

## 特集

## がん対策基本法による研究・診療の変化

エビデンスに基づく  
緩和ケア, 精神腫瘍学\*加藤 雅志<sup>1)2)3)</sup>

Key Words : palliative care, psycho-oncology, strategic research, cancer control

## はじめに

平成18年に、「がん対策基本法」が成立し、がん対策は大きな転換期を迎えた。それ以前のわが国のがん対策は、昭和59年からの「対がん10ヵ年総合戦略」に始まる累次の10ヵ年戦略などにおいて、がんの罹患率や死亡率の減少を目標に、研究を中心に推進されてきた。そのような中で、がん患者を含めた国民の声として、がん医療の充実などのがん対策に対する要望の高まりを背景に、平成18年6月に「がん対策基本法」が成立したのである。

つまり、現在のがん対策は、これまでの研究の成果を臨床の現場に還元していくことが強く求められており、それを推進力として進められてきている。したがって、科学的根拠に基づいたがん医療を提供していくことや、ガイドラインを充実させていくことへの要望も大きい。もちろん、臨床の現場で生じる課題や新たな疑問を解決していくために、より一層の研究を推進していくことの必要性は言うまでもない。

本稿において、わが国のがん対策における緩

和ケアと精神腫瘍学の位置づけについて概説するとともに、今後の方向性について示し、全国の緩和ケアの推進を目的に地域の包括的な緩和ケアプログラムの策定に関する新たなエビデンスの創設を目指して進められている「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」(がん対策のための戦略研究)について述べたい。

わが国におけるがん対策と  
緩和ケア, 精神腫瘍学

がんは、その疾患の性質上、罹患した患者やその家族はさまざまな負担や苦痛を抱えていくことになり、生活に対する影響は大きい。がん患者を含めた国民の声として、がん対策に対する要望が高まり、平成18年6月に「がん対策基本法」が成立したことはすでに触れたとおりであるが、一つの疾患に特異的な法律が成立することとは大変画期的なことであった。現在、本法律をきっかけとして、政府はさまざまな施策を講じ、関係者もそれぞれの立場でがん対策に積極的にかかわるようになり、がん対策は大きな社会的な動きにまで発展してきている。そのような中で、がん患者の療養生活の質が注目されるようになり、身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な負担に対する対応の必要性の理解

\* Evidence-based palliative care and psycho-oncology.

<sup>1)</sup> Masashi KATO, M.D.: 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(〒104-0045 東京都中央区築地5-1-1); Cancer Information Office, Center for Cancer Control and Information Services, National Cancer Center, Tokyo 104-0045, JAPAN

