

I. がん対策基本法とホスピス緩和ケア

—包括的がん医療と地域における緩和ケア提供体制—

志真 泰夫

(筑波メディカルセンター病院 緩和医療科)

はじめに

2007年4月「がん対策基本法」(以下、基本法)が施行され、6月にはそれに基づいて「がん対策推進基本計画」(以下、基本計画)が策定された。基本法と基本計画が目指すところは、第1に「質の高いがん医療の均霑化」であり、第2に「がん医療の旧来モデル＝抗がん治療偏重のがん医療」から「がん医療の新しいモデル＝抗がん治療に緩和ケアを組み入れた包括的がん医療」への転換といえる。

「包括的がん医療」(comprehensive cancer care)モデルは、アメリカやイギリスで1990年代から新たながん医療のあり方として検討され、論議されてきたものである。その特徴は、2つある。1つは、一次予防から診断、治療、緩和ケアを系統的な一連の流れとして、切れ目のない医療サービスを提供することである。2つ目は、緩和ケアを診断、治療の早い時期からがん医療に統合して患者、家族に提供して、これまで抗がん治療一辺倒であったがん医療の質を変えることである。この「包括的がん医療への転換」は、国際的な流れと国内的な背景との両面から理解をする必要がある。

WHOの対がん戦略と患者・世論の力

2002年にWHO(世界保健機関)は「国家がん管理プログラム」(National Cancer Control Programmes)第2版を発表した¹⁾。WHOの「国家がん管理プログラム」は、世界各国のがん対策の経験を活かす、それと同時に新しい科学的な知見に基づいた対策や治療を国際的に普及させるという役

表1 WHOによる緩和ケアの定義(1989年)

緩和ケアとは、治癒を目的とした治療に反応しなくなった疾患を持つ患者に対して行われる積極的で全体的な医療ケアであり、痛みのコントロール、痛み以外の諸症状のコントロール、心理的な苦痛、社会面の問題、霊的な問題(spiritual problems)の解決が最も重要な課題となる。緩和ケアの最終目標は、患者とその家族にとってできるかぎり良好なクオリティ・オブ・ライフを実現させることである。このような目標を持つので、緩和ケアは末期だけでなく、もっと早い病期の患者に対してもがん病変の治療と同時に適用すべき多くの利点を持っている。

割もっている。「国家がん管理プログラム」は1991年に第1版が公表され、およそ10年を経て第2版への改定作業が行われた。

今回の改定について緩和ケアの視点からみると、「緩和ケアの定義の変更」とがん医療に緩和ケアを統合する「包括的がん医療」モデルの提唱の2つが最も大きな改定点である。緩和ケアに関するWHOの定義は、1989年に最初の定義が公表され(表1)、2002年にはがんの病期(早期、進行期、終末期など)にかかわらず苦痛に焦点を当てて、緩和ケアを提供するように改定された(表2)²⁾。

これら1989年と2002年の緩和ケアに関する定義に、共通する3つ基本的な概念がある。

- ①生命を脅かす病気とともに時間が限られた人生を生きることの多面性と多次元性を認識すること
- ②苦痛を緩和しQOLを高めるために、チームとして優先度をもってアプローチすること
- ③患者と家族を一単位としてサポートすることすなわち、緩和ケアは「病むこと」を病態生理

表2 WHOによる緩和ケアの定義(2002年)

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患に起因した諸問題に直面している患者と家族のQOLを改善する方策で、痛み、その他の身体的、心理社会的、スピリチュアルな諸問題の早期かつ確実な診断、早期治療によって苦しみを予防し、苦しみからの解放することを目指す。

さらに、2002年の定義に続けて、WHOは次のような基本概念を提示している。

緩和ケアは、

1. 痛みのマネジメントと同時に、痛み以外の諸症状のマネジメントを行う。
2. 生きることを尊重し、「死にゆくこと」を誰にでも例外なく訪れる過程と捉える。
3. 死を早めることも、死を遅らせることも意図しない。
4. 精神面のケアやスピリチュアル・ケアを組み入れた患者ケアを行う。
5. 死が訪れるとしたら、その時まで積極的に生きてゆけるよう患者を支援する。
6. 患者が病気で苦しんでいる間も、患者と死別した後も家族の苦難への対処を支援する。
7. 患者と家族のニーズに応えるチームアプローチを重視し、適応がある時には遺族に対するカウンセリングも行う。
8. QOLを向上させ、疾患の経過に良い影響を及ぼすよう努める。
9. 疾患の早い時期にも応用可能であり、生存の延長を目的とした化学療法、放射線療法、臨床的な不快な合併症の理解とその対応の推進に必要な諸研究との併用も可能である。

