

がんとう向き合う

江口研二

東海大学医学部付属病院腫瘍内科教授

● がんとう向き合うということ ●

2003年に約7800名のがん患者さんに対して実施された大規模なアンケート調査（厚生労働省研究班がんの社会学に関する合同研究班；山口班）によると、がん患者さんは、過半数の人が「がんであることや再発・死などに関する心の不安」を抱いており、さらに「治療の副作用や後遺症」「それらに由来すると思われる日常生活の変化」「家族や周囲の人との関係」「就労・経済的負担」「生き甲斐や自分らしさ」などに関する悩みをもって生活しています。

肺がん患者さんでは、手術の後遺症や再発による体力低下、抗がん剤の副作用などについて、胃がん・大腸がんの患者さんでは術後の後遺症による日常生活の変化、体力低下などが多く、乳がん患者さんでは抗がん剤の副作用やリンパ浮腫などが悩みの多い項目でした。さらにアンケート調査の分析から、患者さん家族の方々は多くの悩みをかかえています。相談することによって経験を学び、悩みとう向き合い、悩みを軽減させる機会が多くなってきました。がん患者さんが多くの悩みをかかえていながら、「医療者に相談する悩み」と「相談しない悩み」があること、それらが患者さんの日常生活上で大きな障害となっていること、家族関係などでも悩みのある患者さんがいることなど、さまざまな支援を必要とする状況が生じています。医療者はこれらの重要な情報について、鈍感であっては いけません。このように多彩な悩みに関しては、主治医一人が全責任を負い四苦八苦しても、症状はいつこうに改善しないというような状況は好ましくありません。今後はチーム医療としていろいろな専門家が連携して1人の患者さんの療養を支援することが必要となります。

社会的には、日常生活での後遺症や悩みに対する支援サービスの充実が必要であり、と

表1 医療者に聞いておきたい情報

- ・病気の名前・状況
たしかなことと不確かだが起こりうること
- ・検査の必要性和行なった結果
- ・治療の内容・副作用・後遺症など
- ・療養期間の見通し、費用など
- ・放っておくと不都合がおこるのか、治るのか
- ・診断方法・治療方法などで代替の方法はあるのか、その場合の利点欠点
- ・わからないことは何度も聞くこと（遠慮は禁物）
- ・納得したうえで療養を（お任せでは困ります）

くに支援内容や期間も重要です。また、ご高齢の方などを含めて、がん患者さんの経済的な問題に関する支援策も考慮されるべきです。

●「向き合う」視点のちがい●

がん患者さんやご家族の方々が「がんと向き合う」ということは、どのようなことでしょうか。自分または身内でがんにかかっている人の病気の現在の状態や気になっている症状の原因、それらに対する治療方法や療養生活の程度・制約、今後の見通しなどについて、医療者から具体的な説明を受けたいと思われているにちがいがありません（表1）。

一方、最近では、医療者側（診療をする立場のスタッフ）はがんについての医療情報が不足していることに対してさまざまな仕組みを考えていて、たとえば、いろいろながんに対する一般的な知識を一般市民の方々に利用してもらうことを工夫しています（表2、表3）。具体的には、いろいろな学会が作成しているがん関連のさまざまなガイドラインなどが、癌腫ごとに学会のホームページに解説されています。全国のがん診療拠点病院など、多数の医療機関のホームページなどもこれらにリンクしているので、比較的容易に見ることができます。ただ、患者さんやご家族の方がもっともほしい情報は、自分の場合または身内のがん患者さんの場合に、いま役にた

表2 インターネットなどを活用する情報

- ・患者の診療情報に関する医療機関の連携
- ・病理診断や画像診断に関する医療連携
- ・診察時の遠隔医療・専門相談医療
- ・多地点TVシステムの利用
- ・適切な医療機関の受診案内（一般医療・新薬の臨床試験）
- ・一般的な医療情報の収集
- ・患者支援団体等へのアプローチ

表3 医療者側から一般市民への要望

- ・適切な情報に対する判断
「あるある大辞典」問題
- ・日常生活のなかで医療に対する関心の向上
- ・情報メディアの活用
- ・医療科学・生物学の進歩に関する啓発
- ・心身を含めた生活環境の改善
- ・受診者としての心構え

つ情報は何かという視点に立つものです。そこで必然的に、医療者が考えている知識としての一般的な医療情報と、現実的に患者さんがほしい情報の内容とのあいだにずれが生じています。

たとえば、今の痛みの症状について、担当医師からは「骨の転移によるものであり、そこはすでに放射線照射治療を行なっているので、これ以上は放射線治療を追加できません。鎮痛剤で工夫しましょう」と言われているが、数日間は寝返りをうつにも痛くてたまらない、なんとか痛みを軽くする方法について、どこか専門家にみてもらえないだろうか、身近に受診できる場所はあるだろうか、というような情報が必要とされることも多いのです。

これらの視点のちがいを少しでも近づけるためには、医療者側と患者さん・ご家族あるいは一般の方々と繰り返し対話が必要であると思います（表4）。

●医療者とはだれか●

「医療者」という言葉に代表されるように、

がん医療では担当の主治医だけが対話の相手ではありません。最近では、緩和ケアチームといって、症状緩和に関する専門の医師・看護師からなるチームも、がん診療に携わる医療機関で活動をはじめています。各科の主治医の依頼によって、この緩和ケアチームが一人のがん患者さんの症状緩和について診療をするものです。

