正しい知識を提供する冊子の配布	緩和ケアに関する冊子
	映像メディアの視聴			在宅ケアについての映像メディア(DVDもしくはビデオテープ)の貸出し	映像メディア
	講演会の開催			緩和ケアについて、紹介、説明する講演会の開催	
	図書設置			緩和ケアに興味をもった人が、幅広い知識を得ることができるライブラリーの整備	書籍リスト・書籍
	地域メディアの活用			地方紙、地域情報誌などのコラム欄への連載	
地域全体の緩和ケアに関する情報を集約し、問題点を検討する組織がない	緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置と適切な専門緩和ケアの判断と紹介	相談支援センタースタッフ	がんに起因する問題をかかえる地域住民および不特定の地域医療福祉職	がんに関する問題、とくに緩和ケアに関する地域住民および医療・福祉職の相談に対応すると同時に、専門的緩和ケア利用の必要性を判断し、その患者の現状に最も適した専門的緩和ケア部門を紹介する窓口を設置する	相談支援センター コンサルテーションシート
	地域カンファレンス		不特定の地域医療福祉職	地域の医療福祉職の緩和ケアに関する知識の向上、問題の共有と解決への協働、地域ネットワークの構築を目的とするカンファレンスを多職種で開催する	多職種地域カンファレンス 議事録シート
	地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援		希望して参加する地域医療福祉職	地域の医療機関に所属し、緩和ケア普及のために機能する医療職の設置とその支援をおこなう	インタラクティブ ワークショッププログラム
専門緩和ケアサービスが利用できない	緩和ケア専門家によるコンサルテーション	専門緩和ケア従事者(相談支援センタースタッフがコーディネーション)	外来や専門的緩和ケア病棟を利用できないがん患者のケアにあたっている医療福祉従事者	症状緩和などに難渋する症例について、主治医などの要請に応じて、地域緩和ケアチームがコンサルテーションをおこなう	緩和ケアチーム ・初期アセスメントシート ・依頼シート ・登録シート
	出張緩和ケア研修		希望する地域医療福祉職	緩和ケアの知識・技能の向上、または専門緩和ケア紹介の関値を下げることが目的として、地域緩和ケアチームが契約した地域の医療・福祉従事者の臨床実践の場に訪問し、実践に即した研修をおこなう	緩和ケアマニュアル 私のカルテ 退院プログラム
	専門緩和ケアにかかわるノウハウの提供	相談支援センタースタッフ(専門緩和ケア従事者が質問を受ける)	不特定の地域医療福祉職	緩和ケアチームにかかわる書籍を提供する	専門緩和ケア ノウハウブックレット
	緩和ケアチームにかかわるノウハウの提供			地域連携・在宅診療にかかわる書籍を提供する	地域連携ノウハウブックレット

B. 患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供

患者・家族・地域住民の緩和ケアに関する認識を適切なものとし、緩和ケアリソース利用につながる行動を喚起するために、緩和ケアに関する適

切な情報を提供し、がん緩和サポートセンターおよび緩和ケアチームの活動を周知させる介入をおこなう。本研究ではトランスセオレティカル・モデルにしたがって、関心のない対象には関心をあげるための介入を、関心のある対象には詳細な情

緩和ケア普及のための地域プロジェクト
OPTIM
浜松地域行動計画(案)

予定	2008年4月～2011年3月	
～2008年3月	2008年4月～2011年3月	2011年3月～
①組織構築(顔のみえる関係になる) ②課題を整理し、行動計画の策定	介入プログラムの実施	介入後評価
評価	介入前調査	介入後調査
2008年2～3月 医師名簿調査	2008年4～7月 患者調査	2008年10～12月 家族調査
病院医師 病院看護婦 診療所医師 ステーション看護婦	患者 【対象】 ・外来 ・20歳以上 ・主治医の了解	遺族 【対象】 2007年4月～ 2008年3月までに 死亡したがん患者 の遺族
	2010年10～12月 患者調査	2010年1～3月 家族調査
	患者 【対象】 ・外来 ・20歳以上 ・主治医の了解	病院医師 病院看護婦 診療所医師 ステーション看護婦
		遺族 【対象】 2010年4月～ 2011年3月までに 死亡したがん患者 の遺族