学的な異常としてのみ捉えるのではなく、患者は苦悩し、家族が打撃を受けるという視点からも捉えて、実践する医療であり、ケアといえる。

一方、わが国では2001年頃から、新規抗がん剤の使用や患者支援を求めるがん患者らによるさまざまな運動が活発化した。2002年にはNPO法人「日本がん患者団体協議会」の初会合が持たれ、がん患者らによる活動が全国的な広がりをもち始めた。2005年には、大阪で「第1回がん患者大集会」が開催され、「がん患者団体支援機構」が設立されている。2006年3月には、「第2回がん患者大集会」が東京で開催された。2006年4月、衆議院の院内会派である民主党・無所属クラブが「がん対策基本法案」を衆議院に提出した。続いて、自由民主党および公明党は5月に同名の「がん対策基本法案」を衆議院に提出した。

参議院では医療制度改革関連法案の本会議代表

質問に立った山本孝史議員(故人)が、自らもがん患者であることを公表し、「がん対策基本法」の一本化と会期内での成立を訴えた。この山本議員の質問を契機に、各党が合意できる案をとりまとめ、会期中に成立を図ろうとする動きが出てきた。6月には、両案の提案者である自民党、公明党、民主党議員からなる「提案者会議」が設けられ、そして山本議員から厚労省内にがん患者もメンバーとする「がん対策推進協議会」を設置することが提案され、提案者会議で合意案が最終確認された³⁾。そして、2006年6月の衆議院本会議、次いで参議院においても、「がん対策基本法案」は全会一致で可決され、成立した。

山本議員は、亡くなる直前に出版した本の中で次のように述べている。「正直に言いますが、自分ががん患者になるまで、日本のがん医療の実態に関しては無知でした。患者になって国のがん対策を検証してみると、実に多くの課題が見つかりました」「それからです。日本のどこに住んでいても、同じ水準のがん治療が受けられるように、難治性のがん患者には、きめ細かな治療を可能にするように、日本の医療制度を改善してゆきたい。そして、1人でも多くの『いのち』を救いたいという気持ちで、どんどん膨らんでいきました」⁴⁾

がん緩和ケアの現状と、これからの行動計画

2007年3月に基本法の施行を前にして、わが国の緩和ケアの現状を分析し、問題点を抽出して行動計画を立てるために、『わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画』(主任研究者 下山直人、分担研究者 森田達也)と題する研究報告書が発表された⁵⁾。この報告書は、わが国のがん領域における緩和ケアをどのように進めていったらよいか、という問題意識を持つ多数の研究者が集まり執筆した報告書草案をもとに日本緩和医療学会をはじめとする緩和ケア関連9団体がコンセンサス・パネルを開催して、その討議の結果をうけて、作成したものである。

そこで抽出された緩和ケアの現状からみた問題

点は、次の5つである。

1. 緩和ケアに関する正しい知識の普及が遅れている

特に、患者・家族が緩和ケアや医療用麻薬について、事実と異なる心配や不安を持っており、緩和ケアを受けることに不安を感じている。

2. 基本的な緩和ケアの普及が遅れている

除痛を中心とした緩和ケアが十分に行われていない。その要因の1つに、緩和ケアを専門としない医師・看護師・薬剤師が緩和ケアを実践するための教育・支援体制が十分でない。

3. 専門的な緩和ケアの整備が遅れている

専門緩和ケアサービスの量的・質的不足が示唆される。わが国の医療提供体制をふまえたうえで、専門緩和ケアサービスのあるべき形態を明確にして、必要十分な量と質の専門緩和サービスが確保されていない。

4. 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備が遅れている

患者が希望する場所で療養でき、場所の移動があっても切れ目のない緩和ケアが提供され、患者や家族の負担感が軽減されるシステムが現状では地域ごとに構築されていない。

5. 緩和ケアの研究が推進されていない

現在、十分には緩和されていない患者の苦痛は多くあるが、その苦痛を同定し、研究基盤を整備しつつ、有効な緩和治療を開発する研究が遅れている。

報告書では、これら5つの問題点の指摘を受けて、各項目に対する目標と行動計画を示した。

行動計画の目標はどこまで達成されたか

「わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画」で示された目標と行動計画のいくつかは、基本計画に取り入れられて厚生労働省による委託事業や学会などの取り組みとしてこの3年間に実践されてきている。

① 緩和ケアに関する正しい知識の普及

厚生労働省の委託事業として緩和医療学会を中

心に関連7団体の共同行動として「一般市民に対する緩和ケアの啓発普及活動＝オレンジバルーン・プロジェクト（OBP）」⁶⁾が取り組まれてきている。本事業では、この3年間に一般市民全体を対象に緩和ケアの普及啓発のためのさまざまな取り組みを行ってきた。

たとえば、リーフレットによる緩和ケアの普及啓発、シンポジウム、市民公開講座等の開催、ホスピス緩和ケア週間、WEBサイト [http://www.kanwacare.net] での広報活動、オレンジバルーンの制作物（ポスター、チラシ、ピンバッチなど）を緩和ケア普及啓発活動の広報に活用するなど挙げられる。特に、2009年から普及啓発のターゲットを「がん患者予備軍」である壮年期の市民により焦点化し、医師や看護師など医療者が自らする普及啓発を試みている。2010年度には本事業の中間評価として「一般市民を対象とした緩和ケア認識度調査」を行う予定である。