このほか、病院内で、医師だけでなく看護師、薬剤師、理学療法士、ソーシャルワーカー(SW)、栄養士など、さまざまな職種の専門家が知恵を出し合って一人の患者を支えることが、がん医療の質を向上させるものであることが認識されてきました。最近では、地域医療のなかで、がん医療についての役割分担をする体制が普及してきています。すなわち、がん専門病院、療養型病院、ホスピス、在宅診療・介護支援看護などがネットワークをつくろうという試みです。まだこれらの連携が十分にできているところは非常に少ないのが現状です。またどんなに体制が整備されても、それを支えるスタッフの方々の人のつながりが良質なものでないと、利用者としての患者さんやご家族の方々に、その体制の利点を享受していただくことはできません。

いわゆる「医療者」として良い人材の育成とそれらスタッフ間の円滑な連携こそが、患者さん・ご家族の視点からも、地域がん診療ネットワークのポイントといえます。

● 患者支援団体とは ●

欧米でがんの団体の学会、研究会、集会などに参加すると、しばしば patient advocate という言葉が使われます。日本語ではあまり適切な訳語がないのですが、「患者支援」とでも訳せるかもしれません。患者さんの団体（患者団体）ではなく、参加者は患者さん以外に一般の市民も含まれ、広く患者に関するさまざまなかたちの支援する団体を示

表4 市民公開講座などの活用

<ul style="list-style-type: none"> ・開催目的に応じて——原則はすべての市民 ・がん患者の必要とする情報 診断治療・再発後・予防・生活習慣・遺伝性 ・公開講座を通して患者のためにできること ・情報の啓蒙・今後の情報の取り方・対話 ・公開講座の役割を果たすには 十分な準備・組織力・多方面の専門家 ・企業がサポートできること 資金・最新情報・ソフト面・国際化
--

す言葉です。日本では、規模の大きながん患者支援団体の活動は、骨髄移植関連、乳がん、小児がんなどでみられますが、あまり多くありません。大規模な患者支援団体の生まれるきっかけが少ない理由は、病気の特徴として高齢の患者さんが多い場合や、生命予後がきわめて不良ながんの場合などが考えられます。社会的な協調・協力の考え方が、医療者だけでなく、一般市民のあいだに根づくかどうかということにも関係すると思われる（表4）。

米国などでは、patient advocate の活動範囲は、単に患者さんへの支援行為だけではなく、政治的なロビー活動によって議会に影響力を行使しているような団体まであります。日本でも今後、全国的ながん医療やがん研究についての的確な支援を行なう患者支援団体が形成されていくことが望ましいと思います。

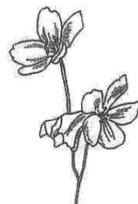
*

以上述べてきたようなことについて、国立がんセンターを中心としたがん診療地域支援相談センターの全国ネットワークや、関連の諸学会の活動、数々のがん医療に関係したNPO 法人活動のなかから連携の輪がさらに大きく広がり、積極的に「がんに向き合う」ことができるようになることを期待したいと思います。 [えぐち・けんじ／腫瘍内科]

特集 緩和医療

～在宅ケアと地域連携、
がん対策基本法の施行を見据えて～

4. 在宅緩和医療のあり方



江口 研二*

「がん対策推進基本法」による国のがん対策推進計画をもとに、2007年度中に策定される都道府県のがん対策推進計画では、市民が安心して、質の高いがん緩和ケアを享受できることが主目標となっている。がん緩和医療は、終末期医療だけでなく、早期から患者の生活の質（Quality of Life: QOL）を高めるケアである。がん緩和医療は、多職種専門スタッフが、患者の視点も考慮しつつ、一人の患者の医療を進める「チーム医療」である。患者の療養を切れ目なく支援するには、在宅・介護・病院などの役割分担と、緊密な連携による地域連携ネットワークが必要である。実現可能な地域がん緩和医療連携モデルの構築を目指し、厚生労働省研究班による研究が進んでいる。これらの組織には、福祉・行政関係者も含めた定期的協議の場が必要であり、人と人との良質なコミュニケーションが、組織の維持力となる。

1. はじめに

2007年度に立案されることになっている都道府県がん対策推進計画は、2007年6月に閣議決定された政府の「がん対策推進基本法に基づくがん対策推進計画」を、全国各地で具体的にどのように展開していくのか、その方向性を決める重要な計画であると言える。国の定めた推進計画では、主な目標の一つに、質の高いがん緩和ケアの普及があげられており、全国どこでも安心してがん緩和医療が受けられることを目指している。(表1)。

本邦のがん医療の現状では、厚生労働省研究班の報告にもあるように、英国・カナダなどに比べて、専門的な緩和医療を十分に享受できる状態になっておらず、また、患者の希望する療養生活や看取りが実現できている割合は極めて少ない。本稿では、在宅も含めたがん緩和医療の構築に向け、解決すべき課題について若干の考察を加えた。