プログラムの内容

I 【緩和ケアの標準化】

- ①緩和連携ツール3点セットの配布とセミナー・症例検討会
・月2会(同じテーマで2回)1～2時間

緩和連携ツール3点セット

- ①緩和ケアツール
 - 1) 評価: 生活のしやすさに関する評価票、STAS
 - 2) 治療: ステップ緩和ケアガイド、看取りのパス
 - 3) 説明: 患者教育用パンフレット
- ②退院支援プログラム
・退院カンファレンスシート
- ③私のカルテ

II 【地域連携の強化】

- ①地域カンファレンス: 地域全体の緩和ケアに関する
問題の共有と解決: 月1回
- ②*在宅医療についての病院医療者を対象としたセミナー:
年1回
*在宅医療「診診連携」「在宅医療のノウハウ」について
の診療所・訪問看護ステーションを対象としたセミナー:
年1回
- ③ホスピス病棟・緩和ケアチームでの研修を地域医療者に
優先して実施

III 【専門サービスの利用の便の向上】

- ①地域緩和ケアチーム要請に応じて、電話・FAX・メールで、
緩和ケアコンサルテーションサービス
*希望があれば、週2回×2回を1クールとして訪問診療
- *小児腫瘍の緩和ケアの相談
- ②緩和ケア外来 週1回から開始
・症状緩和
・主治医機能はもたない

IV 【市民への情報提供】

- ①地域の利用できるリソースの一覧をHPに公開
- ②リーフレット・冊子・ポスター
- ③「緩和ケアを知る100冊」を希望施設の病院図書館、
市民図書館に設置
- ④*市民対象に、緩和医療についての講演会、
患者・家族の集う会の開催(10月第1土曜日
世界ホスピスデー)
*ホスピスセミナーを地域に公開

V 【一時入院・症状緩和できる施設の提供】

- ①ホスピス病棟27床のうち、1～3床を地域の症状緩和用
に開放し、通常の入院予約と別枠で運用

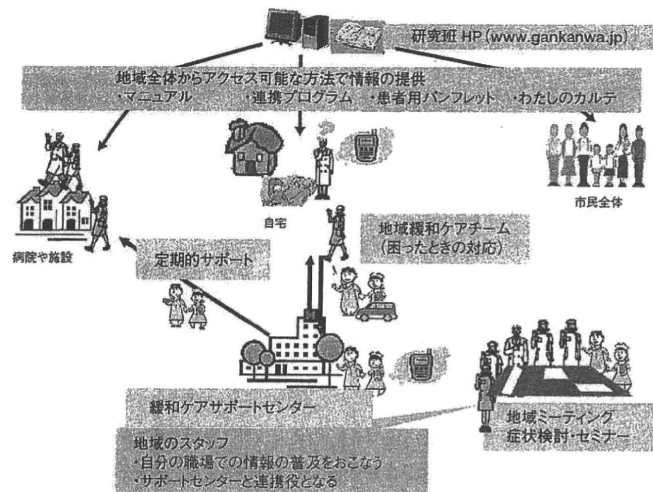


図6 地域の行動計画

浜松地域における活動計画の原案を示す。(具体的な行動計画は地域の実情にしたがって順次変更される)

報提供をおこなう。前者としては、リーフレットの設置・配布、ポスターの掲示、地域メディアの活用、後者としては、冊子の設置、映像メディアの視聴、講演会の開催、図書を設置をおこなう。

また、情報提供については、受け手が信頼している情報源を使用することが重要であるため、予備調査により地域住民が信頼できるメディアを確定した。その結果、医療機関・公的機関のパンフレット、医療機関のポスター、医療機関からの案内、ビデオやDVD、地域住民ホールでの講演会、新聞、図書館の書籍の順に信頼性が高かった。以上より、医療機関・公的機関を介したメディアを主として使用することとした。

C. 地域の緩和ケアの包括的な

コーディネーション

欧米においては、患者の状態にあわせて必要なリソースのコーディネーションをおこなうため、地域の緩和ケアを包括的に支援する組織が機能している。わが国においても、ホスピス・緩和ケア病棟、院内緩和ケアチーム、緩和ケア外来、デイケア・通所療養介護、在宅療養支援診療所などが制度化され、これらを包括的にコーディネーションする機能として、がん診療連携拠点病院の患者家族支援室を中心とした整備が求められているが、十分に機能していないのが現状である。