<sup>2)</sup> 独立行政法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科

<sup>3)</sup> 独立行政法人国立がん研究センター企画戦略室

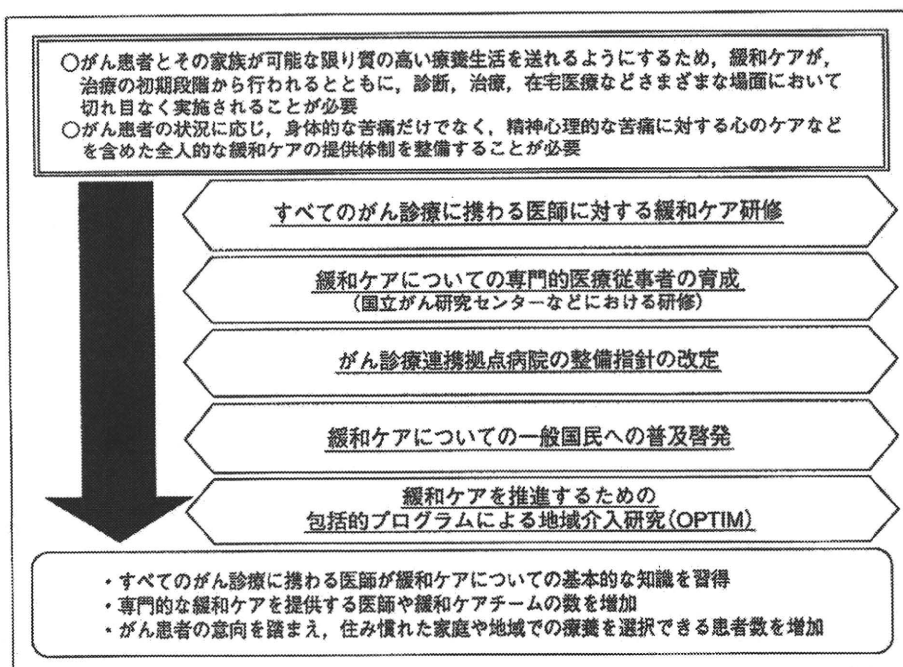


図1 緩和ケアの推進

が進み、がん医療の中で緩和ケアや精神腫瘍学の重要性の認識が強まっている。

「がん対策基本法」に基づき、平成19年6月に策定された「がん対策推進基本計画」は、わが国が取り組むべきがん対策の基本的な方向性を示すものである。その基本計画の全体目標として、「がんによる死亡者の減少」および「すべてのがん患者およ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」という2つの全体目標が掲げられ、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られている。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、「すべてのがん患者およ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」というquality of life(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に加え、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。これまでのがん対策にはなかった目標を新たに定めたこととなり、このような観点からもがん対策は大きな転換期を迎えることになったと言える。

さらに、緩和ケアについては、「がん対策推進基本計画」において、重点的に取り組むべき課題の一つに「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」として位置づけられた。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ことを求められるようになったのである。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義は大きい。これを受けて、さまざま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。

現在、政府のがん対策の中において、緩和ケアについては大きく分けて以下の5つの軸に沿って進められているところである(図1)。

- 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ことにより、エビデンスに基づく緩和ケアや精神心理的なケアを提供していく体制が着実に整備されつつある。

#### がん診療に携わるすべての医師に 対する緩和ケア研修

「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」が重点的に取り組むべき課題の一つに位置づけられ、今後は、緩和ケアが、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る体制を整備していかなければならない。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。

この体制を実現していくためには、がん診療に携わるすべての医療従事者が、がん患者の単なる「生死」という観点だけではなく、がん患者やその家族の療養生活の質に重点を置いた医療を提供していくことが強く求められている。この課題を解決していくためには、がん診療に携わるすべての医療従事者が、がん患者の意向が多様であることに配慮しつつ、その多様ながん患者の意向を十分に尊重した医療を実施していくことが不可欠である。そのために、がん診療

に携わる医療従事者は、がん患者やその家族の療養生活の質の維持向上を図る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必要がある。

しかしながら、たとえば、がん性疼痛の緩和などに用いられる医療用麻薬の消費量についてみると、欧米先進諸国に比べると、わが国の医療用麻薬の消費量はまだ数分の1程度にとどまっております<sup>1)</sup>、がん診療に携わる医師の緩和ケアの重要性に対する認識が不十分であることが推測される。そのような状況などをかんがみ、「がん対策推進基本計画」において、緩和ケアに関する目標の一つとして、「10年以内に、すべてのがん診療に携わる医師が研修等により、緩和ケアについての基本的な知識を習得することとする」ということが掲げられた。この目標については、「がん対策推進基本計画」が閣議決定された平成19年6月15日に、内閣総理大臣が、「10年以内」に実施する計画を前倒して、「5年以内」に研修を終えるよう取り組むと発言しており、政府は、5年以内を目標に一日でも早くすべてのがん診療に携わる医師に対する研修を終了できるよう緩和ケア研修を進めていくこととしている。

厚生労働省は、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普及していくための研修を進めていくために、「緩和ケア研修会標準プログラム」を定め(表1)、「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会の開催指針」(平成20年4月1日付健発第0401016号厚生労働省健康局長通知)を示している。

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「緩和ケア研修会標準プログラム」では、疼痛などの身体症状への対応だけではなく、不安や抑うつ、せん妄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、がん診療に携わる医師が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。抑うつや不安、せん妄というがんの臨床においてしば