2. がん緩和医療の考え方として、
早期からの介入が望まれる

本来、緩和医療では、がんやエイズ以外の進行性神経難病、脳血管障害、慢性閉塞性肺疾患の患者なども対象となる。現在の日本で、緩和医療体制の整備を迅速に行うためには、まず、患者数が多く、社会的にも要望の強いがん緩和医療の体制を組み立てることが先決と考える。最近では、がん緩和医療イコール終末期医療ではなく、がんと診断されたできるだけ早期から、患者への支援として必要となる医療であると言われる。

たとえ、医学的には根治したと思われるがん治療であっても、再発転移の不安や、合併症・後遺症に悩まされたり、結婚生活、失職転職など、社会的な生活に大きな変化が起こってしまったら、患者の身体的・精神的な負担が極めて重大である場合はまれでない。いわゆる Cancer survivor と言

*東海大学医学部医学科内科学系・教授(腫瘍内科)(えぐち・けんじ)

—■特集・緩和医療～在宅ケアと地域連携，がん対策基本法の施行を見据えて～—

表1 がん対策基本法に基づく「がん対策推進基本計画」

2007年6月に閣議決定されたものを抜粋した。

目標

がん死亡者の減少 がんの年齢調整死亡率(75歳未満)の20%減少
すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上

個別目標

放射線治療と化学療法の推進と従事者育成

緩和ケアの質の向上と普及

10年以内にごがん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの知識を修得*

5年以内にすべての2次医療圏で緩和ケアに習熟する医師数増加、

専門的緩和ケアチームを設置する医療機関を複数箇所整備

患者の意向を重視した多職種スタッフ連携による在宅医療の体制を充実

*10年を5年に前倒しするという総理大臣の発言が報道された

また、がん対策推進協議会の委員意見集では、臨床研修医制度教育研修カリキュラムへの必修項目化も含まれている

(「がん対策推進基本計画」より)

われる、がん治療を経験した人は、全国で120万人以上にのぼり、今後さらにその数は増加すると思われる。これらの人々に対するさまざまな支援も必要とされる。従って、がん緩和医療は広義の意味で、がん治療および治療後の生活の質(Quality of Life: QOL)を高めるためのケアと定義できる。化学療法や放射線治療に伴う副作用対策なども支持療法として、緩和医療に当然含まれる。緩和医療への「ギアチェンジ」という言葉も使われているが、早期からの緩和医療という立場では、終末期医療への変更を示唆するようなギアチェンジという言葉は、適切とは言えない。

3. がん緩和医療の専門性、チーム医療とは？

専門的がん緩和医療には、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、使いこなせなければならない。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)等の医師、および、看護師、薬剤師、栄養士、ソーシャルワーカー等も含め協力して診療にあたる。近年、看護

師は専門技術の教育認定制度が充実してきており、薬剤師に関しても、抗がん剤や緩和医療に専門知識を持つ薬剤師の養成コースや学術団体が設立されてきた。おのおのの分野の専門家が定期的に集まって、一人の患者の療養・診療について意見交換をしながら医療を進めることがチーム医療の特色である。がん緩和医療は、全人的な医療を目指しており、このチーム医療が最も力を発揮し得る領域である。「患者の視点も考慮し、多職種専門家の連携による診療」というチーム医療の考え方が基本である。このチーム医療が導入され、少しずつ定着してきている診療現場を見ていると、チーム医療の本質は、他の診療科の診療形態にも波及し、臨床現場の医療形態を大きく変革する糸口になるようにも思われる。

がん緩和でのチーム医療においては、緩和医療医の指揮者(各専門家のアドバイスを最大限活用できる人)としての技量が必要とされる。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さまざまであるが、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、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

QOL: Quality of Life (生活の質)

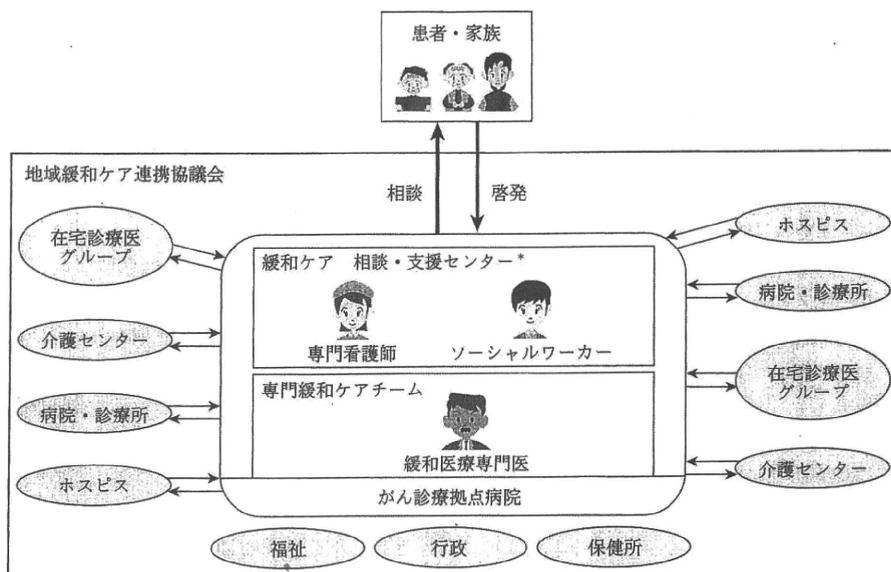


図1 がん緩和医療の地域連携モデル

一般医からの緩和ケアコンサルテーションや、トリアージ機能などを考慮した、地域連携モデル。

*「地域緩和ケア 相談・支援センター」は、その地域全体を把握できる機関に設置するので、地域の特性を考慮して地域医師会、ホスピスなどにおかれる場合がある。

(筆者作成)