患者が必要な緩和ケアのリソースを利用できるようにし、地域での問題点を地域全体で解消するために、①緩和ケアに関する地域の相談窓口の設置により適切な専門緩和ケアの判断と紹介、②地域の緩和ケアネットワークの構築を目的とするカンファレンスの開催、③地域緩和ケアリンクスタッフの配置と支援などをおこなう。

D. 緩和ケアの専門家による診療およびケア

わが国の制度化している緩和ケアリソースとして、緩和ケア病棟、院内緩和ケアチームがあるが、これらは在宅療養支援のための症状緩和やレスパイト機能など地域における在宅療養の支援や院外の患者のコンサルテーションを受けるシステムと

して位置づけられていないため、在宅療養中の患者に対する緩和ケアサービスとしては十分には機能していない。よって、専門緩和ケアサービスへのアクセスを増加させるために、地域緩和ケアチームが、地域医療福祉従事者からの電話・Eメール・FAXでのコンサルテーションに応じ、必要時は往診による共同診療が可能な体制を整備する。

4. 評価項目

地域緩和ケアプログラム施行前後で以下の評価項目を測定し、介入の評価をする。

主要評価項目は、①患者による苦痛緩和の質評価、②遺族による苦痛緩和の質評価、③専門緩和ケアサービスの利用数、および、④死亡場所である。①②に関しては、地域の調査対象施設に外来通院中のがん患者、および死亡したがん患者の遺族に対して郵送法による質問紙法調査を実施し、苦痛緩和の質評価をおこなう。遺族調査は、外来調査でカバーできない終末期患者についての情報をとるためのものである。苦痛緩和の質評価の指標としては、わが国において信頼性・妥当性の確認された指標である Care Evaluation Scale などを用いる。③に関しては、地域の専門緩和ケアサービスが利用患者のリストを作成し匿名化した後、研究班がデータとして収集する。④に関しては、人口動態調査の目的以外使用を申請し、対象地域における死亡者の死亡場所の情報を収集する。副次評価項目は、①患者調査によるQOLとケアの質評価、②遺族調査によるQOLとケアの質評価、③地域医療者の緩和ケアに関する困難感・態度・知識、および、④地域の緩和ケアの質指標である。

また本研究で示される介入4地域における緩和ケアの提供体制モデルは、多くの地域にとって参考になるものであり、このプロセスを開示することにより地域における緩和ケアの提供システムの確立に資することが予想される。よって、この介入プログラムをどのように展開していったのか、

▶ 一般情報	プロジェクト対象地域の情報 ▶ 鶴岡地域(山形) ▶ 柏地域(千葉) ▶ 浜松地域(静岡) ▶ 長崎地域(長崎)
--------	---

ホーム



お問合せ
詳細や具体的な質問は
メールや電話でお問い合わせいただけます。

+ 一般情報

- ▶ ごあいさつ
- ▶ プロジェクトの概要
- ▶ 一般のかた向けツール・資料
- ▶ 医療者向けツール・資料
- ▶ プロジェクトの組織
- ▶ プレスリリース

? お問合せ先 ▶

医療関係者の
お問合せはこちら ▶

トピックス

2008年4月21日【お知らせ】 ホームページの情報を充実して、ツール・資料の公開を始めました。

2008年3月2日【お知らせ】 地域介入実施者向けワークショップを開催しました。(ビデオ記録はこちら)



「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」事務局
 〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1
 帝京大学臨床研究棟403研究室
 電話：03-3694-1211 (代) 内線1968、1967
 E-mail: info@gankanwa.jp

図④ 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」ホームページ (<http://www.gankanwa.jp/>)

地域のどのような問題が生じ、どのように解決したのかなどを質的に分析する。

さらに半年に1回、介入遂行の遵守性を評価する介入モニタリング調査を実施する。

おわりに

本研究は、わが国の緩和ケアにおいて地域単位を対象とした初めての介入研究であり、また患者アウトカムを指標に含めた点にも新規性がある。2008年4月より3年にわたり、本プログラムによる介入を実施するが、本研究の成果は迅速に臨床に還元するため、研究班HP (<http://www.gankanwa.jp/>) に随時報告される(図④)。本研究がわが国における緩和ケアの普及と質の向上の

一助となれば幸いである。

文献

- 1) Bruera E, Neumann CM, Gagnon B *et al* : Edmonton regional palliative care program : impact on patterns of terminal cancer care. *CMAJ* 161 : 290-293, 1999
- 2) 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
- 3) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, *et al* : Palliative care in Japan : Current status and a national-wide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Out-reach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. *Am J Hospice Palliat Med* (in press).

