

・中央病院相談
国立がん研究センター中央病院の相談支援センターにおいて、2010年4月～10月に、相談支援を実施した初回相談8,903件を対象とした。

・がん種ごとの罹患者数の割合
国立がん研究センターがん対策情報センターによる「地域がん登録全国推計によるがん罹患データ（1975年～2005年）」における2005年のがん推定罹患者数をもとに、全がん罹患者数を分母とし、がん種ごとの罹患者数を分子として算出した。

・がん治療情報不足率
がん種ごとの罹患者数の大きさの影響を抑え、それぞれのがん種の中で、がんの治療情報について求めている患者数の割合について検討するために、がん種ごとの罹患者数の割合を分母とし、医療水準調査及び中央病院相談における、がん全体に対するがん種ごとの相談件数の割合を分子として算出した。1.2以上を「高」、0.9～1.1を「中」、0.8以下を「低」とした。

C. 研究結果

医療水準調査における相談件数8,377件のうち、初回相談は3,535件であった。そのうち、治療に関する相談は804件であり、がん種が特定されたものは771件であった。

中央病院相談における初回相談の件数は8,903件であった。そのうち、治療に関する相談は972件であり、がん種が特定されたものは816件であった。

医療水準調査及び中央病院相談それぞれにおける、がん種ごとの治療相談の割合、がん治療情報不足率を表1に示した。

がん治療情報不足率が高いものは、「眼・脳・神経」、「膵」、「食道」、「乳腺」、「子宮・卵巣」であった。一方、低かったものは、「胃」、「大腸、小腸」、「皮膚」であった。

D. 考察

全国のがん診療連携拠点病院、国立がん研究センター中央病院の相談支援センターにおける相談においては、罹患者数に比して、相談件数が多いがん種、少ないがん種が明らかになった。がん治療に関する情報が不足していると考えられる「眼・脳・神経」、「膵」、「食道」については、いわゆる難治がんであり、情報の絶対量が少ないことやより有効な治療を探そうとすることにより、情報を探そうとする患者割合が高いものと考えられる。一方、「乳腺」、「子宮・卵巣」のがん患者も、相談支援センターを利用する割合が高いことが明らかになったが、これらのがん種は比較的若年層に多いがんであり、相談という行動を行いやすい患者が多いこと、メディアで扱われる頻度も高く、がん検診の受診率向上の啓発活動などもあり、情報に対する意識が高い患者が多いことなどが予想される。

これらの情報を求めている患者のニーズに添えていくためにも、正しいがんについての情報提供が実施できるよう、たとえば一般向けのガイドラインの解説などを整備していくことが重要であると考えられる。

E. 結論

がん患者は、がん種によって、情報の充足状況が異なっていると考えられる。ガイドラインの解説など、一般向けの情報を整備していくに当たっては、情報が不足しているがん種を優先的に取り組んでいく必要がある。

F. 健康危険情報

特になし

<p>G. 研究発表</p> <p>1. 論文発表</p> <p>加藤雅志. がん患者のこころーがん対策基本法で何が変わっていくのか. 現代のエスプリ 517 : 21-29 (2010. 8)</p> <p>加藤雅志. 緩和ケアのあるべき姿. 臨床精神医学39(7) : 855-860 (2010. 7)</p> <p>加藤雅志. 日本サイコオンコロジー学会. 精神医学 52(7) : 710 (2010. 7)</p> <p>加藤雅志、川越正平. 我が国におけるがん対策と今後の方向性. Run & Up 6 (1) : 2-5 (2010. 04)</p> <p>2. 学会発表</p> <p>加藤雅志. がん対策の方向性とがん医療における精神科医に求められる役割. 第23回日本総合病院精神医学会総会 2010年11月28日 東京</p> <p>加藤雅志. がん医療情報の発信. 第48回 日本癌治療学会学術集会 2010年10月28日-30日 京都</p> <p>加藤雅志. がん対策と緩和ケアにおける精神腫瘍学の果たすべき役割についてーがん患者とその家族の療養生活の質の維持向上のためにー. 第69回日本癌学会学術総会 2010年9月22日-24日 大阪</p> <p>加藤雅志. 精神症状の捉え方ーがん医療の領域で働く医療従事者のためのエッセンスー. 第23回日本サイコオンコロジー学会 第10回日本認知療法学会 合同大会 2010年9月24日、25日 名古屋</p> <p>加藤雅志. インターナショナル・シンポジウム「世界各地における地域緩和ケア」 わが国における地域緩和ケアー OPTIM プロジェクトの経験からー. 第15回日本緩和医療学会学術大会 2010年6月18日、19日 東京</p>	<p>H. 知的財産権の出願・登録状況</p> <p>特になし</p>
---	-------------------------------------