ることである。例えば、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り得る。②最近のゲフィチニブなどの経口分子標的抗がん剤の中には、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る。また、その劇的な治療効果の面からも、従来、終末期症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有効な対象に関しては、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から、知識の限界はある

程度許容されるが、緩和医療専門と言えども、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ように、また、患者・家族との対話にも必要となるので、標準的ながん治療の動向は知っておく必要がある。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の緊密な情報交換がポイントである。

最近では、オピオイドや5-HT₃に作用する制吐剤などに関して、CYP (チトクロム P450) 代謝酵素の遺伝子多型による薬効の相違や、腎障害時の副作用増強、併用薬物の相互作用など、緩和医療、支持療法に用いられる薬剤の使い方についても、さまざまな専門的知識が必要とされるようになった。従って、専門的な臨床薬剤師との連携なども非常に重要な意味を持つ。

4. 地域の在宅緩和医療として どのようなモデルがあり得るのか

がん緩和ケアを早期から実施すること、そして地域の中で、病院や診療所など医療機関と介護支援関連の機関などとの連携により、がん患者の療養を切れ目無く円滑に支援することが求められている。今の臨床現場では、がんの治療後、再発時、そして終末期とすべての期間の療養を希望する患者が、大病院・専門病院に集中する結果、受け皿がないままに退院させられる、いわゆる「がん難民」が出現している。患者・家族とのコミュニケーションを円滑にして、進行する病状について、あるいは直面する死について、医療スタッフが、対話できる環境を作ることが必要となる。この信頼関係を前提としたコミュニケーションについても、できるだけ早期から作っておくことが円滑な対話を進める鍵となる。主治医が一人ですべてを背負い込むという認識、患者・家族による専門病院への過大な認識等を修正・変革することも必要であろう。

地域でのがん緩和医療の向上に最も重要なことは、一医療機関内の改善だけでなく、地域の医療リソースの役割分担を明確にして、それらの連携を充実させ、そのネットワークをフルに利用するということである。現在、緩和医療先進地域でのモデルとしては、図1のような形態が考えられている。すなわち、2次医療圏のような地域医療のエリアに基幹となる専門的がん診療のできる病院があり、そこに専門的緩和ケアチームおよび地域相談支援センターをおく。これらには、緩和医療に関する専門的技術を使いこなせるスタッフ（専門医師、専門看護師）をおき、院内のみならず外部医療機関からのコンサルテーションも受ける。相談支援センターでは専門職員が患者・家族からの地域医療情報等の問い合わせ、その他について対応する。院内型ホスピス（ホスピス病棟）だけでなく、地域内の独立型ホスピス等との連携を保ち、ホスピスは外来も行う。医師会をコアとした登録制の在宅医療グループを複数つくり、介護支援センターなどと緊密に連携する。また、在宅医療で、高齢者に多い合併症・併存疾患の治療も

同時に行う必要がある場合には、各専門診療医の助言をすぐに受けられる連携システムが有用である。潜在的な在宅療養医療スタッフを充実させるため、実地医家や介護スタッフに対するプライマリのがん緩和ケア教育研修を実施することも必要となっている。

専門的緩和ケアの担当医として、例えば全国の280ほどあるがん診療連携拠点病院に複数名配置するには、今後3年間で約600～800名の緩和医療専門医を養成する必要がある。日本緩和医療学会（NPO [Non-profit organization] 法人・<http://www.jspm.ne.jp>）では、海外の緩和医療プログラムなども参考に2005年教育研修カリキュラムを作成し、現在、緩和医療の専門教員を養成するプログラムと一般の緩和医療普及のための教育セミナーを定期的実施して、2009年からの専門医認定を目指している。

在宅医療の場を考えると、今後の高齢化社会では老人ホームなども療養居宅となるので、それらの施設との連携も必要となる。病院と在宅を結ぶポイントとしては、療養に関する患者・家族の要望と病院・在宅両者の医療者の意見とのすり合わせと、すべての関係者の了解が大切である。そのためには、基幹病院退院前に、患者・家族を含めて当該関係者が集まって検討する場を設置することは有用である。現在、厚生労働省の研究班などでは、実現可能な地域緩和医療連携モデルを構築するために、いくつかの地域で研究を進めている。

5. おわりに

地域全体をカバーし得る緩和ネットワーク組織の円滑な運営に関しては、スタッフの配置や財政的な対処など、医療・介護機関の関係者だけでなく、福祉・行政関係者も含めた定期的な協議の場をもうけることが有用である。どんなに体制が充実しても、それを支えて維持する力は、人と人とのコミュニケーションであることは間違いない。患者・家族が安心して受けられるがん医療を目指して、今こそ関係者の足並みをそろえたより一層の努力が必要とされている。

総 論

緩和医療へのエビデンスの応用

江口 研二

Current perspectives and future direction of palliative medicine
for cancer patients in Japan

Kenji Eguchi

Oncology Center, Division of Medical Oncology, University of Tokai School of Medicine