② 基本的な緩和ケアの普及

日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会が共催して「緩和ケアの基本教育に関する指導者研修会」「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」、国立がん対策情報センターが主催する「緩和ケアおよび精神腫瘍学の基本教育のための都道府県指導者研修会」が、この3年間で総計15回開催された。

その結果、緩和ケアの指導者研修会修了者が1,034人、精神腫瘍学の指導研修会修了者が482人誕生した（2010年12月現在）。そして、これらの指導者研修会の修了者たちが全国のがん診療連携拠点病院（以下、拠点病院）を中心に各地域で「がん診療に携わる医師に対する緩和ケア研修会」（以下、緩和ケア研修会）を開催し、20,124人のがん診療に携わる医師が緩和ケア研修会を修了した（2010年12月）。日本緩和医療学会が作成した「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（PEACE）」⁷⁾がその大きな推進力となっている。

③ 専門的な緩和ケアの整備

基本計画では全国の拠点病院に緩和ケアチーム

(以下、PCT)を整備することに力が注がれ、3年間で全国のPCTの整備が進んだ。2010年度末で拠点病院375全施設にPCTが設けられ、ほとんどの拠点病院のPCTで活動指針や紹介の手続きが明文化された。2007年度の調査では「患者を週1回以上直接診療しない、カンファレンスや回診を行わない」という名ばかりのPCTも30%程度みられたが、2009年度には10%程度まで減少した。拠点病院では、PCTの診療体制は充足しつつある。

しかし、拠点病院のPCTで専従の医師が配置されている施設は47%、精神症状の緩和に携わる常勤の医師が配置されている施設は68%にとどまっている。PCTの活動実態として、年間50名以上の患者の診療実績がある施設は75%程度に留まっている。また、健康保険で認められた「緩和ケア診療加算」が算定できる態勢の整ったPCTは、拠点病院のチームの73%に止まっている。地域における緩和ケア病棟とPCTの連携も十分とはいえない。診療実績は病院の規模を考慮して解釈する必要があるが、必ずしも量的にも質的にも十分な専門緩和ケアサービスの提供が行われているとはいえない現状がみられた(厚生労働省委託事業「がん医療水準の均てん化を目的とした医療水準等調査事業「がん診療連携拠点病院の緩和ケア調査に関する総括報告」より)。

一方、ホスピス・緩和ケア病棟(以下、ホスピス・PCU)に関してみると、日本ホスピス緩和ケア協会が毎年実施している調査において、現在のホスピス・PCUは226施設、4,472床(2011年2月現在)で、2009年度に全国のPCUで看取った患者数は25,438人であり、全国で死亡したがん患者数(344,105人)のおよそ7.4%であった。ホスピス・PCUの役割についてはこれから新たな視点からの検討が必要であるが、地域の病院の一般病棟や在宅で療養している患者で苦痛が強く、ホスピス緩和ケアの必要度が高い患者に対するケアを提供する役割が求められる。

④ 患者と家族が希望する場所で療養できる地域環境の整備

「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)』⁸⁾が全国から4地域(長崎、浜松、柏、鶴岡)を選定して、開始された。

この研究の目的は、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することである。

そして、それにより、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。この研究は、2008～2010年までの3年間が介入期間とされ、その後、上記のQOLの指標が評価される予定である。

おわりに

2007年から施行された基本法と基本計画がもたらす緩和ケアの変化は、まだ始まったばかりである。今後、緩和ケアが「終末期がん患者のみの特別な医療であり、ケアである」とする考え方は徐々に薄れていくであろう。そして、緩和ケアは、がんを持つ患者とその家族にとって普通に必要とされる医療であり、ケアであり、がん医療に統合されて「いつでもどこでも質の高い緩和ケア」を受けられる時代が来るであろう。今こそ地域緩和ケアの環境を整備する時期であり、そういった地域社会を目指して進む時代である。

文献

- 1) 小林 仁：がん対策基本法の意義とがん医療の在り方—立法過程からみた現状と課題立法と調査. No.265, p.55-57, 2007
- 2) 山本孝史：救える「いのち」のために—日本のがん医療への提言. p.4-5, 朝日新聞社, 2008
- 3) WHO Library Cataloguing : National cancer control programmes : policies and managerial guidelines. 2nd ed, Geneva, 2002
- 4) WHO Definition of Palliative Care [http://www.who.int/en/]
- 5) 厚生労働科学研究費補助金(がん臨床研究事業)

I. がん対策基本法とホスピス緩和ケア

- 「緩和ケアのガイドライン作成に関するシステム構築に関する研究」班：わが国のがん緩和ケアの現状とこれからの行動計画. p.6-8, 2007
- 6) 一般市民に対する緩和ケアの啓発普及活動 = オレンジバールーン・プロジェクト (OBP) [<http://www.kanwacare.net/kanwacare/index.html>]
 - 7) 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 PEACE (Palliative care Emphasis program on symptom management and Assessment for Continuous medical Education) [<http://www.jspm-peace.jp/>]
 - 8) 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) [<http://gankanwa.jp/>]