表1 がん種ごとの治療に関する情報の不足状況について

	がん全体の罹患者数の中の割合 (a)	医療水準調査 件数(771件)	医療水準調査 の中の割合 (b)	b/a	中央病院相談 件数(816件)	中央病院相談 の中の割合 (c)	c/a	がん治療情報 不足率
眼・脳・神経	0.7%	20	2.6%	3.7	11	1.3%	1.9	高
耳鼻咽喉	2.2%	24	3.1%	1.4	17	2.1%	0.9	中～高
食道	2.6%	26	3.4%	1.3	25	3.1%	1.2	高
胃	17.3%	76	9.9%	0.6	74	9.1%	0.5	低
大腸・小腸	15.5%	99	12.8%	0.8	97	11.9%	0.8	低
肝・胆	9.0%	77	10.0%	1.1	48	5.9%	0.7	低～中
膵	3.7%	46	6.0%	1.6	55	6.7%	1.8	高
肺・縦隔・心臓	12.4%	107	13.9%	1.1	98	12.0%	1.0	中
乳腺	7.5%	128	16.6%	2.2	116	14.2%	1.9	高
子宮・卵巣	5.0%	56	7.3%	1.5	65	8.0%	1.6	高
前立腺・精巣	6.4%	55	7.1%	1.1	75	9.2%	1.4	中～高
腎・尿管・膀胱	4.6%	35	4.5%	1.0	35	4.3%	0.9	中
甲状腺・副腎	1.4%	9	1.2%	0.8	10	1.2%	0.9	低～中
リンパ・血液	4.5%	52	6.7%	1.5	39	4.8%	1.1	中～高
皮膚	1.4%	3	0.4%	0.3	9	1.1%	0.8	低
その他	5.8%	45	5.8%	1.0	42	5.1%	0.9	—

臨床精神医学

Japanese Journal of Clinical Psychiatry

Vol.39 No.7 July 2010 **7**

特集●緩和ケアと精神医学

- 緩和ケアのあるべき姿
- 緩和ケアとチーム医療
- がん患者にみられる心理的問題と臨床経過における変化
- 家族心理
- 疼痛コントロール
- 精神療法
- 精神腫瘍医が知っておきたい緩和ケアにおける向精神薬
- 神経変性疾患の緩和ケア
- 子どもと家族の緩和ケア
- 精神は在宅の「懐かしさ」で支えられるー在宅ホスピスの可能性ー

アークメディア



緩和ケアのあるべき姿

加藤 雅志

Key Words

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

1 はじめに

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

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

緩和ケアにおいて, 精神心理的なケアは不可

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

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

2 緩和ケアの歴史

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

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

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

Expectations for the palliative care in Japan

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

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

「Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.」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」ということば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」ということばが無くなり、「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⁴⁾。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よう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。

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⁶⁾において、がん拠点病院に精神科医の配置を必須化したことを受け、がん領域、特に緩和ケア領域において、精神科医が参画することのニーズが高まっている。

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

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

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

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

③については、さらに、がんという疾患の特性を理解したうえで、専門的な知識に基づく多様な役割の実践が期待されている。基盤的な知識として、がん治療や緩和ケアに関する知識とがん患者の経過に関する知識を持つだけでなく、がん患者にみられる心理的反応や精神症状、がん患者とのコミュニケーション、家族へのケア、鎮静を含めた終末期の問題や倫理的な問題、意思決定能力の判断、燃え尽き症候群をはじめとしたスタッフに対するケア、スタッフに対する教育、チームのコーディネー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標にするのではなく、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からないが、提供するケアの質をどのように高めていくのかという視点は常に意識していくべきものである。

7 おわりに

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

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

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

高い療養生活を送ることができる社会が、一日でも早く実現することを強く願うものである。

文献

- 1) 明智能男：がんとこころのケア。NHK ブックス，東京，2003
- 2) Chochinov HM, Breitbart W編，内富庸介監訳：緩和医療における精神医学ハンドブック。星和書店，東京，2001
- 3) がん対策基本法 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>)
- 4) がん対策推進基本計画 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>)
- 5) 加藤雅志：がん対策基本法を受けて変わりつつあること—今後の緩和ケアを見つめて—。緩和医療学 11：301-302，2009
- 6) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の整備について。(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf)
- 7) 厚生労働省：緩和ケアの推進について。(http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kanwa01.pdf)
- 8) 日本サイコオンコロジー学会：精神腫瘍登録医について。(<http://www.jpos-society.org/toroku/>)
- 9) WHO Definition of Palliative Care (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)