Abstract

Role of palliative medicine for cancer patients has been expanding to even in earlier stage of disease. We have various new drugs in palliation of symptoms and signs, such as severe pain due to tumor invasion, depression, nausea and vomiting, chemotherapy-induced anemia and neutropenia, etc. Recently pharmacogenomics and drug metabolism became to be focused in cancer treatment. It may cause unexpected toxicity due to drug-drug interaction and may raise unreasonably lower effect due to individual heterogeneity of drug metabolism. To facilitate and maintain better-quality palliative medicine all over Japan, a well-organized educational system and multi-institutional research groups should be established on the basis of a large academic and clinical association. The Japanese Society of Palliative Medicine (JSPM) is one of the candidate of these tasks. The JSPM consists with more than 4,900 members of doctors, nurses and other health professionals who are working in palliative cancer medicine. They have conducting to make guidelines for each symptom control and to increase lobby action to establish efficient networks of palliative cancer medicine in each district of Japan within several years.

Key words: palliative medicine, quality of life(QOL), pharmacogenomics, EPEC-O

はじめに

2006年、国会において議員立法である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する社会情勢になってきた。症状緩和の対策は各論として他稿にゆずり、本稿では、我が国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解説したい。

1. がん緩和医療の定義

我が国では、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が増えて、2005年には約150カ所2,800床を超えるほどになった¹⁾。ただし、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、がんを疑われた、あるいはがんという診断が²⁾ついた時点から、

東海大学医学部腫瘍内科・オンコロジーセンター

既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、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・精神症状の緩和だけでなく、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)も重要な分野となっている。更に最近では、'予防的(preventive)'緩和医療が言葉として使用され始めた。これは患者の日常生活機能(activity of daily life: ADL)を明らかに低下させるような事象が高い確率で予測される場合に、予防的に行われる治療のことである。すなわち、転移による病的骨折など骨関連事象に対する予防的な薬剤などがあげられる。

2. がん緩和医療の原則

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、医療者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。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、まず現在の疼痛の原因が何かをはっきり診断することが重要である。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自己記入式疼痛スコア表を活用し、リアルタイムに鎮痛処方調節を行うべきである。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、更に対策を更新する必要がある。このように迅速な対応により、医師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、がん緩和治療技術の力量といえる。

3. 情報科学としての緩和医療学²⁻⁶⁾

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。薬物代謝酵素 CYP2D6 の遺伝子多型が、制吐剤の薬理作用に影響を与えるという報告においては、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。薬物代謝酵素の遺伝子多型は、その頻度や種類に人種差もみられ、実際に臨床上問題となるのか、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はまだ不明な点が多い。CYP2D6 で代謝される薬剤には、コデインなども含まれるが、更に、CYP3A4 が主な代謝経路に作用する薬剤として、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、その相互作用にも注意する必要がある。

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、がん緩和医療の日常臨床の質をどのように確保し得るかは、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。未承認薬の臨床導入や適応拡大のための治験は、企業の決断にかかっている。しかし、迅速に治験を進めることや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は、緩和医療に携わる医師の責務といえる。10%プロカインの製造中止、ケタミンの麻薬指定などの最近の事例は、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、したがって多数例での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、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。我が国における緩和医療の臨床試験をもっと効率良く進め



図1 日本緩和医療学会(JSPM)学術集会プログラムおよびニュースレター

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)を整える必要がある。また, 最も重要なことは, 緩和医療に携わる医師が, 自分が良いと思う治療法を保険診療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。

4. がん緩和ケアチームの整備

社会的な要請も考慮して, 2002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, 2006年に在宅療養支援診療所の設置や介護報酬改定での‘通所療養介護’制度導入が行われた。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が具体的な問題は山積している。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が, 診療科によって依頼件数の多寡が異なる。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。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我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

ムもないことなどから, 全国でも緩和ケアチームの診療報酬申請医療機関は約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成すものとして, 整備されなければならないものである。

5. 日本緩和医療学会(<http://www.jspm.ne.jp>)の動き

日本緩和医療学会は, ‘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(図1)。現在会員数は4,900人を超えており, 半数が医師, 約3割強が看護師, その他, 薬剤師, ソシアルワーカーなど多職種の会員により構成されている。日本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法人化の申請を