表1 緩和ケア研修会標準プログラム

- 
- ①がん性疼痛の機序、評価およびWHO方式のがん性疼痛治療法の概略について
  - ②がん性疼痛の治療法の実際について
  - ③がん性疼痛についてのワークショップ
    - ア)グループ演習による症例検討① がん性疼痛を持つ患者の評価および治療
    - イ)グループ演習による症例検討② がん性疼痛に対する治療と処方箋の実際の記載
    - ウ)ロールプレイングによる医療用麻薬を処方するときの患者への説明についての演習
  - ④呼吸困難、消化器症状などの身体症状に対する緩和ケアについて
  - ⑤不安、抑うつおよびせん妄などの精神症状に対する緩和ケアについて
  - ⑥がん医療におけるコミュニケーション技術について
  - ⑦がん医療におけるコミュニケーション技術についてのワークショップ
    - ア)グループ討論による患者への悪い知らせの伝え方についての検討
    - イ)ロールプレイングによる患者への悪い知らせの伝え方についての演習
  - ⑧その他
    - ア)全人的な緩和ケアについての要点
    - イ)放射線療法や神経ブロックの適応も含めた専門的な緩和ケアへの依頼の要点
    - ウ)がん患者の療養場所の選択および地域連携についての要点
    - エ)在宅における緩和ケア
- 

しばみられる精神医学的な問題について、がん診療を行っている外科医や内科医などの医師が基本的な知識や対応を習得することは重要であり、がん患者が抱える精神心理的な負担のスクリーニングや一次対応につながるものと考えられる。

この開催指針に準拠した緩和ケア研修会が、全国で適切に開催されていくよう、日本緩和医療学会は、日本サイコオンコロジー学会の協力を得ながら、新たに「症状の評価とマネジメントを中心とした緩和ケアのための医師の継続教育プログラム」(Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education ; PEACE)を開発した<sup>20)</sup>。このプログラムは、基本的な緩和ケアの啓発と普及、教育を通して、がん診療に携わるすべての医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得することを推進し、国民がその療養場所にかかわらず質の高い緩和ケアを受けることができるようにすることを目的としている。その内容については、日本緩和医療学会が中心となって、常に最新の知見に基づいた内容になるよう更新が進められており、精神症状やコミュニケーションに関する内容については日本サイコオンコロジー学会が担当し、その教材は最新の科学的根拠に基づいたものとなっている。このようにして、がん診療に携わる医師が、エビ

デンスに基づく緩和ケアや精神腫瘍学の基本的な知識を身につけ、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」ができるよう体制の整備を進めている。

さらに、日本緩和医療学会は、開発したPEACEプログラムが各地域の緩和ケア研修会において適切に実施されていくように、指導者の研修に大きな力を注いでいる。この指導者研修会は、PEACEプログラムの内容について学ぶだけではなく、緩和ケア研修会の企画や運営の方法、さらには効果的な教育の方法についても習得できるようにになっている。指導者研修会については、日本緩和医療学会が開催するとともに、国立がん研究センターにおいても開催しており、今後も指導者の育成を続けていく予定である<sup>21)</sup>。

この指導者研修会を修了した医師が、研修会を企画する責任者となり、各地域で緩和ケア研修会を開催している。がん診療連携拠点病院においては、開催指針に準拠した緩和ケア研修会を開催することが必須の指定要件となっているため、全国において毎年定期的に緩和ケア研修会が実施される体制が整備された<sup>22)</sup>。平成22年9月1日現在で、17,066名の医師が研修を修了している状況となっている。この緩和ケア研修会を修了することが、平成22年度の診療報酬改定において評価され、「がん性疼痛緩和指導管理料」、「がん患者カウンセリング料」、「緩和ケア診療加