特集：がん対策の新たな展開 —がん対策基本法に基づく総合的・計画的な推進に向けて—

がん緩和医療推進の現状と課題

江口研二

帝京大学医学部内科学講座 腫瘍内科
帝京がんセンター
日本緩和医療学会

Strategy for Improvement of Palliative Cancer Medicine in Japan

Kenji EGUCHI

Department of Internal Medicine and Medical Oncology, Teikyo University School of Medicine
Teikyo Cancer Center
Japanese Society of Palliative Medicine

抄録

2006年のがん対策基本法に基づき、2008年に都道府県のがん対策推進計画が策定された。主要目標のひとつは、良質ながん緩和医療の普及とそれに必要な人材の育成である。本稿では、本邦でのがん緩和医療の課題と今後の方向について、日本緩和医療学会の動向もふくめて総論的に解説する。

キーワード： がん緩和医療、緩和ケアチーム、地域連携診療

Abstract

Since 2006 many new projects have been started in the area of clinical cancer medicine supported by the Act on Integrated Strategy against Cancer in Japan. As one of the main streams they focus on improvement of palliative medicine for cancer patients of any stage.

Current status and the on-going projects such as team approach in palliative care, network for palliative medicine in community-setting, education enlightenment of palliative care for staffs and lay people, etc. are briefly presented in the article.

Keywords: palliative cancer care, quality of life (QOL), PEACE Project

1. がん緩和医療のコンセプト

がん終末期医療を担う緩和ケア専用病床として、約20年前、浜松市の聖隷三方が原病院に日本で初めてホスピス病棟が設置された。2006年には、厚生労働省認可のホスピスが全国約160箇所3,200床になった。ホスピスを中心としたがん緩和医療の発達により、本邦では、緩和医療＝終末期医療という認識が医療者や一般市民の間に広まっている。しかし、現在の緩和医療は、2002年のWHO報告

にもあるように、がん患者への早期からの介入支援によって、支障となる身体的・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目指している。がんの治療を中止して緩和医療に入るという図式は、がん治療の始まる早い時点から患者・家族に対する緩和治療・支援を担う体制へと変貌している。緩和医療の内容は、疼痛対策、消化器症状、呼吸困難、栄養、うつ・せん妄など、がんに伴う身体症状・精神症状があり、多職種の特任者からなるチーム医療で診療にあたる。医学的には治癒したと思われ

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1
2-11-1 Kaga, Itabashi-ku, Tokyo, 173-8605, Japan.
TEL : 03-3964-1211
E-Mail : keguchi@med.teikyo-u.ac.jp

J. Natl. Inst. Public Health, 57 (4) : 2008

る早期癌であっても、治療後に生じうる身体的（機能障害や後遺症）・精神的（再発に対する不安や社会的な障害など）苦痛が生じることは多い。また、がんの通院治療が普及した最近では、身体的・精神的な負担がかかる抗がん剤・放射線・手術療法など抗がん治療にともなう副作用対策なども治療・支援の対象に含まれている¹⁾。

緩和医療に際しての重要な特性として、医師・看護師など医療スタッフによる客観的な病状評価だけでなく、患者の主観的な苦痛の評価がある。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、生き甲斐の維持、家族・友人などへの配慮など、さまざまな要素が患者の療養生活に影響を与える。緩和治療法の評価には、患者自身の価値観を反映したアウトカム評価が必要である。これは、多面的な要素からなる生活の質（Quality of Life: QOL）という概念で表される。従って、がん緩和医療の専門性とは、患者・家族・関係スタッフなどとのコミュニケーションを良好にして、患者の身体的・精神的な症状に関する緩和医療に関する最新の知識を駆使し診療にあたることのできる技量といえる。実際には、チーム医療なので、緩和医療医師、精神科医師、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー等が協力して診療にあたる。がん治療の主治医や病棟看護スタッフ、地域の緩和医療を担うホスピス・在宅医療支援診療所・介護センタースタッフ、行政担当者等との連携も円滑に行う資質が要求される。