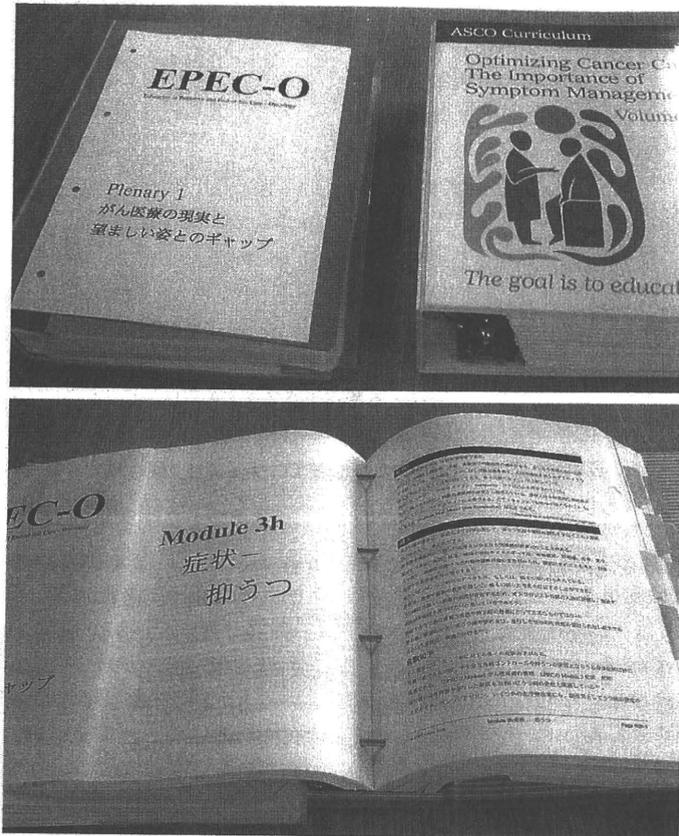


図2 EPEC-O日本語版トレーナーズワークショップ用テキスト
(筑波大学 木澤ら訳)とASCO緩和医療シノプシス

行った。

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一つであると考えている。このために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作成した。そのカリキュラムに基づいて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種類のカリキュラムからなり、米国での緩和医療教育プログラムであるEPEC-O(Education in Palliative and End-of-life Care-Oncology, EPEC.net)を参考に、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(数十人対象セミナー)と(図2)、全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得用のセミナー(年2回開催)を計画し開始し

た。更に卒前教育の教育研修カリキュラムも作成している。また医師以外の、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考慮する。今後、全国のがん拠点病院・訪問診療による在宅ホスピスなど医療機関の役割分担と連携を充実させた地域ネットワークが整備されるには、その前提として、緩和医療の人材確保が必須である。学会は、数年後の緩和医療の資格認定を念頭に教育システムを展開している。

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、更に国際的ながん緩和医療の学術団体との交流も、今後の日本緩和医療学会の果たすべき当然の役割と考えられる。前述した様々な治療法のエビデンスを固めるための多施設臨床研究グループ

を、更に充実させつつある。

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、必ずしも円滑にいかず、誰もが消耗する事態に立ち至ることもまれではない。10年以上前であれば、有志の個人プレーでしか行えないような緩和医療でもやむを得なかった。しかし現在は緩和医療に使用する新規薬剤も増え、社会のニーズも緩和医療を要望する時代に入ってきた。そうであるからこそ、良質の緩和医療の実現を目指したロードマップを明らかにし、職種を超えた関係者が一丸となって努力することが必要とされている。

■ 文 献

- 1) ホスピス緩和ケア白書 2005 (財団法人日本ホスピス緩和ケア研究振興財団編), 青海社, 2005.
- 2) Kaiser R, et al: Patient-tailored antiemetic treatment with 5-hydroxytryptamine type 3 receptor antagonist according to cytochrome p-450 2D6 genotypes. *J Clin Oncol* 20: 2805-2811, 2002.
- 3) Evans WE, Mcleod HL: Pharmacogenomics—drug disposition, drug targets, and side effects. *N Engl J Med* 348: 538-549, 2003.
- 4) Gasche Y, et al: Codeine intoxication associated with ultrarapid CYP2D6 metabolism. *N Engl J Med* 351: 2827-2831, 2004.
- 5) Wilkinson GR: Drug metabolism and variability among patients in drug response. *N Engl J Med* 352: 2211-2221, 2005.
- 6) Mathijssen HJ, van Schaik HN: Genotyping and phenotyping cytochrome P450: Perspectives for cancer treatment. *Eur J Cancer* 42: 141-148, 2006.

緩和医療の期待と現実—そして今後

*Perspectives of palliative medicine in malignant diseases*江口 研二
EGUCHI Kenji

対がん戦略

Key words がん緩和医療 支持療法 QOL

本稿については、がん緩和医療—臨床医は牧師か—という課題(仮題)をいただいた。なかなか味のある仮題であるが、一方では、がん緩和医療の認識に関して医療関係者や医学研究者の間にも大きなギャップのあることを感じた。本稿では本邦におけるがん緩和医療の現状を総論的に考察した。

がん緩和医療の定義と特徴は何か

はじめにがん緩和医療の定義について述べる。本邦でのがん緩和医療は、終末期医療におけるホスピスケアの導入が初めて行われた約20年前に比べ、緩和医療を巡る社会情勢、その診療体制、患者側の認識などが急速に変貌しつつある。がん緩和医療に関しては、単に終末期患者を対象にするものではなく、がんを疑われた、あるいはがんという診断がついた時点から、すでに患者やその家族に対する支持療法の必要性が生じるものと認識されている。診療内容については、緩和医療の大きな領域をしめる疼痛対策、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・精神症状の緩和だけでなく、抗癌剤・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)も重要な分野となっている。

さらに最近では、「予防的な」緩和医療が言葉と

して使用され始めており、これは患者の日常生活機能(Activity of Daily Life: ADL)を明らかに低下させるような事象が高い確率で予測される場合に、予防的に行われる治療のことである。すなわち、転移性骨腫瘍による病的骨折などの事象に関する予防的な薬剤などがあげられる。