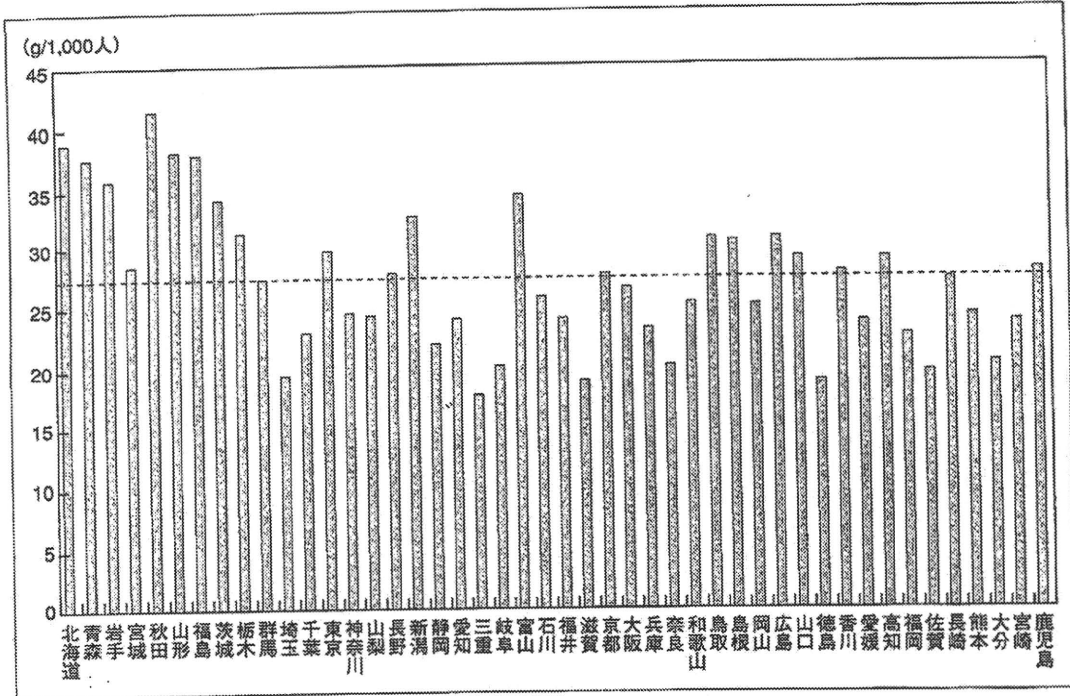


図2 日本における医療用麻薬の消費量(平成19年)  
平成19年モルヒネの都道府県別人口1,000人あたりの消費量(厚生労働省調べ)。

算],「緩和ケア病棟入院料」については,緩和ケア研修会を修了した医師が治療に携わることが算定条件となり,今後,緩和ケア研修会を受講する医師のさらなる増加が見込まれている。

現在,医療従事者に対する基本的な緩和ケアの知識の普及については,この医師に対する緩和ケア研修会を中心として進められている。がん診療に携わる医師が,エビデンスに基づいた適切な緩和ケアを実施していくことにより,多くのがん患者が疼痛などの苦痛から解放されていくことになるであろう。基本的な緩和ケアだけでは対応が困難な苦痛については,がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームなどが対応していくことができる体制を整備していく必要がある。また,緩和ケアや精神腫瘍学の基本的な知識については,医師だけではなく,その他の医療従事者も習得すべきものである。今後は,がん診療に携わるすべての医療従事者が,それぞれの職種に応じた緩和ケアや精神腫瘍学の知識を習得する機会が確保されていくことが強く望まれている。

### 地域における包括的な 緩和ケアプログラムの開発

わが国において緩和ケアを普及させていくために,政府が多面的な取り組みを行っていることは前述したとおりであるが,各地域で緩和ケアを進めていくにあたっては,それぞれの地域ごとに特有の状況があり,全国で画一的に緩和ケアを進めていくことは困難である。たとえば,都道府県によって人口あたりの医療用麻薬の消費量が異なっていることがわかっており,緩和ケアの実施状況も異なっている(図2)。そのような状況のため,地域で緩和ケアの提供体制を整備していくにあたり,地域ごとにその方策が異なってくるため,具体的な計画を立案することが困難となっている。

この課題を解決することを目的に,地域の特性を踏まえ,地域における緩和ケアを推進していくための方法を明らかにし,地域の包括的な緩和ケアプログラムを開発する取り組みが行われている。