*

*

*

現代のエスプリ

L'esprit d'aujourd'hui nombre 517

8

2010 août

がん患者のこころ

編集 松島英介

制作 至文堂

2010年8月1日発行(毎月1日発行)第517号 1972年2月2日第3種郵便物認可



ぎょうせい

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

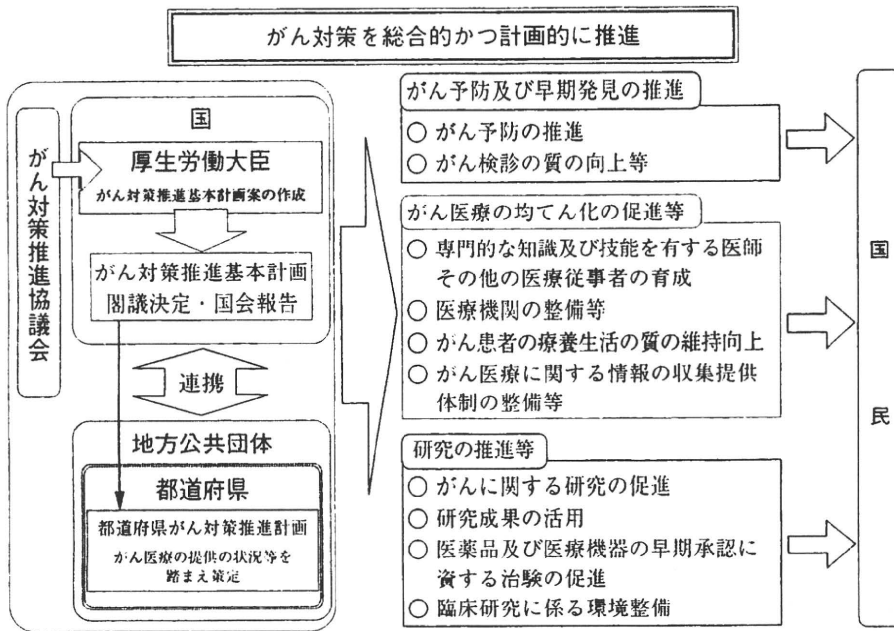


図1 がん対策基本法

「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

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、ひとことで言うならば、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換えられる。緩和ケアは、終末期に限られたものではなく、苦痛を抱えるすべての患者や家族に提供されるべきものである。また、疼痛などの身体症状の緩和だけを図るものではなく、精神的な苦痛を含めた全人的な苦痛の軽減を目指すものでもある。

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

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

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

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

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

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

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

がん対策推進基本計画と 緩和ケアの推進について

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

われるようになった。

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

この基本計画は、わが国の総合的ながん対策の方向性について定めた初めてのものである。全体目標として、「がんによる死亡者の減少」及び「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」を掲げ、がん患者を含めた国民の視点に立ったがん対策を実施していくことを求めている。

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

一方、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並

びに療養生活の質の維持向上」については、がん患者の多くは、疼痛等の身体的な苦痛だけでなく、がんと診断された時から不安や抑うつ等の精神心理的な苦痛を抱えていること、また、その家族も、がん患者と同様に様々な苦痛を抱えていることなど、様々な困難に直面しているにもかかわらず、わが国において緩和ケアが十分に普及していないことを踏まえて設定されたものである。このように、がん患者やその家族の苦痛を軽減し、療養生活の質を高めていくことの重要性を国として示し、政府ががん対策において目指していくべき全体的目標の一つとして定めたことの意味は大きい。これを受けて、様々な施策や取り組みが、この目標を達成するために動き出している。