II. がん緩和ケアチームの整備および地域緩和ケア体制の構築

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名でチームを作り、医療機関内のがん関連診療科からの依頼により、緩和医療の診療を担当する。2006年では、設置要件に合致する緩和ケアチームは、全国的にも約70チームほどしかない。医療機関全体としての緩和医療取り組みの温度差、院内各診療科による緩和医療に対する認識の差、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、外来ではケアチームの診療していた入院患者しか継続診療できなかったこと（厚生労働省通知では、2008年から外部からの症例も診療できることになった。）、スタッフ養成体制の不備など、緩和ケアチームをめぐる課題は山積している。しかし、患者の視点から見ても緩和医療外来と地域ネットワークの役割分担は緩和医療の根幹であり、整備されなければならない。

日本では、がん患者に対する緩和医療開始のタイミングが遅れることがしばしば指摘されている。専門の緩和ケアサービスとして機能分化した入院リソース（急性期症状緩和、在宅療養支援、および、終末期ケア）とコンサルテーションサービス（病院緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム）による連携した活動が要求される。したがって、一般医師・看護師向けの緩和ケアに関する教育、医療者側のみならず患者家族の医療用麻薬や緩和治療に関する誤解を軽

表 地域におけるがん緩和ケアシステムの構築に必要な内容（森田）²⁾

- 1) 標準化した緩和医療臨床ツール（テキスト、評価票、パンフレットなど）の普及
- 2) 緩和ケアに必要な患者をスクリーニングするシステム（いつ、誰が、どのように）
- 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・緩和治療に関する正しい知識の提供
- 6) 患者情報とリソース情報を共有するシステムの構築

減する啓発活動が必要である。

地域連携による緩和医療体制構築のためには、1) 医療・介護機関間で共有する標準的な臨床情報形式、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のシステムが再現可能な形で記述され継続できる情報システム構築、を行う必要がある。

III. 日本緩和医療学会の動向³⁾

日本緩和医療学会（<http://www.jspm.ne.jp>）は、「がん患者の全経過を対象として、Palliative Medicineの専門的発展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」を目的として、1996年に発足し、現在会員数は7500名を超え、半数が医師、約3割強が看護師、その他、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種の会員により構成される。2006年にNPO法人となった日本緩和医療学会は、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、厚生労働省研究班との合同作業班でpeer reviewし、症状別診療ガイドラインを作成した。現在までに、「がん疼痛」「鎮静」「終末期補液」「補完代替療法」が作成され、冊子やホームページなどで公表している。教育研修委員会では、欧米の教育カリキュラムも参考に、がん緩和医療の教育研修カリキュラムを2003年に作成した。2004年からこのカリキュラムに準拠し体系的な医療者向けの教育研修を実施した。2種類の課程からなり、1) 米国での緩和医療教育プログラムであるEPEC-Oを参考に、全国各地域での教育担当者を養成するトレーナーズセミナー（対象者を絞り定員数十名の合宿形式セミナー）と、2) 全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得目的のセミナー（年2回開催）である。2008年からは、1) を学会員以外も対象とした緩和医療指導者講習会（PEACE Project）に変えて、厚生労働省の委託事業と連動させ全国規模に展開している。さらに2009年度からは指導者講習会経験者を中心に一般医療者への研修会を各地で行う予定である。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。厚生労働省が進めている全国の

がん診療連携拠点病院や在宅ホスピスなど地域連携ネットワークの整備には、その前提として、医学教育・医療教育を通して一貫した緩和医療専門家の人材育成が必須である。

日本緩和医療学会では、2010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。全国のがん診療連携拠点病院に複数の専門医配置を考慮すると、3年間で約800名、5年間で約2,000名を目標にする必要がある。地域内での緩和医療連携には役割分担が必要であり、これらの専門家を核として、地域内での緩和医療教育体制を作り、在宅医療関係者、関連スタッフの技量の向上や、地域社会での一般市民への啓発活動の仕組みも作る必要がある。