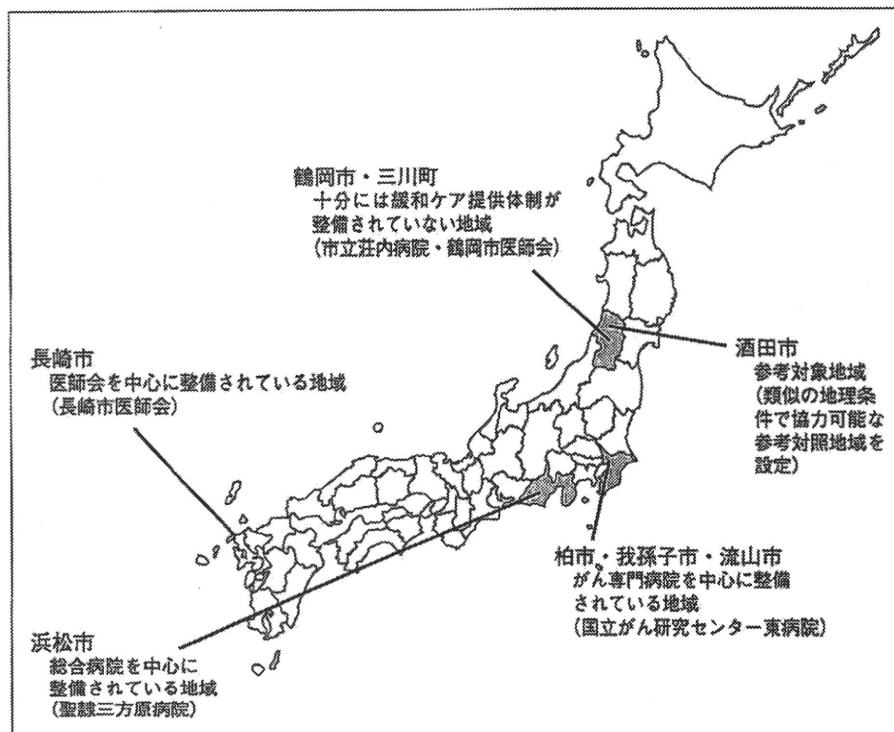


図3 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM-study)介入地域

平成18年度から、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・がん対策のための戦略研究「緩和ケアプログラムによる地域介入研究」[研究リーダー：江口研二(帝京大学)]が開始され、「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(Outreach Palliative care Trial of Integrated regional Model study ; OPTIM-study)が進行しているところである<sup>9)</sup>。OPTIMプロジェクトは、わが国における地域レベルでの緩和ケアの提供体制のあり方について、モデルを作成し検証していくことにより、地域緩和ケアを推進するための根拠に基づく包括的なプログラムを示すことを最終的な目標としているものである。

本プロジェクトでは、一般市民および医療従事者を対象に行った、緩和ケアに関する認識やニーズに関する予備調査の結果を踏まえて作成された地域緩和ケアに関する包括的なプログラムを用いて、全国4地域[鶴岡市(山形県)、柏市(千葉県)、浜松市(静岡県)、長崎市(長崎県)]を対象に地域介入し、その前後で患者のQOLに関連する指標を比較することで、その効果につい

て検証を行っていく。これらの4地域は医療環境が異なる地域として、「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」、「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(実施主体ががん専門病院である地域)」、「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(実施主体が総合病院である地域)」、「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(実施主体が医師会である地域)」の4地域を選択した。「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」1地域に対して地理的条件、人口規模、利用できる専門緩和ケアサービスなどの医療リソースから、比較可能性があると考えられる近接する参考対照地域を選定した(図3)。

この包括的な地域緩和ケアプログラムは、①緩和ケアの標準化と継続性の向上、②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、以上の内容を中心としたものとなっている(表2)。

表2 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM-study)介入概要

1. 緩和ケアの標準化と継続性の向上
  - ・地域で共通の緩和ケアに関するマニュアルをwebで公開し、印刷物で配布する
  - ・地域で緩和ケアに関するワークショップを行う
  - ・「わたしのカルテ」を配布し、利用を促す
  - ・退院支援プログラムが地域の病院に導入されているかを確認し、導入していない病院に導入する
2. 患者・家族に対する適切な緩和ケアの知識の提供
  - ・緩和ケアを紹介するリーフレット、冊子、ポスターを、地域住民が目に見ることができる公的機関・医療福祉機関に配布する
  - ・緩和ケアに関する図書100冊を地域の図書館に設置する
  - ・緩和ケアに関する市民対象の講演会を年1回以上開催する
3. 地域の緩和ケアの包括的なコーディネーション
  - ・地域の患者や医療福祉従事者の相談に対応する相談窓口を設置する
  - ・地域の多職種の医療福祉従事者を対象とした地域カンファレンスを年1回以上開催する
  - ・地域緩和ケアプログラムについての教育を受ける地域リンクスタッフを配置する
4. 緩和ケア専門家による診療およびケアの提供
  - ・地域緩和ケアチームを設置する
  - ・緩和ケアチームのアウトリーチサービスが利用可能な状態とする