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

がん対策基本法で何が変わっていくのか

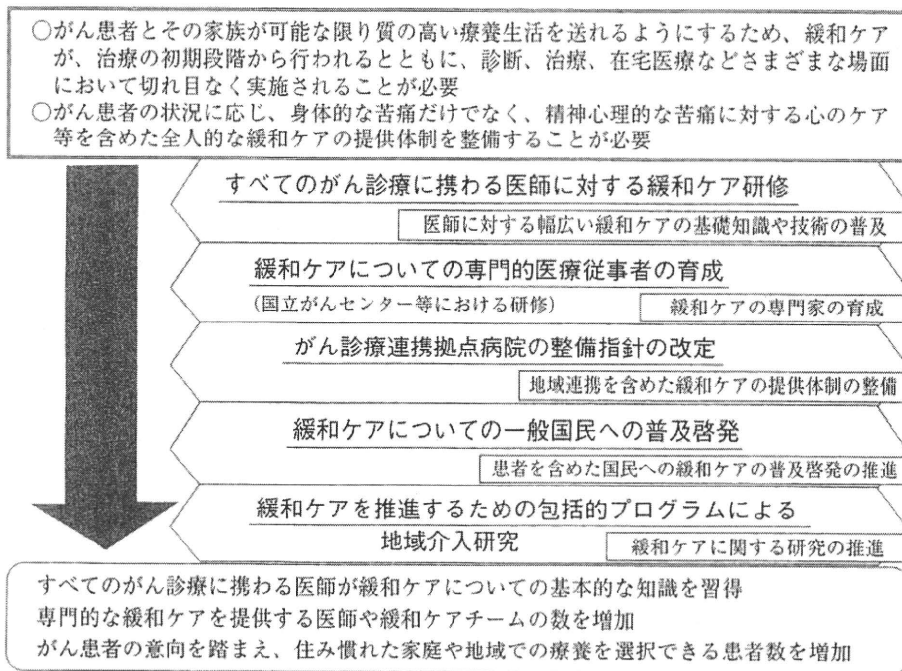


図2 緩和ケアの推進

① がん診療に携わるすべての医療従事者が、基本的な緩和ケアを実践できるように、必要な知識や技術を普及する。

② より質の高い緩和ケアを実施できるように、緩和ケアに関する専門的な医療従事者を育成する。

③ 全国において、適切に緩和ケアが提供されるように、地域連携を含めた緩和ケアの提供体制を整備する。

④ がん患者が必要な緩和ケアを選択できるように、一般の方々に対する緩和ケアの普及啓発を行う。

⑤ まだ解決されていない緩和ケアに関する課題を解決するために、緩和ケア領域における研究を推進する。

このように緩和ケアが推進されていく中で、がん患者のこころのケアを提供していく体制についても着実に整備されつつある。

がん患者のこころのケアの推進について

がん対策推進基本計画において、「治療の初期段階から

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

これらを実現していくために、がん診療に携わる医師
が、精神的な苦痛に対するケアを含めた緩和ケアの重
要性を認識し、緩和ケアについての基本的な知識を習得す
ることを目的とした研修が全国において開催されている。
この研修会は、がん診療に携わる医師を対象としたもので
あり、単なる講義形式の研修だけではなく、参加者主体の
体験型研修（ワークショップ）形式の研修も含まれる十二
時間以上の研修と定められている。この研修会のプログラ
ムの内容には、不安や抑うつなどの精神症状に対する緩和
ケアも必ず含まれることとなっており、こころのケアにつ
いて必ず学ぶような構造となっている。平成二十二年二月

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

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

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

この拠点病院の指定要件の一つとして、緩和ケアチーム

を整備することが定められており、この緩和ケアチームに「精神症状の緩和に携わる専門的な知識及び技能を有する医師を一人以上配置すること」が、平成二十年三月に定められた。

これらの取り組みにより、全国で適切なところのケアが提供される体制が着実に進みつつある。

おわりに

現在、がん対策推進協議会において、平成十九年度に策定された「がん対策推進基本計画」の中間評価について議論されている。今後、この中間評価に基づき、平成二十四年度から開始する次期の基本計画の案が作成されていくものと考えられる。がん患者に対するところのケアについては、進みつつあると言ってもまだまだ解決すべき課題が多く、患者からのニーズも高い分野であることから、今後さらなる推進を図っていく必要がある。まずは、多くの方々に緩和ケアや精神腫瘍学の存在を知ってもらうとともに、

これらを専門とする医療従事者を育成していき、苦痛の軽減を必要とするすべての患者や家族に、いつでも、どこでも、適切に必要な医療やケアが提供されるような体制が実現できるよう、次期の基本計画においても、がん患者のころのケアの方向性が確実に定められることが期待される。

【参考文献】

- ・ がん対策基本法
<http://www.nhlw.go.jp/buiya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- ・ がん対策推進基本計画
<http://www.nhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- ・ 加藤雅志 がん対策基本法を受けて変わりつつあること―今後の緩和ケアを見つめて― 緩和医療学 一一（四） 三〇一―三〇二 二〇〇九

〔かとう・まさし 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医療情報コンテンツ室長
中央病院精神腫瘍科併任〕