IV. 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。10年以上前であれば、気のあった有志間の個人プレー行いうような緩和医療でもやむをえなかった。しかし、がん緩和医療に使用する新規薬剤も増え、インターネットによる様々な質の情報が飛び交い、社会のニーズとして良質のがん緩和医療が要求される時代になった。他の医療従事者に頼りにされる多職種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とが必要されている。

参考文献

- 1) 日本医師会. がん緩和ケアガイドブック2008年版, がん疼痛治療のエッセンス2008年版. (医療者向け小冊子, ホームページ収載)
- 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 (OPTIM)」。東京: 厚生労働省. <http://gankanwa.jp>
- 3) 日本緩和医療学会. 会員向けガイドライン, 教育セミナー内容を公開. ホームページ. <http://www.jspm.ne.jp>

がん患者の緩和ケア・QOL ①

がん緩和医療の現状と将来展望

江口 研二

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

がん緩和医療の担う診療領域

本邦では、がん終末期医療を担うホスピスが約20年前に初めて設置された。その後、厚生労働省認可のホスピス病床数は、2005年に全国約150か所2,800床を超えるほどになった。しかし、現在のがん緩和医療とは、単に終末期患者を対象にするものではなく、また、がん緩和医療の選択肢として、施設型のホスピスのみで済むものではない。緩和医療は、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた時点から、すでに患者やその家族に対する緩和・支持療法を担当する医療分野と認識されている。すなわち、緩和医療の大きな領域を占める疼痛対策、栄養摂取、うつ・せん妄などサイコオンコロジー(精神腫瘍学)など、がんに伴う身体症状・精神症状の緩和を目指した診療である。医学的には治癒したと思われる早期がんであっても、治療後に生じ得る身体的(機能障害や後遺症)・精神的(再発に対する不安や社会的な障害など)問題や、身体的・精神的な負担がかかる抗がん剤・放射線・手術療法など抗がん治療に

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

がん緩和医療の前提

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

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

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

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

がん緩和医療の専門性

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

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

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

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

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

がん緩和医療における臨床試験の意義

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

特集

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

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

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

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

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

がん緩和ケアチームの整備および地域緩和ケア体制の構築

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

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

日本では、がん患者に対する緩和医療開始のタイミングが遅れることがしばしば指摘されている。欧米では緩和ケアに必要な標準化された臨床ツールが普及しており、専門の緩和ケアサービスとして機能分化した入院リソース(急性期症状緩和、在宅療養支援、および、終末期ケア)とコンサルテーションサービス(病院緩和ケアチーム、地域緩和ケアチーム)による多彩な活動が行われているが、わが国では、入院リソースとしての緩和ケア病床のほとんどが終末期医療の場の提供であり、役割に応じた選択肢が非常に限られている。一般医師・看護師向けの緩和ケアに関する教育は、欧米のように体系的に行われていない。

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

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

表 地域におけるがん緩和ケアシステムの構築に必要な内容

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

(森田)

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

これらを参考にすると、関係スタッフの人材育成を前提に、各地域に対する緩和医療体制構築のための介入プログラムとして、①地域で共有する標準的な臨床ツール開発、②患者スクリーニングシステムの作成、③緩和ケア支援センター(仮称)における地域リソースの系統的把握と緩和医療連携モデル構築を行い、患者・家族への情報提供とトリアージ機能(適切な振り分け)、④地域緩和医療を支える医療関係者を対象とした教育プログラム、⑤地域の一般市民を対象とした教育・啓発プログラム、および、⑥地域医療者間での情報共有のためのシステムが再現可能な形で記述され、継続可能な地域介入を提示できるような情報システム構築が、今後の緊急課題である。

緩和医療専門医資格に関する学会の動向

日本緩和医療学会(<http://www.jspm.ne.jp>)は、「がん患者の全経過を対象として、Palliative Medicineの専門的發展のための学際的、学問的研究を促進し、結果を医学教育と臨床医学とに反映させること」を目的として、1996年に第1回日本緩和医療学会学術集会を開催して発足した。現在会員数は5,000名を超えており、半数が医師、約3割強が看護師、その他、薬剤師、ソーシャルワーカーなど多職種の会員により構成されて

