

てん化のために有用なデータが蓄積され、全国の各地域において活用できる科学的根拠に基づいた緩和ケアを推進するための方策をまとめていくことが期待されている。

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、平成19年度に策定され4年が経過しようとしている。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、次期の基本計画策定に向けて、未解決な課題の整理が開始されている。平成24年度から始まる次期の基本計画において、緩和ケアや精神腫瘍学に関して取り組むべき課題を検討し、これらを推進するための十分な議論がなされることを期待している。

今後も、がん診療に携わる医療従事者の、エビデンスに基づく緩和ケアや精神腫瘍学についての理解がより一層進むことにより、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を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) 財団法人がん研究振興財団. 医療用麻薬消費量. がんの統計編集委員会・編. がんの統計(2009年版). 2009. p.90-1.
- 2) 木澤義之, 山本 亮. がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアの基本的な知識を習得していくための研修—PEACEプログラムを用いた研修会について—. 緩和医療学 2009 ; 11 : 303-9.
- 3) 日本緩和医療学会. 医師に対する緩和ケア教育プログラム (PEACE). Available from : URL : <http://www.jspm-peace.jp/>.
- 4) 国立がん研究センターがん情報サービス. 研修案内. Available from : URL : http://ganjoho.jp/professional/training_seminar/training/2010/.
- 5) 厚生労働省. がん診療連携拠点病院の整備について. Available from : URL : http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_byoin02.pdf.
- 6) 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」. Available from : URL : <http://gankanwa.jp/>.
- 7) Yamagishi A, Morita T, Miyashita M, et al. Palliative care in Japan : current status and a nationwide challenge to improve palliative care by the Cancer Control Act and the Outreach Palliative Care Trial of Integrated Regional Model (OPTIM) study. Am J Hosp Palliat Care 2008 ; 25 : 412-8.
- 8) 山岸暁美, 森田達也, 江口研二. 地域介入研究(戦略研究). 緩和医療学 2008 ; 10 : 215-22.
- 9) 江口研二. がん緩和医療—地域で支える体制構築と地域包括的プログラムの開発—. 緩和医療学 2009 ; 11 : 351-5.

* * *

「臨床精神医学」 別刷

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¹⁾。

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ター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

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) 明智龍男：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/>)

* * *