がん緩和医療の本質は何か

患者の症状の評価は生活の質(Quality of Life: QOL)に代表されるように、医療者による客観的な評価だけでなく、患者の主観的な評価を加味して考える必要がある。緩和医療における療法の評価には、患者自身のアウトカム評価を必要とする。治療の副作用に対する患者自己記入式スコアと担当医師のつけたスコアが乖離するという事実は、嘔気、末梢神経障害、脱毛など、症状緩和や支持療法の分野で数多く報告されている。治療に際して、生命を脅かす副作用の軽減以外に、患者自身の「今、つらい症状」を優先的に軽減する対策を素早く講じることが、医師には要求されており、こ

東海大学医学部内科学系腫瘍内科 教授・オンコロジーセンター長

れこそがん緩和医療の原点と考えてよい。

がん緩和医療の克服すべき大きな課題となっているがん性疼痛を例にあげても、体温表と同じように、経時的に記入できる患者自己記入式疼痛スコア表を臨床現場で活用し、鎮痛処方調節を行うべきである。ベットサイドでは、他の医療スタッフからの報告や問い合わせを待つだけではなく、朝夕回診などで患者の表情や会話から苦痛の程度を把握し、それに対する対策を患者と積極的に話し合うべきである。その後時間経過でどのように対策が功を奏しているのか情報を把握し、さらに対策を更新する必要がある。このような医師と患者の認識のギャップを少なくすることが、がん緩和治療技術の力量といえる。

緩和医療の進歩を支えるものは何か

最近、使用しうるオピオイド製剤の多様化や、新しい制吐剤などの臨床導入、さらには、CYP3A4、2D6などの薬剤代謝酵素遺伝子多型による薬効差の問題など、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、がん緩和医療の日常臨床の質をどのように担保しうるかは、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。

がん治療に伴う副作用に関する支持療法は、1980年代以降のリコンビナント顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)や5HT₃Rに作用する新規制吐剤の導入などにより、急速に変わってきた。これらについて、ASCO(American Society of Clinical Oncology www.ASCO.org), MASCC(Multinational Association for Supportive Care in Cancer www.mascc.org), 本邦でのがん関連学会のガイドラインがある。G-CSFにより、好中球減少時の感染リスクは低減され、薬剤のコンプライアンスも向上した。しかし、G-CSFを利用した治療法ががん患者の生存に寄与するエビデンスは少な

い。また、治療に伴う貧血の問題は倦怠感などQOLの低下をきたしているが、全身倦怠感など実際の症状は、症状の鋭敏な評価尺度の欠如と、日常臨床での医師の関心度の低いことで、医療関係者には過小評価されている。貧血改善目的のリコンビナントErythropoietinは、治療誘因性の貧血の改善に有益だが、血小板減少に対するThrombopoietinは、明らかな有用性を検証できず、臨床導入は中止されている。

最近、薬物代謝酵素CYP2D6の遺伝子多型が、制吐剤の薬理作用に影響を与える報告であり、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。薬物代謝酵素の遺伝子多型は、その頻度や種類に人種差もみられ、実際に臨床上問題となるのか、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はまだ不明な点が多い。CYP2D6で代謝される薬剤には、コデインなども含まれるが、さらに、CYP3A4が主な代謝経路に作用する薬剤として、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、その相互作用にも注意する必要がある。

サブスタンスPに作用するNK-1R阻害剤もとくに抗癌剤による遅発性嘔吐に有用と数年以上前から欧米では使用されているが、日本ではまだ製造承認申請中の段階である。

未承認薬の臨床導入や適応拡大のための治験は、企業の決断にかかっている。しかし、迅速に治験を進めることや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は、緩和医療に携わる医師の責務といえる。10%プロカインの製造中止、ケタミンの麻薬指定などの最近の事例は、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、したがって多数例での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、保険適用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)を整える必要がある。また、もっとも重要なことは、緩和医療に携わる医師が、これらのこと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

社会的な要請に押される形で、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。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医療機関における加算のとれるチームは非常に少ない。また、入院患者しかケアチーム診療に該当しないことなどの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。

緩和ケアチーム立ち上げの2年間で自験例から得たこととして、医療機関の長が、がん緩和医療を組織として実施するという方針を明らかにすること、緩和ケアチームを支える院内各部門の支援が容易に得られることなどが、ケアチーム活動の成功の鍵となった。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、ケアチームの存在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、当該患者の問

題点として指摘しうる点が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しているものと考えられる。

おわりに—緩和医療の今後に向けて

平成17年には、日本緩和医療学会の会員数が5,000名を超えた(<http://www.jspm.ne.jp>)。がん緩和医療に対する関心は医療者の間にも広がっていると判断できる。しかし、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、基本的の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られる。日本緩和医療学会では、社会的な要請も考慮し、体系的な教育研修制度の確立と専門医療スタッフ認定制度の整備を始めた。具体的には、2種類のカリキュラムからなり、米国での Education in Palliative and End-of-Life Care-Oncology (EPEC-O www.EPEC.net) にならって、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(数十名対象セミナー)と、全会員を対象とした教育研修カリキュラム修得用のセミナー(年2回開催)を計画し開始した。また、この教育研修カリキュラムについては、がん緩和医療関連の諸研究団体との交流も検討している。教育研修制度の確立は、がん緩和医療の質の向上に最も資するものと考えられる。

がん緩和医療の診療内容としては、がん拠点病院や訪問診療による在宅ホスピスなど医療機関の役割分担と連携を充実させた地域ネットワークが、患者家族に対する福音になるものと考え、人材のリソースなどの確保が重要になる。