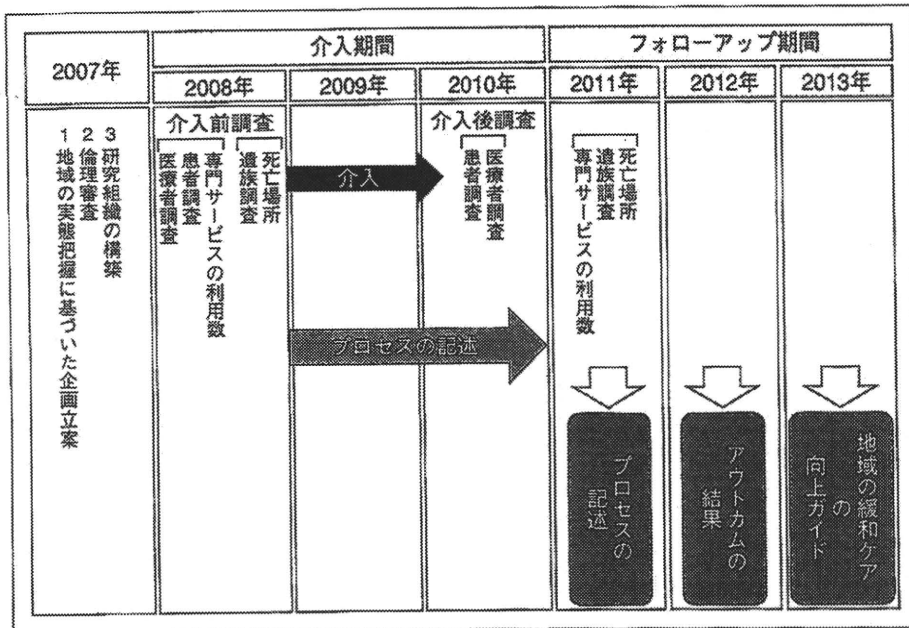


図4 「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」(OPTIM-study)スケジュール

平成20年度からこのプログラムを用いた介入が、上記の緩和ケアの提供体制などの医療環境が異なる4地域に対して開始されており、平成22年度末より介入後の調査を行っていく予定である(図4)。

本プロジェクトでは、国際的に最大規模の患者・遺族アウトカムを含む地域緩和ケアプログラムが、がん患者のQOLを向上するかを検証す

るものである。また、プログラムのプロセスの研究から、今後、全国において緩和ケアを推進させていく際に活用可能な成果物、介入過程が蓄積されており、地域で緩和ケアを普及していくために解決すべきさまざまな課題が明らかになりつつある。本プロジェクトのアウトカム、プロセスの分析により、地域レベルの緩和ケア普及の方法が集約され、わが国の緩和ケアの均

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/](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](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.

\* \* \*

- 22: 717-726, 2001.
- (12) Chochinov HM, Hack T, McClement S, et al: Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Sci Med* 54: 433-443, 2002.
- (13) Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, et al: Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor-analytic approach. *Psycho-oncology* 13: 700-708, 2004.
- (14) 松島英介、松下年子、野口 海はか 厚生労働科学研究費補助会がん臨床研究事業「がん情報についての患者・家族・国民のニーズ」平成二十一年度総括・分担研究報告書（主任研究者：高山智子）一八一三頁 二〇一〇
- (15) 小谷みどり 死に対する意識と死の恐れ ライフデザインレポート二〇〇四年五月号（第一生命経済研究所）四一―五 二〇〇四
- (16) 毎日新聞 がんを生きる いのちの時間（上）二〇〇八年十二月二十三日（火）朝刊一五面