特集

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

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

このために教育研修委員会を設置して、欧米の教育カリキュラムを参考に、2003年がん緩和医療の教育研修カリキュラムを作成した。そのカリキュラムに基づいて、2004年から、複数年度にわたる体系的な医療者向けの教育研修企画を実施している。具体的には2種類の課程からなり、①米国での緩和医療教育プログラムであるEPEC-Oを参考に、全国各地域での教育担当者を養成するトレーナーズセミナー(対象者を絞り定員数十名の合宿形式セミナー)と、②全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得目的のセミナー(年2回開催)を開始している。これらのコースは、医師以外の、看護師やその他の職種における教育研修プログラムなどにも共通部分を持たせている。また、医学部卒前教育の教育研修カリキュラムも検討中である。現在、厚生労働省が進めている全国のがん診療連携拠点病院や在宅ホスピスなど地域ネットワークの整備には、その前提として、緩和医療専門家の人材確保が必須である。

日本緩和医療学会では、体系的な教育研修体制

の実施に伴い、2007年に緩和医療医の資格認定制度の設置準備委員会を立ち上げ、がん緩和医療の専門性の質を担保する方策を進めている。医師専門資格の必要性は、医科大学教育の中では、専門資格を考慮できるような体系的な教育が行われていないこと、また今後、良質のがん緩和医療を全国に展開する上で、コアとなるべき人材を配置することが要求されているからである。専門資格応募の条件として、教育セミナーの受講歴、学会発表・論文業績の他、指定専門機関での研修経験なども、設置準備委員会での今後の検討に含まれると考えられる。カナダなどでは人口10万人あたりに1~2名の地域ネットワークの核となる緩和医療専門医を配置している州がある。役割分担によって適正な配置人数は変わるが、わが国で全国のがん診療連携拠点病院に複数医師配置とすると、数年のうちに約400~800名を目標にする必要がある。地域内での緩和医療連携には役割分担が必要であり、これらの専門家を核として、地域内での緩和医療教育体制を作り、在宅医療関係者、関連スタッフの技量の向上や、地域社会での一般市民への啓発活動の仕組みも作る必要がある。

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

おわりに

がん緩和医療は本来連続した医療の一環であり、その意味からも患者・家族と医療者の信頼関係や臨床腫瘍医と緩和医療医との連携などは、その前提になるものである。臨床の現場では、緩和ケアチームのチームワークと力量・度量、緩和ケアチームと病棟スタッフ間の信頼関係、そして、臨床腫瘍医、腫瘍外科医などの主科スタッフとの相補的な協力関係、外部の医療機関や地域の介護センターなどとの協力関係が1つでもうまくいか

ないと、患者・家族の緩和医療に対する信頼は得られない状況に陥る。現実には、必ずしも円滑に診療が進むわけではなく、逆に関与する誰もが消耗する事態に立ち至ることも稀でない。10年以上前であれば、気の合った有志間の個人プレーを行うような緩和医療でもやむを得なかった。しかし、がん緩和医療に使用する新規薬剤も増え、イ

ンターネットによる様々な質の情報が飛び交い、社会のニーズとして良質のがん緩和医療が要求される時代になった。他の医療従事者に頼りにされる多職種の専門家が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とが必要とされている。

予防と臨床のはざままで・36

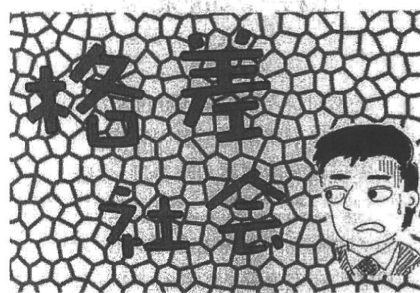
「うさぎ3号」と格差社会・2

福田 洋 順天堂大学医学部総合診療科講師

みなさんはお寿司の出前をどんな時に頼みますか？ 独身や共働きの場合は、ピザなどと同じで、気軽に頼むメニューの一つかもしれません。家族で暮らしている場合は、お寿司は何かのお祝い事や行事がある時の定番メニューでしょう。入学式や卒業式、お盆で親戚が集まった…などなど。しかし、独居の高齢者になるとどうでしょう。

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

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



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

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

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