特集

緩和ケアと精神医学

緩和ケアのあるべき姿

加藤 雅志

Key Words

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

1 はじめに

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

2006年に「がん対策基本法」が成立し, 2007年6月にわが国で初めての「がん対策の総合的な方向性を定めた「がん対策推進基本計画」が策定された。この基本計画の全体目標として, 「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて, 「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」という生活の質(Quality of Life; QOL)に着目した新たな目標が定められたことは, 国の「がん対策」の方向性を多角的なものとし, 患者の視点を重要視することにつながっている。そして, 基本計画の中で, 緩和ケアが「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」として, 重点的に取り組むべき事項の1つとして掲げられたことにより, 緩和ケアを推進する動きは大きくなっている。

緩和ケアにおいて, 精神心理的なケアは不可

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

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

2 緩和ケアの歴史

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

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

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

Expectations for the palliative care in Japan

KATO Masashi 独立行政法人国立がん研究センターがん対策情報センターがん情報・統計部がん医療情報コンテンツ室
〔〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1〕

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

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

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

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

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

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

3 転換期を迎えたがん対策と緩和ケア

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

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

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

を推進していくことが以下のように定められている。

第16条 国及び地方公共団体は、がん患者の状況に応じて疼痛等の緩和を目的とする医療が早期から適切に行われるようにすること、居宅においてがん患者に対しがん医療を提供するための連携協力体制を確保すること、医療従事者に対するがん患者の療養生活の質の維持向上に関する研修の機会を確保することその他のがん患者の療養生活の質の維持向上のために必要な施策を講ずるものとする。

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

2007年6月、政府は、がん対策基本法に基づき、「がん対策推進基本計画」を策定した。この基本計画は、2007年度～2011年度までの5カ年を対象として、「がん対策基本法」で定められた基本的施策の推進を図るため、がん対策の基本的方向について定めたものである。「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」という全体目標を掲げ、がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実施していくことを求めている。

この基本計画で特筆すべき重要なことは、全体目標として、「がんによる死亡者の減少」という目標に加えて、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」というQOLの向上に着目した新たな目標が定められたことである。がん患者の多くは、疼痛などの身体的な苦痛だけでなく、がんと診断されたときから不安や抑うつなどの精神心理的な苦痛を抱えていること、また、その家族も、がん患者と同様にさまざまな苦痛を抱えていることなど、多くの困難に直面している。この全体目標は、がん患者やその家族の苦痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を踏まえ設定されているものである。

この全体目標の達成に向けて、重点的に取り組むべき課題として、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」が位置付けられている。がん患者が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、身体症状の緩和や精神心理的な問題への援助などが、終末期だけでなく、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われるべきものである。つまり、緩和ケアは、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、さまざまな場面において切れ目なく適切に提供されなければならない。また、がん患者と同様にその家族もさまざまな苦痛を抱えていることから、がん患者のみならず、その家族に対しても心のケアなどの適切な援助を行うことができる体制についても整備していく必要がある。現在、この全体目標を達成するための取り組みが始まっており、以下の5つの軸に沿って進められているところである⁵⁾。

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

4 緩和ケアと精神医学との接点

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

前述の Cicely Saunders が作り出したホスピ

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

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

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

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

緩和ケアと精神腫瘍学の目標は、完全に同一のものではないが、患者のQOLの維持向上を実現していくという方向性については同じものを有している。緩和ケアは、がん患者が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするため、疼痛等の身体症状の緩和に留まらず、精神心理的な問題への援助が、治療の初期段階から

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

5 緩和ケア領域に求められる精神科医の役割

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

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

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

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

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

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

今後、緩和ケア領域における精神科医の役割

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

6 緩和ケアの今後の方向性

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

①についての取り組みの1つとして、がん診療に携わる医師に対して、厚生労働省が定めた指針に基づいて行われている緩和ケア研修会がある⁷⁾。この研修会は、がん診療に携わる医師が緩和ケアの基本的な知識を確実に習得し実践できるよう、講義形式の研修だけではなく参加者主体の体験型のワークショップ形式の研修も含むものであり、開催期間は2日以上で開催し、実質的な研修時間の合計は12時間以上であることを定めている。このプログラムの中に、「不安、抑うつ及びせん妄等の精神症状に対する緩和ケア」、「がん医療におけるコミュニケーション技術」が含まれている。この緩和ケア研修会を通じて、がん診療に携わる医師が、がん患者の精神心理的側面に関心を持ち、コミュニケーションの重要性を認識することが期待されている。

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

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

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

7 おわりに

わが国のがん対策の方向性を総合的に定めた「がん対策推進基本計画」が、2007年から開始され3年が経過した。現在、政府を中心に、基本計画の中間報告の取りまとめが行われたところであり、次期の基本計画策定に向けて、未解決の課題の整理が開始されつつある。2012年から始まる次期の基本計画において、緩和ケアに関して取り組むべき課題は何か、そして精神科医はどのような役割をはたすべきなのか、議論を開始すべき時期になりつつある。

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

今後も、より多くの精神保健の関係者に緩和ケアについて理解していただき、緩和ケアと精神医学のより強力な連携体制を構築していくことにより、すべてのがん患者とその家族が質の