〔まつしま・えいすけ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 心療・緩和医療学分野准教授〕

■ がんをめぐる情報

## 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



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いき、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、ひとことでは言うならば、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え換えられる。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。

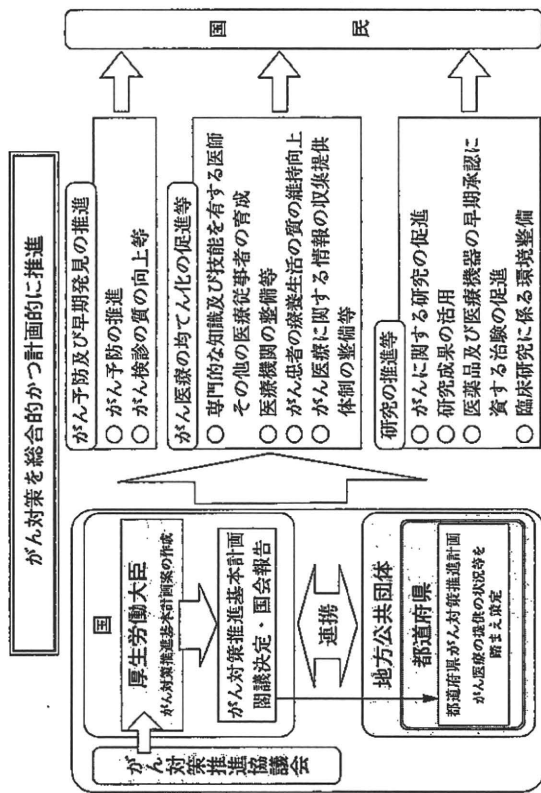


図1 がん対策基本法

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

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

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

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、居宅においてが

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つたものだが、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

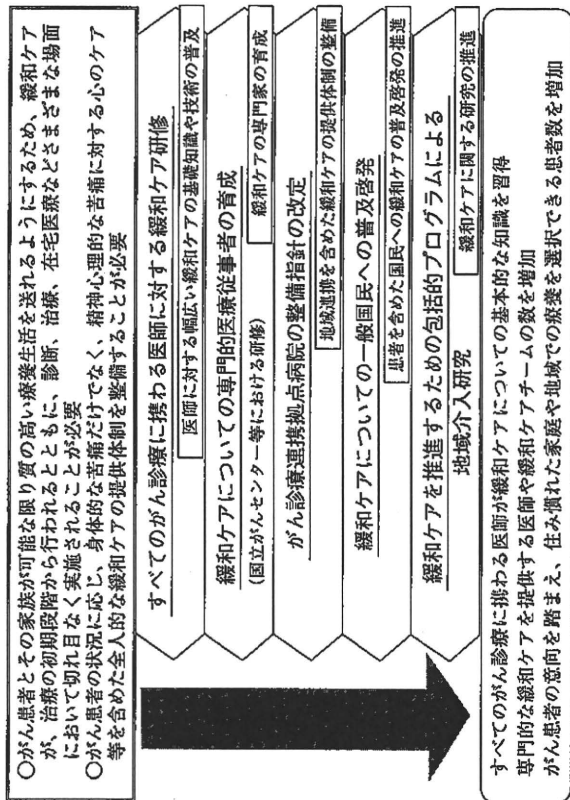


図2 緩和ケアの推進

- 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

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義は大きい。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)。

の緩和ケアの実施」の一環として、「がん患者の状況に応じ、身体的な苦痛だけでなく、精神心理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、精神心理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

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、全国で適切なこ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。がん患者に対するこ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、

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

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.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan03/pdf/1-2.pdf>
- ・がん対策推進基本計画  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/d/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  
中央臨床精神腫瘍科科長】

「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.」<sup>9)</sup>

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<sup>3)</sup>。

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」を策定したり。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<sup>9)</sup>。

- 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<sup>2)</sup>。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者が増え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関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<sup>1)</sup>。

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<sup>6)</sup>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イ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<sup>7)</sup>。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<sup>8)</sup>。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](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](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/>)

\* \* \*